

## 01. Grundlagen zum Öffentlichen Gesundheitsdienst

**Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.**

(Arthur Schopenhauer)

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) erfüllt als zentraler Akteur der Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung eine Vielzahl unterschiedlicher Aufgaben. Er tut dies

- mit verschiedenen Bundesbehörden;
- mit den Landesministerien als oberste Gesundheitsbehörden auf Ebene der Bundesländer und ggf. Landesgesundheitsämter;
- auf kommunaler Ebene mit den Gesundheitsämtern vor Ort.

Er ist staatlich bzw. kommunal organisiert und engagiert sich orientiert an den Bedürfnissen aller Menschen. Gemeinsam mit der ambulanten und stationären individualmedizinischen Versorgung bildet der ÖGD die Basis des Gesundheitswesens. Er leistet vorrangig bevölkerungsmedizinisch und epidemiologisch einen entscheidenden Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung jedes Einzelnen und der gesamten Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland.

Die Tätigkeiten und die Verantwortlichkeiten des ÖGD zum Schutz, zur Bewahrung und zur Förderung der Gesundheit sind durch unterschiedliche Rechtsnormen, z.B. Bundes- und Ländergesetze, determiniert. Diese festgelegten Aufgaben erfüllt der ÖGD, dem Prinzip des Vorbehalts des Gesetzes folgend, nicht ohne gesetzliche Ermächtigung und beachtet, beim Handeln die bestehenden Gesetze, dem Vorrang des Gesetzes entsprechend.

In den Bereichen Gesundheitsschutz, Prävention, Gesundheitsförderung und subsidiäre Individualmedizin ist der ÖGD für die Gesundheit jedes einzelnen und aller Menschen in einem umschriebenen Gebiet zuständig. Er arbeitet partnerschaftlich mit vielen Akteuren zusammen, übernimmt öffentliche Verantwortung und verbindet Theorie und Praxis. Er zeigt auf und informiert darüber was die Menschen krank macht und was sie gesund hält.

## **Tätigkeiten und Ziele des ÖGD**

Die [Bundesärzteordnung](#) (BÄO) ist die rechtliche Grundlage ärztlichen Handelns. Sie legt in Paragraph 1, Absatz 1 fest: "Der Arzt dient der

Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“  
("Bundesärzteordnung," 2019).

Während Ärztinnen und Ärzte in der ambulanten und stationären Medizin überwiegend individualmedizinisch tätig sind, erfüllen im ÖGD tätige Ärztinnen und Ärzte in erster Linie bevölkerungsmedizinische Aufgaben. Dabei hat der ÖGD originäre, komplementäre und subsidiäre Aufgaben. Die originären Aufgaben obliegen ausschließlich dem ÖGD, die komplementären Aufgaben werden anteilig und gleichberechtigt mit anderen Akteuren wahrgenommen, die subsidiären Aufgaben werden ersatzweise oder unterstützend vom ÖGD durchgeführt.

Ziel des ÖGD ist es, die **Gesundheit** aller zu **schützen**, zu **bewahren**, zu **verbessern** und die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen.

## **Bevölkerungsmedizinische Tätigkeit**

Als Garant für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung erfüllt der ÖGD bevölkerungs- und individualmedizinische wie auch ordnungsbehördliche Aufgaben. Er überwacht kontinuierlich, systematisch und epidemiologisch Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtiger Infektionskrankheiten und Erregernachweise. Ebenso überwacht er kontinuierlich und systematisch die Trink- und Badewasserqualität.

Er initiiert präventive und rehabilitative Maßnahmen und überwacht erforderliche Hygiene- und Bekämpfungsmaßnahmen, um Infektionsketten zu unterbrechen und die Weiterverbreitung der Erkrankungen zu verhindern. Der ÖGD berät und informiert die Bevölkerung unabhängig, frühzeitig und fachlich fundiert, z.B. zu Infektionserkrankungen und zur Impfprävention. Zur Prävention nosokomialer Infektionen überwacht der ÖGD z.B. Krankenhäuser, Arztpraxen und andere medizinische Einrichtungen infektionshygienisch hinsichtlich der Einhaltung rechtlicher und technischer Erfordernisse. Er berät unter anderem zum Hygienemanagement von Patientinnen und Patienten mit multiresistenten Erregern sowie zum Einsatz von Antibiotika.

Weitere wesentliche Aufgaben des ÖGD sind:

- die Kommunalhygiene
- der gesundheitliche Umweltschutz
- die Umweltmedizin
- die Beratung im Sinne eines gesundheitsbewussten Lebensstils.

In allen biologischen, chemischen oder nuklearen Schadenslagen ist der ÖGD Teil des Krisenmanagements.

## **Subsidiär individualmedizinische Tätigkeit**

Neben dem gesetzlich festgelegten Gesundheitsschutz mit der Erkennung, Verhütung und Bekämpfung meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten nimmt der ÖGD im Rahmen der kommunalen Gesundheitsfürsorge subsidiär sozialkompensatorisch die gesundheitliche Versorgung von Menschen wahr.

Individualmedizinisch werden Bevölkerungsgruppen versorgt, die keinen oder nur einen erschwerten Zugang zur ambulanten oder stationären Krankenversorgung haben. Im Rahmen dieses Aufgabenspektrums nutzt der ÖGD eine Vielzahl verschiedener Kompetenzen, z.B.:

- AIDS- und STD-Beratungsstellen für die niedrigschwellige Beratung zu sexuell übertragbaren Erkrankungen (STD),
- Behindertenberatungsstellen für die Betreuung chronisch kranker, behinderter oder von Behinderung bedrohter Personen und deren Angehörigen,
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienste;
- Sozialpsychiatrischen Dienste.

Bei Erkrankung oder in besonderen gesundheitlichen Lagen mit medizinischem Versorgungsbedarf, z.B. bei einer Schwangerschaft, werden Personen beim Zugang zu adäquater gesundheitlicher oder direkt medizinischer Versorgung, bzw. Betroffene bei der Integration in die bestehenden sozialen Sicherungssysteme, unterstützt.

Auch unterstützt der ÖGD chronisch kranke, behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen bei der Beantragung von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB), Familien ohne umfassenden Anspruch auf Gesundheitsleistungen bei der frühzeitigen Versorgung der Kinder mit Hilfsmitteln, wie z.B. einer Brille für das Einschulungskind einer geflüchteten Familie mit noch ungeklärtem Aufenthaltsstatus, oder psychisch kranke Menschen bei der Wohnungssuche.

## **Sozialmedizinische Tätigkeit**

Aufgabe des kommunalen ÖGD ist die Erstellung amtsärztlicher Gutachten, Stellungnahmen und Zeugnisse für z.B. Sozialleistungsträger, Gerichte und andere öffentliche Auftraggeber. Er hilft bei bestimmten

Fragestellungen wie z.B. zur Notwendigkeit und Angemessenheit medizinischer Behandlungen und Hilfen, zur Dienstfähigkeit von Beamten oder zur Verhandlungsfähigkeit vor Gericht etc.

## **Gesundheitsfördernde Tätigkeit**

Mit dem Ziel, das psychische, physische und soziale Wohlbefinden und die Gesundheit der Bevölkerung zu schützen, zu erhalten und zu fördern, beobachten und beurteilen kommunale Gesundheitsämter die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung. Der ÖGD ermittelt und erfasst soweit möglich den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung oder bestimmter Bevölkerungsgruppen, um drohende Gefahren festzustellen und zu beseitigen oder auf deren Beseitigung hinzuwirken. Dazu gehört auch die fachliche Beratung politischer Gremien und Träger öffentlicher Aufgaben zu gesundheitlichen Fragen. z.B. zur gesundheitlichen medizinischen Versorgung und zu Planungs- und Gestaltungsaufgaben in der Gesundheitsförderung.

Der ÖGD übernimmt planerische und koordinierende Funktionen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Prävention und der medizinischen Versorgung sowie der öffentlichen Hygiene. Er bringt seine moderierenden und kommunikativen Kompetenzen ein

- in Gesundheitskonferenzen
- in Netzwerken, die sich sektorenübergreifend für die Prävention von Infektionen mit multiresistenten Erregern (MRE) engagieren
- bei der kommunalen Planung von Gesundheitsförderung und Prävention
- bei der gerechten Verteilung medizinisch-pflegerischer Versorgungsangebote ein.

Der ÖGD strebt damit an, das Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern ("health in all policies") in die Gremien der jeweiligen Handlungsebenen hineinzutragen, damit bei allen politischen Entscheidungen Gesundheitsaspekte mitberücksichtigt werden.

## **Besonderheiten des ÖGD**

Der ÖGD erfüllt seine Aufgaben neutral und gemeinwohlorientiert, im Sinne der Daseinsvorsorge, interdisziplinär und multiprofessionell.

## **Neutral und gemeinwohlorientiert**

Der Fokus der Tätigkeit des ÖGD liegt auf dem Gemeinwohl mit Konzentration auf fachlich prioritäre Aufgaben. Alle Mitarbeitenden des ÖGD sind unvoreingenommen und ohne persönliche ökonomische Interessen tätig. Aufgrund dieser Unabhängigkeit respektieren viele Akteure des Gesundheitswesens den ÖGD als kompetente neutrale Instanz und wichtige Quelle unabhängiger Daten und Informationen.

Dieses ist insbesondere vor dem Hintergrund des Missbrauchs des ÖGD als Instrument der Rassenpolitik während der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland eine bedeutsame und verpflichtende Entwicklung heute und in der Zukunft.

## **Im Sinne der Daseinsvorsorge**

Die öffentliche Daseinsvorsorge sichert der Bevölkerung den Zugang zu existentiell notwendigen Gütern und Leistungen. Dazu gehören z.B. die Versorgung mit sauberem Trinkwasser, Gas und Strom, die Abwasser- und Müllentsorgung, der öffentliche Personennahverkehr, der Zugang zu Bildung und Gesundheit sowie die öffentliche Sicherheit. Die öffentliche Daseinsvorsorge dient der grundlegenden Versorgung der Bevölkerung und der Existenzsicherung.

Historisch wurde von der Daseins Fürsorge gesprochen. Die öffentliche Fürsorge im Sinne des Grundgesetzes Artikel 74 Nr. 7 ("die öffentliche Fürsorge (ohne das Heimrecht)") fasst die Soziale Sicherung in einem Gemeinwesen mit den Sozialversicherungen und den von allen Versicherten gemeinsam getragenen Risiken und die gesetzlich geregelte bedarfsorientierte Sozialhilfe für hilfebedürftige Personen zusammen.

Vor dem Hintergrund zunehmender gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ungleichheiten sollte wieder zunehmend die Frage gestellt werden, ob der Staat zukünftig wieder stärker fürsorglich im Sinne einer gemeinnützigen fürsorglichen Wohlfahrtspflege tätig sein sollte.

In diesem Kontext ist Subsidiarität Aufgabe von Staat und Gesellschaft, um die Grundvoraussetzungen für eine freie, selbstbestimmte und von staatlicher Hilfe weitgehend unabhängige Lebensgestaltung zu schaffen. Subsidiarität ist somit als Grundsatz des hilfreichen Beistandes zu sehen, mit Förderung und Stärkung der Selbsthilfe und Orientierung an den Interessen der Betroffenen. Sie betont als gesellschaftspolitische Regel die Eigenverantwortung des Menschen gegenüber der gesellschaftlichen Verantwortung, der Staat darf und sollte nur dann eintreten, wenn die Kräfte des eigenverantwortlichen Individuums nicht ausreichen. Bei der

Erfüllung sozialstaatlicher Aufgaben räumt das Prinzip der Subsidiarität freien Trägern einen bedingten Vorrang gegenüber staatlichen Akteuren ein.

## **Multiprofessionell**

Der ÖGD erfüllt seine Aufgaben interdisziplinär und multiprofessionell, unter anderem mit Ärztinnen verschiedener Facharztkompetenzen, mit Diplom-Psycholog/innen, Diplom-Sozialpädagogen/innen, Gesundheitsingenieur/innen, Gesundheitswissenschaftler/innen, Hygienefachkräften, Hygienekontrolleur/innen, Medizinischen Fachangestellten, Sozialmedizinischen Assistent/innen, Verwaltungsfachkräften, Zahnärzt/innen, Zahnmedizinischen Fachangestellten und Zahn-Prophylaxekräften sowie mit Vertreter/innen verschiedener weiterer Gesundheits- und Sozialberufe.

Dabei arbeitet der ÖGD partnerschaftlich mit vielen Akteuren aus anderen Bereichen zusammen.

## **Finanzierung des ÖGD**

Der ÖGD wird überwiegend aus steuerfinanzierten öffentlichen Geldern finanziert und ist nicht Teil der Selbstverwaltung von gesetzlich Krankenversicherten und Beitragzahlenden.

Der Bund trägt die Kosten für die Bundesinstitute und Bundesbehörden, die Aufgaben des ÖGD wahrnehmen, und unterstützt Forschungsvorhaben auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitswesens.

Die kommunalen Gesundheitsämter werden von den Ländern und Kommunen finanziert. Darüber hinaus kann sich der ÖGD durch Gebühren teilweise refinanzieren.

Aktuell ist eine systematische Ermittlung der zur Finanzierung des ÖGD entstehenden Kosten, differenziert nach den Kostenträgern Bund, Ländern und Kommunen, auf Basis der publizierten Daten der Gesundheitsausgabenrechnung und Gesundheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes nicht möglich. In dem 1998 vom Statistischen Bundesamt herausgegebenen Gesundheitsbericht für Deutschland wird für die alten Bundesländer für das Jahr 1994 ein Anteil von etwa einem Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben für Ausgaben für den ÖGD benannt. Bei deutlich geringerem Anstieg im Vergleich zu den gesamten Gesundheitsausgaben ist der Anteil für Ausgaben für den ÖGD in den Jahren 1978 bis 1994 sogar von 1,3 Prozent auf 1 Prozent gesunken. Aus der Respektive der Entwicklung in den letzten zwanzig Jahren wird der

Anteil für Ausgaben für den ÖGD an den gesamten Gesundheitsausgaben vermutlich deutlich unter einem Prozent liegen (REF: Statistisches Bundesamt 2013, Bundesministerium für Gesundheit 2013).

## Leitbild des ÖGD

Die 89. [Gesundheitsministerkonferenz](#) (GMK) betonte 2016 in ihrem Grundsatzbeschluss die unverzichtbare Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen, ausgehend vom Gesundheitsschutz, der Prävention und Gesundheitsförderung bis hin zur Gesundheitsversorgung. Diese Rolle sollte dabei allen politischen Ebenen und den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen stärker präsent werden. Auch stellte die GMK fest, dass die Bezeichnung des ÖGD als „dritte Säule des Gesundheitswesens“ neben der ambulanten und der stationären Versorgung die aktuellen bevölkerungsmedizinischen Herausforderungen des ÖGD nicht annähernd umfassend darstellte (Gesundheitsministerkonferenz, 2018).

Um die Perspektiven für den ÖGD neu zu bestimmen und den ÖGD zu stärken, regte die GMK an, die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD durch ein modernes Leitbild zu verbessern und initiierte, dass alle Träger des ÖGD und für den ÖGD engagierte Verbände und Institutionen sich in einem Prozess einbrachten, um gemeinsam ein modernes Leitbild für den ÖGD zu entwickeln.

Um die Tätigkeit des ÖGD auch zukünftig effektiv und effizient gestalten zu können, wies die GMK 2017 die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) an: Der weitere Erfahrungsaustausch der Länder und der kommunalen Träger des ÖGD soll stetig über Beispiele guter Praxis stetig gefördert werden. Sie beauftragte zudem eine länderoffene Arbeitsgruppe ÖGD, einen von den Ländern vorbereiteten Leitbildentwurf redaktionell zu bearbeiten und einen konkreten Konsultations- und Transferprozess mit dem ÖGD und den Verbänden zu organisieren.

Insbesondere Vertreterinnen und Vertretern kommunaler Gesundheitsämter erstellten ein Arbeitspapier, das sie dem AOLG und der GMK im März 2018 vorlegten und diese dazu berieten. Nach Abschluss der 91. GMK im März 2018 wurde als einstimmiger Beschluss der Ministerinnen und Minister sowie der Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder das „Leitbild eines modernen Öffentlichen Gesundheitsdienstes - Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft.“ vorgestellt (Gesundheitsministerkonferenz, 2018). Dieses formuliert folgende Kernaussagen:

## Der Öffentliche Gesundheitsdienst

1. Hat die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung
2. Ist integraler Baustein des modernen Sozialstaats
3. Ist bürgernah und eingebunden in kommunale Strukturen
4. Orientiert sich an lokalen und globalen Herausforderungen
5. Ist gemeinwohlorientiert, ohne kommerzielle Interessen
6. Hat als Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitsförderung, Beratung und Information sowie Steuerung und Koordination
7. Nimmt hoheitliche Aufgaben wahr und arbeitet sozialkompensatorisch, planerisch und gestalterisch, um gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle zu ermöglichen (Public Health)
8. Basiert auf medizinischen, insbesondere fachärztlichen, und sozial- sowie gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen
9. Arbeitet wissenschaftsbasiert und vernetzt
10. Ist ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des einzelnen Menschen

## Der ÖGD in Zahlen

Der Föderalismus ist das staatliche Organisationsprinzip der Bundesrepublik Deutschland, einem Bundesstaat mit sechzehn Ländern als Gliedstaaten. Die Ausübung der Staatsgewalt ist durch das Grundgesetz zwischen Bund und Ländern aufgeteilt.

Die Verwaltungsstrukturen und Zuständigkeiten der sechzehn Bundesländer sind nur zum Teil vergleichbar. Dreizehn der Bundesländer sind sogenannte Flächenländer, die drei Bundesländer Berlin, Bremen, Hamburg sind sogenannte Stadtstaaten. Die Flächenländer Bayern, Hessen und Nordrhein-Westfalen sind in Regierungsbezirke, Baden-Württemberg in Regionen aufgeteilt.

In den dreizehn Flächenländern sind die kleineren Gemeinden in Landkreisen oder ähnlichen Gemeindeverbänden zusammengefasst. Kleine und kleinste Gemeinden gehören teilweise noch zu einem Amt oder einem ähnlichen Gemeindeverband. Jede politisch selbständige Gemeinde wird durch eine Postleitzahl für den Sitz der Gemeindeverwaltung, einen



amtlichen Gemeindeschlüssel oder die Schlüsselnummer des Gerichtsbezirkes determiniert. Insgesamt gibt es in Deutschland über 10.000 Gemeinden.

Die meisten Gesundheitsämter sind unterhalb der Landesebene einer kommunalen Gebietskörperschaft mit eigenen Organen, wie z.B. einem Bürgermeister oder einem Landrat zugeordnet. Insgesamt gibt es in Deutschland (Stand Mai 2019) 383 Gesundheitsämter mit über 17.000 für die Gesundheit der Bevölkerung tätigen multiprofessionellen Fachkräften, die ein breites Aufgabenspektrum erfüllen und in der Gebietskörperschaft hoheitliche Aufgaben übernehmen.

<b>Bundesland</b>	<b>Anzahl Gesund- heitsämter</b>	<b>Gesund- heitsämter pro 1 Mio. Einwohner</b>	<b>Einwoh- ner pro Gesund- heitsamt</b>	<b>Quelle</b>
Baden- Württemberg	35	3,2	314.955	<a href="https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/OEGD_BW/Gesundheitsaemter/Seiten/default.aspx">https://www.gesundheitsamt-bw.de/lga/DE/Startseite/OEGD_BW/Gesundheitsaemter/Seiten/default.aspx</a>
Bayern	76	5,8	171.016	<a href="https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsaemter.htm">https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsaemter.htm</a>
Berlin	12	3,3	301.125	<a href="https://service.berlin.de/standorte/gesundheitsaemter/">https://service.berlin.de/standorte/gesundheitsaemter/</a>
Brandenburg	19	7,6	131.792	<a href="https://service.brandenburg.de/lis/detail.php/118431">https://service.brandenburg.de/lis/detail.php/118431</a>
Bremen	1	1,5	681.032	<a href="https://www.gesundheitsamt.bremen.de">https://www.gesundheitsamt.bremen.de</a>
Hamburg	7	3,8	261.512	<a href="https://hamburg.offenesamt.de/gesundheitsamt/">https://hamburg.offenesamt.de/gesundheitsamt/</a>

Hessen	24	3,8	260.136	<a href="https://www.laekh.de/buerger-patienten/wichtige-adressen/gesundheitsaemter">https://www.laekh.de/buerger-patienten/wichtige-adressen/gesundheitsaemter</a>
Mecklenburg-Vorpommern	8	5	201.390	<a href="https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/Gesundheits%C3%A4mter/">https://www.lagus.mv-regierung.de/Gesundheit/Gesundheits%C3%A4mter/</a>
Niedersachsen	45	5,7	176.951	<a href="http://www.hygieneinspektoren-nds.de/gesundheitsaemter_nds/">http://www.hygieneinspektoren-nds.de/gesundheitsaemter_nds/</a>
Nordrhein-Westfalen	60	3,3	298.536	<a href="https://www.lzg.nrw.de/service/links/gesundheitsaemter_nrw/index.html">https://www.lzg.nrw.de/service/links/gesundheitsaemter_nrw/index.html</a>
Rheinland-Pfalz	25	6,1	162.947	<a href="https://paartherapeut-finden.de/gesundheitsaemter/189">https://paartherapeut-finden.de/gesundheitsaemter/189</a>
Saarland	6	6	165.698	<a href="https://www.saarland.de/4080.htm">https://www.saarland.de/4080.htm</a>
Sachsen	13	3,2	313.947	<a href="https://www.gesunde.sachsen.de/6849.html">https://www.gesunde.sachsen.de/6849.html</a>
Sachsen-Anhalt	14	6,3	158.792	<a href="https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/daten-zur-gesundheit/badegewaesser/kontakte/gesundheitsaemter/">https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/daten-zur-gesundheit/badegewaesser/kontakte/gesundheitsaemter/</a>
Schleswig-Holstein	15	5,2	192.655	<a href="https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Downloads/OeffentlicherGesundheitsdienst/listeGesAemter.html">https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Downloads/OeffentlicherGesundheitsdienst/listeGesAemter.html</a>

Thüringen 23 10,7 93.531 [https://www.thueringen.de/th3/tlvwa/gesundheitsoeffentlicher\\_gesundheitsdienst/aemter/](https://www.thueringen.de/th3/tlvwa/gesundheitsoeffentlicher_gesundheitsdienst/aemter/)

Tabelle 1. Anzahl der Gesundheitsämter in Bundesländern und Anzahl Einwohner pro Gesundheitsamt

Im internationalen (englischen) Sprachgebrauch entspricht ein „Gesundheitsamt“ einer „Health Authority“ und „eine Fachärztin/ein Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ einer/einem „Medical specialist for public health care“ bzw. „Consultant in Public Health“. Von den 385.149 in Deutschland im Jahr 2017 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten waren etwa 2.400 Ärztinnen und Ärzte im ÖGD tätig, davon waren 785 (0,2 Prozent) Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen, Stand 10. Mai 2019 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2019)

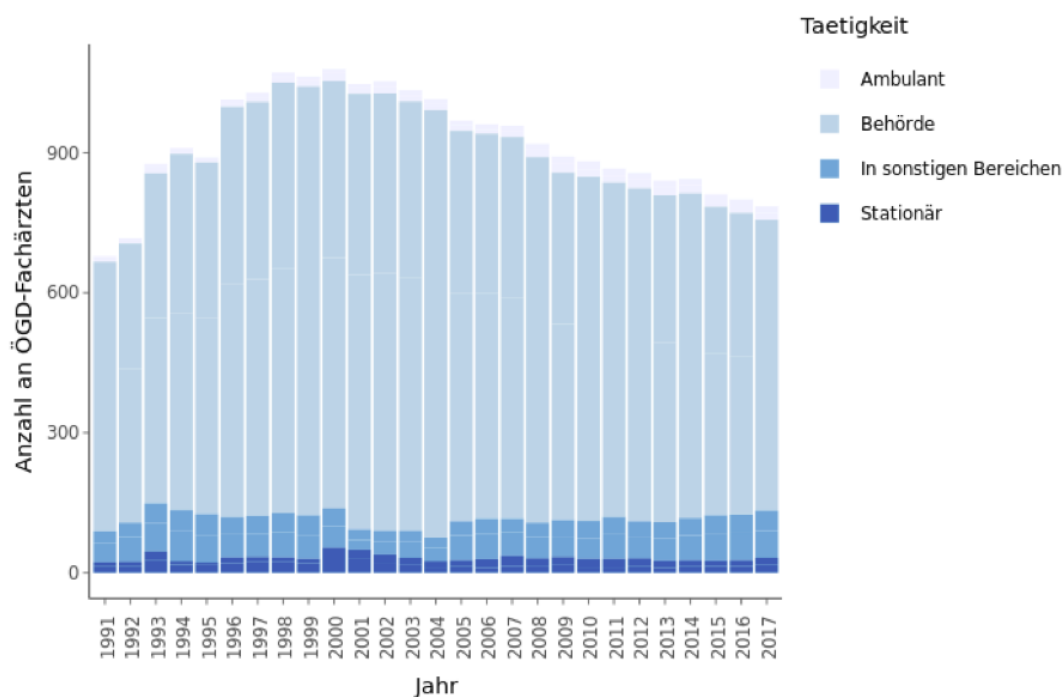


Figure Anzahl tätiger Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen (Quelle: Bundesärztekammer)

Die Zahl der im ÖGD der Kommunen, der Länder oder des Bundes tätigen Ärztinnen und Ärzte sinkt seit Jahren kontinuierlich. Nur ca. 400 Zahnärztinnen und Zahnärzte sind hauptamtlich in den Gesundheitsämtern tätig. Die Gesamtzahl der ca. 17.000 Fachkräfte in allen Gesundheitsämtern entspricht annähernd einem halben Prozent der im

gesamten Gesundheitswesen tätigen Fachkräfte. Die Gesamtausgaben für den gesamten ÖGD, Personal- und Sachkosten, betragen in Deutschland weniger als ein Prozent der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen.

## **Daten des ÖGD für Taten**

Der ÖGD bietet die Möglichkeit des bundes- und landesweiten fachlichen und datenbasierten Informationsaustausches. So werden z.B. in den jährlich in allen Bundesländern durchgeführten Schuleingangsuntersuchungen Gesundheitsdaten und Daten zum Gesundheits- und Risikoverhalten erhoben. Diese Schuleingangsuntersuchung ist die einzige vollständige Untersuchung eines gesamten Jahrgangs, die jedes Jahr den gesamten gesellschaftlichen Querschnitt einer Altersstufe im Kindesalter abbildet. Die standardisiert regional erhobenen Daten werden an die zentralen Landesstellen weitergeleitet und ermöglichen als Datenpool wissenschaftliche Auswertungen.

Aus Sicht der Gesundheitsämter hat sich die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungsgrundlage für eine effektive und zielgerichtete Ausrichtung der Angebote des ÖGD bewährt.

Bundesärzteordnung. (2019). Retrieved 2019, from [https://www.gesetze-im-internet.de/b\\_o/BJNR018570961.html](https://www.gesetze-im-internet.de/b_o/BJNR018570961.html)

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Ed.). (2019). Bei den Ärztekammern registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung (absolut, je 100.000 Einwohner und Einwohner je Arzt). Retrieved from [http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc\\_abr\\_test\\_logon?p\\_uid=gast&p\\_aid=0&p\\_knoten=VR&p\\_sprache=D&p\\_suchstring=fach%E4rzte](http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=fach%E4rzte)

Gesundheitsministerkonferenz (Ed.). (2018). Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) - „Der ÖGD: Public Health vor Ort“. Retrieved from <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=730&jahr=2018>

### **02. Begriffsbestimmungen**

In Deutschland werden die Begriffe Öffentliche Gesundheit (engl. Public Health), Bevölkerungsgesundheit, Bevölkerungsmedizin oder Sozialmedizin oft synonym verwendet. Allerdings beinhalten diese zum Teil inhaltliche Differenzierungen und werden unterschiedlich interpretiert. Dies ist einerseits durch die besondere Geschichte Deutschlands, andererseits durch die Verwendung, Bedeutung oder Übersetzung der Begriffe in die deutsche Sprache bedingt.

Um die mit verschiedenen Bedeutungen verbundene Begriffe für die praktische alltägliche Arbeit im ÖGD verständlich zu machen, werden diese im Folgenden beschrieben und interpretiert.

## **Gesundheit**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit in ihrer Verfassung von 1946 als "ein Zustand des vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen." (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity). (International Health Conference., 1946) Oft wird die hier beschriebene Gesundheit mit Wohlbefinden (engl. well-being) gleichgesetzt.

Bevor sich diese Definition durchsetzte war ein Mensch im Allgemeinen als gesund erachtet worden, wenn diesem äußerlich nichts fehlte.

## **Öffentliche Gesundheit**

Unter öffentlicher Gesundheit wird die Gesundheit aller Menschen in einem Zeitraum in einem festgelegten geographischen Raum, unabhängig von Faktoren wie Staatsbürgerschaft oder Nationalität verstanden. Dabei handelt es sich um die Bestandsaufnahme eines Zustands und weder um eine wissenschaftliche Theorie, noch um gesundheitspolitische Maßnahmen.

## **Gesundheitswesen (synonym: Gesundheitssystem)**

Hierbei handelt es sich um einen übergeordneten Begriff für alle staatlichen, kommunalen und privaten Einrichtungen, Organisationen oder natürlichen Personen, die sich im Sinne der Gesundheit der Menschen einsetzen und sich mit der Aufrechterhaltung der Gesundheit der Bevölkerung, sowie der Prophylaxe, Diagnose und Therapie von Erkrankungen beschäftigen.

An der Gestaltung und Funktion des Gesundheitswesens Beteiligte sind:

- der Staat mit seiner Gesetzgebung und seinen öffentlichen Körperschaften
- die Leistungsempfänger (Patientinnen und Patienten)

- die Leistungserbringer (z.B. Ärzten/innen, Apothekern/innen, Therapeuten/innen und Pflegepersonal u.a.)
- die Leistungsfinanzierer (Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherungen)
- Interessenverbände, Interessenvertretungen

## **Öffentliches Gesundheitswesen (Synonym: Öffentliches Gesundheitssystem)**

Das Öffentliche Gesundheitswesen umfasst alle Bereiche, Einrichtungen sowie das planmäßiges Handeln der Akteure des Gesundheitswesens, bzw. -systems, die der öffentlichen Hand zuzurechnen sind und der Gesundheit dienen. Insbesondere dazu gezählt werden Krankenhäuser, Sozialversicherungsträger, der Sanitätsdienst der Bundeswehr und der ÖGDt. Das Facharztgebiet Öffentliches Gesundheitswesen umfasst die Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung und der öffentlichen Hygiene, die Gesundheitsaufsicht sowie die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen einschließlich Planungs- und Gestaltungsaufgaben zu Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung.

## **Öffentlicher Gesundheitsdienst**

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist die Organisation von Dienststellen auf der Ebene von Bund, Ländern, Kreisen und Gemeinden, die dem Schutz, der Aufrechterhaltung und der Förderung der Gesundheit der Gemeinschaft und des Einzelnen dienen. Die gesetzlichen Grundlagen, nach denen der ÖGD tätig wird, sind zum Teil bundeseinheitlich geregelt, z.B. das Infektionsschutzgesetz und die Trinkwasserverordnung. Einzelne Aufgabengebiete werden durch länderspezifische Gesetze und Verordnungen unterschiedlich gewichtet.

Der ÖGD ist die Basis des Gesundheitswesens in dem er vorrangig bevölkerungsmedizinisch die gesundheitlichen Vor- und Versorgung der Bevölkerung leistet, auf dem die ambulanten und stationären individualmedizinischen Krankenversorgung aufbaut. Der ÖGD schützt die Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren, beugt der Entwicklung von Krankheiten vor und fördert die Gesundheit. Er wird verkörpert durch staatliche Einrichtungen des Bundes, des Landes und der Kommunen und agiert immer auf gesetzlichen Grundlage. Die Aufgabenerfüllung obliegt zu

wesentlichen Teilen den kommunalen Gesundheitsämtern als untere Gesundheitsbehörden.

Das [Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit \(NÖG\)](#) definiert den ÖGD als

“alle Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die auf kommunaler, Landes- und Bundesebene schwerpunktmäßig mit Fragen öffentlicher Gesundheit befasst sind.” (Akçay et al., 2018).

## Gesundheitsamt

Das Gesundheitsamt ist die untere Gesundheitsbehörde in der öffentlichen Verwaltung, die als lokaler Teil des ÖGD in der Kommune entsprechende Aufgaben übernimmt.

Neben dem Begriff „**Gesundheitsamt**“ sind auch andere Bezeichnungen wie „**Fachdienst Gesundheit**“, „**Gesundheitsabteilung**“ oder auch „**Sachgebiet Gesundheitswesen**“ üblich.

In den Gesundheitsdienstgesetzen der Länder, die die rechtliche Grundlage für die Aufgaben und Tätigkeit des ÖGD darstellen, wird zum Teil von unterer Gesundheitsbehörde gesprochen, zumeist wird jedoch der Begriff “Gesundheitsamt” verwendet. Im Folgenden wird hier durchgängig die Bezeichnung Gesundheitsamt benutzt. .

## Gesundheitsschutz

Gesundheitsschutz ist die Abwehr von erwartbaren unmittelbaren Gefährdungen der Gesundheit. Üblicherweise werden dazu der Infektionsschutz, gesundheitlicher Katastrophenschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz und Lebensmittel- sowie Trinkwasserschutz gezählt.

## Volksgesundheit, Bevölkerungsgesundheit

Die Begriffe Volks- und Bevölkerungsgesundheit sind auf Grund der deutschen Geschichte zum Teil noch negativ besetzt. Aber auch die inhaltliche Zuordnung ist schwierig, da die Begriffe die Zielgruppen des ÖGD nicht vollständig abbilden. [Bevölkerung](#) meint üblicherweise den Anteil der Menschen, die in einer bestimmten geografischen Region zu einem bestimmten Zeitpunkt wohnen.

Der ÖGD ist jedoch mit allen Menschen befasst, die sich zu einer bestimmten Zeit in einer bestimmten Region aufhalten (vgl. Öffentliche Gesundheit).

In der epidemiologischen Forschung wird üblicherweise mit wissenschaftlichen Methoden auf die Bevölkerung Bezug genommen.

## **Bevölkerungsmedizin (Populationsmedizin, Gemeindemedizin, engl. population medicine, community medicine)**

Bevölkerungsmedizin ist die Wissenschaft des gesunden und kranken menschlichen Organismus, von den Krankheiten der Bevölkerung und deren Verhütung und Heilung mit dem Ziel der Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung. Dieses soll durch einen multisektoralen Ansatz zur Bewältigung von Gesundheitsproblemen und zur Verringerung von Disparitäten erzielt werden. Sie umfasst Aspekte der kurativen Medizin, des Gesundheitsschutzes und der Primärprävention, basiert auf medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Qualifikationen und ist ohne kommerzielle Interessen gemeinwohlorientiert. Dabei liegt der Fokus verstärkt auf dem Wohlergehen einer Gesellschaft bei gleichzeitiger Wahrung der Rechte und Integrität von Individuen.

(Zum Begriff "Bevölkerung" siehe Kommentar zu Bevölkerungsgesundheit.)

## **Sozialmedizin (auch Soziale Medizin)**

Bezeichnet die Forschung, Lehre und Praxis zu den Wechselwirkungen von Gesundheit, Krankheit, Individuum und Gesellschaft unter besonderer Berücksichtigung von sozialen Determinanten und Folgen, sowie der Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme. ("Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. - Leitbild," 2006)

## **Sozialhygiene**

Hierbei handelt es sich um einen vor allem historischen Begriff, der die Forschung, Lehre und Praxis der Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit der Menschen als Mitglieder der Gesellschaft umfasst (Winter, 1967).



Die Sozialhygiene war als eigene Fachdisziplin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts aus der Verbindung von medizinisch-naturwissenschaftlichen und gesellschaftswissenschaftlichen Erkenntnissen hervorgegangen. Sie dominierte damals das Gebiet öffentlicher Gesundheitsbelange weltweit. (Heinzelmann, 2009)

In der Deutschen Demokratischen Republik wurde Sozialhygiene als übergeordneter Begriff für die Aufgaben des Staates für die Bevölkerungsgesundheit verwendet.

## **Gesundheitswissenschaften**

Als Gesundheitswissenschaften wird u.a. das "Ensemble von wissenschaftlichen Einzeldisziplinen verstanden, die auf einen gemeinsamen Gegenstandsbereich gerichtet sind, nämlich die Analyse von Determinanten und Verläufen von Gesundheits- und Krankheitsprozessen und die Ableitung von bedarfsgerechten Versorgungsstrukturen und deren systematische Evaluation unter Effizienzgesichtspunkten". Danach liegt im Zentrum des Erkenntnisinteresses der Gesundheitswissenschaften die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung durch Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung. (Razum & Hurrelmann, 2016)

Zu den wissenschaftlichen Fachdisziplinen, die sich mit natur- und/oder gesellschaftswissenschaftlichen Methoden mit der Beschreibung, Analyse und Verbesserung der öffentlichen Gesundheit im Sinne der Gesundheitswissenschaften auseinandersetzen, werden unter anderem die Gesundheitsökonomie, die Epidemiologie und die Versorgungsforschung gezählt.

## **Public Health - und die Verwendung des Begriffs in Deutschland**

Im anglo-amerikanischen Sprachgebrauch wird der Begriff Public Health als Fachgebiet definiert, das sich mit der Praxis und Wissenschaft der Vermeidung von Krankheiten, Gesundheitsförderung und Verlängerung von Leben durch die organisierten Bemühungen der Gesellschaft beschäftigt.

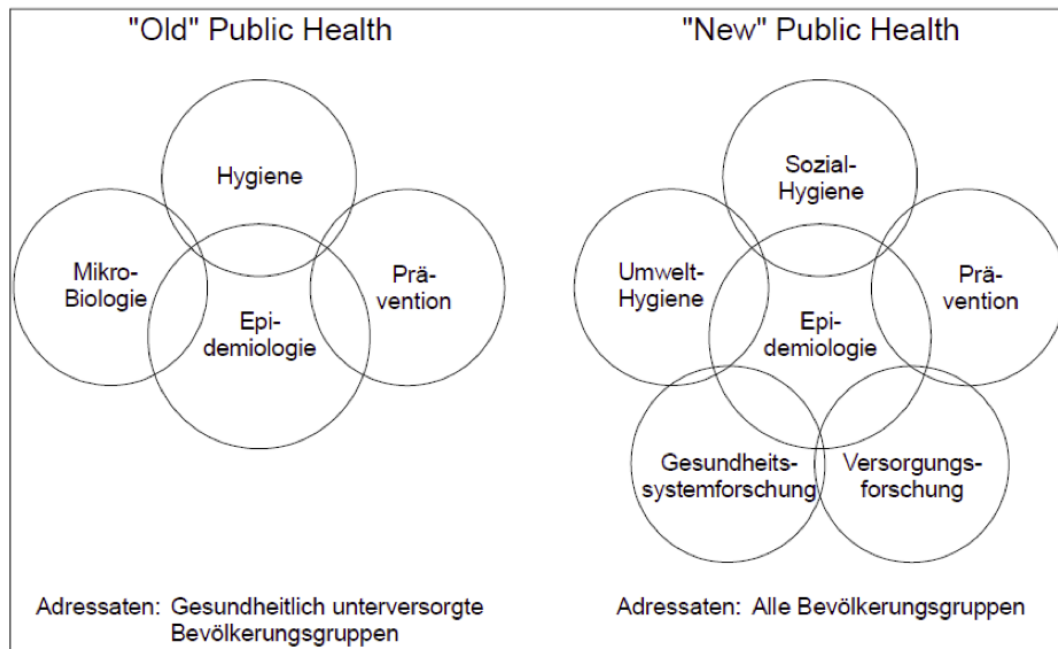
"Public health is the art and science of preventing disease, promoting health, and prolonging life through organized efforts of society." (Acheson, 1988)

In Deutschland wird der in den 1980er Jahren aus dem Englischen eingeführte Begriff "Public Health" von unterschiedlichen Akteuren im

Gesundheitswesen, und darüber hinaus, oftmals uneinheitlich benutzt und verstanden.

Dieser Begriff wird in Diskussionen zur Begriffsbestimmung von Public Health, weiterhin in eine sogenannte "Old" Public Health und "New" Public Health unterteilt.

## Old & New Public Health



FigureOld vs New Public Health

aus (Razum & Hurrelmann, 2016)

Aus der Diskussion zur Verwendung des Anglizismus "Public Health" in Deutschland resultierten jahrzehntelang und zum Teil auch aktuell noch fortbestehende Grabenkämpfe der Expertinnen und Experten zum Verständnis und dem Verhältnis von Public Health, Gesundheitswissenschaften, Bevölkerungsgesundheit, Öffentliche Gesundheit, ÖGD, Öffentliches Gesundheitswesen und in den letzten Jahren zunehmend auch zum Thema Global Health.

Heute verwenden vor allem akademische Einrichtungen in Deutschland die Bezeichnung „Public Health“ in Lehre und Forschung. Dass der Begriff von diesen bis heute nicht ins Deutsche übertragen wurde, zeigt, dass akademische Einrichtungen ihr Selbstverständnis eher in der Nähe anglo-amerikanischer "Schools of Public Health"-Vorbildern verorten und nicht im Bezug zu existierenden Einrichtungen des ÖGD. Maschewsky-Schneider hat 2005 aus ihrer Perspektive die Entwicklungen seit den 1980er Jahren

in Deutschland wie folgt beschrieben: "Orientiert an Lehr- und Forschungskonzepten der amerikanischen und englischen Schools of Public Health wurde der Begriff „Public Health“ aus dem Englischen übernommen; eine Einigung unter den Wissenschaftlern auf ein deutsches Pendant zu diesem Begriff konnte nicht gefunden werden. Die direkte Übersetzung „Öffentliche Gesundheit“ hätte das Fach zu sehr in Richtung öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) gerückt. Von diesem wollte man sich jedoch gerade absetzen." (Maschewsky-Schneider, 2005)

## **“Öffentliche Gesundheit” als Gemeingut**

Die Auslegung des Begriffes “öffentlich” (engl. public) in “Öffentliche Gesundheit” (engl. public health) vor allem als die Gesundheit einer Bevölkerung (engl. population) vernachlässigt, dass der Ursprung des Begriffes “publicus” auch als “öffentlich” oder “dem Volk gehörig” übersetzt werden kann. In der Tat stellt Gesundheit und gesundheitliche Versorgung aller Menschen einer Bevölkerung, genau wie soziale Lebensgrundlagen, öffentlicher Nahverkehr oder das Recht auf Bildung eine öffentliche Angelegenheit (res publica), ein Gemeingut im klassischen Sinne dar. Gemeingüter sind dadurch charakterisiert, dass sie gemeinsam genutzt werden, Missbrauch mit Sanktionen belegt wird und sie staatlich reguliert und überwacht sind.

Aus diesem Grund sind auch in Deutschland das Gemeingut Gesundheit und die gesundheitliche Versorgung der Menschen in einer Gesellschaft zu erhalten und Aufgaben und Einrichtungen im Bereich der Öffentlichen Gesundheit gesetzlich geregelt. So wird das öffentliche Interesse der Gesellschaft an Gesundheit vertreten.

In Deutschland gehören daher insbesondere die kommunalen Gesundheitsämter und Behörden auf Landes- oder Bundesebene zu den Diensten, die Gesundheit im öffentlichen Interesse gewährleisten.

Auch wenn verschiedene, oftmals historische, Gründe zu starken Auseinandersetzungen und Differenzen zwischen den theoretischen und praktischen Bereichen in der Öffentlichen Gesundheit geführt haben, ist es angesichts der aktuellen Herausforderung für die öffentliche Gesundheit dringend erforderlich, weitere Schritte auf dem Weg zu einem gemeinsamen Einsatz für Gesundheitsschutz, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung der Bevölkerung auf lokaler, regionaler, nationaler und globaler Ebene zu gehen. (“ÖGD und Public Health: Vom Fremdeln übers gegenseitige Akzeptieren zur Liebesheirat?,” 2005)

Herausforderungen für die Gesundheit auf Bevölkerungsebene wie bspw. Epidemien mit globalem Bedrohungspotential, die steigende

Krankheitslast durch nichtübertragbare Erkrankungen (NCDs) inklusive mentaler Gesundheit, vernachlässigte Gesundheitsprobleme wie Unfälle und Verletzungen und globale Transformationen wie der Klimawandel fragen nicht nach Zuständigkeitsabgrenzungen und tradierten Kompetenzbereichen. Exkludierende Ansätze sind daher gerade angesichts aktueller Herausforderungen nicht zielführend. Daher wird zunehmend gefordert, unterschiedliche Ansätze und Interpretationen zu überwinden, die einzelne Fachbereiche ausschließen oder einzelne Disziplinen dominieren lassen. (Hommes, von Philipsborn, Geffert, & Karduck, 2016; von Philipsborn et al., 2018)

Im ÖGD sind bereits adäquate Anerkennung und Würdigung gegenseitiger Fachkompetenz und eine gelebte Interdisziplinarität integraler Bestandteil der praktischen alltäglichen Arbeit. Das spiegelt sich in der breiten, inter- und multidisziplinären Arbeit und Zusammenarbeit innerhalb der Einrichtungen des ÖGD wider.

Weitere Schritte in Richtung einer verstärkten interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung wurden insbesondere im Rahmen des Zukunftsforum Public Health und durch das Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit gemacht.

Auch weisen bereits viele praktische Arbeitsgebiete des ÖGD, wie etwa die medizinische Versorgung von Geflüchteten, mentale Gesundheit und antimikrobielle Resistenzen, heute in Zeiten einer zunehmend globalisierten Welt untrennbar wichtige Aspekte von Öffentlicher Gesundheit mit den Aspekten globaler Gesundheit auf, die bereits lange integriert sind, auch wenn sie möglicherweise nicht immer primär als solche wahrgenommen werden. 2017 wurde auf der Jahrestagung des Berufsverbands der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD) das Thema "Global Health" als eine mögliche Zukunftsperspektive im Rahmen der Diskussion zum Leitbilds des ÖGD diskutiert. ("Gesundheit für Alle - Programm des Wissenschaftlichen Kongress des BVÖGD," 2017; Hommes et al., 2016)

## **Globale Gesundheit (engl. global health)**

Globale Gesundheit wird als interdisziplinäres Gebiet beschrieben, das alle Themen umfasst, die Gesundheit von Menschen auf Bevölkerungsebene betreffen, einer globalen Zusammenarbeit bedürfen und bei denen gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit eine große Rolle spielen. (Koplan et al., 2009)

Themen und Herausforderungen globaler Gesundheit sind auf globaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene relevant für die Gesundheit auf

bevölkerungs- und individualmedizinischer Ebene. Dabei beschränkt sich globale Gesundheit weder auf sozial-, noch biomedizinische Aspekte, sondern integriert diese in einem interdisziplinären Ansatz.

Acheson, D. (1988). *Public health in England: The report of the Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function.*

Akçay, M., Drees, S., Geffert, K., Havemann, M., Hommes, F., Jaehn, P., ... von Philipsborn, P. (2018, December). Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Eine Perspektive des Nachwuchses. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/a-0795-3477>

Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V. - Leitbild. (2006). Retrieved from <https://www.dgsmp.de/ueber-uns/leitbild/>

Gesundheit für Alle - Programm des Wissenschaftlichen Kongress des BVÖGD. (2017). Retrieved from [https://www.lgl.bayern.de/aus\\_fort\\_weiterbildung/veranstaltungen/kongresse\\_veranstaltungen/doc/oegd\\_kongress\\_2017/gesundheit-fuer-alle\\_oegd-kongress\\_2017\\_barrierefrei\\_final.pdf](https://www.lgl.bayern.de/aus_fort_weiterbildung/veranstaltungen/kongresse_veranstaltungen/doc/oegd_kongress_2017/gesundheit-fuer-alle_oegd-kongress_2017_barrierefrei_final.pdf)

Heinzelmann, W. (2009). *Sozialhygiene als Gesundheitswissenschaft*. transcript Verlag. <https://doi.org/10.14361/9783839411445>

Hommes, F., von Philipsborn, P., Geffert, K., & Karduck, L. (2016, February). Public und Global Health in Deutschland – Eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111845>

International Health Conference. (1946). Preamble to the **Constitution of the World Health Organization**. *Adopted by the International Health Conference, New York.*

Koplan, J. P., Bond, T. C., Merson, M. H., Reddy, K. S., Rodriguez, M. H., Sewankambo, N. K., & Wasserheit, J. N. (2009, June). Towards a common definition of global health. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)

Maschewsky-Schneider, U. (2005, October). Zur Situation von Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1139-x>

ÖGD und Public Health: Vom Fremdeln übers gegenseitige Akzeptieren zur Liebesheirat? (2005, October). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1148-9>

Razum, O., & Hurrelmann, K. (2016). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*.

von Philipsborn, P., Geffert, K., Hommes, F., Drees, S., Springer, J., & Stratil, J. (2018). *Öffentlicher Gesundheitsdienst, Weg von verstaubten Klischees*. Dtsch Arztebl.

Winter, K. (1967). *Lehrbuch der Sozialhygiene*.

03. Geschichte des ÖGD

# Der Weg zum Öffentlichen Gesundheitsdienst

Menschliche Anstrengungen zur Abwehr ansteckender Erkrankungen reichen weit in die Vergangenheit zurück. Bereits im dritten Buch Mose des Alten Testaments, dessen Entstehung auf etwa ca. 1500 v.Chr. datiert wird, wird der Umgang mit sog. Aussätzigen beschrieben (13. Kapitel):

*„Und der HERR redete mit Mose und Aaron und sprach:*

*2 Wenn bei einem Menschen an seiner Haut eine Erhöhung oder ein Ausschlag oder ein weißer Flecken entsteht und zu einer aussätzigen Stelle an der Haut wird, soll man ihn zum Priester Aaron führen oder zu einem seiner Söhne, den Priestern.*

*3 Und wenn der Priester die Stelle an der Haut sieht, dass die Haare dort weiß geworden sind und die Stelle tiefer ist als die übrige Haut, so ist es Aussatz. Wenn der Priester das an ihm sieht, soll er ihn für unrein erklären.*

*4 Wenn aber ein weißer Flecken an seiner Haut ist und doch die Stelle nicht tiefer anzusehen ist als die übrige Haut und die Haare nicht weiß geworden sind, so soll der Priester den Kranken einschließen sieben Tage*

*5 und am siebenten Tage besehen. Sieht er aber, dass die Stelle geblieben ist, wie er sie zuvor gesehen hat, und hat nicht weitergefressen auf der Haut, so soll ihn der Priester abermals sieben Tage einschließen.*

*6 Und wenn er ihn erneut nach sieben Tagen besieht und findet, dass die Stelle blass geworden ist und nicht weitergefressen hat auf der Haut, so soll er ihn für rein erklären; denn es ist nur ein Ausschlag. Und er soll seine Kleider waschen, so ist er rein. ...“*

Epidemien und auch Pandemien bilden ein klassisches Thema der Medizingeschichte mit zahlreichen Anknüpfungspunkten zur Sozial-, Wirtschafts- und Kulturgeschichte. (Vögele, Koppitz, & Umehara, 2016)

Auch die Sorge für psychisch Kranke und Behinderte, für arme Kranke ohne Obdach und weitere notleidende Bevölkerungsgruppen ist über lange Zeit dokumentiert. Dabei ging die Zuständigkeit allmählich von den Familien und den Religionsgemeinschaften auf die staatliche Ebene über.

Bis in die Neuzeit waren der Ursprung und die Mechanismen der Ausbreitung von Krankheiten weitgehend unbekannt. Menschen glaubten an kosmische und göttliche Einflüsse (Miasmen), die Krankheit verursachten. Dieses spiegelt sich beispielsweise wieder in der

Bezeichnung "Malaria", das, aus dem Italienischen übersetzt, schlechte Luft (mal aria) bedeutet.

In den Städten wurden, in Deutschland beginnend mit den Pestepidemien des 14. Jahrhunderts, neben den Ärzten als "medicus" auch Ärzte als sogenannte „physicus“ bestellt, die neben ihrer privaten Praxis in Nebentätigkeit, die Aufgaben eines Gesundheitsamtes wahrnahmen. Sie waren verantwortlich für hoheitliche Maßnahmen, die die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung und hygienische Bedingungen in der Stadt betrafen, aber auch für die Aufsicht über Apotheken und medizinisches Hilfspersonal wie Hebammen, Bader oder Feldscheren.

In weniger dicht besiedelten Regionen wurde das Amt in Kombination als Stadt- und Kreisphysicus vergeben, um im Umland neben der Stadt einen bestimmten Medizinaldistrikt zu beaufsichtigen. Die Physici fungierten nicht selten gleichzeitig als Leibarzt adliger oder geistlicher Würdenträger.

Im 17. Jahrhundert wurden staatliche Gesundheitsmaßnahmen auf der Bevölkerungsebene ausgeweitet. So wurden Lebensmittelkontrollen sowie eine staatliche Armen- und Krankenversorgung eingeführt. Bekannt war seit dem Altertum die Isolierung von Kranken bei infektiösen Erkrankungen wie etwa der Lepra oder Pest. Darüber hinaus entstand eine staatliche Aufsicht über Praktizierende der Medizin und der Pharmazie.

Im Jahr 1779 verfasste der deutsche Arzt **Johann Peter Frank** (1745 bis 1821) sein berühmtes Werk "System einer vollständigen medizinischen Polizey". Er beschreibt darin die fundamentale Verknüpfung zwischen Lebensbedingungen und Krankheit und stellt fest, dass die vorherrschenden Lebensumstände und die dadurch resultierende mangelnde Hygiene die allererste Ursache für die Krankheiten der Bevölkerung seien. In seinen Werken gibt er bereits Empfehlungen für hygienische und medizinische Vorgehensweisen für fast alle Lebensbereiche. Er entwickelte die Theorie geeigneten Gesundheitsverhaltens und neue Konzepte zur Verbesserung der Krankheitsversorgung. Auch schlägt er vor, krankheitsverursachende Lebensverhältnisse durch Bildung der Menschen zu beseitigen und Krankenversorgung durch Kontrolle und Aufsicht zu regulieren.

In seinem Fokus waren dabei

1. Schutz gegen Krankheiten und Epidemien,
2. Schutz vor Gefährdung von Leib und Leben und

### 3. die Versorgung besonderer Risikogruppen, wie zum Beispiel Neugeborener und Kinder.

Johann Peter Frank gilt als Begründer des öffentlichen Gesundheitswesens, der Sozialhygiene und der öffentlichen Gesundheitsdienste. Er trat dafür ein, dass der Staat Verantwortung dafür übernehmen müsse, Seuchen von großen Teilen der Bevölkerung durch die Bereitstellung angemessener Wohn- und Arbeitsverhältnisse, aber auch durch sorgfältigen Umgang mit dem Trinkwasser abzuwenden.

Im 18. Jahrhundert begann sich das Engagement für die Bevölkerungsgesundheit insgesamt auszubreiten, da eine gesunde Bevölkerung als Grundvoraussetzung für möglichst viele einsatzfähige Arbeiter und Soldaten erkannt wurde. Dass viele Kranke in einer Bevölkerung zu sozialen Problemen bis hin zu Staatskrisen führen können, war spätestens seit der Beschreibung der sog. Attischen Seuche der Jahre 430–426 v. Chr. in Athen durch den griechischen Historiker Thukydides bekannt, gewann aber u.a. angesichts der französischen Revolution 1789 neue Aktualität.

Im 19. Jahrhundert stiegen in Deutschland im Rahmen von Industrialisierung und Massenarmut die sozialen Spannungen und Verwerfungen. Deutsche Mediziner und Politiker wie beispielsweise **Rudolf Virchow** und **Salomon Neumann** setzten sich für soziale Rechte zur Verbesserung der Gesundheit ein. Von Neumann stammt die Aussage aus dem Jahr 1847

*„[...], denn die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine sociale Wissenschaft, [...]“.*

Zeitgleich entwickelte sich in England und Frankreich eine Hygienebewegung, aus der im Verlauf Konzepte der Sozialhygiene und Sozialmedizin hervorgingen.

In Deutschland entstand auf der Reichsebene die Einsicht, den Menschen in ihrer Not entgegenkommen zu müssen. In der Reichstagssitzung vom 17. November 1881 verlas Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck folgende kaiserliche Botschaft:

*„Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen:*

*[ . . . ]*

*Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht*



*ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen.“* (“Die kaiserliche Botschaft Kaiser Wilhelms I. zur Sozialpolitik (17. November 1881),” 2019)

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Forderung erhoben nach einem zentralen wissenschaftlichen Institut für die Bevölkerungsgesundheit. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den wissenschaftlichen Arbeiten von **Robert Koch** zu Tuberkulose und zur Infektiologie.

Im deutschen Reichstag wurde erstmals im April 1870 die Forderung nach der Errichtung einer zentralen Gesundheitsbehörde debattiert. 1876 wurden erstmals Gelder für die Etablierung eines zentralen Gesundheitsamtes in den Reichshaushalt eingestellt. Das kaiserliche Gesundheitsamt nahm 1877 seine Tätigkeit in Berlin auf.

Bereits in einer Denkschrift von Februar 1878 wurde auf notwendige Erweiterungen der Aufgaben des Amtes sowie notwendige multidisziplinäre personelle Unterstützung verwiesen:

„Das Gesundheitsamt bedarf daher, um den an dasselbe stellenden Anforderung allseitig genügend zu können, eine Verstärkung durch zehn außerordentliche Mitglieder. Dieselben würden bestehen müssen aus:

1. zwei auf dem Felde der öffentlichen Gesundheitspflege geschulten Verwaltungs- und höheren Polizeibeamten
2. zwei auf demselben Gebiete als Spezialgelehrte bekannten Aerzte,
3. einem Fachgelehrten für Epidemiologie,
4. einem Spezial-Irrenarzt,
5. zwei Chemikern aus dem Bereich der Hygiene resp. experimentiellen Physiologie und Pathologie,

6. einem hygienisch geschulten Baubeamten,
7. einem Fachgelehrten für das Apothekenwesen.“

In dieser Zeit wurde eine Stelle im Reichsgesundheitsamt mit Robert Koch besetzt, der vorher schon außerordentliches Mitglied des Amtes war. Mit der Einbindung von Robert Koch begann eine neue Epoche, und es folgte ein rascher Aufbau mit Aufgabenausweitungen des damaligen Reichsgesundheitsamtes.

Nach dem ersten Weltkrieg erfuhr die junge Disziplin der „Sozialen Hygiene“ große Aufmerksamkeit durch Schriften von **Alfons Fischer** (1873-1936), Ludwig Teleky (1872-1957), **Adolf Gottstein** (1857-1941) und Alfred Grotjahn (1869-1931).

**Ludwig Teleky** war Mitglied des Reichsgesundheitsrates und des preußischen Landesgesundheitsrates und veröffentlichte umfangreich zur Gewerbehygiene und zu Gewerbekrankheiten. Er leitete ab 1921 die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf. 1933 wurde Teleky aufgrund seiner jüdischen Herkunft mit einem Berufsverbot belegt; 1938 emigrierte er in die USA.

**Alfred Grotjahn** war niedergelassener Kassenarzt des Berliner Gewerks-Krankenvereins und leitete die Abteilung Soziale Hygiene im Hygienischen Institut der Berliner Universität. 1920 wurde er als erster Mediziner auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für Soziale Hygiene an der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin berufen. Von 1925 bis 1928 arbeitete er bei der hygienischen Sektion des Völkerbundes in Genf. Im Gegensatz zu Robert Koch, der versuchte, die Tuberkulose vor allem mit biologischen Methoden zu verstehen und zu bekämpfen, erklärte Grotjahn die Tuberkulose als eine soziale Krankheit.

1926 erschien sein Lehrbuch "Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik", das nach dem zweiten Weltkrieg zu einer wichtigen kontroversen Debatte über die Involvierung von Ärzten in die Vorbereitung der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ bis hin zu Krankemorden führte.

Der Lehrstuhl Sozialhygiene wurde mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten aufgelöst, und viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Grotjahns emigrierten in die USA, die Sowjetunion und andere Länder, da sie als Menschen jüdischen Glaubens oder politisch engagierte von den Nationalsozialisten verfolgt wurden. Sie waren dort maßgeblich an der Entwicklung von akademischen Einrichtungen im Bereich Öffentliche Gesundheit beteiligt.

Teile des früheren Instituts von Alfred Grotjahn wurden unter Leitung von Fritz Lenz mit der Ausrichtung auf die sogenannte "Rassenhygiene" weitergeführt.

## **Der öffentliche Gesundheitsdienst im Dritten Reich**

Der heutige ÖGD entstand in der Zeit des Nationalsozialismus als ein Selektionsapparat im Rahmen einer menschenverachtenden Biopolitik. Die Tradition sozialmedizinischer Prinzipien und einer am Wohl des Einzelnen und insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientierten Gesundheitsfürsorge und -vorsorge wurde dadurch nachhaltig vernichtet. (Frei, 1991, 1991)

Damit ähnliches in Deutschland nie wieder geschehen kann ist es von außerordentlicher Wichtigkeit die damaligen Entwicklungen zu verstehen und allen im ÖGD Tätigen ständig präsent zu machen. Aus diesem Grund wird die unrühmliche und schändliche Geschichte des ÖGD in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland im Folgenden ausführlich dargestellt.

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde der ÖGD in den 1930er Jahren von den damaligen Machthabern als ein dienstbares Vollzugsorgan aufgebaut. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) von 1934 mit seinen drei Durchführungsverordnungen normierte gleichsam als Gründungsauftrag den ÖGD und wirkte außerdem in der Nachkriegszeit nicht nur als Organisationsrahmen prägend auf Strukturen und Aufgabenfelder des ÖGD, sondern auch auf das Selbstverständnis der im ÖGD tätigen Ärzte.

Daher wollten die damals tonangebenden Protagonisten im ÖGD offensichtlich über diese Tatsache öffentlich nicht reflektieren. Im Gegenteil: Bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts lassen sich aktive Vertuschungsversuche nachweisen. Institutionelle Kontinuitäten, d.h. das Weiterbestehen der damals geschaffenen Gesundheitsämter mit ihrer problematischen Zusammenführung von Eingriffs- und Leistungsverwaltung, und personelle Kontinuitäten sorgten für ein Weiterleben rassenhygienischen Gedankengutes bis weit in die Sechziger Jahre hinein. Außerdem wirkte das zentralistische Staatsmedizinmodell im Selbstverständnis des ÖGD fort.

Als Ermittlungs- und Vollzugsbehörde stand das Gesundheitsamt ordnungspolitisch im Zentrum des Vollzugs zum unseligen „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das ab 1934 Zwangssterilisierungen legitimierte. Amtsärzte waren nicht nur Antragssteller sondern auch

Beisitzer des „Erbgesundheitsgerichtes“, das die Urteile zur „Unfruchtbarmachung“ fällte und hatten zudem für die Durchsetzung des Eingriffs zu sorgen. Somit sind auch sie für ca. 400.000 verstümmelte Menschen und etwa 5.000 am Eingriff oder dessen unmittelbaren Folgen Verstorbene mitverantwortlich. Amtsärzte entschieden außerdem über die gesundheitliche Eignung zur Eheschließung, verhinderten Ehestandsdarlehen indem sie als Gutachter soziale Urteile abgaben, wenn sie den „Erbwert“ der „Sippe“ als „minderwertig“ einstufen, oder gar eine „Erbkrankheit“ bei den Antragsstellern oder deren Kindern diagnostizierten. So ins Visier des Gesundheitsamtes geraten, kamen nicht wenige Antragssteller, die sich vom Staat finanzielle Unterstützung für die Ehe oder die Erziehung bzw. Ausbildung ihrer Kinder erhofften nicht nur nicht in den Genuss eines Darlehens sondern wurden stattdessen häufig zwangssterilisiert. Diese rassenhygienische „Filterfunktion“ dürfte bis Kriegsbeginn die Amtsgeschäfte dominiert haben.

Zudem hatten die Amtsärzte ab Ende 1939 auch administrative Zuarbeit bei der Abwicklung der „Kindereuthanasie“ zu leisten. Hier sichteten sie im Vollzug einer geheimen Meldepflicht die Mitteilungen von Hebammen und Ärzten, versandten diese Meldebögen daraufhin an die Tarnorganisation für den Krankenmord, den „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ nach Berlin und hatten zudem die Aufgabe widerspenstige Eltern zur Einweisung ihrer „auffälligen“ Kinder in eine Mordstation („Kinderfachabteilung“) zu drängen.

Außerdem beteiligten sich Amtsärzte vor allem in Großstädten aktiv an „Verlegungen“ von Psychatriepatienten in die mittlerweile im Reich eingerichteten sechs zentralen Mordanstalten um Platz für somatisch Kranke in bombengefährdeten Ballungszentren zu schaffen.

Die Gesundheitsämter hatten auch für die effektive Bekämpfung gemeingefährlicher Infektionskrankheiten zu sorgen und dabei im Rahmen der hier geforderten Überwachungsmaßnahmen auch Zugang zum Heer der Zwangsarbeiter. Somit ist auch hier von zumindest teilweiser Verantwortlichkeit der Amtsärzte für menschenunwürdige Krankenversorgung in den Behandlungsbaracken der Zwangsarbeiterlager und für dort durchgeführte Zwangsabtreibungen und Kindermorde auszugehen.

In die hessische Heil- und Pflegeanstalt Hadamar wiesen Amtsärzte, die in Nebentätigkeit für die Arbeitsämter als Gutachter arbeiteten, „hoffnungslos“ an offener Lungentuberkulose erkrankte zwangsverpflichtete „Ostarbeiter“ ein, wo diese meist noch am selben Tag ermordet wurden.

In den besetzten Ostgebieten, dem „Warthegau“ und dem „Generalgouvernement“ verwirklichten Amtsärzte ab 1940 bar jeglicher normativer Schranken ihre rassistischen Vorstellungen von Bevölkerungspolitik im „Volkstumskampf“.

Von den westalliierten Siegermächten zur Verantwortung gezogen wurde nach 1945 nur ein Teil der damals im öffentlichen Gesundheitsdienst Beschäftigten. So hat im ÖGD eine Entnazifizierung im doppelten Sinne nicht stattgefunden: Weder wurden belastete Ärzte in großem Umfang ausgewechselt, noch gab es eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der NS- Rassen- und Bevölkerungspolitik. Es wurde vielmehr zur Tagesordnung übergegangen.

Man blendete einerseits die 12 Jahre des Nazismus aus und rekurrierte auf die Tradition seuchenhygienischer Maximen und die Helden des bakteriologischen Zeitalters wie Virchow, Koch und Behring und deren Erfolge vor 1914 und gefiel sich andererseits in einem allgemeinen Lamento über das zunehmende Abrutschen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Bedeutungslosigkeit.

Die gesundheitspolitischen Fernwirkungen des GVG prägten noch sechzig Jahre nach Kriegsende den ÖGD in Deutschland. Niedersachsen löste das GVG 2006, Hessen erst 2007 durch ein eigenes Gesundheitsdienstgesetz ab. Im Nachbarland Österreich gilt das GVG noch heute.

## **Der ÖGD im geteilten Deutschland**

Nach dem Zweiten Weltkrieg bildete sich in den beiden unterschiedlichen deutschen Staaten ein grundsätzlich unterschiedlich ausgerichtetes Gesundheitswesen aus.

In der Bundesrepublik Deutschland orientierte sich die Leitwissenschaft an einem biologischen Verständnis von Gesundheit und stellte das Individuum in das Zentrum. Der ÖGD verlor zunehmend an Bedeutung. (Hennoek, 2008) Eine universitäre Verankerung blieb aus und an den medizinischen Fakultäten herrschte eine jahrzehntelange wissenschaftliche Abstinenz zum Thema Öffentliche Gesundheit die sich bis ins 21. Jahrhundert fortgesetzt hat.

In der Deutschen Demokratischen Republik war die Leitwissenschaft eine ideologisch ausgerichtete Sozialhygiene, die nach den Grotjahnschen Idealen eine gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung vorsah und in der die Verantwortung für die Gesundheit an den Staat übertragen war.

Aufgrund der unterschiedlichen Ideologien bildeten sich daran ausgerichtete Rechtsnormen heraus, die im Westen auf der von den Nationalsozialisten gestalteten Gesundheitsgesetzgebung basierten, während im Osten Rechtsnormen auf den Forderung der Arbeiterpartei der Weimarer Republik aufbauten.

1947 erfolgte in der sowjetisch besetzten Zone Berlins die Wiedereinrichtung des Lehrstuhls Sozialhygiene am Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Humboldt-Universität mit dem Lehrstuhlinhaber **Alfred Beyer** (1885-1961), der das Lehrgebiet inhaltlich und organisatorisch neu etablierte. Sozialhygiene wurde 1951 Staatsexamensfach im Medizinstudium in der DDR und Beyer war von 1955-1959 Ärztlicher Direktor der Charité.

Sein Nachfolger **Kurt Winter** (1909-1987) wurde 1957 auf den Lehrstuhl Sozialhygiene berufen. 1959 erfolgte die Abtrennung der Hygiene von dem bisherigen Institut für Hygiene und Mikrobiologie und die Gründung eines eigenen Hygiene-Institutes unter Leitung von Kurt Winter mit Sozialhygiene als eigenständiger Abteilung.

## **Der ÖGD seit HIV/AIDS in den 1980er Jahren**

Die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für das Thema Öffentliche Gesundheit (Bundesrepublik Deutschland) und Soziale Hygiene (Deutsche Demokratische Republik) ändert sich in den 1980er Jahren als in dem damaligen Ost- und Westdeutschland die Ausbreitung von HIV/AIDS als eine Bedrohung der Gesundheit auf der Ebene der gesamten Bevölkerung erkannt und das Thema als Bevölkerungsmedizin in Westdeutschland politisch (wieder) als wichtig erachtet wurde.

Aus diesem Grund wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in den 1980ern fünf Forschungsverbünde (Berlin, Bielefeld, Düsseldorf, Hannover und München) finanziell gefördert, die in diesem Rahmen nach dem Vorbild anglo-amerikanischer "Schools of Public Health" außerhalb medizinischer Fakultäten eine akademische Gesundheitswissenschaft aufbauten.

Zu diesem Zeitpunkt entstand eine neue akademische Gesundheitswissenschaft unter der Verwendung des Begriffs "Public Health", die sich explizit von den Aufgaben und Institutionen des ÖGD abgrenzt. "Selbstbewusst ging man davon aus, jenseits des ÖGD eigene Berufsfelder mit neuen Profilen und Qualifikationsanforderungen definieren zu können, die weit über das Aufgabenspektrum des ÖGD hinausgehen. Gleichzeitig sollte die Etablierung von Public Health als Wissenschaft an den Universitäten gelingen und Forschungsergebnisse auf

hohem Qualitätsniveau bei internationaler Anerkennung erzielt werden.“  
(Maschewsky-Schneider, 2005)

In einer parallelen Entwicklung beschäftigten sich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienst in der damaligen Bundesrepublik Deutschland zunehmend mit Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und später mit moderneren Strategien gemeindebezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Während die neue akademische “Public Health” für diesen Bereich v.a. den Begriff “New Public Health” verwendet, fanden diese Anglizismen in den staatlichen Einrichtung des ÖGD hierfür keine Verwendung.

Mit der sogenannten Wende 1989, die über den Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik zur Bundesrepublik Deutschland am 3. Oktober 1990 zur deutschen Wiedervereinigung führte, wurde der Aufbau des in der Bundesrepublik Deutschland etablierten Öffentlichen Gesundheitswesens, einschließlich des ÖGD, vollständig auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland übertragen.

## **Zukunftsforum Public Health**

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina veröffentlichte 2015 zusammen mit der deutschen Akademie der Technikwissenschaften/Acatec und der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften eine Stellungnahme zum Thema “Public Health in Deutschland”. Darin berichtet sie zu Strukturen, Entwicklungen und globalen Herausforderungen im Bereich Öffentliche Gesundheit. (Holst & Razum, 2015; *Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*, 2015) [REF: Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften, Acatech Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der Deutschen Akademien der Wissenschaften . Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen (16.06.2015). Im Internet: [http://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2015\\_Public\\_Health\\_LF\\_DE.pdf](http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf) Stand: 29.11.2015; Holst J, Razum O. Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 593-595; Gerhardus A, Blättner B, Bolte G et al. Public und Global Health in Deutschland stärken – Eine Einordnung der Stellungnahme „Public Health in Deutschland“ der wissenschaftlichen Akademien vom 16.6.2015. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 596-599; Hommes et al. *Gesundheitswesen* 2016; 78(02): 126-129).

Die Stellungnahme führte zu einer Wiederbelebung der Diskussion um Aufbau und Inhalte von Öffentlicher Gesundheit unter Akademiker/innen und Praktiker/innen unter der Überschrift "Global Public Health".

Um den Diskussionen eine Plattform zu geben, gründete sich 2016 das sogenannte "Zukunftsforum Public Health" als eine Arbeitsgruppe von Theoretiker/innen und Praktiker/innen aus dem Bereich Öffentliche Gesundheit. Diese haben seitdem mehrere jährliche Treffen für Interessierte ausgerichtet und Stellungnahmen zu wichtigen Themen die Öffentliche Gesundheit betreffend veröffentlicht (siehe <https://zukunftsforum-public-health.de> ).

Ziele des Zukunftsforums Public Health sind einerseits eine bessere Vernetzung und Kommunikation von Theoretiker/innen und Praktiker/innen zum Thema Öffentliche Gesundheit in Deutschland, sowie die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für Deutschland. Der Weg zum Öffentlichen Gesundheitsdienst

Menschliche Anstrengungen zur Abwehr ansteckender Erkrankungen reichen weit in die Vergangenheit zurück. Bereits im dritten Buch Mose des Alten Testamentes, dessen Entstehung auf etwa ca. 1500 v.Chr. datiert wird, wird der Umgang mit sog. Aussätzigen beschrieben (13. Kapitel):

*„Und der HERR redete mit Mose und Aaron und sprach:*

*2 Wenn bei einem Menschen an seiner Haut eine Erhöhung oder ein Ausschlag oder ein weißer Flecken entsteht und zu einer aussätzigen Stelle an der Haut wird, soll man ihn zum Priester Aaron führen oder zu einem seiner Söhne, den Priestern.*

*3 Und wenn der Priester die Stelle an der Haut sieht, dass die Haare dort weiß geworden sind und die Stelle tiefer ist als die übrige Haut, so ist es Aussatz. Wenn der Priester das an ihm sieht, soll er ihn für unrein erklären.*

*4 Wenn aber ein weißer Flecken an seiner Haut ist und doch die Stelle nicht tiefer anzusehen ist als die übrige Haut und die Haare nicht weiß geworden sind, so soll der Priester den Kranken einschließen sieben Tage*

*5 und am siebenten Tage besehen. Sieht er aber, dass die Stelle geblieben ist, wie er sie zuvor gesehen hat, und hat nicht weitergefressen auf der Haut, so soll ihn der Priester abermals sieben Tage einschließen.*

*6 Und wenn er ihn erneut nach sieben Tagen besieht und findet, dass die Stelle blass geworden ist und nicht weitergefressen hat auf der Haut, so*



*soll er ihn für rein erklären; denn es ist nur ein Ausschlag. Und er soll seine Kleider waschen, so ist er rein. ...“*

Epidemien und auch Pandemien bilden ein klassisches Thema der Medizingeschichte mit zahlreichen Anknüpfungspunkten zur Sozial-, Wirtschafts- und Kulturgeschichte. (REF: Jörg Vögele, Ulrich Koppitz, Hideharu Umehara. *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*. [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-13875-2\\_1](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-13875-2_1), First Online: 08 July 2016.) Auch die Sorge für psychisch Kranke und Behinderte, für arme Kranke ohne Obdach und weitere notleidende Bevölkerungsgruppen ist über lange Zeit dokumentiert. Dabei ging die Zuständigkeit allmählich von den Familien und den Religionsgemeinschaften auf die staatliche Ebene über.

Bis in die Neuzeit waren der Ursprung und die Mechanismen der Ausbreitung von Krankheiten weitgehend unbekannt. Menschen glaubten an kosmische und göttliche Einflüsse (Miasmen) die Krankheit verursachten. Dieses spiegelt sich beispielsweise wieder in der Bezeichnung “Malaria”, das, aus dem Italienischen übersetzt, schlechte Luft (mal aria) bedeutet.

In den Städten wurden, in Deutschland beginnend, mit den Pestepidemien des 14. Jahrhunderts, neben den Ärzte als “medicus” auch Ärzte als sogenannte „physicus“ bestellt, die neben ihrer privaten Praxis in Nebentätigkeit, die Aufgaben eines Gesundheitsamtes wahrnahmen. Sie waren verantwortlich für hoheitliche Maßnahmen, die die Gesundheitsvorsorge der Bevölkerung und hygienische Bedingungen in der Stadt betrafen, aber auch für die Aufsicht über Apotheken und medizinisches Hilfspersonal wie Hebammen, Bader oder Feldscheren.

In weniger dicht besiedelten Regionen wurde das Amt in Kombination als Stadt- und Kreisphysicus vergeben, um im Umland neben der Stadt einen bestimmten Medizinaldistrikt zu beaufsichtigen. Die Physici fungierten nicht selten gleichzeitig als Leibarzt adliger oder geistlicher Würdenträger.

Im 17. Jahrhundert wurden staatliche Gesundheitsmaßnahmen auf der Bevölkerungsebene ausgeweitet. So wurden Lebensmittelkontrollen sowie eine staatliche Armen- und Krankenversorgung eingeführt. Bekannt war seit dem Altertum die Isolierung von Kranken bei infektiösen Erkrankungen wie etwa der Lepra oder Pest. Darüber hinaus entstand eine staatliche Aufsicht über Praktizierende der Medizin und der Pharmazie.

1779 verfasste der deutsche Arzt Johann Peter Frank (1745 bis 1821) sein berühmtes Werk “System einer vollständigen medizinischen Polizey”. Er

beschreibt darin die fundamentale Verknüpfung zwischen Lebensbedingungen und Krankheit und stellt fest, dass die vorherrschenden Lebensumstände und die dadurch resultierende mangelnde Hygiene die allererste Ursache für die Krankheiten der Bevölkerung seien. In seinen Werken gibt er bereits Empfehlungen für hygienische und medizinische Vorgehensweisen für fast alle Lebensbereiche, entwickelt die Theorie geeigneten Gesundheitsverhaltens und neue Konzepte zur Verbesserung der Krankheitsversorgung. Auch schlägt er vor, krankheitsverursachende Lebensverhältnisse durch Bildung der Menschen zu beseitigen und Krankenversorgung durch Kontrolle und Aufsicht zu regulieren.

In seinem Fokus waren dabei (1) Schutz gegen Krankheiten und Epidemien, (2) Schutz vor Gefährdung von Leib und Leben und (3) die Versorgung besonderer Risikogruppen, wie zum Beispiel Neugeborener und Kinder.

Johann Peter Frank gilt als Begründer des öffentlichen Gesundheitswesens, der Sozialhygiene und der öffentlichen Gesundheitsdienste. Er trat dafür ein, dass der Staat Verantwortung dafür übernehmen müsse, Seuchen von großen Teilen der Bevölkerung durch die Bereitstellung angemessener Wohn- und Arbeitsverhältnisse, aber auch durch sorgfältigen Umgang mit dem Trinkwasser abzuwenden.

Im 18. Jahrhundert begann sich das Engagement für die Bevölkerungsgesundheit insgesamt auszubreiten, da eine gesunde Bevölkerung als Grundvoraussetzung für möglichst viele einsatzfähige Arbeiter und Soldaten erkannt wurde. Dass viele Kranke in einer Bevölkerung zu sozialen Problemen bis hin zu Staatskrisen führen können, war spätestens seit der Beschreibung der sog Attischen Seuche der Jahre 430–426 v. Chr. in [Athen](#) durch den griechischen Historiker [Thukydides](#) bekannt, gewann aber u.a. angesichts der französischen Revolution 1789 neue Aktualität.

Im 19. Jahrhundert stiegen in Deutschland im Rahmen von Industrialisierung und Massenarmut die sozialen Spannungen und Verwerfungen. Deutsche Mediziner und Politiker wie beispielsweise Rudolf Virchow und Salomon Neumann setzten sich für soziale Rechte zur Verbesserung der Gesundheit ein. Von Neumann stammt die Aussage aus dem Jahr 1847 „[...], denn die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine sociale Wissenschaft, [...]“.

Zeitgleich entwickelte sich in England und Frankreich eine Hygienebewegung, aus der im Verlauf Konzepte der Sozialhygiene und Sozialmedizin hervorgingen.

In Deutschland entstand auf der Reichsebene die Einsicht, den Menschen in ihrer Not entgegenkommen zu müssen. In der Reichstagssitzung vom 17. November 1881 verlas Reichskanzler Fürst Otto von Bismarck folgende kaiserliche Botschaft:

*„Wir Wilhelm, von Gottes Gnaden Deutscher Kaiser, König von Preußen etc., thun kund und fügen hiermit zu wissen:*

*[ . . . ]*

*Schon im Februar dieses Jahres haben Wir Unsere Überzeugung aussprechen lassen, daß die Heilung der sozialen Schäden nicht ausschließlich im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohles der Arbeiter zu suchen sein werde. Wir halten es für Unsere Kaiserliche Pflicht, dem Reichstage diese Aufgabe von neuem ans Herz zu legen, und würden Wir mit um so größerer Befriedigung auf alle Erfolge, mit denen Gott Unsere Regierung sichtlich gesegnet hat, zurückblicken, wenn es Uns gelänge, dereinst das Bewußtsein mitzunehmen, dem Vaterlande neue und dauernde Bürgschaften seines inneren Friedens und den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben, zu hinterlassen. In Unseren darauf gerichteten Bestrebungen sind Wir der Zustimmung aller verbündeten Regierungen gewiß und vertrauen auf die Unterstützung des Reichstags ohne Unterschied der Parteistellungen.“*

(REF: [http://ghdi.ghi-dc.org/sub\\_document.cfm?document\\_id=1808&language=german](http://ghdi.ghi-dc.org/sub_document.cfm?document_id=1808&language=german) Download 25.5.2019).

Mitte des 19. Jahrhunderts wurde Forderung nach einem zentralen wissenschaftlichen Institut für die Bevölkerungsgesundheit erhoben. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelten sich die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus den wissenschaftlichen Arbeiten von Robert Koch zu Tuberkulose und zur Infektiologie.

Im deutschen Reichstag wurde erstmals im April 1870 die Forderung nach der Errichtung einer zentralen Gesundheitsbehörde debattiert. 1876 wurden erstmals Gelder für die Etablierung eines zentralen Gesundheitsamtes in den Reichshaushalt eingestellt. Das kaiserliche Gesundheitsamt nahm 1877 seine Tätigkeit in Berlin auf.

Bereits in einer Denkschrift von Februar 1878 wurde auf notwendige Erweiterungen der Aufgaben des Amtes sowie notwendige multidisziplinäre personelle Unterstützung verwiesen:

„Das Gesundheitsamt bedarf daher, um den an dasselbe stellenden Anforderung allseitig genügend zu können, eine Verstärkung durch zehn außerordentliche Mitglieder. Dieselben würden bestehen müssen aus:

1. zwei auf dem Felde der öffentlichen Gesundheitspflege geschulten Verwaltungs- und höheren Polizeibeamten
2. zwei auf demselben Gebiete als Spezialgelehrte bekannten Aerzte,
3. einem Fachgelehrten für Epidemiologie,
4. einem Spezial-Irrenarzt,
5. zwei Chemikern aus dem Bereich der Hygiene resp. experimentiellen Physiologie und Pathologie,
6. einem hygienisch geschulten Baubeamten,
7. einem Fachgelehrten für das Apothekenwesen.“

In dieser Zeit wurde eine Stelle im Reichsgesundheitsamt mit Robert Koch besetzt, der vorher schon außerordentliches Mitglied des Amtes war. Mit der Einbindung von Robert Koch begann eine neue Epoche, und es folgte ein rascher Aufbau mit Aufgabenausweitungen des damaligen Reichsgesundheitsamtes.

Nach dem ersten Weltkrieg erfuhr die junge Disziplin der „Sozialen Hygiene“ große Aufmerksamkeit durch Schriften von *Alfons Fischer* (1873-1936), *Ludwig Teleky* (1872-1957), *Adolf Gottstein* (1857-1941) und *Alfred Grotjahn* (1869-1931).

Ludwig Teleky war Mitglied des Reichsgesundheitsrates und des preußischen Landesgesundheitsrates und veröffentlichte umfangreich zur Gewerbehygiene und zu Gewerbekrankheiten. Er leitete ab 1921 die Westdeutsche Sozialhygienische Akademie in Düsseldorf. 1933 wurde Teleky aufgrund seiner jüdischen Herkunft mit einem Berufsverbot belegt; 1938 emigrierte er in die USA.

Alfred Grotjahn war niedergelassener Kassenarzt des Berliner Gewerks-Krankenvereins und leitete die Abteilung Soziale Hygiene im Hygienischen Institut der Berliner Universität. 1920 wurde er als erster Mediziner auf den neu eingerichteten Lehrstuhl für Soziale Hygiene an der Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin berufen. Von 1925 bis 1928 arbeitete er bei

der hygienischen Sektion des Völkerbundes in Genf. Im Gegensatz zu Robert Koch, der versuchte, die Tuberkulose vor allem mit biologischen Methoden zu verstehen und zu bekämpfen, erklärte Grotjahn die Tuberkulose als eine soziale Krankheit.

1926 erschien sein Lehrbuch "Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik", das nach dem zweiten Weltkrieg zu einer wichtigen kontroversen Debatte über die Involvierung von Ärzten in die Vorbereitung der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ bis hin zu Krankenmorden führte.

Der Lehrstuhl Sozialhygiene wurde mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten aufgelöst, und viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Grotjahns emigrierten in die USA, die Sowjetunion und andere Länder da sie als Menschen jüdischen Glaubens oder politisch engagierte von den Nationalsozialisten verfolgt wurden. Sie waren dort maßgeblich an der Entwicklung von akademischen Einrichtungen im Bereich Öffentliche Gesundheit beteiligt.

Teile des früheren Instituts von Alfred Grotjahn wurden unter Leitung von Fritz Lenz mit der Ausrichtung auf die sogenannte "Rassenhygiene" weitergeführt.

## **Der öffentliche Gesundheitsdienst im Dritten Reich**

Der heutige ÖGD entstand in der Zeit des Nationalsozialismus als ein Selektionsapparat im Rahmen einer menschenverachtenden Biopolitik. Die Tradition sozialmedizinischer Prinzipien und einer am Wohl des Einzelnen und insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientierten Gesundheitsfürsorge und -vorsorge wurde dadurch nachhaltig vernichtet. (REF. Norbert Frei (Hrsg.), Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, Sondernummer der Schriftenreihe der Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte, München 1991.)

Damit ähnliches in Deutschland nie wieder geschehen kann ist es von außerordentlicher Wichtigkeit die damaligen Entwicklungen zu verstehen und allen im ÖGD Tätigen ständig präsent zu machen. Aus diesem Grund wird die unrühmliche und schändliche Geschichte des ÖGD in der Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland im Folgenden ausführlich dargestellt.

Mit der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde der ÖGD in den 1930er Jahren von den damaligen Machthabern als ein dienstbares Vollzugsorgan aufgebaut. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des

Gesundheitswesens (GVG) von 1934 mit seinen drei Durchführungsverordnungen normierte gleichsam als Gründungsauftrag den ÖGD und wirkte außerdem in der Nachkriegszeit nicht nur als Organisationsrahmen prägend auf Strukturen und Aufgabenfelder des ÖGD, sondern auch auf das Selbstverständnis der im ÖGD tätigen Ärzte.

Daher wollten die damals tonangebenden Protagonisten im ÖGD offensichtlich über diese Tatsache öffentlich nicht reflektieren. Im Gegenteil: Bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts lassen sich aktive Vertuschungsversuche nachweisen. Institutionelle Kontinuitäten, d.h. das Weiterbestehen der damals geschaffenen Gesundheitsämter mit ihrer problematischen Zusammenführung von Eingriffs- und Leistungsverwaltung, und personelle Kontinuitäten sorgten für ein Weiterleben rassenhygienischen Gedankengutes bis weit in die Sechziger Jahre hinein. Außerdem wirkte das zentralistische Staatsmedizinmodell im Selbstverständnis des ÖGD fort.

Als Ermittlungs- und Vollzugsbehörde stand das Gesundheitsamt ordnungspolitisch im Zentrum des Vollzugs zum unseligen „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das ab 1934 Zwangssterilisierungen legitimierte. Amtsärzte waren nicht nur Antragssteller sondern auch Beisitzer des „Erbgesundheitsgerichtes“, das die Urteile zur „Unfruchtbarmachung“ fällte und hatten zudem für die Durchsetzung des Eingriffs zu sorgen. Somit sind auch sie für ca. 400.000 verstümmelte Menschen und etwa 5.000 am Eingriff, oder dessen unmittelbaren Folgen Verstorbene mitverantwortlich. Amtsärzte entschieden außerdem über die gesundheitliche Eignung zur Eheschließung, verhinderten Ehestandsdarlehen indem sie als Gutachter soziale Urteile abgaben, wenn sie den „Erbwert“ der „Sippe“ als „minderwertig“ einstufte, oder gar eine „Erbkrankheit“ bei den Antragsstellern oder deren Kindern diagnostizierten. So ins Visier des Gesundheitsamtes geraten, kamen nicht wenige Antragssteller, die sich vom Staat finanzielle Unterstützung für die Ehe oder die Erziehung bzw. Ausbildung ihrer Kinder erhofften nicht nur nicht in den Genuss eines Darlehens sondern wurden stattdessen häufig zwangssterilisiert. Diese rassenhygienische „Filterfunktion“ dürfte bis Kriegsbeginn die Amtsgeschäfte dominiert haben.

Zudem hatten die Amtsärzte ab Ende 1939 auch administrative Zuarbeit bei der Abwicklung der „Kindereuthanasie“ zu leisten. Hier sichteten sie im Vollzug einer geheimen Meldepflicht die Mitteilungen von Hebammen und Ärzten, versandten diese Meldebögen daraufhin an die Tarnorganisation für den Krankenmord, den „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“ nach Berlin und hatten zudem die Aufgabe widerspenstige Eltern zur

Einweisung ihrer „auffälligen“ Kinder in eine Mordstation („Kinderfachabteilung“) zu drängen.

Außerdem beteiligten sich Amtsärzte vor allem in Großstädten aktiv an „Verlegungen“ von Psychiatriepatienten in die mittlerweile im Reich eingerichteten sechs zentralen Mordanstalten um Platz für somatisch Kranke in bombengefährdeten Ballungszentren zu schaffen.

Die Gesundheitsämter hatten auch für die effektive Bekämpfung gemeingefährlicher Infektionskrankheiten zu sorgen und dabei im Rahmen der hier geforderten Überwachungsmaßnahmen auch Zugang zum Heer der Zwangsarbeiter. Somit ist auch hier von zumindest teilweiser Verantwortlichkeit der Amtsärzte für menschenunwürdige Krankenversorgung in den Behandlungsbaracken der Zwangsarbeiterlager und für dort durchgeführte Zwangsabtreibungen und Kindermorde auszugehen.

In die hessische Heil- und Pflegeanstalt Hadamar wiesen Amtsärzte, die in Nebentätigkeit für die Arbeitsämter als Gutachter arbeiteten, „hoffnungslos“ an offener Lungentuberkulose erkrankte zwangsverpflichtete „Ostarbeiter“ ein, wo diese meist noch am selben Tag ermordet wurden.

In den besetzten Ostgebieten, dem „Warthegau“ und dem „Generalgouvernement“ verwirklichten Amtsärzte ab 1940 bar jeglicher normativer Schranken ihre rassistischen Vorstellungen von Bevölkerungspolitik im „Volkstumskampf“.

Von den westalliierten Siegermächten zur Verantwortung gezogen wurde nach 1945 nur ein Teil der damals im öffentlichen Gesundheitsdienst Beschäftigten. So hat im ÖGD eine Entnazifizierung im doppelten Sinne nicht stattgefunden: Weder wurden belastete Ärzte in großem Umfang ausgewechselt, noch gab es eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der NS- Rassen- und Bevölkerungspolitik. Es wurde vielmehr zur Tagesordnung übergegangen.

Man blendete einerseits die 12 Jahre des Nazismus aus und rekurrierte auf die Tradition seuchenhygienischer Maximen und die Helden des bakteriologischen Zeitalters wie Virchow, Koch und Behring und deren Erfolge vor 1914 und gefiel sich andererseits in einem allgemeinen Lamento über das zunehmende Abrutschen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Bedeutungslosigkeit.

Die gesundheitspolitischen Fernwirkungen des GVG prägten noch sechzig Jahre nach Kriegsende den ÖGD in Deutschland. Niedersachsen löste das

GVG 2006, Hessen erst 2007 durch ein eigenes Gesundheitsdienstgesetz ab. Im Nachbarland Österreich gilt das GVG noch heute.

## **Der ÖGD im geteilten Deutschland**

Nach dem Zweiten Weltkrieg bildete sich in den beiden unterschiedlichen deutschen Staaten ein grundsätzlich unterschiedlich ausgerichtetes Gesundheitswesen aus.

In der Bundesrepublik Deutschland orientierte sich die Leitwissenschaft an einem biologischen Verständnis von Gesundheit und stellte das Individuum in das Zentrum. Der ÖGD verlor zunehmend an Bedeutung. (REF: [Ulrike Lindner. Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit: Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. German Historical Institute London - 2011](#)). Eine universitäre Verankerung blieb aus und an den medizinischen Fakultäten herrschte eine jahrzehntelange wissenschaftliche Abstinenz zum Thema Öffentliche Gesundheit die sich bis ins 21te Jahrhundert fortgesetzt hat.

In der Deutschen Demokratischen Republik war die Leitwissenschaft eine ideologisch ausgerichtete Sozialhygiene, die nach den Grotjahnschen Idealen eine gesundheitliche Versorgung der gesamten Bevölkerung vorsah und in der die Verantwortung für die Gesundheit an den Staat übertragen war.

Aufgrund der unterschiedlichen Ideologien bildeten sich daran ausgerichtete Rechtsnormen heraus, die im Westen auf der von den Nationalsozialisten gestalteten Gesundheitsgesetzgebung basierten, während im Osten Rechtsnormen auf den Forderung der Arbeiterpartei der Weimar Republik aufbauten.

1947 erfolgte in der sowjetisch besetzten Zone Berlins die Wiedereinrichtung des Lehrstuhls Sozialhygiene am Institut für Hygiene und Mikrobiologie der Humboldt-Universität mit dem Lehrstuhlinhaber Alfred Beyer (1885-1961), der das Lehrgebiet inhaltlich und organisatorisch neu etablierte. Sozialhygiene wurde 1951 Staatsexamensfach im Medizinstudium in der DDR und Beyer war von 1955-1959 Ärztlicher Direktor der Charité.

Sein Nachfolger Kurt Winter (1909-1987) wurde 1957 auf den Lehrstuhl Sozialhygiene berufen. 1959 erfolgte die Abtrennung der Hygiene von dem bisherigen Institut für Hygiene und Mikrobiologie und die Gründung eines eigenen Hygiene-Institutes unter Leitung von Kurt Winter mit Sozialhygiene als eigenständiger Abteilung.



# Der ÖGD seit HIV/AIDS in den 1980er Jahren

Die Wahrnehmung und Aufmerksamkeit für das Thema Öffentliche Gesundheit (Bundesrepublik Deutschland) und Soziale Hygiene (Deutsche Demokratische Republik) ändert sich in den 1980er Jahren als in dem damaligen Ost- und Westdeutschland die Ausbreitung von HIV/AIDS als eine Bedrohung der Gesundheit auf der Ebene der gesamten Bevölkerung erkannt und das Thema als Bevölkerungsmedizin in Westdeutschland politische (wieder) als wichtig erachtet wurde.

Aus diesem Grund wurden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in den 1980er fünf Forschungsverbünde (Berlin, Bielefeld, Düsseldorf, Hannover und München) finanziell gefördert, die in diesem Rahmen nach dem Vorbild anglo-amerikanischer "Schools of Public Health" außerhalb medizinischer Fakultäten eine akademische Gesundheitswissenschaft aufbauten.

Zu diesem Zeitpunkt entstand eine neue akademische Gesundheitswissenschaft unter der Verwendung des Begriffs "Public Health", die sich explizit von den Aufgaben und Institutionen des ÖGD abgegrenzt. "Selbstbewusst ging man davon aus, jenseits des ÖGD eigene Berufsfelder mit neuen Profilen und Qualifikationsanforderungen definieren zu können, die weit über das Aufgabenspektrum des ÖGD hinausgehen. Gleichzeitig sollte die Etablierung von Public Health als Wissenschaft an den Universitäten gelingen und Forschungsergebnisse auf hohem Qualitätsniveau bei internationaler Anerkennung erzielt werden." (Maschewsky-Schneider, 2005)

In einer parallelen Entwicklung beschäftigten sich Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienst in der damaligen Bundesrepublik Deutschland zunehmend mit Gesundheitsaufklärung, Gesundheitserziehung und später mit moderneren Strategien gemeindebezogener Gesundheitsförderung und Prävention. Während die neue akademische "Public Health" für diese Bereich v.a. den Begriff "New Public Health" verwendet, fanden diese Anglizismen in den staatlichen Einrichtung des ÖGD hierfür keine Verwendung.

Mit der sogenannten Wende 1989, die über den Beitritt der Deutschen Demokratischen Republik am 03. Oktober 1990 zur deutschen Wiedervereinigung führte, wurde der Aufbau des in der Bundesrepublik Deutschland etablierten Öffentliche Gesundheitswesens, einschließlich des ÖGD, vollständig auf das gesamte Gebiet der Bundesrepublik Deutschland übertragen.

# Zukunftsforum Public Health

Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina veröffentlichte 2015 zusammen mit der deutschen Akademie der Technikwissenschaften - Acatec und der Union der deutschen Akademien der Wissenschaften eine Stellungnahme zum Thema "Public Health in Deutschland" und berichtet darin zu Strukturen, Entwicklungen und globalen Herausforderungen im Bereich Öffentliche Gesundheit. (Gerhardus et al., 2015; Holst & Razum, 2015; Hommes, von Philipsborn, Geffert, & Karduck, 2016; *Public Health in Deutschland - Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*, 2015).

Die Stellungnahme führte zu einer Wiederbelebung der Diskussion um Aufbau und Inhalte von Öffentlicher Gesundheit unter Akademikern/innen und Praktiker/innen unter der Überschrift "Global Public Health".

Um den Diskussionen ein Plattform zu geben gründete sich 2016 das sogenannte "Zukunftsforum Public Health" als eine Arbeitsgruppe von Theoretikern/innen und Praktikern/innen aus dem Bereich Öffentliche Gesundheit. Diese haben seitdem mehrere jährliche Treffen für Interessierte ausgerichtet und Stellungnahmen zu wichtigen Themen die Öffentliche Gesundheit betreffend veröffentlicht (siehe <https://zukunftsforum-public-health.de> ).

Ziele des Zukunftsforums Public Health sind einerseits eine bessere Vernetzung und Kommunikation von Theoretiker/innen und Praktiker/innen zum Thema Öffentliche Gesundheit in Deutschland, sowie die Entwicklung einer Public-Health-Strategie für Deutschland.

Die kaiserliche Botschaft Kaiser Wilhelms I. zur Sozialpolitik (17. November 1881). (2019). Retrieved from [http://ghdi.ghi-dc.org/sub\\_document.cfm?document\\_id=1808&language=german](http://ghdi.ghi-dc.org/sub_document.cfm?document_id=1808&language=german)  
Frei, N. (Ed.). (1991). *Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit*. Oldenbourg. <https://doi.org/10.1524/9783486593747>  
Gerhardus, A., Blättner, B., Bolte, G., Dierks, M.-L., Dockweiler, C., Faller, G., & Gusy, B. (2015, December). Public und Global Health in Deutschland stärken - Eine Einordnung der Stellungnahme „Public Health in Deutschland“ der wissenschaftlichen Akademien vom 16.6.2015. *Public Health Forum*. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0091>  
Hennock, E. P. (2008, October). Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Grossbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich. *German History*. <https://doi.org/10.1093/gerhis/ghn066>  
Holst, J., & Razum, O. (2015, August). Public Health als Weg zur Optimierung des Menschen im Sinne besserer Resilienz? Die

Stellungnahme der Leopoldina zu Public Health in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1559655>

Hommes, F., von Philipsborn, P., Geffert, K., & Karduck, L. (2016, February). Public und Global Health in Deutschland – Eine Stellungnahme zur aktuellen Debatte. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111845>

Maschewsky-Schneider, U. (2005, October). Zur Situation von Public Health in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-005-1139-x>  
*Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*. (2015).

Vögele, J., Koppitz, U., & Umehara, H. (2016). Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive. *Epidemien und Pandemien in historischer Perspektive*. Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-13875-2\\_1](https://doi.org/10.1007/978-3-658-13875-2_1)

#### 04. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienst

So vielfältig die Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter sind, so vielfältig ist auch das Aufgabenspektrum des ÖGD insgesamt. Es umfasst sowohl bevölkerungsmedizinische, gruppenspezifische als auch individualmedizinische Aufgaben. Diese werden zur Vermeidung gesundheitlicher Beeinträchtigung oder gesundheitlicher Schäden, sowie zur Förderung der Gesundheit in der Bevölkerung unter Sicherstellung von Qualitätsnormen geplant, gesteuert und überwacht.

## Aufgabenspektrum

Ein kommunales Gesundheitsamt erfüllt die Sicherstellung der öffentlichen Hygiene und des Infektionsschutzes, die Erstellung amtsärztlicher Stellungnahmen und Gutachten, es engagiert sich für die Kinder- und Jugendgesundheit, die Zahngesundheit, die Gesundheitsförderung und Prävention. Sozialpsychiatrische Dienste bieten psychisch Kranken und deren Angehörigen Hilfen an.

*Der Morgen beginnt mit einer infektionshygienischen Überwachung einer medizinischen Einrichtung, der sich eine Sitzung des Arbeitskreises Frühe Hilfen anschließt, aus der sie gerufen wird, da bei einem ortsansässigen Studenten der hochgradige Verdacht auf eine akute Masernerkrankung besteht.*

*Zeitgleich meldet sich ein besorgter Bürger, der einen Schimmelbefall in der Schule seines Kindes vermutet.*

*Später am Nachmittag führt die Amtsärztin die amtsärztliche Sprechstunde durch und begutachtet Personen zu unterschiedlichen Fragestellungen wie die Prüfung der Dienstunfähigkeit, der Studierfähigkeit oder einer Verbeamtung auf Lebenszeit....*

*So oder so ähnlich kann ein Tag im Gesundheitsamt verlaufen.*

### *KASTEN: Typischer Arbeitstag einer Amtsärztin*

Die konkreten Aufgaben unterscheiden sich nach Maßgabe der jeweiligen Gesundheitsdienstgesetze der einzelnen Bundesländer. Gemeinsame verbindende Tätigkeitsschwerpunkte sind:

- Gesundheitsschutz, z.B. Infektionsschutz, Ausbruchs- und Krisenmanagement, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Hygieneüberwachung von Krankenhäusern, Beratung und Information einschließlich Impfprävention, Medizinalaufsicht
- Beratung und Information zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen
- amtsärztliche Begutachtung, Plausibilitätsprüfung von Todesbescheinigungen
- Gesundheitsförderung und Prävention, subsidiäre niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen, insbesondere bei Personen mit besonderen Bedarfen z.B. Kinder- und Jugendgesundheit, Mund- und Zahngesundheit, sozialmedizinische Aufgaben wie HIV und STD-Beratung, Schwangerenberatung, Sozialpsychiatrie, Suchtberatung),
- Koordination, Kommunikation, Moderation, Anwaltschaft, Politikberatung, Qualitätssicherung im Rahmen von Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit etc.

## **Hoheitliche Aufgaben**

Hoheitliche Aufgaben sind Aufgaben, deren Erfüllung dem Staat Kraft öffentlichen Rechts obliegt. Führt der ÖGD aufgrund gesetzlicher Grundlagen hoheitliche Aufgaben aus, handelt er als sogenannte Ordnungsbehörde.

Hoheitliche Aufgaben des ÖGD sind z.B. die infektionshygienische Überwachung von medizinischen Einrichtungen nach dem

Infektionsschutzgesetz oder die Unterbringung von psychisch kranken Personen nach den Psychisch-Kranken-(Hilfe-)Gesetze PsychK(H)G der Länder.

Bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben ist von großer Bedeutung, dass zum Zwecke der Gefahrenabwehr unter bestimmten Voraussetzungen [Grundrechte](#) erheblich eingeschränkt werden können, wie zum Beispiel die Grundrechte der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz), der Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz), der Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 GG) oder der Versammlungsfreiheit (Art. 8 GG).

## **Infektionsschutz**

### **Surveillance**

Den Gesundheitsämtern obliegt es, übertragbare Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Nach Meldung eines Krankheitsverdachts, einer Diagnose oder eines Todes an einer meldepflichtigen Infektionserkrankung, erfolgt eine Fallprüfung anhand von Falldefinitionen. Dieses geschieht in Kenntnis des jeweiligen Infektionswegs der Erkrankung, der Inkubationszeit und der stadienabhängigen klinischen Zeichen sowie einer Bewertung der Ergebnisse valider labordiagnostischer Untersuchungsmethoden. Gegebenenfalls erforderliche Hygiene- und Isolierungsmaßnahmen werden initiiert und bei Häufungen von Erkrankungen epidemiologische Zusammenhänge analysiert.

### **Infektionsmanagement**

Bei einer Vielzahl von Infektionskrankheiten, insbesondere bei gehäuftem Auftreten, sind in enger und zeitnaher Abstimmung mit dem regional zuständigen Gesundheitsamt Schutzmaßnahmen zu treffen, um eine Weiterverbreitung der Erkrankung zu verhindern. Die veranlassten Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung umfassen z.B. die Befragung der erkrankten Person, Initiierung und Beurteilung von Labordiagnostik, Ermittlung von Kontaktpersonen, Umgebungsuntersuchungen, Informationsweitergabe, Aufklärung über die Erkrankung, deren Infektionsweg, mögliche Behandlung und Prävention, Isolierungsmaßnahmen zum Beispiel durch Besuchs- und Tätigkeitsverbote, Initiierung von Hygienemaßnahmen und die Gabe von Medikamenten und das Durchführen von Impfungen als Postexpositionsprophylaxe.

Auch die infektionshygienische Überwachung von Kliniken, von ambulant operativ tätigen Einrichtungen, von Altenheimen und Arztpraxen etc. obliegt den Gesundheitsämtern vor Ort.

Gerade die enge Verbindung zwischen der eingehenden Meldung einer Infektionskrankheit und dem Einleiten risiko-adaptierter Maßnahmen durch das Gesundheitsamt vor Ort ist ein Kernelement des Infektionsmanagements. Durch die Kenntnisse der regionalen Besonderheiten können effektive Schutzmaßnahmen umgehend eingeleitet werden. Auch die Prüfung und Qualitätssicherung spielen im Rahmen des Meldeverfahrens eine wesentliche Rolle.

Informationen zu qualitätsgesicherten, der jeweiligen Referenzdefinition entsprechenden, Fällen meldepflichtiger Infektionserkrankungen werden in der alltäglichen Arbeit vom Gesundheitsamt an die Landesmeldestelle und von dort an das Robert Koch-Institut auf Bundesebene weitergeleitet. Diese hierarchisch gegliederte Aufgabenverteilung, bei der Informationen zu qualitätsgesicherten Fällen vom Gesundheitsamt über eine Landesmeldestelle an die Bundesebene weitergeleitet werden, ist ein Güte Merkmal des deutschen Meldewesens.

## **Überregionales Ausbruchmanagement**

Für kommunale Entscheidungsträger, Krankenhäuser, Rettungsdienste und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie Medien sind die Gesundheitsämter im Fall einer biologischen Lage erste Ansprechpartner vor Ort.

Lokale Ausbrüche von Erkrankungen werden eher selten auch überregional wahrgenommen, jedoch ist zu erwarten, dass auch in Zukunft Herausforderungen wie die H1N1-Influenza-Pandemie 2009/2010, der EHEC-Ausbruch im Frühsommer 2011 oder die durch Tiefkühlerdbeeren ausgelöste Epidemie mit Noroviren im Herbst 2012 ein übergreifendes Handeln der Gesundheitsämter erfordern.

## **Impfwesen**

Die Gesundheitsämter informieren die Bevölkerung über die Bedeutung von Schutzimpfungen und anderen Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe übertragbarer Krankheiten. Sie haben auch auf die Erhöhung der Impfquoten für öffentlich empfohlene Schutzimpfungen hinzuwirken (siehe z.B. § 10 GDG Schleswig-Holstein).

Sie erfassen, beurteilen und beraten zum Impfstatus entsprechend den aktuellen STIKO-Empfehlungen zu Standard- und Reiseimpfungen. Sie

erstellen einen Impfplan anhand vorgelegter Impf-Dokumente und erläutern die Dauer und Wirkung des Impfschutzes.

Nach Ausschluss von Kontraindikationen führen sie Impfungen gegen impfpräventable Infektionserkrankungen durch.

## **Infektionshygienische Überwachung**

Ein großer Aufgabenbereich der unteren Gesundheitsbehörden ist die infektionshygienische Überwachung medizinischer und nichtmedizinischer Einrichtungen laut §§ 23 und 36 Infektionsschutzgesetz.

Mit der Änderung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2011 wurden die Bundesländer verpflichtet, Landeshygieneverordnungen über Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen zu erlassen. Zudem wird auch in anderen Gesetzen die Verpflichtung zur Hygieneüberwachung geregelt, wie z.B. in den Gesundheitsdienst-Gesetzen der Länder und der bundesweit geltenden Trinkwasserverordnung.

Nachfolgend werden beispielhaft Einrichtungen genannt, die der infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter unterliegen. Die Aufzählung ist nicht abschließend sondern exemplarisch zu verstehen:

### **Infektionshygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen:**

Die bundesweite und internationale Diskussion über multiresistente Erreger, vermehrte Antibiotikaresistenzen durch ungezielten Antibiotikaeinsatz und gesetzliche Neuregelungen im Bereich der Krankenhaushygiene haben den ÖGD verstärkt in die öffentliche Wahrnehmung gerückt.

Danach obliegt den Gesundheitsämtern die infektionshygienische Überwachung von z.B.

- Kliniken
- operativ tätigen Arztpraxen
- Beatmungs-Wohngemeinschaften
- Entbindungs- und Dialysestationen
- Rettungswachen
- Tageskliniken

- Tagespflegeeinrichtungen
- Alten- und Pflegeheimen.

Die Einrichtungen werden hinsichtlich ihrer Einhaltung rechtlicher und technischer Erfordernisse überprüft.

### **Infektionshygienische Überwachung im Bereich der Körper- und Schönheitspflege**

Kosmetikstudios, die Maniküre und/oder Pediküre anbieten, aber auch alle Körper- und Schönheitspflege-Einrichtungen, Fitnessstudios, Tätowier- und Piercingstudios, Saunen und Solarien werden auf Basis der jeweiligen Landeshygieneverordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten infektionshygienisch überwacht.

### **Infektionshygienische Überwachung von Gemeinschaftseinrichtungen**

Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten, Gemeinschaftsunterkünfte wie Übergangswohnheime für Asylbewerber, Obdachlosenunterkünfte und sonstige Einrichtungen, Behinderteneinrichtungen, betreute Wohneinrichtungen, Jugendherbergen und Freizeitheime, Campingplätze und Zeltlager sowie Freizeitanlagen und Reiterhöfe unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt.

### **Infektionshygienische Überwachung von Schwimmbädern und Badegewässern**

Die Badewasserqualität der Frei- und Hallenbäder und deren Technik zur Wasseraufbereitung sowie von April bis September die Wasserqualität der EU-Badegewässer, werden regelmäßig kontrolliert.

### **Infektionshygienische Überwachung Wasserversorgungsanlagen**

Zentrale und dezentrale Wasseranlagen, Trinkwasser-Eigenversorgungsanlagen, Heilwasserquellen, Dorfbrunnen/Laufbrunnen, öffentliche Trinkwasser-Hausinstallationen sowie mobile Trinkwasser-Versorgungsanlagen, z.B. auf Campingplätzen oder Imbissbuden bei Großveranstaltungen, werden regelmäßig kontrolliert.

### **Abwasser und Abfall**

Anlagen zur Abwasserbeseitigung, Mülldeponien sowie Sondermüllzwischenlager werden regelmäßig kontrolliert.



## **Sonstige zu überwachende Einrichtungen**

Sportstätten, Kinderspielplätze, Großveranstaltungen wie Messen und Jahrmärkte, Gaststätten, Hotels und Pensionen, lebensmittelverarbeitende Betriebe und Partyservice, öffentliche WCs, Friedhöfe und Krematorien, Schiffe, Häfen und Flughäfen unterliegen der Überwachung.

## **Umweltbezogener Gesundheitsschutz**

Die Gesundheitsämter beobachten, untersuchen und bewerten Gesundheitsgefährdungen und -schäden, die auf Umwelteinflüssen beruhen und wirken auf deren Verhütung und Beseitigung hin.

Gesundheitsämter überwachen die Qualität von Trinkwasser und Badegewässern, sie stellen die Einhaltung von Maßnahme- und Richtwerten sicher und leiten ggf. Maßnahmen zur Gefahrenabwehr ein. Die Gesundheitsämter informieren und beraten zu gesundheitlichen Belangen bei der Abwasserentsorgung, bei immissionsbedingten Gesundheitsgefahren durch z. B. Feinstaub, Geruchsimmissionen, Gefahrstoff-Emissionen, bei Gesundheitsgefahren durch belastete Innenraumluft in z. B. Schulen oder Kindergärten, zu Bodenbelastungen und Bodenaltlasten - insbesondere bei Expositions- oder Dispositionsrisiko auf z. B. Schulhöfen oder Kinderspielplätzen. Sie verfassen Stellungnahmen im Rahmen der Bauleitplanung zu Lärmschutz, elektromagnetischen Feldern etc.

## **Subsidiäre Individualmedizin**

Im Vordergrund der Aufgaben des ÖGD stehen bevölkerungsmedizinische Aspekte. Im Vergleich zur Individualmedizin ist der „Patient“ des ÖGD demnach in der Regel immer eine Bevölkerung, d.h. z.B. alle Menschen einer Stadt oder eines Landkreises bzw. des ganzen Landes.

Aber der ÖGD nimmt subsidiär auch individualmedizinische Aufgaben für einzelne Patient/innen wahr, wenn diese von keiner anderen Stelle im ambulanten oder stationären Krankenversorgungssystem Leistungen erhalten (können). Beispielsweise werden chronisch kranke, behinderte oder von Behinderung bedrohte Personen und deren Angehörigen insbesondere durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste oder die Sozialpsychiatrischen Dienste betreut und beim Beantragen von Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch unterstützt. Bei Erkrankung oder in besonderen gesundheitlichen Lagen mit medizinischem Versorgungsbedarf, z.B. bei einer Schwangerschaft, werden Personen beim Zugang zu adäquater gesundheitlicher oder direkt medizinischer

Krankenversorgung. Betroffene werden bei der Integration in die bestehenden sozialen Sicherungssysteme oder psychisch kranke Menschen bei der Wohnungssuche unterstützt.

Zudem gilt dieses zunehmend auch für Menschen ohne Ausweispapiere (sans-papiers), die sich ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland aufhalten und somit keinen regulären Zugang zur Regelkrankenversorgung haben. Sogenannte "Humanitäre Sprechstunden", wie sie von Gesundheitsämtern in Ballungsgebieten durchgeführt werden, leisten hier eine medizinische Basisversorgung.

Diese subsidiären Leistungen gewinnen vor dem Hintergrund der steigenden Armutsgefährdung sozio-ökonomischer Bevölkerungsgruppen zunehmend an Bedeutung. Vor allem Menschen mit einem erhöhten Armutsrisiko sind vermehrt von Krankheiten betroffen und haben ein höheres Risiko vorzeitig zu sterben. Die Erfüllung subsidiärer Aufgaben erfolgt häufig als aufsuchende Tätigkeit.

## **Amtsärztliches Gutachtenwesen**

Eine wesentliche Aufgabe des ÖGD ist es auch, amtsärztliche Untersuchungen und Begutachtungen vorzunehmen und hierüber Gutachten, Stellungnahmen, Zeugnisse und Bescheinigungen zu erstellen.

In vielen gesetzlichen Bestimmungen ist eine amtsärztliche Untersuchung ausdrücklich vorgeschrieben. Häufig werden Ärztinnen und Ärzte im ÖGD aber auch beauftragt, wenn dies nicht ausdrücklich vorgeschrieben ist. Grund ist unter anderem, dass sich im Gesundheitsamt tätige Ärztinnen und Ärzte durch ihre besondere sozialmedizinische Kompetenz und Unabhängigkeit sowie durch ihren speziellen zusätzlichen Sachverstand im Bereich der öffentlichen Verwaltung auszeichnen.

Ärztinnen und Ärzte im ÖGD werden überwiegend im Auftrag anderer Behörden tätig, selten im Auftrag von Privatpersonen.

Beispiele für amtsärztliche Tätigkeiten und Untersuchungen im Auftrag von Behörden:

- Einstellungsuntersuchungen von Bewerbern/innen für den öffentlichen Dienst,
- Feststellung der gesundheitlichen Eignung zur Ausübung bestimmter Berufe wie bspw. Polizisten/innen, Feuerwehrleuten,
- Beurteilung der Dienstfähigkeit von Beamten/innen,

- Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von Beschäftigten im öffentlichen Dienst,
- Begutachtungen nach dem SGB XII
- Feststellung der medizinischen Notwendigkeit von Heil- und Hilfsmitteln sowie von Heil- und Sanatoriumskuren für Beschäftigte des öffentlichen Dienstes,
- Beurteilung der Haftfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit, Schuldfähigkeit, Arbeits-/Erwerbsfähigkeit, Betreuung im Rechtssinne für Gerichte,
- Feststellung der Reisefähigkeit von Personen, zum Beispiel für Gerichte und Ausländerbehörden,
- Feststellung der gesundheitlichen Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen,
- Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

Beispiele für amtsärztliche Tätigkeiten und Untersuchungen im Auftrag von Privatpersonen:

- Erlass der Studiengebühren aus gesundheitlichen Gründen,
- Feststellung der Prüfungsunfähigkeit aus gesundheitlichen Gründen, Verlängerung der Abgabefrist für z.B. eine Diplomarbeit wegen einer Erkrankung der Studierenden,
- Bescheinigung für das Finanzamt bzgl. der Notwendigkeit einer Kur.

## **Amtliche Leichenschau**

Die Aufgaben und Pflichten der Gesundheitsämter bei der amtlichen Leichenschau sind im Wesentlichen in einzelnen Landesgesetzgebungen, z.B. im Gesundheitsdienstgesetz, Bestattungsgesetz, und den damit verbundenen Verordnungen geregelt. In den wesentlichen Grundzügen stimmen die Aufgaben und Anforderungen an die Gesundheitsämter zwischen den Bundesländern überein, sie können sich dadurch im Einzelfall voneinander unterscheiden.

Die Bestattungsgesetze der Länder und entsprechende Durchführungsbestimmungen beinhalten Regelungen zur Leichenschau, der zweiten Leichenschau vor Kremation und der Aufarbeitung der Todesbescheinigungen.

Die Durchführung der ersten Leichenschau mit Ausfüllen der Todesbescheinigung erfolgt durch niedergelassene Ärzt/innen, Ärzt/innen in den Krankenhäusern oder Notärzt/innen.

Vor einer Einäscherung muss eine zweite Leichenschau durchgeführt werden, diese Aufgabe obliegt in manchen Bundesländern dem ÖGD.

In Landkreisen und Städten, in denen ein Krematorium vorhanden ist, wird die zweite Leichenschau in der Regel durch Ärzt/innen aus den Gesundheitsämtern durchgeführt, auch wenn dies nicht flächendeckend der Fall ist. In den übrigen Regionen wird von den Gesundheitsämtern lediglich eine Plausibilitätskontrolle der Todesbescheinigungen durchgeführt.

## **Sozialpsychiatrischer Dienst**

Die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDi) sind in der Regel multiprofessionell besetzte, ambulant aufsuchende Arbeitsbereiche im Gesundheitsamt, die fachärztlich psychiatrisch geleitet werden.

Die Angebote der SpDi richten sich in erster Linie an psychisch kranke Menschen, die aufgrund einer seelischen Krankheit, Behinderung oder aufgrund einer Störung von erheblichem Ausmaß, einschließlich einer Abhängigkeit von Rauschmitteln oder Medikamenten, stark beeinträchtigt sind. Insbesondere Menschen, die unter chronischen psychischen Erkrankungen mit einem komplexem Hilfebedarf leiden, oder Erkrankte mit schwankender Mitwirkung an der Behandlung und hohen Schwellenängsten sollen mit den Hilfsangeboten der SpDi erreicht werden.

Darüber hinaus richtet sich das Angebot der SpDi auch an Angehörige, das soziale Umfeld sowie an Institutionen mit dem Ziel, Verständnis für die besondere Lage der psychisch kranken Menschen zu wecken und deren Bereitschaft zur Unterstützung des Hilfeprozesses zu fördern.

Die SpDi sind durch ihre Kernaufgaben ein wichtiger Baustein im Aufbau und bei der Verstärkung einer gemeindenahen Psychiatrie. Sie unterscheiden sich in ihrer Struktur, ihrer Größe und in ihrem Aufgabenbereich. Ein direkter Vergleich der SpDi untereinander ist daher sehr schwierig. Unterschiede gibt es insbesondere beim Vergleich der Versorgungsdichte zwischen den Landkreisen in Flächenländern und den Städten mit einer höheren Bevölkerungsdichte. Die Versorgungsdichte mit sozialpsychiatrischen Angeboten ist in der Regel in ländlichen Gebieten geringer als in Städten.

Die Datenerhebung variiert zwischen den einzelnen SpDi, so dass eine aussagekräftige Vergleichsmöglichkeit nur teilweise besteht. Unabhängig davon gilt aber, dass die SpDi ein unverzichtbarer Bestandteil des ambulanten psychiatrischen Versorgungsspektrums sind.

Das Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste in Deutschland hat als Kernaufgaben der Sozialpsychiatrischen Dienste formuliert:

- (1) Niederschwellige Beratung und Betreuung,
- (2) Krisenintervention und Zwangseinweisung,
- (3) Planung und Koordination von Einzelfallhilfen,
- (4) Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund und
- (5) Beschwerdemanagement und Fachaufsicht.

(mehr: <https://www.sozialpsychiatrische-dienste.de>)

## **Niederschwellige Beratung und Begleitung**

Unter niederschweligen Angeboten zur Beratung oder Begleitung versteht man, das diese einfach erreichbar und zugänglich, sowie kostenfrei und anonym sind.

Ziel der niederschweligen Beratung sind kurzfristig mögliche Beratungen ohne Wartezeit mit Klärung der oft komplexen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sozialen Nöte.

Erforderlichenfalls sind die Betroffenen anschließend an eine geeignete wohnortnahe Unterstützungsmöglichkeit zu vermitteln. In den Fällen, in denen Betroffene trotz entsprechender Notwendigkeit noch nicht oder nicht mehr von den eigentlich einzusetzenden Unterstützungsangeboten erreicht werden, kann es erforderlich sein, diese längerfristig multidisziplinär zu betreuen, gegebenenfalls auch aufsuchend.

Eine niederschwellige Beratung beschränkt sich in der Regel auf höchstens fünf persönliche Kontakte in einem Zeitraum von weniger als drei Monaten. Dauert die Unterstützung länger, liegt eine niederschwellige Betreuung vor.

## **Krisenintervention und Unterbringung**

Menschen können einmalig, mehrmals oder im Rahmen lang dauernder Beeinträchtigungen immer wieder in gefährliche Zuspitzungen ihrer psychosozialen Problemlage geraten. Eine Krise kann auftreten als akute

seelische Notlage unter besonderer Belastung, als psychiatrischer Notfall bei akutem Krankheitsbild oder als akute Zuspitzung einer schon länger bestehenden psychischen Erkrankung.

Es kann dann sein, dass ein aktives, die Situation gestaltendes und veränderndes Handeln unter Anwendung spezifischer diagnostisch-therapeutischer Fähigkeiten und Erfahrungen notwendig ist.

Vorrangig geht es darum, eine Krise zu entschärfen, eine Eskalation zu vermeiden und konstruktive Lösungen anzubahnen. Zwangsmaßnahmen sind möglichst zu vermeiden, ambulante Lösungen haben Vorrang vor stationären.

Bei einer akuten und mit ambulanten Mitteln nicht zu bewältigenden Eigen- oder Fremdgefährdung ist dafür zu sorgen, dass die betroffene Person nach der rechtlich gebotenen Prüfung auch gegen ihren Willen in der nächstgelegenen dafür geeigneten Klinik untergebracht werden kann. Die mit dieser Aufgabe betrauten Personen benötigen ein hohes Maß an Fachkompetenz und Respekt gegenüber allen Beteiligten.

Der Sozialpsychiatrische Dienst einer Kommune muss in die Lage versetzt werden, diese Aufgabe immer dann wahrzunehmen, wenn andere Dienste nicht zuständig sind oder nicht rechtzeitig in geeigneter Weise tätig werden können.

## **Planung und Koordination von Einzelfallhilfen**

Nicht selten haben Menschen mit schweren oder chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen einen komplexen Unterstützungsbedarf. Häufig sind weder die Betroffenen selbst noch die Leistungserbringer und Kostenträger in der Lage, den individuell erforderlichen Unterstützungsbedarf sachgerecht festzustellen und die Leistungen in ihrem Gesamtzusammenhang zu planen und zu koordinieren.

Aufgrund ihrer fachlichen Kompetenz und Unabhängigkeit und ihrer guten Kenntnis der Unterstützungsmöglichkeiten im Sozialraum und im gemeindepsychiatrischen Netzwerk, sind die Sozialpsychiatrischen Dienste besonders geeignet, diese Aufgabe zu erfüllen.

## **Netzwerkarbeit und Steuerung im regionalen Verbund**

Ohne eine regionale Koordination und Planung der Unterstützungsangebote für psychisch kranke Menschen ist eine bedarfsgerechte wohnortnahe Versorgung nicht zu gewährleisten.

Ziel der Netzwerkarbeit ist die Förderung der Vernetzung und Zusammenarbeit im Verbund. Wichtig sind dabei die gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen sowie die Selbsthilfeverbände und die für das Versorgungssystem wichtigen Schnittstellen.

Ziel der Steuerung ist die regionale Planung der Angebotsentwicklung und die Optimierung der Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung fachlicher und finanzieller Gesichtspunkte. Wohnortnahe gemeindepsychiatrische Unterstützungsangebote sollen gesichert, die Passgenauigkeit verbessert und die Wirksamkeit von Angeboten erhöht werden. Anzeichen von Über-, Unter- und Fehlversorgung sollen rechtzeitig erkannt und Gegenmaßnahmen entwickelt werden.

## **Psychosoziale Notfallversorgung**

Der Begriff Psychosoziale Notfallversorgung (PSNV) beinhaltet die Gesamtstruktur und die Maßnahmen der Prävention sowie der kurz-, mittel- und langfristigen Versorgung im Kontext von belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen. Die PSNV hat mittlerweile einen hohen Stellenwert bei der Versorgung von Überlebenden, Angehörigen, Hinterbliebenen, Zeugen und/oder Vermissenden sowie Einsatzkräften.

Mit einer frühzeitigen PSNV sollen möglich gemacht werden:

- Prävention von psychosozialen Belastungsfolgen,
- Früherkennung von psychosozialen Belastungsfolgen nach belastenden Notfällen bzw. Einsatzsituationen,
- Bereitstellung von adäquater Unterstützung und Hilfe für betroffene Personen und Gruppen zur Erfahrungsverarbeitung und
- angemessene Behandlung von Traumafolgestörungen und – bezogen auf Einsatzkräfte – einsatzbezogene psychische Fehlbeanspruchungsfolgen.

Nicht in jeder Kommune ist die PSNV im Gesundheitsamt, oder bei einer anderen Institution wie z.B. der Feuerwehr, verortet, allerdings sollte eine kommunale Einrichtung zuständig sein. Leider kann daher nicht überall in Deutschland auf eine gleich starke Angebotsstruktur zurückgegriffen werden. Teilweise fehlt weiterhin aufgrund regionaler Gegebenheiten ein deutschlandweit umfassendes und flächendeckendes Netz an PSNV-Angeboten. Das betrifft in erster Linie die PSNV im Bezug auf die psychosoziale Akuthilfe (*Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien(Teil I und II), 2012*).

# **Kinder- und Jugendgesundheit**

Die Tätigkeit des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJGD) mit seinen vielfältigen Funktionen gehört traditionell zu den Aufgabenschwerpunkten der Gesundheitsämter.

Ziel der Arbeit des KJGD ist, dass Kinder und Jugendliche gesund aufwachsen und ihre körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern. Dabei hat der KJGD immer sowohl individualmedizinische als auch bevölkerungsmedizinische Aspekte zu beachten.

Als multiprofessioneller Dienst mit direkter Einbindung in die Kommunal-/Kreisverwaltung 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 und Kreise. Dadurch hat der KJGD eine bedeutende multiaxiale Schnittstellenfunktion.

Zu seinen Aufgaben gehören u.a. gutachterliche Tätigkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe, der Sonderpädagogik und Frühförderung sowie (Reihen-)Untersuchungen in Krippen, Kindertagesstätten (Kitas) und Schulen, zum Teil mit betriebsärztlicher Funktion, z.B. im Rahmen der Unfallprävention und des Infektionsschutzes.

In den letzten Jahren ist in Deutschland darüber hinaus das Thema Kinderschutz zunehmend in die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit gekommen. Das im Januar 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) unterstreicht den politischen Stellenwert. Der öffentliche Gesundheitsdienst im allgemeinen und der KJGD im Besonderen hat dabei eine wichtige Vermittlungsfunktion zwischen niedergelassenen Kinderärzten, Kindertageseinrichtungen und der Jugendhilfe zu übernehmen. Mitarbeitende im KJGD haben Kontakte zu Menschen aus allen Sozialschichten und sind häufig bereits umfangreich in die Begleitung von Multiproblemfamilien eingebunden. Dadurch sind sie prädestiniert Kinder mit erhöhtem Risiko langfristig zu begleiten und deren Familien mit regelmäßigen Untersuchungs- und Unterstützungsangeboten zu stärken. (Freynik, 2012, 2012)

# **Mund- und Zahngesundheit**

Innerhalb des ÖGD sind Fachzahnärzt/innen des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) zuständig für die Mund- und Zahngesundheit der Bevölkerung, vorrangig von Kindern und Jugendlichen, zunehmend ist auch die



Verbesserung der Mundgesundheit von Senioren in Pflegeheimen eine wichtige Aufgabe der Zahnärzt/innen im ÖGD.

Ziel des ZÄD ist die Zahngesundheit zu fördern und präventiv tätig zu sein.

Das breite Aufgabenspektrum setzt ein fundiertes Wissen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde voraus, in der Sozialmedizin, der Epidemiologie sowie Fähigkeiten in den Bereichen Organisation und Management. Darüber hinaus spielen pädagogische und psychologische Fertigkeiten eine wichtige Rolle für die Schulung von Multiplikatoren, Netzbildung, Leitung von Arbeitsgruppen oder Öffentlichkeitsarbeit.

Die ZÄD der Gesundheitsämter führen in Kitas und Schulen Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten sowie im Rahmen der Gruppenprophylaxe präventive Maßnahmen zur Verhütung oraler Erkrankungen und zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen durch.

Eine zahnärztliche Betreuung der Bevölkerung – insbesondere von Kindern und Jugendlichen – durch einen ZÄD ist unverzichtbar. Trotz Rückgangs des Kariesbefalls (engl. „caries decline“) weist in Abhängigkeit vom sozialen Status etwa ein Viertel der Kinder und Jugendlichen immer noch schwere Schäden im Gebiss auf, mit Folgen für ihre gesamte gesundheitliche Entwicklung. Weitere Teile der jugendlichen Bevölkerung zeigen vermeidbare Risikofaktoren und/oder frühe Anzeichen zukünftiger Schäden.

Ein besonderer Schwerpunkt, mit denen die ZÄD an den Gesundheitsämtern auf Basis der Gesundheitsdienstgesetze der Länder und der Regelungen des § 21 Sozialgesetzbuch V betraut sind, ist die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe, die als Gemeinschaftsaufgabe von ÖGD und Krankenkassen vorgesehen ist. Hierzu werden auf Landes- und kommunaler Ebene entsprechende Rahmenvereinbarungen geschlossen. Die Gesundheitsämter stützen sich dabei sowohl auf angestellte und verbeamtete Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie geschultes Prophylaxepersonal, zum Teil binden sie auch örtlich tätige Zahnarztpraxen mit ein.

Die Maßnahmen sollen vorrangig in Gruppen, insbesondere in Kindergärten und Schulen, durchgeführt werden; sie sollen sich auf die Untersuchung der [Mundhöhle](#), Erhebung des [Zahnstatus](#), [Zahnschmelzhärtung](#), [Ernährungsberatung](#) und [Mundhygiene](#) erstrecken. Für Kinder mit besonders hohem Kariesrisiko sind spezifische Programme zu entwickeln.

Zum Tätigkeitsspektrum des zahnärztlichen Dienstes gehören neben der Prävention, Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung im Rahmen der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe auch Untersuchungen und Befundungen, Mitwirkung an der Gesundheitsberichterstattung, Öffentlichkeitsarbeit, gutachterliche Stellungnahmen sowie die Hygieneüberprüfung und -überwachung von Zahnarztpraxen.

Seit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes in 2012 besteht eine besondere Verpflichtung, insbesondere auch für Zahnärzte/innen im ÖGD, in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit Angaben über gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen in pseudonymisierter Form an Träger der Jugendhilfe weiterzuleiten. Den Zahnärzte/innen im ÖGD kommt in diesem Zusammenhang eine Schlüsselrolle zu, da eine schlechte Zahngesundheit ein erster zentraler Indikator für Vernachlässigung sein kann.

## **Gesundheitsberichterstattung und Politikberatung**

Der ÖGD beeinflusst maßgeblich die Anwendung von wissenschaftlichen Erkenntnissen auf die öffentliche Gesundheit und ist die Basis für Forschung zu Öffentlicher Gesundheit in Deutschland. Besonders als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen auf Landes- und Bundesebene werden Forschungsergebnisse auf solider Datenbasis des ÖGD dringend benötigt. Daher müssen sich gerade in einem föderal organisierten Staat Lehre und Forschung im Bereich Öffentliche Gesundheit an nationalen Gesundheitsinteressen orientieren und heute zusätzlich globale Einflüsse auf Gesundheit in Betracht ziehen.

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Deutschland bildet die Grundlage für alle im öffentlichen Interesse gefällten Entscheidungen zum Thema Gesundheit. Nationale Ziele und Strategien für Forschung zur Bevölkerungsgesundheit müssen daher deutlich im öffentlichen Interesse formuliert werden.

Wissenschaftlichen Zusammenarbeit zwischen ÖGD und Forschungseinrichtungen außerhalb des ÖGD werden in Berlin auf dem Gebiet der epidemiologischen Tuberkuloseforschung verwirklicht. Hier hat sich eine Forschungskooperationen zwischen dem für Gesamt-Berlin zuständigen Zentrum für tuberkulosekranke und -gefährdete Menschen in Berlin-Lichtenberg, dem Robert Koch-Institut (RKI), der Charité Universitätsmedizin Berlin, dem Deutschen Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (DZK) sowie der Berlin School of Public Health (BSPH) etabliert, finanziert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG).. Die Zusammenarbeit ermöglichen den beteiligten klinischen, akademischen und öffentlichen Einrichtungen interessante und wichtige empirische Erkenntnisse zur Situation und Entwicklung der Tuberkulose in Deutschland.

KASTEN: Wissenschaftliche Kooperationen

## **Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung unterstützt Individuen bei einer gesunden Lebensführung und Bevölkerungen bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten (z.B. in Schulen und Kitas).

Ziele der Gesundheitsförderung sind, allen Menschen, unabhängig von ihrer Herkunft, ihres Geschlechts, ihrer Bildung, ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung die gleichen Möglichkeiten auf ein gesundes Leben zu geben, ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen (Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 1986)(Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 1986).

Dabei geht es auch um eine unabhängige, frühzeitige und fachlich fundierte Aufklärung der Bevölkerung, z.B. im Rahmen der Förderung eines gesundheitsbewussten Lebensstils, im Rahmen der Suchtprävention oder bei der Aufklärung über Infektionskrankheiten sowie deren Vorbeugung und die Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen.

Gesundheit wird dabei in einer ganzheitlichen Sichtweise als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das sowohl durch individuelle als auch soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst

ist. Gesundheitsförderung schließt deshalb nicht nur Handlungen und Aktivitäten ein, die auf die Stärkung der Kenntnisse und Fähigkeiten von Individuen gerichtet sind, sondern auch an Bevölkerungen, um deren soziale, ökonomische sowie ökologische Bedingungen zu verändern, sodass diese positiv auf die individuelle und bevölkerungsbezogene Gesundheit wirken. In diesem Sinne kommt der politischen Ebene eine besondere Bedeutung zu.

Der ÖGD tritt als Garant auf, dass die Belange vulnerabler Gruppen beachtet werden, die vom primär individualmedizinisch ausgerichteten Regelversorgungssystem schlechter erreicht werden und setzt sich für eine gerechte Partizipationsmöglichkeit aller Bürgerinnen und Bürger ein. Partizipation bedeutet die Einbindung in die Gestaltung von Angeboten um die Akzeptanz durch die jeweilige Zielgruppe zu erhöhen. Deren Potentiale zu erkennen und zu stärken, vorhandene Ressourcen anzuerkennen und hervorzuheben ist das Ziel, um integrierende Angebote und Maßnahmen zu initiieren oder in bestehende Angebote einzubinden und eine Stigmatisierung der Zielgruppe zu vermeiden. Dabei ist es wichtig einen Lebensweltbezug herzustellen, z.B. durch praktische Versorgungs- und Entlastungsangebote wie Kochen und Sozialberatung, die möglichst die ganze Familie mit einbeziehen. Das erhöht die Akzeptanz, denn Gesundheit steht bei sozial benachteiligten Familien häufig nicht an erster Stelle, da ihr Alltag durch z.B. finanzielle Probleme, Wohnungsnot, Arbeitslosigkeit belastet ist.

Der ÖGD ist dabei dem Grundsatz verpflichtet, die gesundheitliche Chancengleichheit aller zu verbessern und besonders geeignet, die kommunale Verantwortung für die kommunale Steuerung und Wirkkontrolle zu übernehmen. Er setzt dabei die Grundsätze des public health action cycles: "Plan-do-check-act" um.

Die spezifische Aufgabe des ÖGD ist gesundheitsfördernde Angebote räumlich und thematisch dort zu veranlassen und zu unterstützen, wo andernfalls Defizite mit nachteiligen gesundheitlichen Folgen zu befürchten sind. Beteiligt werden dabei gesundheitsrelevante Einrichtungen, Vertreterinnen und Vertreter der Politik, bereits bestehende Gruppen, einzelne Bewohnerinnen und Bewohner des Quartiers. Zugang zu den Menschen ist möglich durch Gesundheitsförderung vor Ort, um sozial Benachteiligte zu erreichen. Dazu werden Angebote an den Orten (Settings) gemacht, an denen sich die Menschen regelmäßig aufhalten oder leben, z.B. Kita, Schule, Kulturtreffs und Stadtteile.

Sozial Benachteiligte sind keine homogene Gruppe, Menschen mit Migrationshintergrund brauchen z.B. eine andere Ansprache als Personen ohne Migrationshintergrund. Ein Stadtteil-orientiertes vernetztes

multidisziplinäres und gemeinsames Vorgehen fördert die Inanspruchnahme und die Zufriedenheit.

Insgesamt engagieren sich auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung eine Vielzahl verschiedener profit-orientierter Anbieter, oft unabhängig voneinander operierend und von unterschiedlichen Zielsetzungen geleitet. Dadurch können Überangebote ebenso entstehen wie Angebotslücken. Im Interesse eines flächendeckenden, umfassenden und abgestimmten Angebots an Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist ein zunehmender Schwerpunkt der Aufgaben des ÖGD, die Leistungen anderer, auch privater, Anbieter zu initiieren und zu koordinieren.

Der Vernetzung mit anderen Akteuren kommt in der Gesundheitsförderung und Prävention eine große Bedeutung zu, da durch die Bündelung der Ressourcen die Effizienz gesteigert und die Akzeptanz in der Bevölkerung verbessert werden sollte.

## **Prävention**

Prävention leitet sich vom lateinischen Begriff *pravenire* = zuvorkommen, vorbeugen ab.

Ziel der Prävention ist die generelle Verhinderung einer neuen bzw. das Fortschreiten einer bestehenden Krankheit.

### **Primäre, sekundäre und tertiäre Prävention**

Präventive Maßnahmen werden nach dem Zeitpunkt, zu dem sie eingesetzt werden, der primären, sekundären oder tertiären Prävention zugeordnet. Des Weiteren lassen sich präventive Maßnahmen im Hinblick darauf unterscheiden, ob sie am individuellen Verhalten (Verhaltensprävention) oder an den Lebensverhältnissen ansetzen (Verhältnisprävention).

Die primäre Prävention zielt darauf ab, die Entstehung von Krankheiten zu verhindern. Gerade "Volkskrankheiten" wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt) können in vielen Fällen durch eine gesundheitsbewusste Lebensweise – unterstützt von gesundheitsfördernden Lebensbedingungen – vermieden, verzögert oder in ihrem Verlauf günstig beeinflusst werden. Zu den begünstigenden Faktoren zählen insbesondere ein vollständiger Impfstatus, eine gesunde Ernährung, sportliche Aktivitäten oder eine gute Stressbewältigung. Durch Maßnahmen der primären Prävention lassen sich verschiedene schwerwiegende Infektionskrankheiten verhindern.

Die sekundäre Prävention ist auf die Früherkennung von Krankheiten gerichtet. Erkrankungen sollen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt erkannt werden, um so eine frühzeitige Therapie einleiten zu können. Eine eindeutige Abgrenzung von primärer und sekundärer Prävention ist nicht immer möglich. Ein Beispiel: Früherkennung von Darmkrebs und Gebärmutterhalskrebs sind Maßnahmen der primären Prävention (Krankheitsvermeidung), falls eine Vorstufe der Krebserkrankung erkannt und beseitigt wurde. Wird hingegen eine bereits eingetretene Krebserkrankung im Frühstadium entdeckt, handelt es sich jedoch um eine Maßnahme der sekundären Prävention im Sinne der Krankheitsfrüherkennung.

Die tertiäre Prävention hat das Ziel, Krankheitsfolgen zu mildern, einen Rückfall bei schon entstandenen Krankheiten zu vermeiden und die Verschlimmerung der Erkrankung zu verhindern. Die tertiäre Prävention ist weitgehend identisch mit der medizinischen Rehabilitation.

Dem ÖGD kommt eine Schlüsselfunktion bei der Prävention in Lebenswelten wie Kinderbetreuungseinrichtungen und Schulen sowie bei der Ansprache sozial benachteiligter Gruppen zu.

Kommunal in den Lebenswelten der Menschen verortet hält der ÖGD die Fäden in der Hand und entwickelt eine integrierte Präventionsstrategie für die Bevölkerung. Auf Grundlage von örtlichen und überörtlichen Bedarfsanalysen und Gesundheits- und Krankheitsdaten der Bevölkerung, z.B. Surveys des RKI, werden prioritäre Handlungsziele für die Bevölkerung vor Ort abgeleitet.

Die Umsetzung von Präventionsstrategien auf kommunaler Ebene erfolgt durch den ÖGD, häufig in enger Abstimmung mit weiteren präventiv tätigen Akteuren, wie z.B. Krankenkassen und niedergelassene Ärzten/innen. Um die Ziele zu erreichen, ist es notwendig, ein Netzwerk aus entscheidungsbefugten Akteuren innerhalb der öffentlichen Verwaltung, z.B. Jugendamt und Sozialamt, und außerhalb der öffentlichen Verwaltung, z.B. freie Träger und Selbsthilfegruppen, zu befähigen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention ziel- und bedarfsorientiert anzustoßen oder durchzuführen.

Der ÖGD ist hierbei wegen seiner fachlichen und strategischen Kompetenz als Präventionskoordinator gefragt. Er leitet selber die relevanten Arbeitsgruppen oder behält die Überblick über die Entwicklungsprozesse in der Kommune.

Ein Beispiel für die Notwendigkeit einer „System-Verzahnung“ ist die Feststellung von Impflücken bei Schulkindern durch den ÖGD, verbunden

mit einer Information an die Eltern und der nachfolgenden Impfung durch niedergelassene Ärzte/innen. Gleiches gilt für die frühzeitige Feststellung und Vermeidung von Zahnschäden im Bereich der zahnmedizinischen Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche.

## **Verhaltens- und Verhältnisprävention**

Verhaltensprävention, sogenannte individuelle Prävention, nimmt Einfluss auf das persönliche Gesundheitsverhalten oder den Gesundheitszustand einzelner Menschen.

Das Ziel der Verhaltensprävention ist, Risikofaktoren wie z.B. Fehl- oder Mangelernährung, Bewegungsmangel, Rauchen und übermäßigen Alkoholkonsum zu reduzieren.

Durch Aufklärung und Information, Stärkung der Persönlichkeit oder auch Sanktionen werden einzelne Menschen dazu motiviert Risiken zu vermeiden. Hierunter fallen Maßnahmen, welche die eigene Gesundheitskompetenz stärken.

Verhältnisprävention, sogenannte strukturelle Prävention, nimmt Einfluss auf Gesundheit bzw. Krankheit.

Das Ziel der Verhältnisprävention ist die Veränderungen der Lebensbedingungen der Menschen (Arbeit, Familie, Freizeit oder Umweltbedingungen), um diese möglichst risikoarm zu gestalten. Dazu zählen beispielsweise die Wohnumgebung oder auch Projekte, die eine gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und seelisches Wohlbefinden im Setting Kita fördern.

Im Rahmen der aktuellen Gesetzgebungsdiskussionen über Verbesserungen im Bereich der Prävention sollte dem besonderen Stellenwert und den spezifischen Kompetenzen des ÖGD und seiner Beschäftigten in stärkerem Maße Rechnung getragen werden.

Auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention sind vor allem die planerischen und koordinierenden Funktionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes gefragt.

Eine besondere Herausforderung liegt in der Entwicklung von Kennzahlen und Indikatoren, anhand derer die Wirksamkeit der Maßnahmen überprüft werden kann. Diese Indikatoren sollten Bestandteil der kommunalen Gesundheitsberichterstattung werden. Die Bundesländer sind in diesem Prozess aktuell verschieden weit fortgeschritten.

# Weitere Aufgaben des ÖGD

Weitere Aufgaben des ÖGD sind die Medizinalaufsicht über Heilberufe, das heißt die Beaufsichtigung und Überwachung der im Gesundheitswesen tätigen Personen und Einrichtungen, die Apothekenaufsicht und fachliche Mitwirkung bei Bauplanungen sowie das Mitwirken beim Katastrophenschutz.

Freyrik, P. (2012, March). Kinderschutz - die Rolle des KJGD. *Das Gesundheitswesen*. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1307296>  
Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa. (1986). Retrieved from [https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](https://www.healthpromotion.org.au/images/ottawa_charter_hp.pdf)  
*Psychosoziale Notfallversorgung: Qualitätsstandards und Leitlinien(Teil I und II)*. (2012). Retrieved from [https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis\\_Bevoelkerungsschutz/PiB\\_7\\_PSNV\\_Qualit\\_stand\\_Leitlinien\\_Teil\\_1\\_2.html](https://www.bbk.bund.de/SharedDocs/Downloads/BBK/DE/Publikationen/Praxis_Bevoelkerungsschutz/PiB_7_PSNV_Qualit_stand_Leitlinien_Teil_1_2.html)  
05. Aufbau des Öffentlichen Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst hat einen vielschichtigen Aufbau. Globale, europäische, nationale, föderale, regionale und kommunale Institutionen, Gremien und Netzwerke beeinflussen dabei die Struktur.

Das Thema Antibiotikaresistenz wird durch kommunale oder regionale Netzwerke zu multiresistenten Erregern (MRE-Netzwerke) unterstützt. Gesundheitsämter kontrollieren das Hygienemanagement insbesondere der Krankenhäuser. Bundesländer erlassen Hygienevorschriften. Auf der nationalen Ebene unterstützen die Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) die gesetzlichen Regelungen des Infektionsschutzgesetzes. Das European Center for Disease Control (ECDC) fasst Europa-weit Daten zu Antibiotikaresistenzen zusammen. Auf globaler Ebene haben die G20 gemeinsam beschlossen, gegen Antibiotikaresistenzen vorzugehen

KASTEN: Antibiotikaresistenz

.

Die Institutionen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland sind ausnahmslos Behörden. Dabei sind die Behörden eingebunden in die öffentliche Verwaltung. In Deutschland werden die Träger der öffentlichen



Verwaltung in drei Ebenen unterteilt - die Ebene des Bundes, die Ebene der Länder und die Ebene der Kommunen.

Verschiedene Aufsichtsformen beschreiben und definieren die Möglichkeiten des Umgangs von ranghöheren Behörden mit rangniedrigeren Behörden. Diese Aufsichtsformen werden Rechtsaufsicht, Fachaufsicht und Dienstaufsicht genannt. Dabei bedeutet Rechtsaufsicht die Aufsicht über die rechtmäßige Durchführung einer Aufgabe, Fachaufsicht bedeutet darüber hinaus auch die Beurteilung der Korrektheit der Durchführung einer Aufgabe. Dienstaufsicht erfolgt unter disziplinarischen Gesichtspunkten.

## **Die Ebene der Kommunen**

Auf kommunaler Ebene werden die Aufgaben des ÖGD in der Regel durch ein Gesundheitsamt als untere Gesundheitsbehörde wahrgenommen.

### **Das Gesundheitsamt**

Gesundheitsämter sind die lokal tätigen Behörden des ÖGD. Gesundheitsämter können Teil der kommunalen Behörde sein oder, als sogenanntes staatliches Gesundheitsamt, eine Behörde des Bundeslandes sein. Rein staatliche Gesundheitsämter existieren nur in Bayern. In Baden-Württemberg ist die Amtsleitung des Gesundheitsamtes vom Bundesland angestellt.

Es existiert eine Debatte, welches System mehr Vorteile für die öffentliche Gesundheit bietet. Dabei wird argumentiert, dass die Kommunalisierung den Gesundheitsämtern ermöglicht innerhalb der Stadt- oder Kreisverwaltung mit anderen Behörden sehr eng zusammenarbeiten. So gibt es viele Schnittstellen zum Jugendamt, zum Sozialamt, aber auch zu den Veterinärbehörden und der Lebensmittelüberwachung (Freese, 2011). Aber auch staatliche Gesundheitsämter können mit den anderen vor Ort tätigen Behörden verzahnt sein.

Die Gesundheitsämter der einzelnen Bundesländer oder der Kommunen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Aufbaus. In den meisten Bundesländern existieren in Landesgesetzen und den dazugehörigen Zuständigkeitsnormen für den Gesundheitsdienst Festlegungen über den Aufbau eines Gesundheitsamts. In manchen Bundesländern ist der Aufbau der Gesundheitsämter eher lose festgelegt und weitgehend dem jeweiligen kommunalen Träger überlassen. Mit dem Aufbau ist in der Regel keine Festlegung über die notwendigen Ressourcenausstattung, wie beispielsweise Finanzierung oder Personal, getroffen. Für Berlin wurde der Umfang des benötigten Personals der Gesundheitsämter erarbeitet und in

einer Beschreibung eines sogenannten [Mustergesundheitsamtes](#) beschrieben.

Üblicherweise in allen Gesundheitsämtern vorhandene Bereiche sind:

- Infektionsschutz
- Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
- Sozialpsychiatrie
- (amtsärztliche) Gutachtenerstellung

Andere Aufgabenbereiche - wie zum Beispiel die Medizinalaufsicht - sind nur in manchen Bundesländern in den Gesundheitsämtern angesiedelt. Auch Zusammenlegungen existieren (Stand Juni 2019): Beispielsweise sind im Landkreis Mainz-Bingen Veterinär- und Gesundheitsamt in einem Amt zusammengefasst. In manchen Bundesländern sind einzelne Funktionsbereiche mehrerer Gesundheitsämter in Zentren zusammengefasst. Beispielsweise wird in Berlin die Tuberkulosefürsorge zentral von einem Zentrum für das gesamte Bundesland durchgeführt. In Schleswig-Holstein erfolgt die Überprüfung der Heilpraktiker zentralisiert durch das Gesundheitsamt in Husum.

Der Aufbau von Gesundheitsämtern folgt üblicherweise dem System einer Stablinienorganisation. Der Aufbau eines Gesundheitsamtes kann in Form eines Organigramms dargestellt werden, wie beispielsweise im Organigramm des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main (s.Figure 1).

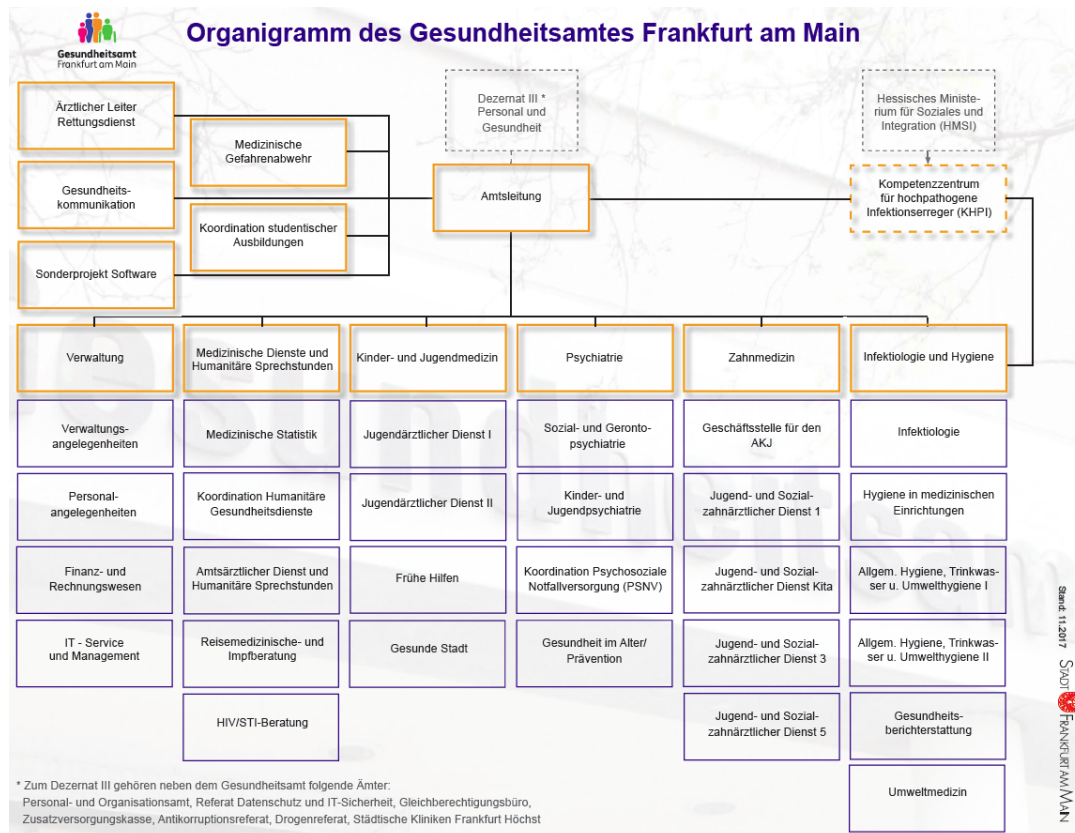


Figure Organigramm des Gesundheitsamtes Frankfurt  
(<https://www.frankfurt.de/sixcms/media.php/738/Organigramm%20des%20Gesundheitsamtes%20Frankfurt%20am%20Main-web.pdf>, abgerufen am 23.05.2019)

Dabei steht die Amtsleitung an der Spitze oder im Zentrum. Ihr beigeordnet ist ein Stabsbereich. Der Stabsbereich unterstützt die Funktionsbereiche eines Amtes, häufig sind dort Personalbereiche, IT-Bereiche, Gesundheitsberichterstattung, Verwaltung, Poststelle oder Hausverwaltung angesiedelt.

Von der Amtsleitung ausgehend erfolgt die Aufgabenwahrnehmung über die Funktions- oder Linienbereiche, die die originären Funktionen des Gesundheitsamtes erfüllen. Funktionsbereiche tragen verschiedene Namen und werden beispielsweise Fachbereich, Abteilung oder Einheit genannt.

## Wer arbeitet im Gesundheitsamt?

Im Gesundheitsamt arbeiten verschiedene Berufsgruppen multidisziplinär zusammen. Die Leitung des Gesundheitsamtes obliegt in der Regel einer Ärztin oder einem Arzt mit der Anerkennung als Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen.

## **Berufsgruppe**

## **Ausbildung und Weiterbildung**

(Fach-) Ärztinnen und Ärzte

- für Öffentliches Gesundheitswesen
- für Hygiene und Umweltmedizin
- für Psychiatrie und Psychotherapie
- für Kinder- und Jugendheilkunde
- für Kinder- und Jugendpsychiatrie
- für Gynäkologie

Sechsjähriges universitäres Studium

in der Regel 60-monatige Facharztweiterbildung

Zahnärztinnen und Zahnärzte

Sechsjähriges universitäres Studium

Fachzahnärztinnen und Fachzahnärzte für das Öffentliche Gesundheitswesen

in der Regel vierjährige Weiterbildung

Gesundheitsingenieure

Studium an einer Universität oder Fachhochschule

Hygienekontrolleure

Dreijährige Ausbildung

Verwaltungsfachangestellte

Dreijährige Ausbildung

Sozialpädagog/innen

Drei- bis fünfjähriges Studium an einer Universität oder Fachhochschule

Psychologen

Drei- bis fünfjähriges Studium an einer Universität oder Fachhochschule

Lebensmittelkontrolleur/innen

Dreijährige Ausbildung

Medizinische Fachangestellte    Dreijährige Ausbildung

Sozialmedizinische  
Assistent/in                      Dreijährige Ausbildung

**Tabelle:** Übersicht über unterschiedliche im Gesundheitsamt tätige Berufsgruppen.

Weitere Berufsgruppen sind Sozial- und Gesundheitswissenschaftler, Juristen, Pharmazeuten, Psychologen, Epidemiologen, Verwaltungsfachkräfte und weitere Gesundheitsfachberufe.

In den Gesundheitsämtern werden Beamtinnen und Beamte sowie Angestellte beschäftigt.

## **Die Ebene der Bundesländer**

Auf der Landesebene ist die Gliederung des ÖGD von der jeweiligen Ordnung des Bundeslandes abhängig. Dies wird üblicherweise in den jeweiligen Gesundheitsdienstgesetzen festgelegt. Das jeweilige Landesministerium - in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg ist es die Senatsverwaltung - ist im Bereich Gesundheit jeweils die oberste Landesgesundheitsbehörde. Diese wird durch eine/n Gesundheitsminister/in, bzw. eine/n Gesundheitssenator/in, geleitet. Daneben existieren in vielen Bundesländern nachgeordnete Landesämter für Gesundheit. Das Ministerium führt üblicherweise die Aufsicht über die Landesämter für Gesundheit.



Figure Organisation der Landeseinrichtungen für Öffentliche Gesundheit in NRW

Neben den Landesämtern für Gesundheit existieren teilweise weitere Einrichtungen der Bundesländer, die dem öffentlichen Gesundheitsdienst zuzuordnen sind. Häufig sind z.B. Laborleistungen in einem Landeslabor zusammengefasst. Dabei sind einige Landesämter in der gemeinsamen Trägerschaft mehrerer Bundesländer.

Auch wird die Funktion der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Mitarbeiter/innen im ÖGD durch sogenannten Landesakademien, z.B. Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, wahrgenommen.

Bundesland	Föderale Einrichtungen des ÖGD (Stand Mai 2019)
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#">Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg</a></li> <li>● <a href="#">Abteilung für Gesundheit im Landesministerium für Soziales und Integration</a></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege</u></a></li> </ul>
Bayern	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)</u></a></li> <li>● <a href="#"><u>Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit</u></a></li> </ul>
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Senatsverwaltung für Gesundheit Pflege und Gleichstellung</u></a></li> <li>● <a href="#"><u>Landeslabor Berlin-Brandenburg</u></a></li> <li>● <a href="#"><u>Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGeSo)</u></a></li> </ul>
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Landesamt für Arbeitsschutz, Verbraucherschutz und Gesundheit, Brandenburg</u></a></li> </ul>
Bremen	
Hamburg	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg (BGV)</u></a></li> </ul>
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Hessisches Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPuG)</u></a></li> <li>● <a href="#"><u>Kompetenzzentrum für hochpathogene Infektionserreger für Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland (KHPI)</u></a></li> </ul>
Mecklenburg-Vorpommern	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS)</u></a></li> </ul>
Niedersachsen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)</u></a></li> </ul>

Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <a href="#"><u>Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf</u></a></li> <li>● <a href="#"><u>Landeszentrum für Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG NRW)</u></a></li> </ul>
Rheinland-Pfalz	● <a href="#"><u>Landesuntersuchungsamt Rheinland-Pfalz (LUA)</u></a>
Saarland	●
Sachsen	● <a href="#"><u>Landesuntersuchungsanstalt für das Gesundheits- und Veterinärwesen (LUA)</u></a>
Sachsen-Anhalt	● <a href="#"><u>Landesamt für Verbraucherschutz (LAV)</u></a>
Schleswig-Holstein	● <a href="#"><u>Landesamt für soziale Dienste (LAsD)</u></a>
Thüringen	● <a href="#"><u>Thüringer Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz (TLLV)</u></a>

## **Landesbehörden**

Gesundheit ist grundsätzlich Ländersache und als Aufgabe auf dieser Ebene auch jeweils einem entsprechenden Ministerium zugeordnet. Deren Bezeichnungen sind je nach Ressortzuschnitt von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich. Als mittlere Gesundheitsbehörde gibt es unterhalb der ministeriellen Ebene in den einzelnen Bundesländern verschiedene Behörden mit unterschiedlicher Aufgabenstruktur und Kompetenz:

## **Gesundheitsministerkonferenz**

Die Gesundheitsminister und Gesundheitssenatoren der Bundesländer und der/die Bundesgesundheitsminister/in treten jährlich zur Gesundheitsministerkonferenz (GMK) zusammen. Diese dient der Zusammenarbeit, Abstimmung und Koordination zwischen den Bundesländern.



Die Gesundheitsministerkonferenz fasst Beschlüsse, die Einfluss auf die öffentliche Gesundheit haben.

Die Gesundheitsministerkonferenz wird vorbereitet durch die Amtschefkonferenz der jeweiligen Staatssekretäre und diese wiederum durch die Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), in der die jeweiligen Spitzenbeamten/innen der Gesundheitsministerien, bzw. Senatsverwaltungen, die einzelnen Bundesländer vertreten.

## Die Ebene des Bundes



Figure Bundeseinrichtungen im Öffentlichen Gesundheitswesen

### Bundesministerium für Gesundheit

Das [Bundesministerium für Gesundheit \(BMG\)](#) ist eine oberste Bundesbehörde im Bereich Gesundheit mit Hauptsitz in der Bundesstadt Bonn und einem zweiten Dienstsitz in Berlin.

Das BMG erarbeitet Rechtsnormen im Gesundheitsbereich. Entsprechende Gesetzes- und Verordnungsentwürfe wie zum Beispiel Änderungen des Infektionsschutzgesetzes, im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung oder sozialen Pflegeversicherung oder im Bereich der Trinkwasserverordnung werden dort federführend erstellt, bevor sie innerhalb der Bundesregierung abgestimmt und den parlamentarischen Gremien zugeleitet werden.

Die Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsschutz bietet weitere wesentliche Berührungspunkte des ÖGD zum Bundesministerium für Gesundheit.

Auch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft ist durch den gesundheitlichen Verbraucherschutz, das Bundesministerium des Inneren durch den Katastrophenschutz, das Bundesministerium für Arbeit und Soziales durch den Arbeitsschutz und das Bundesumweltministerium durch den Umweltschutz mit relevanten Fragestellungen für die Öffentliche Gesundheit befasst. Berührungspunkte zu Themen der Öffentlichen Gesundheit und des ÖGD haben dementsprechend:

- das Bundesamt für Risikobewertung (BfR) als nachgeordnete Behörde im Zuständigkeitsbereich des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
- das Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenschutz (BBK) in der Zuständigkeit des Bundesministeriums des Inneren
- die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) als nachgeordnete Behörde des Bundesministerium für Arbeit und Soziales
- das Umweltbundesamt (UBA), das dem Bundesumweltministerium zugeordnet ist

Dem Bundesministerium für Gesundheit sind vier Bundesoberbehörden nachgeordnet:

- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Paul-Ehrlich-Institut (PEI)
- Robert Koch-Institut (RKI).

Sie sind für ein bestimmtes Sachgebiet in der ganzen Bundesrepublik zuständig. Dabei übt das BMG die Dienst- und Fachaufsicht über diese vier Behörden aus. Bis Mitte der 90er Jahre wurden die Aufgaben dieser Bundesinstitute von einer zentralen Bundesoberbehörde, dem damaligen Bundesgesundheitsamt wahrgenommen.

Eine weitere der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit unterstehende Bundesoberbehörde ist das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Statistik (DIMDI).

# **Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte**

Das [Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\)](#) ist verantwortlich für:

- die Zulassung von Fertigarzneimitteln, inklusive der Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen Phytotherapie, Homöopathie und anthroposophische Medizin,
- die Registrierung homöopathischer und traditioneller pflanzlicher Arzneimittel,
- die Erfassung und Bewertung sowie Abwehr von Arzneimittelrisiken (Pharmakovigilanz),
- die zentrale Erfassung und Bewertung von Risiken bei Medizinprodukten,
- die Überwachung des (legalen) Verkehrs von Betäubungsmitteln und Grundstoffen,
- die Beratung der Bundesregierung
- Forschungsaufgaben

Das BfArM ist eine selbständige Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Bonn und beschäftigt rund 1100 Mitarbeiter. Dazu gehören Ärzt/innen, Pharmazeut/innen, Chemiker/innen, Biolog/innen, Jurist/innen sowie technisches Personal.

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung**

Die [Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung \(BZgA\)](#) hat die Aufgabe, die Bereitschaft der Bürger zu fördern, sich verantwortungsbewusst und gesundheitsgerecht zu verhalten und das Gesundheitssystem sachgerecht zu nutzen.

Es ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Köln. Gegründet wurde die BZgA im Jahre 1967.

Die Schwerpunkte der BZgA sind Aidsprävention, Sexualaufklärung, Suchtprävention bei legalen und illegalen Drogen, Kinder- und Jugendgesundheit, gesunde Ernährung und Organspende. Des Weiteren werden Studien und Untersuchungen durchgeführt oder in Auftrag gegeben, um die Aufklärungsarbeit zu verbessern. Die Studien werden regelmäßig veröffentlicht.

## Paul-Ehrlich-Institut

Das [Paul-Ehrlich-Institut \(PEI\)](#) ist das deutsche Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel, wie beispielsweise Immunglobuline, Allergene und Gentherapeutika.

Es ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit mit Sitz in Langen.

Das PEI prüft und bewertet Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel und ihren Nutzen. Es sammelt und bewertet unter anderem Meldungen von unerwünschten Arzneimittelwirkungen von Impfstoffen. Dies betrifft die Meldungen der Gesundheitsämter nach § 6 Infektionsschutzgesetzes, freiwillige Meldungen von Ärzt/innen und Meldungen aus der Bevölkerung.

## Robert Koch-Institut

Das [Robert Koch-Institut \(RKI\)](#) hat die Aufgabe, die vielschichtigen Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit zu erforschen, evidenzbasierte Empfehlungen zu erarbeiten und zu überprüfen und neue Methoden für den Gesundheitsschutz zu entwickeln.

Es ist eine obere Bundesbehörde mit Hauptsitz in Berlin Wedding und weiteren Standorten in Berlin-Tempelhof und Wernigerode im Harz. Am RKI sind mehrere wissenschaftliche Kommissionen, Expertenbeiräte sowie Nationale Referenzzentren/Konsiliarlabore angesiedelt.

Dazu gehören:

- [Expertenbeirat Influenza am RKI](#)
- [Kommission Antiinfektiva, Resistenz und Therapie \(ART\)](#)
- [Ständige Impfkommision \(STIKO\)](#)
- [Krankenhaushygiene und Infektionsprävention \(KRINKO\)](#)
- [Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger \(STAKOB\)](#)

Die gesetzliche Aufgabe des RKI ist die Überwachung von Krankheiten. Dabei sollen gesundheitliche Risiken identifiziert, deren Ursachen erforscht und gezielte Präventionsstrategien entwickelt werden. Damit hat das RKI für den ÖGD eine zentrale Funktion.

Mit der [Informationsstelle des Bundes für biologische Sicherheit](#) wurden am RKI strukturelle Voraussetzungen für ein dauerhaftes

Krisenmanagement, insbesondere bei biologischen Gefahrenlagen geschaffen.

## **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information**

Das [Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information \(DIMDI\)](#) ist verantwortlich der fachlich interessierten Öffentlichkeit aktuelle Informationen aus dem gesamten Gebiet der Medizin einfach und schnell zugänglich zu machen.

Es ist eine nachgeordnete Behörde des BMG mit Sitz in Köln und wurde 1969 gegründet.

Das DIMDI gibt die deutschen Versionen medizinischer Klassifikationen heraus und führt nationale Register, u. a. zu Klinischen Studien und legalen Arzneimittel-Versandhändlern.

## **vormals: Bundesgesundheitsamt (BGA)**

Das 1952 etablierte Bundesgesundheitsamt (BGA) war die Nachfolgeorganisation des Reichsgesundheitsamt und existierte bis 1993. Es hatte den Auftrag, Risiken für die Gesundheit von Mensch und Tier früh zu erkennen, diese zu bewerten und im Rahmen seiner gesetzlichen Kompetenzen einzudämmen. In dem BGA waren unterschiedliche Einrichtungen aus den Bereichen Öffentliche Gesundheit, Veterinärmedizin, der Umweltgesundheit und der Lebensmittelsicherheit vereinigt:

- Institut für Arzneimittel
- Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie
- Institut für Strahlenhygiene
- Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene
- Max-von-Pettenkofer-Institut
- Robert-Koch-Institut
- Robert-von-Ostertag-Institut für Veterinärmedizin

Nach seiner Auflösung gingen unterschiedliche Einrichtungen aus dem BGA hervor, u.a. die dem BMG nachgeordneten Bundeseinrichtungen sowie das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin (BgVV), aus dem 2002 das Bundesamt für

Risikobewertung und das Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL) hervorgegangen sind.

## **Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens**

### **Bundesärztekammer**

Die [Bundesärztekammer \(BÄK\)](#) vertritt die berufspolitischen Interessen der Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland.

Sie ist Spitzenorganisation der ärztlichen Selbstverwaltung mit Sitz in Berlin.

Die BÄK ist im Jahr 1947 als Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern entstanden und ist ein Zusammenschluss der 17 deutschen Landesärztekammern. Sie unterstützt die Landesärztekammern, wobei sie mittelbar auch gesetzliche Aufgaben wahrnimmt.

### **Bundeszahnärztekammer**

Die [Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e. V. \(BZÄK\)](#) vertritt als Berufsvertretung aller Zahnärzte die gesundheits- und professionspolitischen Interessen des zahnärztlichen Berufsstandes in Deutschland.

Die Bundeszahnärztekammer ist – im Gegensatz zu den Landes Zahnärztekammern – keine Kammer oder sonstige Körperschaft des öffentlichen Rechts, sondern ein eingetragener Verein. Mitglieder der Bundeszahnärztekammer sind die Zahnärztekammern der Bundesländer. Die Bundeszahnärztekammer ist dem Gemeinwohl verpflichtet.

### **Kassenärztliche Bundesvereinigung**

Die [Kassenärztliche Bundesvereinigung \(KBV\)](#) ist die Dachorganisation der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV), die flächendeckend die wohnortnahe ambulante Gesundheitsversorgung durch die kassenärztlichen Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten organisieren.

Sie ist ein Körperschaft des öffentlichen Rechtes mit Sitz in Berlin

### **Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung**

Der [GKV-Spitzenverband](#) ist die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland. Er gestaltet die Rahmenbedingungen für einen intensiven Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung.

## **Bernhard-Nocht-Institut**

Das [Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin \(BNITM\)](#) ist Deutschlands größte Einrichtung für Forschung, Versorgung und Lehre auf dem Gebiet tropentypischer Erkrankungen und neu auftretender Infektionskrankheiten.

Das BNITM hat seinen Sitz in Hamburg. Es ist das Nationale Referenzzentrum für den Nachweis aller tropischen Infektionserreger und WHO Kooperationszentrum für Arboviren und Viren, die hämorrhagische Fieber verursachen.

Gegenstand der Forschung am BNITM sind Klinik, Epidemiologie und Krankheitsbekämpfung sowie die Biologie der Krankheitserreger, ihrer Reservoirtiere und Überträger. Für den Umgang mit hochpathogenen Viren und infizierten Insekten verfügt das Institut über Laboratorien der höchsten biologischen Sicherheitsstufe (BSL4) und ein Sicherheits-Insektarium (BSL3). Am BNITM werden spezielle Labordiagnostik tropentypischer und anderer seltener Infektionen durchgeführt.

## **Bundesinstitut für Risikobewertung**

Das [Bundesinstitut für Risikobewertung \(BfR\)](#) hat den gesetzlichen Auftrag über mögliche, identifizierte und bewertete Risiken zu informieren, die Lebensmittel, Stoffe und Produkte für den Verbraucher bergen können.

Der gesamte Bewertungsprozess soll für alle Bürger transparent dargestellt werden. Das BfR wurde als rechtsfähige Bundesbehörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) gegründet. Seine Aufgaben ergeben sich unter anderem aus dem BfR-Gründungsgesetz, das im Zuge der Neuorganisation des gesundheitlichen Verbraucherschutzes und der Lebensmittelsicherheit in Deutschland erlassen wurde (Quelle: [www.bfr.bund.de](http://www.bfr.bund.de)).

## **Umweltbundesamt**

Das deutsche [Umweltbundesamt \(UBA\)](#) ist die zentrale Umweltbehörde der Bundesrepublik Deutschland. Es gehört zusammen mit dem Bundesamt für Naturschutz, dem Bundesamt für kerntechnische Entsorgungssicherheit und dem Bundesamt für Strahlenschutz zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit.

Der Hauptsitz des UBA ist seit dem Jahr 2005 in Dessau-Roßlau in Sachsen-Anhalt.

Die Aufgaben des UBA sind neben wissenschaftlicher Arbeit der Vollzug

Treibhausgas-Emissionshandelsgesetz. Ein weiterer wichtiger Teil der Arbeit ist die Information von Bürger/innen in Fragen des Umweltschutzes.

## **Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe**

Das [Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe \(BBK\)](#) ist im Geschäftsbereich des Bundesministeriums des Innern (BMI) das Kompetenz-Zentrum für die zivilen Sicherheitsvorsorge.

Die Aufgaben des BBK sind vielfältig, die wichtigsten Aufgaben sind:

- Erfüllung der Aufgaben des Bundes im Bevölkerungsschutz (früher "Zivilschutz"), insbesondere ergänzender Katastrophenschutz, Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit, Schutz von Kulturgut, Trinkwassernotversorgung)
- Planung und Vorbereitung von Maßnahmen der Notfallvorsorge und Notfallplanung
- Planung und Vorbereitung der Zusammenarbeit von Bund und Ländern bei besonderen Gefahrenlagen (Koordination des Krisenmanagements)
- Psychosoziales Krisenmanagement
- Planerische und konzeptionelle Vorsorge zum Schutz kritischer Infrastrukturen
- Katastrophenmedizin
- Warnung und Information der Bevölkerung
- Ausbau der Katastrophenschutzforschung

## **Die internationale Ebene**

### **Die World-Health-Organisation und seine Regionalbüros**

Die [Weltgesundheitsorganisation \(WHO\)](#) ist eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen. Sie wird von 194 Mitgliedsländern getragen.

Die WHO hat ihren Hauptsitz in Genf, Schweiz. Das für Europa verantwortliche Regionalbüro, eines von sechs Regionalbüros weltweit, hat seinen Sitz in Kopenhagen, Dänemark.



Die Hauptaufgabe der WHO ist die Steuerung und Koordination der internationalen Gesundheit innerhalb des Systems der Vereinten Nationen.

Daraus leiten sich die Hauptarbeitsgebiete ab: Gesundheitssysteme, Gesundheit während des gesamten Lebenszyklus, nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten, mit der weltweiten Empfehlung von angepassten Maßnahmen.

## **WHO-Europa**

Das [WHO-Regionalbüro für Europa](#) hat seinen Sitz in der dänischen Hauptstadt Kopenhagen. Es ist eines von insgesamt weltweit sechs WHO Regionalbüros. Es hat insgesamt 53 Mitgliedstaaten, die sich vom Atlantik bis zum Pazifik erstreckt, und ist in diesen Ländern für die öffentliche Gesundheit zuständig.

## **Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten**

Das [Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten](#) (European Center for Disease Control, ECDC) ist eine Agentur der Europäischen Union mit Sitz in Stockholm.

Die Aufgabe des ECDC ist insbesondere die Abwehr von Infektionskrankheiten. Dazu gehören die Identifikation, Bewertung und Kommunikation von aktuellen und entstehenden Risiken und Gefahren für die menschliche Gesundheit in Europa. Schwerpunkte der Arbeit sind dabei unter anderem Antimikrobielle Resistenzen, die Steigerung von Impfraten sowie die Stärkung von Zusammenarbeit und Reaktionsfähigkeit in Bezug auf Gesundheitsrisiken in Europa.

## **Berufsverband und Fachgesellschaften**

Im Bereich der öffentlichen Gesundheit gibt es darüber hinaus verschiedene Fachgesellschaften, welche wissenschaftliche Aktivitäten und Austausch ihrer Mitglieder fördern, standespolitische Interessen vertreten und sich zum Teil an politischer Entscheidungsfindung beteiligen.

## **Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

Der Berufsverband der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD ist der [Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. \(BVÖGD\)](#) mit Sitz in Berlin.

Der BVÖGD ist der Dachverband der in allen Bundesländern vertretenen Landesverbände der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Derzeit gibt es als Mitglieder 15 Landesverbände, dabei bilden Brandenburg und Berlin einen gemeinsamen Landesverband.

Er ist

\*für Mitglieder dieser Landesverbände, sowohl für Beamtinnen und Beamte wie auch Tarifbeschäftigte, die berufspolitische und gewerkschaftliche Vertretung

- in Gremien der Bundesärztekammer vertreten
- Mitglied des Ausschusses „Arzt im öffentlichen Dienst“
- im Ausschuss „Gesundheit und Umwelt“
- ordentliches Mitglied der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

Er kooperiert mit wissenschaftlichen und ärztlichen Verbänden, Organisationen und Institutionen. Der BVÖGD führt gemeinsam mit dem BZÖG jährlich einen wissenschaftlichen Kongress durch, an dem ca. 600 bis 800 Ärzte und Zahnärzte teilnehmen.

Ziele des BVÖGD sind u.a. “die beruflichen und wissenschaftlichen Interessen der Mitglieder seiner Landesverbände auf nationaler und internationaler Ebene zu vertreten und zu fördern” und “die rechtlichen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen der Einzelmitglieder seiner Landesverbände durch das Aushandeln und die Vereinbarung von Tarifverträgen” zu wahren und zu fördern” (*Satzung*, 2017).

### **Berufsverband der Zahnärztinnen und -ärzte im ÖGD**

Der [Berufsverband der Zahnärztinnen und -ärzte im ÖGD e.V. \(BZÖG\)](#) setzt sich für die beruflichen Interessen der im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Zahnärztinnen und Zahnärzte ein, bietet Fortbildungen für seine Mitglieder und koordiniert die Arbeit der Zahnärztlichen Dienste in den Ländern. Der Bundesverband ist ein eingetragener Verein mit Sitz in Unna.

In den Ländern wird er durch die Landesstellen vertreten. Seit 1967 hat er den Status einer wissenschaftlichen Gesellschaft.

### **Deutsche Gesellschaft Public Health**

Die [Deutsche Gesellschaft für Public Health \(DGPH\)](#) ist ein Zusammenschluss von Institutionen, Organisationen, Fachgesellschaften

und Einzelmitgliedern mit Zuständigkeit und Verantwortung für Lehre, Forschung und Praxis im Bereich von Public Health.

Sie ist als interdisziplinärer und multiprofessionaler Dachverband ein seit 1997 eingetragener Verein.

### **Netzwerke und Kooperationspartner**

Aus der Natur des öffentlichen Gesundheitsdienstes ergibt sich, dass Gesundheitsämter oft in Netzwerke und Kooperationsverbünde eingebunden sind. Dabei gibt es einen unterschiedlichen Grad an gegenseitiger Verpflichtung.g.

Freese, J. (2011). Das Kreisgesundheitsamt Grundlegender Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. *Der Landkreis*, 2/2011, 74-76.

Satzung. (2017). Retrieved from [https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2018/12/2017\\_07\\_04\\_aktuelle\\_Satzung\\_BVOEGD.pdf](https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2018/12/2017_07_04_aktuelle_Satzung_BVOEGD.pdf)

#### **07. Verwaltungshandeln**

Öffentlich-rechtliches Verwaltungshandeln ist im formellen Sinne die von Verwaltungsbehörden ausgeübte Tätigkeit und im materiellen Sinne die Wahrnehmung von Verwaltungsaufgaben.

Verwaltungshandeln kann faktisch, z.B. in Form von Auskünften oder Warnungen, oder regelnd sein. Dabei wirkt regelndes Handeln entweder intern, in Form von Verwaltungsvorschriften oder Weisungen, oder hat eine Außenwirkung im Rahmen allgemeiner Rechtsnormen oder als Einzelfall.

Daraus resultieren in der Verwaltung nach Zweck und Recht unterschiedliche Verwaltungstätigkeiten:

- Eingriffsverwaltung
- Leistungsverwaltung (Daseinsvorsorge)
- Gewährleistungs- und Regulierungsverwaltung

Dabei liegt eine Eingriffsverwaltung vor, wenn die Verwaltung in die Rechtssphäre des Bürgers eingreift und dessen Freiheit und Eigentum beschränkt, z.B. im Rahmen der Gefahrenabwehr oder zum Schutz der öffentlichen Sicherheit.

Als Leistungsverwaltung bezeichnet man die Verwaltungstätigkeit, bei der die Verwaltung dem Bürger Leistungen oder sonstige Vergünstigungen gewährt.

Dagegen ist es Gewährleistungsverwaltung, wenn eine Verwaltung traditionell von ihr

wahrgenommene Aufgaben nicht selbst erfüllt, sondern sie durch andere Institution, z.B. private Träger erfüllen lässt (Privatisierung). Unter Regulierungsverwaltung versteht man die Sicherstellung bestimmter Leistungsziele durch Verwaltungstätigkeit, z.B. durch die staatliche Rechtsaufsicht.

## Verwaltungsakt

Ein Verwaltungsakt ist die Handlungsform der öffentlichen Verwaltung. Bei einem Verwaltungsakt, oft als Bescheid bezeichnet, handelt es sich um eine hoheitliche Maßnahme einer Behörde auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts zur Regelung eines Einzelfalls.

Eine Behörde in diesem Sinn ist jede Stelle, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung wahrnimmt.

Der Begriff des Verwaltungsaktes ist gesetzlich geregelt im [Verwaltungsverfahrensgesetz \(VwVfG\)](#) des Bundes:

*“Verwaltungsakt ist jede Verfügung, Entscheidung oder andere hoheitliche Maßnahme, die eine Behörde zur Regelung eines Einzelfalls auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts trifft und die auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtet ist. Allgemeinverfügung ist ein Verwaltungsakt, der sich an einen nach allgemeinen Merkmalen bestimmten oder bestimmbar Personenkreis richtet oder die öffentlich-rechtliche Eigenschaft einer Sache oder ihre Benutzung durch die Allgemeinheit betrifft.”*

(§ 35 VwVfG)

Die unterschiedlichen Maßnahmen einer Behörde die durch einen Verwaltungsakt geregelt werden, können unterschieden werden in:

- **Verbot** eines Verhaltens ,wie z.B. Anordnung der Schließung der ambulanten Operationsräume einer Arztpraxis wegen gravierender Hygienemängel (§ 16 I IfSG) oder die Anordnung der Unterbrechung der betr. Wasserversorgung (§ 9 III TrinkwV).
- **Gebot** eines Verhaltens, wie z.B. Anordnung von Schutzmaßnahmen (Anordnung der Beobachtung §§ 28, 29 IfSG), Anordnung der Quarantäne (§ 30 I IfSG) oder Anordnung der Untersuchung von Legionellen (§§ 20 I, 14 III TrinkwV)

- **Rechtsgewährung**, wie z.B. Erteilung der Fahrerlaubnis, Erteilung der Approbation (§ 3 BÄO, § 4 BApO), Erlaubnis zum Arbeiten mit Krankheitserregern (§44 I IfSG) oder die Herstellungserlaubnis (§ 13 AMG, Zulassung)

## **Erlass**

Bei einem Erlass (auch Verwaltungsvorschrift, Verwaltungsrichtlinie, Ausführungsvorschriften, Anordnungen, Dienstanweisungen genannt) handelt sich um eine Anordnung, die innerhalb einer Verwaltungsorganisation von einer übergeordneten Verwaltungsinstanz oder einem Vorgesetzten an nachgeordnete Verwaltungsbehörden oder Bedienstete ergeht und deren Wirkungsbereich grundsätzlich auf das Innenrecht der Verwaltung beschränkt ist. Ein Erlass ist nicht öffentlich.

Erlasse sind nicht durch die Legislative legitimiert. Es obliegt dem Adressaten des Erlasses zu überprüfen, ob der Erlass mit geltendem Recht vereinbar ist (Siehe Vorrang und Vorbehalt des Gesetzes).

Bei einem Erlass kann es sich z.B. um eine Anordnung eines Landesministeriums an die kommunale Ebene handeln die zum Ziel hat Verwaltungshandeln einheitlich zu gestalten.

## **Verfügung**

Eine Verfügung (im Verwaltungsrecht, einem Teilgebiet des Öffentlichen Rechtes) ist eine Maßnahme oder Entscheidung einer Behörde. Sie kann in Form eines Bescheids nach außen gegeben werden oder als Büroverfügung Anweisungen für den innerdienstlichen Betrieb enthalten.

## **Bescheid**

Der Bescheid ist eine bestimmte Handlungsform der öffentlichen Verwaltung, z.B. als ein Dienstschreiben, das in einer besonderen Form verfasst ist und das eine oder mehrere Regelungen enthält (s. Verwaltungsakt).

Zur Form des Bescheids gehören regelmäßig Tenor, Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung.

## **Dienstanweisung**

Eine Dienstanweisung (abgekürzt DA) ist ein verbindlicher Arbeitsauftrag an einzelne Personen oder eine Personengruppe, z.B. Angehörige des Nachtdienstes). Zwischen Auftraggeber und Auftragnehmer muss es dazu

ein Dienstverhältnis geben, welches den Handlungsraum und die mit der Ausführung der Dienstanweisung verbundene Ressourcenallokation eindeutig regelt. Also: wer macht wo und wann was?

Eine Dienstanweisung gilt, ähnlich wie eine Verwaltungsvorschrift, stets nur im Innenverhältnis einer Behörde, d.h. sie begründet keine Rechte oder Pflichten für Personen außerhalb der Behörde, in der sie gilt.

## **Gebietskörperschaft**

Eine Gebietskörperschaft ist eine Körperschaft, deren Zuständigkeit und Mitgliedschaft territorial bestimmt ist.

Ihre Gebietshoheit ist jeweils auf einen räumlich abgegrenzten Teil des Staatsgebietes beschränkt. Im engeren Sinn sind Gebietskörperschaften Gemeinden, Kommunale Verbände, Landkreise und Bezirke gemeint, im weiteren Sinn kommen auch die deutschen Bundesländer dazu.

Sie grenzen sich dadurch von solchen Körperschaften ab, deren Mitgliedschaft durch persönliche Eigenschaften bestimmt werden, z.B. die Ärztekammer.

## **Dienstaufsicht**

Das Aufsichts- und Weisungsrecht der höheren Behörde gegenüber der nachgeordneten und des Vorgesetzten gegenüber seinen untergebenen Beamten wird als Dienstaufsicht bezeichnet. Sie umfasst die fachliche und rechtliche Kontrolle der Ausübung des Dienstes. Die Dienstaufsicht ist Kernaufgabe von Dienstvorgesetzten.

Der Dienstaufsichtsberechtigte ist weisungsbefugt und kann bei Verstößen gegen die Dienstpflicht Disziplinarmaßnahmen veranlassen.

## **Kommunalaufsicht**

Das gesamte Handeln einer Kommune steht in Deutschland unter staatlicher Aufsicht des jeweiligen Landes. Zu unterscheiden ist hierbei im Wesentlichen die Rechtsaufsicht von der Fachaufsicht (bzw. Sonderaufsicht).

Kommunalaufsicht selbst ist immer eine besondere Form der Rechtsaufsicht.

## **Rechtsaufsicht**

Von Aufsichtsbehörden wird gegenüber den der Rechtsaufsicht unterworfenen Behörden die Rechtsaufsicht ausgeübt und erstreckt sich auf die Einhaltung von Recht und Gesetz durch die Verwaltung (sog. Vorrang des Gesetzes). Die Rechtsaufsicht unterscheidet sich damit von der Fachaufsicht bzw. der Sonderaufsicht, die sich auch auf die Zweckmäßigkeit des Verwaltungshandelns bezieht.

## **Fachaufsicht**

Nachgeordnete Behörden unterliegen innerhalb eines Verwaltungszuges der Fachaufsicht, d.h. die nachgeordnete Behörde wird nicht nur daraufhin kontrolliert, ob sie Recht und Gesetz einhält (Rechtsaufsicht), sie unterliegt auch der Zweckmäßigkeitskontrolle (Art und Weise der Aufgabenerfüllung).

## **Amtshilfe**

Die Hilfeleistung einer Behörde für eine andere Behörde wird als Amtshilfe bezeichnet. Die Behörde, die um Amtshilfe bittet, wird ersuchende Behörde genannt. Die Behörde, die Amtshilfe leisten soll, wird als ersuchte Behörde bezeichnet.

Nach dem Grundgesetz leisten sich alle Behörden des Bundes und der Länder gegenseitig Rechts- und Amtshilfe:

*“Alle Behörden des Bundes und der Länder leisten sich gegenseitig Rechts- und Amtshilfe.”*

(Art. 35 Abs. 1 GG)

Das VwVfG regelt in § 5 die Voraussetzungen und Grenzen der Amtshilfe. Ein triftiger Grund die Amtshilfe zu verweigern könnte Vorliegen von Unverhältnismäßigkeit sein.

## **Vollzugshilfe**

Ein Unterfall der Amtshilfe ist die Vollzugshilfe. Sie stellt das Ersuchen einer Behörde an eine andere Behörde dar, bestimmte Maßnahmen zu vollziehen. Hierbei kann es sich um Verfügungen, einen Bescheid oder einen Beschluss handeln. Grund hierfür ist das personelle oder funktionale Unvermögen der ersuchenden Behörde.

Der häufigste Fall ist die Anwendung von unmittelbarem Zwang durch körperliche Gewalt; Ausführende sind dann Polizeivollzugsbeamte.

## **Rechtsverhältnis: Arzt/Ärztin des Gesundheitsamtes und Patienten**

Einschlägige rechtliche Grundlagen bestehen zwischen jedem Arzt/jeder Ärztin und Patienten, die diese ärztliche Kompetenz in Anspruch nehmen. Dieses Rechtsverhältnis garantiert den Patienten, dass die Vorgaben, die in der Genfer Deklaration des Weltärztebundes (Genfer Gelöbnis) und in standesrechtlichen Normen der Bundes- und Landesärztekammern festgehalten wurden, eingehalten werden.

Ein Bürger, der das Gesundheitsamt aufsucht und Kontakt zu einer Ärztin oder einem Arzt des Gesundheitsamtes hat, kann daher kein „Klient“, „Kunde“, „Bürger“ sein, selbst wenn er nur einer Auskunft bedarf - sie/er ist immer ein Patient.

### 06. Rechtsnormen

## **Ärztliche Rolle in der Exekutive**

Für die meisten Ärztinnen und Ärzte, die beginnen in einer Behörde im ÖGD zu arbeiten, ist die Auseinandersetzung mit Rechtsnormen oder den Begriffen Gesetz, Verordnung oder Verwaltungsakt neu und ungewohnt. Bei näherer Befassung mit diesem Thema empfinden es jedoch die meisten als spannend und faszinierend. Schnell wird deutlich, wie unerlässlich ein gutes Basiswissen in diesem Bereich für die Aufgabenerfüllung im ÖGD ist.

Im Rahmen ihrer Tätigkeiten im ÖGD können und müssen Ärztinnen und Ärzte mit Kompetenz und Umsicht Exekutiv-Gewalt (vollziehende Gewalt) im Bereich der Öffentlichen Gesundheit ausüben. Sie sind als Tätige in einer Behörde damit Teil der Demokratie und des Rechtsstaates in Deutschland und stärken ihn.

## **Unterschiedliche Rechtsnormen**

Eine gesetzliche Regelung oder eine auf gesetzlicher Grundlage ergangene Vorschrift generell abstrakter Natur bezeichnet man als Rechtsnorm. Da Rechtsnormen für eine Vielzahl von Sachverhalten Auswirkungen haben können, sind sie abstrakt formuliert; aufgrund der Wirkung für eine Vielzahl von Personen sind sie generell. Der Begriff der Rechtsnorm, oder



der Rechtsvorschrift bzw. des Rechtssatzes, wird in der Rechtswissenschaft verschieden weit definiert. Das zugehörige Adjektiv ist normativ.

## **Gesetze**

Förmliche Gesetze werden vom parlamentarischen Gesetzgeber, d.h. von Bund- und Länderparlamenten, der sogenannten Legislative, mit dem in der Verfassung dafür vorgesehenen Verfahren beschlossen (Artikel 76 bis 82 GG). Sie können sowohl von der Bundesebene, als auch der Landesebene erlassen werden.

Gesetze sind für diejenigen verbindlich und unmittelbar anwendbar, an die sie gerichtet sind.

## **(Rechts-)Verordnungen**

Rechtsverordnungen (auch Verordnungen genannt) werden von Regierungs- oder Verwaltungsorganen, der sogenannten Exekutive, erlassen und durchlaufen kein parlamentarisches Verfahren. Rechtsverordnung genannt, haben sie die selbe Verbindlichkeit wie Gesetze. Rechtsverordnungen bedürfen der Ermächtigung durch ein Gesetz.

Sie sind Regelungen, die zur Umsetzung eines bestimmten Gesetzes notwendig sind. Was die Verordnung regeln soll, muss im Gesetz festgelegt sein.

In der EU ist eine Verordnung ein Rechtsakt, der nach seiner Verabschiedung in den Mitgliedstaaten unmittelbar Geltung hat, d.h. eine EU-Verordnung muss nicht wie eine EU-Richtlinie durch die nationalen Parlamente in innerstaatliche Gesetze umgesetzt werden.

Gesetze und Verordnungen sind für den ÖGD verbindliche Vorschriften.

## **Richtlinien**

Eine Richtlinie ist ein Rechtsakt, in dem ein von allen EU-Ländern zu erreichendes Ziel festgelegt wird. Es ist jedoch Sache der einzelnen Länder, eigene Rechtsvorschriften zur Verwirklichung dieses Ziels zu erlassen.

## **Beschlüsse**

Beschlüsse sind für diejenigen verbindlich und unmittelbar anwendbar, an die sie gerichtet sind. Beispielsweise als richterlicher Entscheidung, z.B. ein Urteil oder Beschluss gegenüber einer Privatperson.

## **Satzungen**

Satzungen sind Normen, die von Selbstverwaltungskörperschaften, z.B. Vereinen, zur Regelung ihrer eigenen Angelegenheiten erlassen werden.

Sie werden von den Organen der Selbstverwaltungskörperschaften beschlossen.

## **Hauptprinzipien des Rechtsstaates**

Ein Hauptprinzip des deutschen Rechtsstaates sind die unantastbaren Grundsätze der verfassungsrechtlichen Ordnung ( Art. 20 Abs. 3 GG, Art. 79 Abs. 3 GG).

### **Vorrang des Gesetzes**

Zu den Prinzipien des deutschen Rechtsstaates gehört die Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, d.h., dass für die Verwaltung das Gesetz Richtschnur und Grenze des Verwaltungshandelns ist. Der Grundsatz ist dabei Vorrang des Gesetzes.

Grundsätzlich darf daher das Handeln von Legislative, Exekutive und Judikative nie gegen geltende Gesetze verstoßen.

In Artikel 20 GG (Grundgesetz) heißt es in Absatz 3:

*“Die Gesetzgebung ist an die verfassungsmäßige Ordnung, die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung sind an Gesetz und Recht gebunden”.*

Das bedeutet für die praktische Arbeit im ÖGD, dass stets geprüft werden muss, ob die Aufgabenerfüllung im Einklang mit geltendem Recht steht, d.h. mit dem Grundgesetz und den Bundes- und Landesgesetzen vereinbar ist.

### **Vorbehalt des Gesetzes**

Der Vorbehalt des Gesetzes ist ein zentrales Instrument zur Sicherung von Grundrechten und bedeutet, dass (belastende) Hoheitsakte nur aufgrund einer gesetzlichen Ermächtigung ergehen dürfen. Wenn ein Grundrecht nach dem Grundgesetz durch ein anderes Gesetz oder wegen eines anderen Gesetzes eingeschränkt werden soll, muss diese Einschränkung für alle gelten.

Ein Einzelfall soll gemäß dem Artikel 19 Absatz 1 Satz 1 GG des Verbots des Einzelfallgesetzes ausgeschlossen sein.

Das bedeutet für die praktische Arbeit im ÖGD, dass im ÖGD tätige Mitarbeitende genau wie die anderen Verwaltungsbereiche, nicht von sich aus tätig werden dürfen. Für alles Handeln muss immer eine "gesetzliche Grundlage" vorhanden sein und sollte auch benannt werden können.

## **Kompetenzen der Gesetze**

Die Kompetenzen zur Gesetzgebung im Gesundheitswesen sind auf Bund und Länder unterschiedlich verteilt.

In Artikel 74 des Grundgesetzes sind die wichtigsten Zuständigkeiten für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen festgelegt. Nach der konkurrierenden Gesetzgebung ist Gesundheit Ländersache. Daher werden die rechtlichen Rahmenbedingungen für den ÖGD im Wesentlichen nicht durch bundeseinheitliche, sondern durch landesgesetzliche Regelungen der einzelnen Bundesländer vorgegeben.

In den unterschiedlich ausgestalteten Landesgesetzen und -verordnungen welche die gesetzliche Grundlage für die Arbeit des ÖGD sind, sind in der Regel Bestimmungen zu folgenden Bereichen enthalten:

- Umschreibung von Rolle und Aufbau des ÖGD im jeweiligen Bundesland
- Zusammenarbeit und Koordination mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens
- Definition der Behörden und Einrichtungen des ÖGD auf den verschiedenen Ebenen des jeweiligen Landes
- Umschreibung der Aufgaben und Angebote der jeweiligen Behörden
- Ziele und Aufgabenbereiche
- Festlegungen zur Leitung und Organisation der Gesundheitsämter und zur erforderlichen Qualifikation des Personals

Auch wenn alle Bundesländer einen ÖGD haben, so ist dessen Ausgestaltung durch die verschiedenen landesgesetzlichen Regelungen, meistens als Gesundheitsdienstgesetz (GDG) bezeichnet, sehr variabel. Daher ergeben sich, z.B. sowohl hinsichtlich Personalausstattung, als auch Aufgabenwahrnehmung teils erhebliche länderspezifische Unterschiede.

Neben den Gesetzen und begleitenden Verordnungen auf Landesebene sind für den Bereich des ÖGD jedoch auch bundesgesetzliche Regelungen von zentraler Bedeutung, die flächendeckend einheitliche Rahmenbedingungen

setzen. Die wichtigsten sind das Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen ([Infektionsschutzgesetz, IfSG](#)) und die [Trinkwasserverordnung \(TrinkwV\)](#). Darüber hinaus werden auch in einzelnen Regelungen der Sozialgesetzbücher (SGB) und einer Reihe weiterer Gesetze und Verordnungen für den ÖGD relevante rechtliche Regelungen getroffen.

## **Grundgesetz**

Nach dem zweiten Weltkrieg wurde das Grundgesetz als Verfassung für die Bundesrepublik Deutschland geschrieben und ist damit die rechtliche Grundordnung. Seit der Wiedervereinigung gilt das Grundgesetz für das gesamte Bundesgebiet. Anders als in den Bundes- und Ländergesetzen wird von Artikeln und nicht Paragrafen gesprochen.

Das Grundgesetz legt für die Bundesrepublik Deutschland fest, dass die Bundesrepublik ein demokratischer Sozialstaat ist, der auf den vier Grundprinzipien

- (1) Demokratie
- (2) Föderalismus
- (3) Rechtsstaatlichkeit
- (4) Sozialstaatlichkeit

beruht und nicht veräußerlich ist.

Dazu ist im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland festgelegt:

*„Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat.“*

(Art 20, Abs 1 Grundgesetz) und

*„Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muß den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen.“*

(Art 28, Abs 1 Grundgesetz).

Dieses beschreibt die Bundesrepublik als einen sogenannten föderalen Bundesstaat. Daher ist auch die Organisation des Gesundheitswesens eine gemeinsame Aufgabe von Bund und Ländern.

Die Grundgesetz Artikel 1- 19 sind die sogenannten Grundrechte. Darüber hinaus stehen Artikel 1

*“Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.”*

( Art 1, Absatz 1, GG)

und Artikel 20 unter dem Schutz der sogenannten Ewigkeitsklausel (Art 79 Absatz 3, GG) und dürfen niemals geändert werden.

Aber es gibt Situationen, in denen die Einschränkung der Grundrechte des Einzelnen zum Schutz der Bevölkerung notwendig ist (vergleiche § 16 IfSG). Hierbei muss der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit angewendet werden. Das bedeutet, dass eine sorgfältige Überprüfung zwingend zu erfolgen hat, ob eine andere mildere Maßnahme genauso wirksam ist.

Dies kann insbesondere folgende Grundrechte betreffen:

- körperliche Unversehrtheit (Artikel 1, GG)
- Freiheit der Person, (Artikel 2, Abs. 2, Satz 2, GG)
- Versammlungsfreiheit (Artikel 8 GG)
- Brief- und Postgeheimnis, (Artikel 10 GG)
- Freizügigkeit (Artikel 11 Abs. 1 GG)
- Unverletzlichkeit der Wohnung (Artikel 13 Abs. 1 GG)

Die stationäre Unterbringung eines nicht einsichtsfähigen oder einsichtswilligen Patienten zur Therapie einer offenen ansteckungsfähigen Tuberkulose. Ein Amtsarzt/eine Amtsärztin kann in einem solchen Fall die Isolierung eines Krankheitsverdächtigen im Krankenhaus anordnen und das Grundrecht auf Freiheit der Person eingeschränkt werden. Das Aufheben der Isolierung kann durch das Krankenhaus oder ein/e angestellten Arzt/Ärztin nicht aufgehoben werden. Ein Recht hierzu hat die betreffende Klinikleitung nicht

KASTEN Beispiel: Tuberkuloseerkrankung und Unterbringung

## Sozialgesetzbuch (SGB)

Im Sozialgesetzbuch (SGB I, §1(1)) ist das Recht zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit auf Sozialleistungen, einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen, gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern mit gleichen Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen. Es soll die Familie schützen und fördern, es ermöglicht den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit und regelt, dass besondere Belastungen des Lebens durch Hilfe zur Selbsthilfe abgewendet oder ausgeglichen werden.

Die Zuständigkeiten des ÖGD liegen hier überwiegend bei den einzelnen Bundesländern, die die jeweiligen Rahmenbedingungen setzen. Die rechtlichen Grundlagen werden in Bundes- und wesentlich in Landesgesetzen geregelt.

## Föderalismus der Bundesrepublik

Die Bundesrepublik Deutschland ist ein föderaler Bundesstaat ( Art 20 Absatz 1, GG) in dem die Gesetzgebungskompetenz grundsätzlich in allen Belangen bei den Bundesländern liegt (Art 70 GG). Ausnahmen sind bspw., wenn der Staat ein besonderes Interesse an der bundesweiten Regelung hat, etwa zur Gefahrenabwehr.

### Konkurrierende Gesetzgebung

Nur für manche Bereiche legt das Grundgesetz eine Gesetzgebungskompetenz fest. Dabei gibt es ausschließliche oder konkurrierende Gesetzgebungskompetenz des Bundes (Artikel 72-74 des Grundgesetzes).

**Ausschließliche Gesetzgebungskompetenz** heißt, dass nur der Bund zuständig ist.

**Konkurrierende Gesetzgebung** heißt, dass die Länder Festlegungen nur dann treffen dürfen, wenn der Bund dies nicht gemacht hat.

Konkurrierende Gesetzgebung trifft auf den Bereich des Infektionsschutzgesetzes zu. Hierzu heißt es in Artikel 74 Punkt 19: *“Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren”*. Der Bund hat durch das Infektionsschutzgesetz Festlegungen zu diesem Punkt getroffen.

## KASTEN Beispiel Konkurrierende Gesetzgebung

Alle Ausnahmen der Länderkompetenz sind in Artikel 74 aufgeführt. Für den ÖGD ist insbesondere Artikel 74 Nr 19 GG relevant.

*“...19. Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte; ...!”*

(Artikel 74 Nr 19 GG)

### **Relevante Gesetze: Länderebene**

Für den ÖGD ist eine Vielzahl von Ländergesetzen relevant. An erster Stelle stehen hier die Gesundheitsdienstgesetze (GDG) für den ÖGD.

In den GDG werden die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden festgelegt, sofern diese nicht durch Bundesgesetze geregelt sind. Beispielsweise ist in §10 des (Bundes-)Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen (Prostituiertenschutzgesetz - ProstSchG) festgelegt, dass die gesundheitliche Beratung durch Gesundheitsämter erfolgt.

Die Aufgaben, die sich aus dem Infektionsschutzgesetz ergeben, müssen jedoch durch die Dienstgesetze der Länder den Gesundheitsämtern erst zugeordnet werden.

Beispiele für Ländergesetze und Verordnungen mit besonderer Bedeutung für den ÖGD sind:

- (Gesundheits-) Dienstgesetze (oft bezeichnet als GDG)
- Psychischkranken(hilfe)-Gesetze (oft bezeichnet als PsychKG)
- Bestattungsgesetze
- Schulgesetze
- Hygieneverordnungen (nach § 23 IFSG)
- Infektionshygieneverordnungen ( nach § 36 IFSG)

## Relevante Gesetze: Bundesebene

Beispiele für Bundesgesetze mit besonderer Bedeutung für den ÖGD:

- Infektionsschutzgesetz (IfSG)
- Sozialgesetzbücher (insbesondere § 20 und 21§ SGB V)
- [Präventionsgesetz \(PrävG\)](#)
- [Prostituiertenschutzgesetz \(ProstSchG\)](#)

Beispiel einer Bundesverordnung mit besonderer Bedeutung für den ÖGD

- Trinkwasserverordnung (nach § 37 IfSG)

Im 5. Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes „Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ ist im § 30 die „Quarantäne“ von Patienten geregelt, die an für die Allgemeinheit möglicherweise schwerwiegenden Infektionserkrankungen leiden (im früheren Bundes-Seuchengesetz die sogenannten „gemeingefährliche Erkrankungen“; im angelsächsischen Sprachgebrauch hat sich „High Consequence Infectious Diseases (HCID)“ durchgesetzt, beide Begriffe drücken die Gefährlichkeit dieser Infektionserkrankungen für die Allgemeinheit aus).

Im Gesetzestext unter §30 „Quarantäne“ wird die medizinische Fachterminologie nicht richtig verwendet da in den Paragraphen etwas anderes beschrieben wird, als die Überschrift „Quarantäne“ vermittelt.

Unter „Quarantäne“ wird die Absonderung von gesunden (!) Personen verstanden wird, die sich z.B. an einem kranken Patienten angesteckt haben könnten. Isolierung beschreibt die Absonderung von kranken (!) Personen, die entweder Symptome aufweisen, die zu der betreffenden schwerwiegenden Infektionskrankheit passen könnten oder bei denen die Infektionskrankheit nachgewiesen wurde. Gemeint ist im Text des §30 also ist die „Absonderung“ oder „Isolierung“ von Krankheitsverdächtigen oder Erkrankten (der Begriff „Absonderung“ wird im folgenden Gesetzestext auch verwendet).

Der fachtechnische Terminus „Absonderung“ ist der Oberbegriff für jedwede vom Amtsarzt angeordnete Maßnahme, die es Erkrankten verbietet, gemachte Vorgaben zu missachten, z.B den Raum, der in der Absonderung angeordnet wurde, zu verlassen (s.a. Artikel 2, Abs. 2, Satz 2, GG, „Verwaltungsakt“)



KASTEN: Anmerkung zum Infektionsschutzgesetz (IfSG)

# **Übergeordnete (globale) Rechtsnormen und Rahmenwerke**

## **Internationale Gesundheitsvorschriften**

Die [internationalen Gesundheitsvorschriften \(IGV\)](#) (englisch: International Health Regulations, IHR) (2005) sind ein völkerrechtlich bindendes Rahmenwerk. Auf der 58. Weltgesundheitsversammlung der WHO in 2005 wurde eine Revision der IGV von 1969 verabschiedet. Hintergrund der Revision der IGV war u.a. die Erkenntnis, dass in Zeiten intensivierter Ströme von Handel, Gütern und Menschen es auch zu einer Globalisierung von Gesundheitsrisiken gekommen ist: Gesundheitsgefahren machen nicht an nationalstaatlichen Grenzen halt und erfordern somit ein grenzüberschreitendes Abkommen zur Prävention von und den Umgang mit potenziellen oder tatsächlichen grenzüberschreitenden Gesundheitsrisiken.

Diese revidierte Fassung ist 2007 in Kraft getreten und ist aktuell für 196 Staaten bindend.

### **Ziele der IGV**

Das Ziel der IGV ist die Verhütung und Reaktion auf akute öffentliche – potenziell grenzüberschreitende – Gesundheitsgefahren zu regeln und eine unnötige Beeinträchtigung von internationalem Verkehr und Handel zu vermeiden. Dabei geht es aber nicht nur um biologische Gefahren wie bspw. Infektionskrankheiten, sondern auch um – potenziell grenzüberschreitende – Gefahren für die öffentliche Gesundheit von bspw. chemischem oder ionisierendem Ursprung und um Prävention und Vorsorge.

In den IGV werden Kernkapazitäten für ein starkes Gesundheitssystem festgelegt, das Gesundheitsgefahren nicht nur schnell detektieren und auf Gefahren reagieren kann, sondern die Entstehung und Verbreitung von Gesundheitsgefahren verhindern soll. Es wird erwartet, dass die Vertragsstaaten diesen Mindestanforderungen genügen.

### **Umsetzung der IGV**

Des Weiteren enthalten die IGV ein Bewertungsschema, nachdem Ereignisse mit potenziell internationaler Tragweite bewertet werden sollen

und welche dann verbindlich an die WHO zu melden sind. Die Feststellung einiger Erreger (Pocken, Poliomyelitis verursacht durch den Wildtyp, neuer Subtyp einer humanen Influenza, SARS) führen grundsätzlich zu einer Meldepflicht. Andere Erreger (Cholera, Lungenpest, Gelbfieber, virale hämorrhagische Fieber, West-Nil-Fieber, andere Krankheiten von besonderer nationaler oder regionaler Bedeutung wie Meningokokken), oder wenn die Ursache eines Ereignisses unbekannt ist, sollen nach dem Bewertungsschema beurteilt werden und entsprechend dann gemeldet werden.

Sind die Kriterien für eine Meldepflicht erfolgt, ist die nationale IGV-Anlaufstelle (national focal point, NFP) verpflichtet (Art 6, IGV), das Ereignis innerhalb von 24 Stunden nach Bewertung an den zuständigen regionalen Kontaktpunkt (regional focal point) zu melden.

In Deutschland ist (seit Juni 2010) das Gemeinsame Melde- und Lagezentrum von Bund und Ländern (GMLZ), das vom Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) betrieben wird und zum Bundesministerium des Innern (BMI) gehört, die nationale IGV-Anlaufstelle. Die Koordination im Falle von Infektionskrankheiten wird vom Robert-Koch-Institut (RKI) übernommen. Für Deutschland ist das Europäische Regionalbüro in Kopenhagen der regionale Kontaktpunkt. Sowohl NFP als auch das Regionalbüro müssen immer (24 Stunden / 7 Tage) verfügbar sein.

Die WHO trägt Informationen über jedes Ereignis zusammen und nimmt dann eine Risikobewertung vor. Über das weitere Vorgehen und bspw. auch über die Benachrichtigung anderer Länder, wird danach entschieden. Artikel 12 IGV (2005) beinhaltet die Festlegung einer gesundheitlichen Notlage internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) durch die WHO Generaldirektion. Bislang (Stand Mai 2019) wurde in der Geschichte viermal eine solche gesundheitliche Notlage internationaler Tragweite ausgerufen: Im Fall von H1N1 (2009), Polio (2014), Ebola (2014) und Zika (2016).

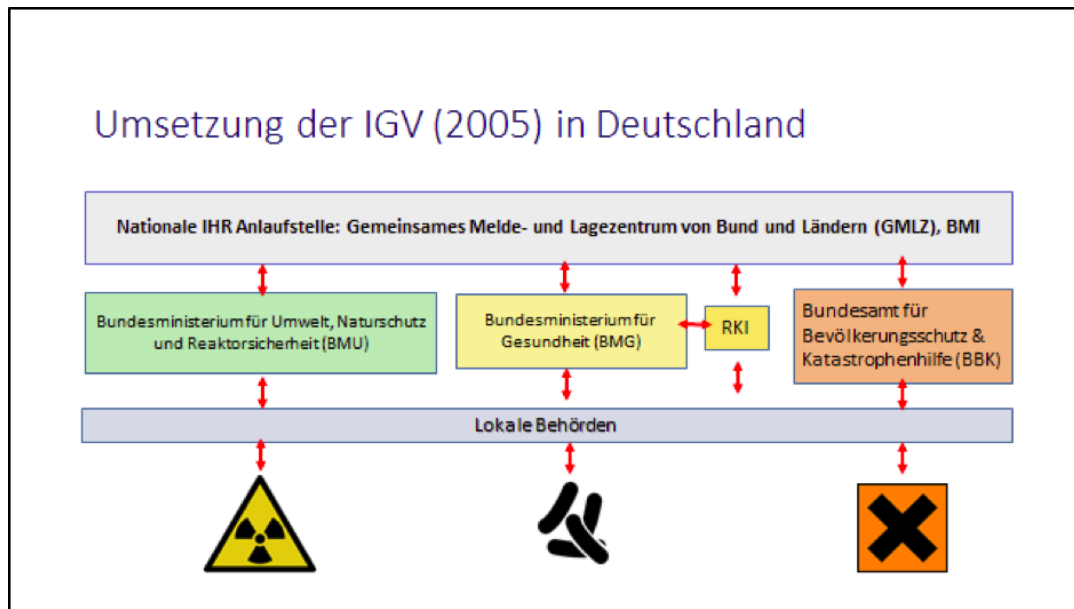


Figure Umsetzung der IGV (adaptiert von Hommes F. nach RKI (2018))

[link: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IGV/Umsetzung\\_IGV\\_2005.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IGV/Umsetzung_IGV_2005.pdf?__blob=publicationFile)]

Weitere Informationen des Robert Koch-Institut zur Umsetzung der IGV in Deutschland finden sich auf der Internetseite des Robert Koch-Institut (hier: [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IGV/igv\\_node.html#doc2391006bodyText6](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IGV/igv_node.html#doc2391006bodyText6))

### IGV-Monitoring & Evaluation Framework

Da die IGV völkerrechtlich bindend sind, sollte ihre Umsetzung geprüft werden. Daher ist jeder IGV-Vertragsstaat verpflichtet, die Ergebnisse der Umsetzung der IGV in einem jährlichen Bericht auf der Weltgesundheitsversammlung vorzustellen. Diese jährlichen Selbsteinschätzungen (SPAR - state party annual reporting) zeigten, dass die realen Kapazitäten des Gesundheitssystems nicht immer adäquat widerspiegelt werden.

So führte beispielsweise auch die Ebola-Epidemie in Westafrika 2014/2015 zu einigen Reformen innerhalb der WHO. In 2017 wurde ein IGV-Monitoring & Evaluation Framework eingeführt, das zusätzlich zu der verpflichtenden Selbsteinschätzung drei freiwillige Mechanismen empfiehlt: Simulationsübungen (SIMEX), After Action Reviews (AAR) und Joint External Evaluation (JEE). Weiter Informationen zu JEE finden sich auf der Webseite der WHO unter: <https://extranet.who.int/sph/ihr->

[monitoring-evaluation](https://extranet.who.int/sph/jee-dashboard) und sowie die Ergebnisreports unter:  
<https://extranet.who.int/sph/jee-dashboard>

## Essential Public Health Operations

Die sogenannten "Grundlegenden Maßnahmen der Öffentlichen Gesundheit" (engl. Essential Public Health Operations, EPHO) wurden vom Regionalkomitee der Weltgesundheitsorganisation für Europa (WHO Europe) formuliert, um die zentralen Aufgaben im Bereich der öffentlichen Gesundheit sowie übergeordnete Themen, die die Erbringung dieser Aufgaben ermöglichen, abzubilden. Die EPHO sind Teil des Europäischen Aktionsplans zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit.

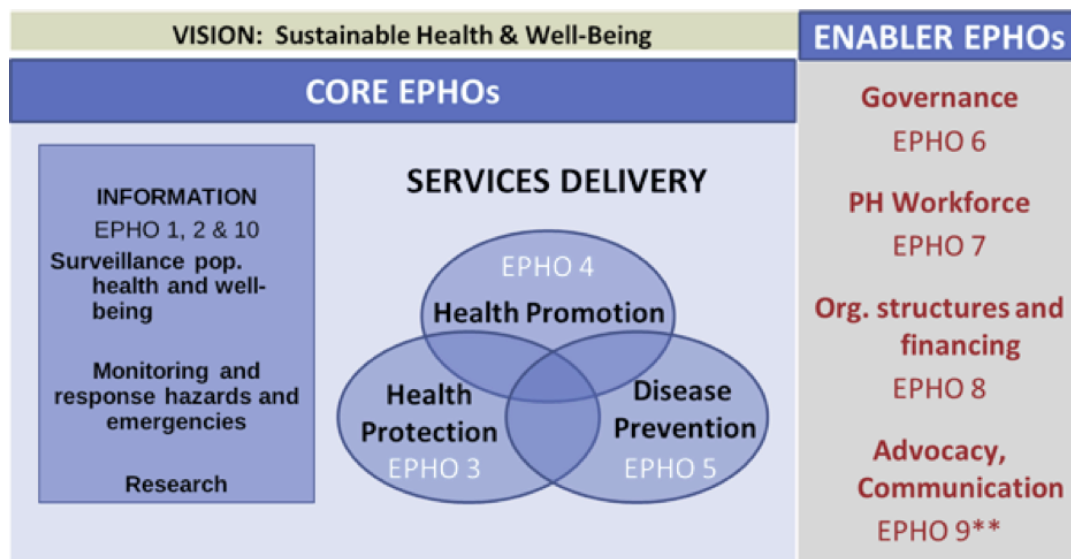


Figure Essential Public Health Operations (EPHO)

Quelle: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/policy/the-10-essential-public-health-operations>

Das Robert-Koch-Institut übersetzt diese folgendermaßen (Robert Koch-Institut, 2016):

1. Surveillance von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung
2. Beobachtung von Gesundheitsgefahren und gesundheitlichen Notlagen und Gegenmaßnahmen
3. Gesundheitsschutzmaßnahmen (u.a. in den Bereichen Umwelt-, Arbeits- und Nahrungsmittelsicherheit)
4. Gesundheitsförderung, einschließlich Maßnahmen in Bezug auf soziale Determinanten und gesundheitliche Maßnahmen

5. Krankheitsprävention einschließlich Früherkennung
6. Gewährleistung von Politikgestaltung und Steuerung (Governance) für mehr Gesundheit und Wohlbefinden
7. Gewährleistung einer ausreichenden Zahl von fachkundigem Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit
8. Gewährleistung von nachhaltigen Organisationsstrukturen und Finanzierung
9. Überzeugungsarbeit, Kommunikation und soziale Mobilisation für die Gesundheit
10. Förderung der Forschung im Bereich der öffentlichen Gesundheit zwecks Anwendung in Politik und Praxis

Robert Koch-Institut (Ed.). (2016). Ziele, Aufgaben und Handlungsfelder von Public Health. Retrieved from [https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public\\_Health/Beitrag\\_Jubilaebuch.html](https://www.rki.de/DE/Content/Institut/Public_Health/Beitrag_Jubilaebuch.html)  
LB-ÖGD\_08 Aus-, Fort- und Weiterbildung

# **Aus-, Fort- und Weiterbildung im Öffentlichen Gesundheitsdienst**

## **Ausgangslage und Herausforderung**

Deutschland verfügt über ein umfassendes System um fachkundiges Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit zu qualifizieren. Diese werden nach Whitfield (REF:Whitfield, M. (2004). "Public health job market) in folgende drei Kategorien eingeteilt werden:

1. 1. „SpezialistInnen für Öffentliche Gesundheit“ (u.a. GesundheitspolitikerInnen, Fachärzte/innen für Öffentliches Gesundheitswesen, EpidemiologInnen, Hygienekontrolleure),
2. 2. „Personen, die indirekt durch ihre Arbeit an Aktivitäten im Bereich der öffentlichen Gesundheit beteiligt sind“ (u.a. PharmazeutInnen, PsychologInnen) und
3. 3. „Personen, die sich der Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit in ihrem Berufsleben bewusst sein sollten“ (u.a. LehrerInnen, JournalistInnen).

Hinsichtlich der Qualifizierungen des Personal im Bereich der öffentlichen Gesundheit zeigen sich in Deutschland unterschiedlichen Bereichen: Die Lehrelandschaft der Universitäten und Hochschulen ist zersplittert und es existieren zahlreiche heterogene Studiengänge mit einem Bezug zu relevanten Kompetenzen, sowie eine unübersichtliche Anzahl an Ausbildungsgängen .

In vielen Studiengängen gibt es häufig weder ein Kernkurriculum noch definierte Kernkompetenzen für perspektivische Tätigkeit im Bereich Öffentlich Gesundheit, welche allen Absolventen/innen vermittelt werden (müssten). Grundsätzlich fehlt den meisten Qualifizierungen im Bereich Öffentliche Gesundheit bzw. Master in Public Health o.ä. die Vermittlung von relevante Kompetenzen um im ÖGD praktische Arbeiten zu können sowie eine gemeinsame Identifikation hinsichtlich der ÖGD Berufsfeldern mit anderem PH Personal.

Andererseits steht insbesondere der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) als einer der potentiellen attraktivsten Arbeitgeber für Spezialisten/innen im Bereich Öffentliche Gesundheit vor einer Reihe von Herausforderungen: Es fehlt insbesondere an ärztlichem Personal, da die aktuellen Karrierewege und der Verdienst hier für Mediziner/innen wenig attraktiv sind. Auch eine akademische Entwicklung, inklusive Forschungsmöglichkeiten, sind im ÖGD bisher stark limitiert.

Um eine Stärkung von Spezialisten (Kategorie 1 nach Whitfield) zu erreichen, werden für die Aus- und Weiterbildung zukünftig folgende Ziele festgelegt werden müssen: Einigung auf einen grundlegenden Kanon an Wissen und Kompetenzen, Integration von im ÖGD wichtige Kenntnisse in das (Medizin-/Psychologie/Sozialarbeit-)Studium, Aufzeigen von Karrierewegen, Angebote für Quereinsteiger/innen, Stärkung der professionellen Leitbilder.

In den Ausbildung von Gesundheitsberufen mit Schwerpunktsetzung Öffentliche Gesundheit (Kategorie 2 nach Whitfield) sollten spezifische Angebote in Studium und der Ausbildung, sowie Postgraduierten Programme für die Weiterbildung geschaffen werden. Hinsichtlich der Ausbildung von anderen Berufsgruppen (Kategorie 3 nach Whitfield) sollten Kooperationen zur Erweiterung der Lehre und damit des Bewusstseins der Berufsgruppen angestrebt werden.

# Öffentlicher Gesundheit im Medizinstudium

## Ausgangslage

Öffentliche Gesundheit unterscheidet sich durch ihren (präventiven) Bevölkerungsbezug und hohe Multiprofessionalität sowohl innerhalb der ärztlichen Berufe, als auch unter den medizinischen Assistenzberufen, von klassischen klinischen Fächern der Medizin.

Aus diesem Grund sollten Medizinstudierende die Möglichkeit erhalten, Öffentliche Gesundheit theoretisch und praktisch kennenzulernen. Für angehende Ärzte/innen ist es essentiell, ein Grundverständnis für die sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit zu entwickeln, um den Herausforderungen medizinischer Praxis besser begegnen zu können.

Darüber hinaus ist eine Verankerung des Themengebietes Öffentliche Gesundheit an deutschen medizinischen Fakultäten, mit intensivem Bezug zum Medizinstudium, zwingend notwendig, um international Vergleichbarkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung sicherzustellen. Dazu muss das Thema Öffentliche Gesundheit im Medizinstudium positioniert und in der Approbationsordnung für Ärzte verankert werden. Praktische Ausbildungsanteile im Medizinstudium (Famulaturen, Praktisches Jahr) sollten grundsätzlich in verschiedenen Fachgebieten der Gesundheitsämter absolvierbar sein, wie bereits die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in entsprechenden Beschlüssen 2013 und 2014 forderte.

Zwar ist das Querschnittsfach „Gesundheitsökonomie, Gesundheitssystem und Öffentliches Gesundheitswesen“ seit 2002 durch die ärztliche Approbationsordnung im Medizinstudium fest verankert. Wie das Fach an den Universitäten vor Ort gelehrt und gelernt wird, ist jedoch meist sehr unterschiedlich und zum Teil unzureichend. Auch spielt der ÖGD als Lehrinhalt innerhalb dieses Querschnittsfachs meist nur eine geringe Rolle. Aktuelle Forschungsergebnisse zeigen, dass drei Viertel der Gesundheitsämter, als Teil des ÖGW, sich bereits in der Lehre an Hochschul- und Universitäts-Standorten engagieren und dass das Berufsfeld des ÖGD dabei einen Anteil von 30% der Lehrveranstaltung ausmacht. [<https://www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd.html>]

So wichtig medizinische Maßnahmen, individuelle Patientenversorgung, technische Entwicklungen und auch die Sorge um seltene Erkrankungen sind, bedarf es im Medizinstudium auch einer adäquaten Anerkennung und eines Verständnisses für die Bedeutung von Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit auf Bevölkerungsebene.

Hierzu gehört insbesondere auch ein Verständnis für die Bedeutung multi- und interdisziplinärer Zusammenarbeit und die Erkenntnis, dass nicht-kurative medizinische Bereiche einen wesentlichen Einfluss auf die öffentliche Gesundheit haben. Diese reichen von der Sozialgesetzgebung über Abwasserversorgung bis hin zur Süßgetränkesteuer und kommunalen Verkehrsplanung.

Die gesetzlichen Vorgaben der ÄAppO besagen u.a.:

“Die Ausbildung soll grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermitteln, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind.” [§ 1 Abs. 1].

Obwohl die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in der ÄAppO explizit benannt ist, ist derzeit das Medizinstudium in Deutschland derzeit vorwiegend individualmedizinisch ausgerichtet und Bevölkerungsmedizinische Lehre fehlt vielfach. Der größte Teil der medizinischen Ausbildung fokussiert sich auf die Pathogenese, die Diagnostik, Therapie und ggf. Rehabilitation von Pathologien. Bereits die Lancet Commission on medical education for the 21st century kritisiert eine solche Art der Ausbildung: “fragmented, outdated, and static curricula are producing ill-equipped graduates.” (Frenk et al, 2010), weil - gerade im stationären Bereich - oft die Akutversorgung im Vordergrund steht. Nicht zuletzt aber auch, weil ärztliches Personal für eine Beachtung und Beantwortung Bevölkerungsmedizinischer Fragen kaum sensibilisiert und geschult ist und viele der Aspekte über ihren Kernkompetenz- und Verantwortungsbereich hinausgehen.

Um der Patientenversorgung im 21. Jahrhundert gerecht zu werden, benötigt es eines umfassenden Verständnis dessen, was Menschen krank macht und gesund erhält und somit eine Sensibilität für die sozialen, politischen, ökonomischen, ökologischen und politischen Determinanten von Gesundheit.

#### **Vom Lernzielkatalog zum Prüfungsinhalt**

Der 2015 vom Medizinischen Fakultätentag und GMA verabschiedete Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) [<http://www.nklm.de/kataloge/nklm/lernziel/uebersicht>] weist an mehreren Stellen Bezüge zur öffentlichen Gesundheit und Bevölkerungsmedizin auf. Insbesondere im Kapitel 19 “Gesundheitsförderung und Prävention” werden viele Kompetenzen und Teilkompetenzen gefordert, die Medizinstudierende auf die Rolle eines “Gesundheitsfürsprechers und -beraters im individualmedizinischen und auch im bevölkerungsmedizinischen Zusammenhang.” [[http://www.nklm.de/files/nklm\\_final\\_2015-07-03.pdf](http://www.nklm.de/files/nklm_final_2015-07-03.pdf)] vorbereiten soll. Obwohl hierbei zahlreiche



Aspekte und Aktivitäten genannt sind, wie etwa Gesundheitsberichterstattung, Beratung zu Gesundheitsförderungs- und Schutzmaßnahmen, Präventionsmaßnahmen für Kinder oder Vermittlung von Gesundheitsinformationen, welche für die praktische Arbeit im ÖGD relevant sind, wurde gezeigt, dass der ÖGD als Institution auf den 346 Seiten des NKLM nur an einer Stelle exemplarisch erwähnt ist. Des Weiteren wurde gezeigt, dass die vom IMPP zentral gestellten Staatsexamina den ÖGD nicht oder kaum als Prüfungsgegenstand beinhalten [<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=196428>]. Nur wenn Lernziele zu öffentlicher Gesundheit und zum ÖGD ausreichend umfangreich und explizit definiert sind und sich diese auch als Prüfungsgegenstand wiederfinden, kann davon ausgegangen werden, dass den Inhalten in Lehre und Lernen ausreichend Beachtung zukommt.

## **Reformen im Medizinstudium**

Das Medizinstudium befindet sich aktuell in mehreren Reformprozessen, die wegweisend für die zukünftigen Jahre/Jahrzehnte und die Ausbildungsinhalte der nächsten Medizinstudierendengeneration sein können. Neben dem Masterplan 2020 geht es insbesondere um die Reform NKLM sowie der vom IMPP herausgegebenen Gegenstandskataloge, welche die Grundlage für die medizinischen Staatsexamina bilden. Diese Reformen bilden die Chance zur stärkeren und expliziten Integration von Inhalten öffentlicher Gesundheit in die Inhalte des NKLM sowie als für alle Studierenden relevante Prüfungsinhalte.

## **Interesse an Public und Global Health als erster Schritt ins öffentliche Gesundheitswesen!?**

Dass sich viele Medizinstudierende neben bio- und individualmedizinischen Aspekten für bevölkerungsmedizinische Aspekte, soziale Determinanten, Public Health und Global Health interessieren, spiegelt sich auf unterschiedliche Weise wider: Immer mehr Medizinstudierende besuchen Wahlfächer mit Public und Global Health Inhalten oder bauen diese selbstständig auf [REF]. Hierin liegt eine große Chance für die Stärkung des ÖGW in Deutschland. Eine Vielzahl von Medizinstudierenden beginnt das Medizinstudium mit einem diffusen Interesse daran "etwas sinnvolles zu tun", "zu helfen", "international zu arbeiten". Daraus resultiert oftmals der Wunsch in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) oder Humanitären Hilfe tätig zu werden. Grund hierfür ist sicherlich auch die große Präsenz dieser Bereiche und die Überzeugung auf diesem Wege vielen Menschen direkt und unmittelbar helfen zu können. Dass es jedoch auch vor der eigenen Haustür bzw. auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene viele

sinnvolle Wege gibt, sich für besonders vulnerable Gruppen einzusetzen, sollte durch den ÖGD und das ÖGW insgesamt deutlicher gemacht werden.

### **Einrichtung von Lehrstühlen und Instituten für Öffentliche Gesundheit**

Um Aspekte der öffentlichen Gesundheit stärker in der medizinischen Ausbildung zu verankern und die Arbeit des ÖGD unter Medizinstudierenden und in der Bevölkerung bekannter zu machen, bedarf es dringend der Schaffung weiterer Lehrstühle und Institute für Öffentliche Gesundheit [REF].

“Als zentrales Element des **Johann-Peter Frank Kooperationsmodells** vernetzen sich die Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München strukturiert und mit Ressourcen unterlegt mit universitären und anderen kompetenztragende Einrichtungen.

Um die Zusammenarbeit in Lehre und Forschung zu fördern werden, universitäre Lehrstühle für Öffentliche Gesundheit bzw. akademische Brückenprofessuren insbesondere an den Akademien in Düsseldorf, München und anderen Orten in gemeinsamer Trägerschaft mit kooperierenden Universitäten benötigt. “ [\[1\]](#)

### **Best-practice: „Wir brauchen mehr Leuchttürme“**

Es sollte flächendeckend die Möglichkeit existieren Famulaturen und PJ-Tertiale in Gesundheitsamt und anderen Einrichtungen des ÖGW zu absolvieren, um dort praktische Einblicke und Erfahrungen zu bekommen und diesen Bereichen neben Famulatur und PJ im ambulanten und stationären Bereich als “geregelten” 3. Bereich zu würdigen. Bislang erkennen die Landesprüfungsämter entsprechende praktische Erfahrungen jedoch nur in einigen

Bundesländern an. [Pientka K, Gottschalk R: Praktisches Jahr

im Gesundheitsamt möglich? Arbeitsmed Sozialmed Präventivmed 2017;

2017; 20-2.] Hier ist noch ein langer Weg an Reform und Strukturausbau zurückzulegen.

An einigen Standorten in Deutschland ist eine Integration von ÖGD-Praxis in der medizinischen Aus- und Weiterbildung bereits gelungen. So bietet beispielsweise das Gesundheitsamt in Frankfurt a.M. seit 2013 die Möglichkeit, ein PJ-Wahlfach ÖGD abzuleisten und so die vielfältigen Aufgaben eines Gesundheitsamtes, interdisziplinäres Arbeiten, lokale Verwaltungsstrukturen und den Kontakt zu Menschen in ihrer Lebenswelt

vor Ort kennenzulernen. Kasten X stellt exemplarisch Erfahrungen aus diesem PJ-Tertial dar, beschreibt den Aufbau und Inhalte des PJ-Tertials.

## **Kasten X: Das PJ-Tertial ÖGD im Gesundheitsamt Frankfurt a.M.**

### **Erfahrungen**

**Die Erfahrungen sind exzellent: Bislang haben alle Studenten das Tertial als außerordentlich lehrreich und interessant bewertet und die bereits abgeschlossenen Staatsexamen waren allesamt hervorragend.**

**Die erste Studentin des praktischen Jahres konnte auf ein Ausbildungsstelle (Trainee-Stelle) zur Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen im Gesundheitsamt Frankfurt am Main übernommen werden und hat mittlerweile, neben der zur Weiterbildung vorgeschriebenen Zeit in Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, auch ihre klinische Zeit annähernd abgeschlossen.**

**Durch die Einführung der Möglichkeit, das PJ-Tertial in Frankfurt am Main abzuleisten zu können, konnten insgesamt drei Absolventen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst gewonnen werden.**

### **Aufbau**

**Die Studenten müssen alle Bereiche des Gesundheitsamtes absolvieren, in denen Kontakt zu Patienten besteht. D. h., dass zum Beispiel der Bereich „Trinkwasser“ primär nicht Inhalt des Curriculums ist (gleichwohl aber zumindest zum Kennenlernen außerhalb des vorgegebenen Curriculums mit angeboten wird). Zum Abschluss des Tertials sind die Studenten in den Humanitären Sprechstunden des Amtes eigenständig eingebunden. Gerade dieser Abschnitt wird von den Studenten als besonders lehrreich beschrieben, da sie hier ihr über die Zeit des klinischen Studiums erworbenes theoretisches Wissen komplett einsetzen können.**

**Es besteht weiterhin die Kooperation mit der Asylbewerber-Sprechstunde der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg, die von den PJ-Studenten obligatorisch besucht wird. Zusätzlich sind die Studenten für eine Woche in einer Sprechstunde für Wohnsitzlose und ebenfalls eine Woche in der ärztlichen Ambulanz des Flughafens Frankfurt Int'l.**

### **Lehr-Inhalte**

**Die Lehr-Inhalte sind in Form eines Logbuches von jedem Studenten/jeder Studentin zu absolvieren.**

**Dieses Logbuch kann über den beigefügten QR-Code direkt runtergelassen werden**

### **Studentische Poliklinik (StuPoli)**

**Zusätzlich zur Möglichkeit ein PJ-Tertial „Öffentliches Gesundheitswesen“ im Gesundheitsamt Frankfurt am Main ableisten zu können, ist durch die Medizinische Fakultät der Goethe-Universität Frankfurt am Main ein Wahlfach „Studentische Poliklinik (StuPoli)“ im Gesundheitsamt Frankfurt am Main 2015 etabliert worden. Hier lernen Studenten der klinischen Semester sämtliche zur umfassenden Betreuung namentlich von Menschen ohne Versicherungsschutz oder legalen Aufenthaltsstatus wesentlichen Schritte. Die Studenten nehmen die Patienten auf, sie erheben die Anamnese, können ihre Fertigkeiten in den Untersuchungstechniken anwenden (es kann auch eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt und ein EKG angefertigt werden) und stellen schließlich eine Verdachtsdiagnose. Diese wird durch ein Ärztin des Gesundheitsamtes ausführlich besprochen und es werden die notwendigen nächsten Schritte festgelegt. In der StuPoli, die in den Praxisräumen der Humanitären Sprechstunde des Gesundheitsamtes stattfindet, gibt es verschiedene Medikamente, die den Patienten abgegeben werden können.**

**Die StuPoli hat 2017 den mit 60.000 € dotierten Preis für exzellente Lehre in der Medizin gewonnen.**

Zur studentischen Ausbildung gehört ebenso, dass durch den ÖGD Promotionen und Masterarbeiten angeboten und betreut werden. Hierzu bedarf es nicht zwingend einer Habilitation an einer medizinischen Fakultät, vielmehr können in Zusammenarbeit mit einer assoziierten Hochschule solche Arbeiten betreut werden. Hierbei können zum Vorteil aller Beteiligten Fragestellungen umfassend bearbeitet werden, die durchaus Eingang in die tägliche Arbeit der Gesundheitsämter oder Organe des ÖGD finden können

**Weiterbildung[2] : „Es gibt einen Public[3]  
[4] Health-Facharzt“?**

Diese Frage könnte von der überwiegenden Mehrheit der Medizinstudierenden in Deutschland gestellt werden. Realität ist, dass nach sechs Jahren Medizinstudium nur wenige Absolventen und Absolventinnen ausreichendes Wissen über das öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) in Deutschland erworben haben – vielen ist nicht einmal bewusst, dass es neben der stationären und ambulanten Versorgung noch den Öffentlichen Gesundheitsdienst als „Dritte Säule“ des öffentlichen Gesundheitssystems gibt; geschweige denn, dass es die Möglichkeit gibt, eine Weiterbildung mit dem offiziellen Titel “Facharzt/Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen” zu absolvieren. Dabei lautet die Gebietsdefinition für öffentliches Gesundheitswesen der BÄK: “Das Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen umfasst die Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung und die Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen einschließlich Planungs- und Gestaltungsaufgaben zu Gesundheitsförderung, Prävention und der gesundheitlichen Versorgung sowie der öffentlichen Hygiene, der Gesundheitsaufsicht sowie der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten.”  
[[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf)]

Mangelnde Bekanntheit und fehlende Lobby in Politik und Öffentlichkeit ist eine Ursache für das große Nachwuchsproblem des ÖGW. 2015 waren mehr als die Hälfte aller Fachärztinnen und Fachärzte im ÖGW älter als 50 Jahre. [Bundesärztekammer: Ärztestatistik zum 31. Dezember 2016. [www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016](http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016)].

Neben mangelnden Kenntnissen über das ÖGW und diesen Facharztausbildung sind weitere Gründe dafür, dass sich aktuell nur wenige Medizinstudierende für die Facharztweiterbildung entscheiden sind vor allem: intransparente Karrierewege, Imageproblem des ÖGD (Vorurteile eines “grauen Amtsalltages”), geringere tarifliche Entlohnung, geringere gesellschaftliche und interprofessionelle Anerkennung und mangelndes Wissen über die Tätigkeit und den Einflussbereich (“Akten bearbeiten statt Leben retten”) von ÄrztInnen im ÖGW, mangelnde internationale Anerkennung des Facharztstitels, unzureichende Möglichkeiten eines internationalen Austauschs, bspw. in Form einer Anerkennung eines Masters in PH/PhD unzureichende Möglichkeiten Teile des , intransparente/mangelnde Karrierewege außerhalb des ÖGDs,

Demgegenüber stehen eine Vielzahl von Vorteilen und Vorzügen des Facharztes für ÖGW:

- Möglichkeit zur gesundheitspolitischen Einflussnahme auf kommunaler und regionaler Ebene
- individuelle Freiheiten und Möglichkeit zur kreativen Gestaltung des eigenen Arbeitsbereichs
- gute Vereinbarkeit von Familie und Berufsleben
- abwechslungsreicher Arbeitsalltag
- gesundheitspolitische Mitbestimmung
- inter- und multidisziplinäres Arbeiten
- Möglichkeit/Notwendigkeit zur kontinuierlichen Fort- und Weiterbildung
- Arbeit mit PatientInnen im und Kennlernen ihrer direkten Lebenswelt
- sicherer Arbeitsplatz durch Beamtenverhältnis???

## **Bisheriger Aufbau Facharztweiterbildung ÖGW**

Bisher setzt sich die Facharztweiterbildung aus folgenden Abschnitten zusammen [[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf)]:

**60 Monate** Öffentliches Gesundheitswesen unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon

- müssen 24 Monate in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens abgeleistet werden, davon müssen
  - 12 Monate in einem Gesundheitsamt abgeleistet werden
- müssen 24 Monate in anderen Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in Psychiatrie und Psychotherapie abgeleistet werden, davon
  - können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate Weiterbildung im sozialpsychiatrischen Dienst des Gesundheitsamtes erfolgen
- müssen 6 Monate (720 Stunden) Kurs-Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen abgeleistet werden, davon

○ können zum Kompetenzerwerb bis zu 3 Monate (360 Stunden) Weiterbildung im Rahmen eines Postgraduierten-Kurses in Public Health erfolgen

Der größte Teil der Ausbildung 3/5 Jahren findet in der unmittelbaren Patientenversorgung statt, so dass der/die ausgebildete Kollege/in auf solide Kenntnisse aus der Praxis aufbauen kann. Dies ist in zweierlei Beziehung wichtig, zum einen ist ein fundiertes fachliches Wissen später in vielen Situationen von großer Hilfe, zum anderen ist die Kenntnis der ärztlichen Lebens-, Arbeits- und Gefühlswelt hilfreich, um die Kollegen in kritischen Situationen angemessen, erfolgreich ansprechen zu können.

Die Weiterbildungsinhalte zur Erlangung der Facharzt-Kompetenz umfassen u.a.:

- Gesundheitsberichterstattung
- Prävention und Gesundheitsförderung
- Infektionsschutz
- Umweltbedingte Gesundheitsbelastungen
- Begutachtung im amtsärztlichen Dienst
- Amtsärztliche Aufgaben
- Kinder- und jugendärztliche Aufgaben
- Sozialpsychiatrische Aufgaben
- Pandemieplanung und Katastrophenschutz
- Hygiene und Gesundheitsschutz, Krankenhaushygiene

[[https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf)]

## **Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf**

Die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf ist eine Gemeinschaftseinrichtung mehrerer Bundesländer. Sie ist eine öffentlich-rechtliche Bildungsinstitution die zum Ziel hat, alle Beschäftigten des öffentlichen Gesundheitsdienstes aus-, fort- und weiterzubilden.

# **Traineeprogramme ÖGW**

## **Beispiel Fulda**

XXX

[https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Blickpunkt/Blickpunkt\\_2015/Blickpunkt\\_2\\_15\\_Druck.pdf](https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Blickpunkt/Blickpunkt_2015/Blickpunkt_2_15_Druck.pdf)

## **[5] Beispiel Frankfurt**

Das Gesundheitsamt Frankfurt am Main hat eine Stelle für die ärztliche Weiterbildung zur Fachärztin/Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen eingerichtet. Die gesamte Ausbildungszeit ist unter der Supervision des Gesundheitsamtes, die Stelleninhaber sind während der gesamten Ausbildungszeit ärztliche Mitarbeiter des Amtes und werden entsprechend durch das Amt bezahlt.

## **Beispiel Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen**

Ab 2020 wird an der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf eine Weiterbildungsstelle zum Facharzt/ärztin für Öffentliches Gesundheitswesen eingerichtet. Diese Weiterbildungsstelle wird von den Trägerländern der Akademie finanziert und wird als Traineeprogramm für fünf Jahre ausgebaut.

## **Reformansätze der Facharztweiterbildung**

Eine Reform der Facharztweiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen ist notwendig, um diesen Weg für Studierende und AbsolventInnen attraktiver zu gestalten. Eine solche Reform sowie konkrete Schritte für ihre Inhalte werden von Nachwuchsfachkräften explizit gefordert [<https://www.akademie-oegw.de/aktuelles/blickpunkt/blickpunkt-artikel/2018/06/01/nachwuchs-im-oegd.html>; ].

Tabelle X, die vom Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG) gestaltet wurde, beinhaltet neben anderen Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit in Deutschland Vorschläge für konkrete Inhalte einer solchen Reform [Akçay M et al. Öffentliche Gesundheit in Deutschland: Gesundheitswesen 2018].

## **Tabelle X: Maßnahmen zur Stärkung der öffentlichen Gesundheit in Deutschland**



Stärkung interdisziplinärer *Schools of Public Health* und entsprechender Studiengänge, einschließlich solcher in Global Public Health [6] [7] alth

Flächendeckende Einrichtung von Lehrstühlen für Öffentliches Gesundheitswesen an medizinischen Fakultäten und stärkere Verankerung öffentlicher Gesundheit im Medizinstudium

Schaffung strukturierter Karrierewege und berufsqualifizierender Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für AbsolventInnen interdisziplinärer Public-Health-Studiengänge

Aus- und  
Weiterbildung

Reform der Facharztweiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen mit Aufwertung der nicht-klinischen Abschnitte und der Public-Health-spezifischen Weiterbildungsinhalte

Schaffung integrierter Facharzt-PhD-Programme für Öffentliches Gesundheitswesen

Perspektivisch Etablierung einer einheitlichen Weiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen für medizinische und nicht-medizinische Fachkräfte in Anlehnung an die Weiterbildung zum *Public Health Consultant* in Großbritannien

Öffentliche  
Gesundheit in  
Politik und  
Gesellschaft

Schaffung von Strukturen und Prozessen für die Stärkung der Evidenzbasis öffentlicher Gesundheit, inklusive entsprechender institutioneller Kapazitäten und der Entwicklung und Anwendung evidenzbasierter Public-Health-Leitlinien

Aktiveres Einbringen der Fachgemeinschaft in politische und gesellschaftliche Debatten durch fachlich fundierte und politisch effektive Öffentlichkeits-, Lobby- und Kampagnenarbeit

Aufbau einer geschlossenen, handlungsfähigen und sichtbaren Fachvertretung aller mit öffentlicher Gesundheit befassten Fachkräfte aus Praxis, Politik und Wissenschaft

Viele Studierende und AbsolventInnen der Medizin sind sehr an internationalem Austausch, und an den grenzüberschreitenden Aspekten Öffentlicher Gesundheit interessiert. Deshalb sollten mehr Möglichkeiten geschaffen werden, während der Weiterbildungszeit und auch darüber hinaus Praxis- und Forschungsaufenthalte bei internationalen Organisationen wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder dem European Centre for Disease Control and Prevention (ECDC) zu absolvieren, ebenso wie bei Gesundheitsbehörden anderer Länder. Um eine internationale Anerkennung des Facharztstitels für ÖGW in Deutschland sowie die internationale Vergleichbarkeit zu erhöhen, sollten sich die Weiterbildungsinhalte in Deutschland mehr nach internationalen Standards und Vorbildern, wie etwa dem des PH Consultants in Großbritannien ausrichten.

Auch Masterstudiengänge und PhD-Programme aus den Bereichen Public Health oder verwandten Fächern wie Epidemiologie sollten im Rahmen der Facharztweiterbildung ÖGW gefördert und anerkannt werden.

Auf nationaler Ebene sollten insbesondere Möglichkeiten geschaffen werden, die vorgeschriebenen 24 Monate in einer Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens nicht nur an einem Gesundheitsamt, sondern auch an anderen Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens abzuleisten (s. Auflistung und Beschreibung wichtiger nationaler Institutionen in Abschnitt XX[8] ), wie etwa dem Robert-Koch-Institut oder der BzgA aber auch an Public Health-Forschungseinrichtungen.

# **Fort- und Weiterbildung für Fachärzte und Fachärztinnen**

## **Weiterbildung, Promotionsprogramm und Postdoc-Forschungsprogramm**

Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus dem ÖGD sollte die Möglichkeit gegeben werden, sich akademisch weiterzuentwickeln und zusätzliche Kompetenzen für ihre praktische Arbeit zu erwerben. Gleichzeitig muss für Quereinsteiger in den ÖGD aus ambulanten und stationären therapeutischen Bereichen eine „mid career“-Verbindung von Praxis, Forschung und Lehre für notwendige fachlich anspruchsvolle ÖGD-Karrieren ermöglicht werden.

Dazu wird die Einrichtung eines bundesweiten, qualitätsgesicherten und ausreichend finanzierten Fortbildungsprogramms für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD als Promotionsprogramm sowie als Postdoc-Forschungsprogramm mit starkem Engagement für europäische oder internationale Partnerschaften für notwendig erachtet. Die Ausrichtung der Programmförderung sollte insbesondere bei der Fort- und Weiterbildung die zentrale Rolle der Fachärztinnen und Fachärzte für das Öffentliche Gesundheitswesen berücksichtigen.

Ein gestärktes Bildungsangebot mit enger Vernetzung zu den Bezugswissenschaften und den vorgenannten neuen Strukturansätzen mit einem erweiterten Forschungsangebot erscheint geeignet, um auch im Europäischen Vergleich wettbewerbsfähig zu werden. Ein best-practice-Modell ist z.B. die mehrjährige fachärztliche Weiterbildung zum Public Health Consultant in Großbritannien, die in der theoretischen Ausbildung mindestens einem Master in Public Health entspricht bzw. diesen integriert. Ein entsprechendes Modell wird bereits an der Pettenkofer School of Public Health in Kooperation mit der LMU München erfolgreich umgesetzt[\[9\]](#).

Neben der Fort- und Weiterbildung im ärztlichen ÖGD-Bereich sind Auswirkungen auf entsprechende Programme für weitere Berufsgruppen im ÖGD, z.B. Hygieneinspektoren und Sozialmedizinische Assistenten, zu prüfen und ggf. auszuweiten. Eine bereichsspezifische Akademisierung in Form von weiteren Bachelor- oder Masterabschlüssen ist im Rahmen des Gesamtkonzepts zu bewerten und zu entwickeln.

Als ebenfalls notwendig wird ein bundesweites, qualitätsgesichertes und ausreichend finanziertes Fortbildungsprogramm für Ärztinnen und Ärzte im ÖGD, Juristen, Ökonomen als Promotionsprogramm sowie als Postdoc-

Forschungsprogramm mit einem starken Engagement für europäische oder internationale Partnerschaften vorgeschlagen. Damit wird eine Verbindung von Praxis, Forschung und Lehre auch für die für ÖGD-Karrieren typischen Quereinsteiger aus den therapeutischen Bereichen von Klinik und Praxis ermöglicht. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern innerhalb des ÖGD wird damit zudem die Möglichkeit geboten, sich akademisch weiterzuentwickeln und mit zusätzlichen Kompetenzen in ihre praktische Arbeit zurück zu kehren.

## **Master of Public Health**

Public Health Studierende werden für Aufgaben in der Forschung und im Planungs- und Managementbereich des nationalen und internationalen Gesundheitswesens qualifiziert. Sie erwerben berufsbezogene Kenntnisse und Fertigkeiten auf den Gebieten der Bevölkerungsgesundheit und des Gesundheitswesens.

Die Absolventen kennen die Entscheidungsstrukturen im Gesundheitswesen, wissen über das System, seine Akteure und deren unterschiedliche Interessen ebenso Bescheid wie über Steuerungsmodelle und die Finanzierung. Sie sind über das Management einzelner Bereiche (z. B. stationäre Einrichtungen) informiert, kennen Konzepte des Qualitätsmanagements und können Kostenfragen in den Blick nehmen. Sie sind in der Lage, Aussagen über vermeidbare und nicht vermeidbare Morbidität und Mortalität der Bevölkerung zu analysieren, entsprechende wissenschaftliche Untersuchungen vorzunehmen und auszuwerten. Sie haben Kenntnisse über den Stellenwert von Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Rehabilitation, verfügen über Strategien gesundheitlicher Aufklärung.

Im Sinne des Public-Health-Ansatzes orientiert sich die Master of Public Health Studiengänge an bevölkerungsmedizinische Konzeption der Gesundheitsförderung mit dem Ziel, alle Bürgerinnen und Bürger gleichermaßen zum Erhalt ihrer Gesundheit zu befähigen.

# **Forschung, Wissenschaft, Evidenz**

## **ÖGD-zentrierte Forschung**

Bisher wird der ÖGD in Deutschland in seiner Multidisziplinarität kaum empirisch beforscht, selten werden Arbeitsweisen in der ÖGD Praxis wissenschaftlich begleitet oder hinsichtlich ihrer Ergebnisse evaluiert.

Anwendungsorientierte Forschung, die sich an den relevanten Fragestellungen des ÖGD orientiert, findet bisher kaum statt. Ebenso existieren bisher keine eigenen Lehrstühle für Öffentliche Gesundheit an Universitäten. Dieser Umstand wird vom ÖGD stark kritisiert.

Seit vielen Jahren wird gefordert, den ÖGD durch eine “(Wieder-)Verwissenschaftlichung wichtiger Handlungsfelder des ÖGD” [Wildner\_Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick.....] [auf eine stärkere wissenschaftliche Basis zu stellen sowie Forschung und Evidenz durch und über den ÖGD zu fördern. Um grundlegende und angewandte Erkenntnisse zu generieren, dieses Wissen im Dienst der Gesundheit in der praktischen Arbeit zu nutzen und evidenz-basierte und -informierte Empfehlungen jeweils aktuell formulieren zu können, ist für den ÖGD eine intensiviertere Verbindung von Wissenschaft und Praxis notwendig [Akçay M et al. Öffentliche Gesundheit in Deutschland: . Gesundheitswesen; 2012\_Kuhn, WEITERE QUELLEN].

Das setzt einen transparenten und nachhaltigen Dialog zwischen Akademien, Praxis, Politik und Zivilgesellschaft voraus und erfordert zusätzliche institutionelle Kapazitäten, welche entweder an bestehenden Einrichtungen des ÖGW (bspw. dem RKI), unabhängigen Instituten wie dem IQWiG oder an eigenständigen Instituten angesiedelt sein können [Akçay M et al. Öffentliche Gesundheit in Deutschland: . Gesundheitswesen]. Zudem wird eine (Weiter-)Entwicklung, Anerkennung und Anwendung von Methoden und Kriterien zur Erfüllung des Prinzips evidenzbasierter Patientenversorgung und Gesundheitsfürsorge benötigt. Besonders wichtig und unabdingbar ist dafür eine gestärkte und teilweise neue Rolle der Universitäten, Hochschulen und Akademien im Bereich des ÖGD.

Um auf globale Herausforderungen möglichst adäquat und koordiniert reagieren zu können, sollten bestehende Einrichtungen, Strukturen und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÖGD qualitativ und quantitativ international vergleichbar aufgestellt werden. [\[10\]](#) Auf die auf europäischer Ebene aktualisierten und spezifizierten Befähigungen zu zehn Essential Public Health Operations (EPHO[1]) des europäischen Regionalbüros der WHO wird verwiesen (s. auch Abschnitt X [\[11\]](#) ), ebenso wie auf die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) der WHO (s. Abschnitt X).

Die Bereitschaft zur beidseitigen Vermittlung von Fragestellungen und Lösungsansätzen zwischen Wissenschaft und Praxis (Translation) ist dabei wesentlich.

Nach Wilhelm von Humboldt sollen besonders wissenschaftliche Einrichtungen eine Einheit aus Lehre und Forschung bilden. Nach mehr als

20-jährigem Aufbau von Public Health an akademischen Einrichtungen in Deutschland beruht die Public Health Lehre in Deutschland leider weiterhin vor allem auf anglo-amerikanischen Forschungsergebnissen.

Die fragmentierte Public Health Hochschullandschaft in Deutschland hat es bisher nicht geschafft, Grundlagen für eine Einheit von Lehre und Forschung im Bereich des ÖGD zu schaffen. Die Arbeit des ÖGD ist nur zu einem vernachlässigbar geringen Anteil Inhalt universitärer Ausbildung und wird insgesamt bisher nur punktuell beforscht.

Neue Erkenntnisse und Forschungsergebnisse aus dem fragmentierten Public Health-Forschungsbereich in Deutschland verblieben vielfach innerhalb der akademischen Public Health Gemeinschaft, während die Praktikerinnen und Praktiker des ÖGD eigene wissenschaftliche Expertise dezentral fortentwickelten. Die jährlichen wissenschaftlichen Kongresse des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD e.V. (BVÖGD) belegen eindrucksvoll diese Kompetenzen.

Dabei sollten akademische Public Health Einrichtungen nicht nur grundlegend zur Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter im ÖGD beitragen sondern gleichzeitig empirische Forschung des ÖGD durchführen, um die Grundlagen für evidenz-basierte Entscheidungen zu etablieren und sicher zu stellen.

Dennoch gibt es viele Beispiele, in denen eine praxisrelevante, wissenschaftlich hochwertige Forschung, auch über Ländergrenzen hinweg, durch den ÖGD initiiert werden kann. Zu erwähnen sind hier EU-Forschungsprojekte unter der Teilnahme Deutscher Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitswesens, das Projekt „BEPE“ (ein Projekt, das vom BMBF mit 1,2 Mio € zusammen mit Israelischen Stellen gefördert wurde {[https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&ffmpar\[id\\_inhalt\]=7457175](https://www.frankfurt.de/sixcms/detail.php?id=2996&ffmpar[id_inhalt]=7457175)}), „Ivena“ und aktuell ESEG (ein Projekt, dass mit 4,2 Mio € durch den Gemeinsamen Bundesausschuss GBA gefördert wird {<https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/eseg-erkennung-und-steuerung-epidemiologischer-gefahrenlagen.151>}).

## **Erkenntnistransfer**

Neben mehr und besserer Forschung über die Praxis im ÖGD wird auch mehr Forschung durch den ÖGD selber benötigt. Entsprechende Erkenntnisse über die spezifische Fragestellungen der öffentlichen Gesundheit sollten in geeigneter Weise an Politik und Öffentlichkeit herangetragen werden. Durch hochqualitative Forschung und bedeutende Erkenntnisse im Bereich öffentlicher Gesundheit kann und sollte der ÖGD

zur Politikberatung nutzen und sich so zu einem starken Anwalt für die Prävention und gesundheitliche Chancengleichheit einsetzen.

Anhang:

## **Beispiel für den Anhang**

### **typische Bestandteile einer Anordnung zur Gefahrenabwehr**

- Kopfbogen der Behörde
- Zustellungsart (siehe BVwZG sowie Zustellungserfordernis der Zwangsmittellandrohung nach BVwVG)
- Adressat\*in (in der Regel d. Pflichtige oder Sorgeberechtigte, ggf. Pfleger\*in, Rechtsanwalt\*in)
- Anrede

Tenor (§37 Abs. 1 BVwVfG)

- Es muss eine hinreichend bestimmte Maßnahme, die an eine bestimmte Person bzw. an einen bestimmten Personenkreis (im Falle einer Allgemeinverfügung) gerichtet ist, angeordnet werden.
- Die Anordnung muss zum Zweck der Gefahrenabwehr ausgesprochen werden und so präzise wie möglich formuliert sein.
- Die Angabe von Paragraphen ist jedoch nicht erforderlich und soll unterbleiben, wenn die Entscheidung dadurch schwerer verständlich wird.
- D. Adressat/in muss auf den ersten Blick erkennen können, was von ihm/ihr verlangt wird.
- Nebenbestimmung (§36 BVwVfG)
- i.d.R. Frist, also ab und/oder bis wann die Maßnahme gilt
- Begründung (§39 BVwVfG)
- Ausführung des festgestellten Sachverhalts, soweit für die rechtliche Bewertung wichtig oder zwischen den Beteiligten u. U. auch strittig und die angewendeten Rechtsvorschriften ausgeführt sind.
- Subsumtion (Unterordnung des Sachverhalts unter die abstrakte Rechtslage und Ableitung der Rechtsfolge)
- Begründung von Ermessensentscheidungen

- Feststellung der Verantwortlichkeit d. Adressat\*in
- Behandlung von Einwänden

...

---

Von dem stammt dieser Absatz? Handelt es sich um ein Zitat? Bitte Referenzieren wenn nötig

Ich würde den ganzen Absatz weglassen

Den Begriff „Public Health-Facharzt“ sehe ich kritisch: Public Health ist eine Gesundheitswissenschaft, die absolut wichtige Zusammenhänge und Konsequenzen erforschen und aufzeigen kann, die aber z. B. in keiner Weise hoheitlich agieren können. Dies können nur Ärzte im Gesundheitsamt unter der Verantwortung von Fachärzten für Öffentliches Gesundheitswesen

Ich hatte dies als Zitat übernommen von einem jungen Arzt, der gerade seinen Facharzt ÖGW absolviert und diesen Titel denke ich so bewusst, vielleicht auch provokativ und als Frage formuliert, um Menschen/Medizinstudierenden, die kein Verständnis/keine Kenntnisse über den Facharzt ÖGW haben zu vermitteln, dass es neben Individualmedizin auch noch eine Facharztausrichtung mit PH Ausrichtung hat, was ich prinzipiell gut finde. Unter ÖGW können sich sicherlich weniger Menschen auf Anhieb etwas vorstellen. Für mich stellt dies auch kein Widerspruch da: PH-Facharzt trägt ja immer noch Arzt im Titel. Ich kann aber auch damit leben, den etwas sperrigeren Titel "Gibt es einen Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen?" zu wählen.

kann eingefügt werden, falls gewünscht. Es wäre sicherlich noch ein gutes "best practice Beispiel" um zu zeigen, wie (Karriere)wege in den ÖGD geebnet werden können. Wenn die Zielgruppe aber nur Leute sind, die ohnehin schon im ÖGD arbeiten, ist dies vermutlich weniger relevant. Dennoch kann dies denke ich ein Beispiel auch für Menschen in Leitungsfunktion im ÖGD sein, die Schwierigkeiten haben Nachwuchs zu finden und sich daher um ein Traineeprogramm o.ä. bemühen können.

Als ersten Punkt würde ich das auf keinen Fall akzeptieren können. In der Weiterbildungsordnung können (nicht müssen!) maximal 3 Monate der Facharztausbildung in Einrichtungen des PH absolviert werden.

Hingegen die Schaffung von Lehrstühlen ist eine conditio sine qua non für die Etablierung einer optimalen Verankerung des ÖGD in das Studium



Ich sehe das genauso und plädiere dafür den ersten Punkt komplett zu streichen.

das Problem hängt an der Weiterbildungsermächtigung. Die Ärztekammern erkennen die Weiterbildung nur an, wenn sie es in der Institution einen Arzt mit Weiterbildungsermächtigung gibt. In den meisten Einrichtungen des ÖGW gibt es keine FÄ ÖGW. Wie z.B. im RKI, BzgA, NLGA o.a., deswegen können die nicht weiterbilden. Das gilt dann auch für die PH Einrichtungen. Der Weg geht über die Ärztekammern und die Fachärzte, die weiterbilden wollen. Ländern. So ist z.B. die Akademie ÖGW seit neuestem als Weiterbildungstätte anerkannt.

Auch in Düsseldorf gibt es eine Kooperation mit der PH Studiengang der HHU

Volle Zustimmung! Aber wo ist hier die explizite Verbindung zu Wissenschaft/Forschung/Evidenz?

die EPHOS werden weiter vorne schonmal erwähnt > Hier bitte Querverweis einfügen.

Readme

Das vorliegende Buch ist ein kostenfrei zugängliches Hand- und Lehrbuch (CC BY-NC 4.0). Es ist für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), Interessierte und lebenslang Lernenden ein Lehrbuch zum Thema Öffentliche Gesundheit, ein Handbuch für die praktische Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst und zugleich eine umfassende Hintergrundlektüre.

Die in diesem einzigartigen Lehr- und Handbuch zusammengefassten Inhalte beruhen auf jahrelanger theoretischer Auseinandersetzung und praktischer Erfahrung der Autorinnen und Autoren im ÖGD.

Im Gegensatz zu den Fachgebieten der klinisch-kurativen Medizin existierte bislang für Ärztinnen und Ärzte mit einer Facharzt Ausrichtung in Bevölkerungsmedizin kein spezifisches Fachbuch. Das vorliegende Werk ist Teil einer umfassenden Lehr- und Handbuchreihe für die praktische Arbeit im ÖGD mit dem sich Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen auf die Facharztprüfung vorbereiten konnten. Und für alle Ärztinnen und Ärzte die aus anderen Fachrichtungen in den ÖGD wechseln, ist das vorliegende Buch eine Möglichkeit zur theoretischen Vorbereitung auf die praktische Arbeit im ÖGD und eine theoretische Stütze während der praktischen Tätigkeit. Für Studierende und Interessierte ist das Buch eine Einführung in den Bereich Öffentliche Gesundheit.

Ein weiteres Ziel ist des Buches ist es eine Grundlage für die Lehre an der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, an Universitäten und Hochschulen zu dienen und durch Vollständigkeit und Aktualität zur Qualitätssicherung der praktischen Arbeit beizutragen.

## Finanzierung

Das Projekt wurde durch das [Bundesministerium für Gesundheit](#) (BMG) gefördert.

## Das Lehrbuch zitieren

Bitte zitieren Sie das Handbuch, wenn Sie den Inhalt verwenden. Um das Buch zu zitieren, empfehlen wir, dass Sie sich entweder beziehen

● <https://book.fosteropenscience.eu/>, which is the most friendly way to read the book (also available as [PDF](#), [ePub](#) and [Mobi](#)), to comment and to suggest changes, or

● <https://doi.org/10.5281/zenodo.1212496>, which is a citable DOI referring to a (hardly comprehensible) archived dump of the book.

## Nachhaltigkeit und Weiterentwicklung

Das Ergebnis des gemeinsame Schreibprozesses wurde und wird kontinuierlich ergänzt und verbessert. Hierbei können auch Leserinnen und Leser selbst durch Feedback und Ergänzungen aktiv werden. Den Autorinnen und Autoren aller Texte ist bewusst, dass mit den bisher abgedeckten Themenbereichen nur ein Teil des gesamten Tätigkeitsspektrums des ÖGD dargestellt ist.

Da es sich um ein agiles Projekt handelt, das in Anbindung an die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen stetig weiterentwickelt werden soll, ist neben einer fortlaufenden Aktualisierung der bestehenden Kapitel auch eine Ergänzung durch weitere Themengebiete möglich.

# Helfen Sie uns, das Handbuch zu verbessern

Wir freuen uns über Kommentare und Feedback von allen, unabhängig von ihrem Fachwissen oder Hintergrund. Schreiben Sie eine E-Mail an [Tinnemann@akademie-oegw.de](mailto:Tinnemann@akademie-oegw.de)

Das Handbuch wird als GitHub-Repository zur Verfügung gestellt.

## Licence, Copyright

### Open-Access

Das Anliegen öffentliche finanzierte Forschung und Lehre zur Verbesserung der Öffentlichen Gesundheit zu fördern ist die Grundlage für dieses online kostenfrei zugängliche Lehr- und Handbuch. Zentral ist dabei, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ÖGD, interessierte Fachöffentlichkeit und die Öffentlichkeit insgesamt jederzeit Zugang zu dem besten verfügbaren Wissen zum Thema Öffentliche Gesundheit haben.

Wir arbeiten daran, dass Sie die aktuellsten Version des Lehr- und Handbuchs on-demand gedruckt erhalten können und werden alsbald entsprechende Informationen dazu hier einfügen.

### Copyright statement

Das Lehrbuch ist eine Open Educational Resource (OER), daher verfügbar unter der Creative Commons Namensnennung-Nicht kommerziell 4.0 International (CC BY-NC 4.0) (mehr: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Sie dürfen das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten, es remixen, verändern und darauf aufbauen. Der Lizenzgeber behält sich vor diese Freiheiten nicht zu widerrufen solange Sie sich an die folgenden Lizenzbedingungen halten: Sie müssen [angemessene Urheber- und Rechteangaben machen](#), einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob [Änderungen vorgenommen](#) wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders. Sie dürfen das Material nicht für [kommerzielle Zwecke](#) nutzen. Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder [technische Verfahren](#) einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Es werden keine Garantien gegeben und auch keine Gewähr geleistet.

Die Lizenz verschafft Ihnen möglicherweise nicht alle Erlaubnisse, die Sie für die jeweilige Nutzung brauchen. Es können beispielsweise andere Rechte wie [Persönlichkeits- und Datenschutzrechte](#) zu beachten sein, die Ihre Nutzung des Materials entsprechend beschränken.

## Introduction

Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen im ÖGD, gemeinsam mit Lehrenden der Akademie, haben ab 2019 in sogenannten “Book Sprint” in gemeinsamer Autorenschaft Texte für diese Lehrbuchreihe verfasst.

Auf die Phase des initialen kollaborativen Schreibprozesses folgte eine Lektoratsphase, wobei inhaltliche Ergänzungen und Überarbeitungen kontinuierlich durch- und eingeführt werden. Die Textbeiträge beruhen auf breiter einschlägiger Literatur, praktischen Erfahrungen langjähriger ÖGD-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie Erfahrungen und Anregungen von Nachwuchs Fachkräften mit Interesse an Öffentlicher Gesundheit.

In allen Büchern werden Geschichte, Ziele, Aufgaben und Strukturen, sowie Begriffsdefinitionen umfangreich beschrieben. Jedes Buch wurde als umfassende und in sich geschlossene Abhandlung aufgebaut und kann sowohl in Ergänzung zu den anderen Büchern gelesen als auch isoliert als Nachschlagewerk behandelt werden.

# Methode

Alle Texte wurden mit der sogenannten BookSprints Methode erarbeitet und verfasst. Ein BookSprint ist eine agile Methode, um in kurzer Zeit gemeinsam längere und komplexere Texte zu schreiben. Alle BookSprints wurden gemeinsam von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Open Science Lab der Technischen Informationsbibliothek organisiert und durchgeführt. Die Methode BookSprints erlaubt eine zielorientierte Erstellung digitaler Inhalte.

Die Methode beruht auf den Prinzipien der Weitergabe (Sharing), der gemeinsamen Entwicklung (Co-Development), der Vernetzung der Teilnehmenden (Community Building) und einer geteilten Verantwortung für das gemeinsame Produkt (Collective Ownership). Diese offene, transparente Methode wurde an mehreren Institutionen, unter anderem der TIB, bereits mehrfach erfolgreich angewendet. Dabei wird sich an zuvor definierten Ziel-Kompetenz-Profilen, in der bisherigen Lehre

erprobten Lehrmodulen und an praktischen Anwendungsbeispielen (Use Cases) orientiert.

Autorinnen und Autoren schreiben unter Nutzung digitaler Technologien. Diese ermöglichen einen gemeinsamen, parallelen Schreibprozess an Texten, die in vollem Umfang und bis zum Endergebnis, als gemeinsames Produkt konzipiert und verstanden werden. Auf diese Weise entstehen Buchkapitel oder ganze Bücher. Wir haben in intensiven dreitägigen BookSprints mit bis zehn Fachleute zu einem ausgewählten Thema gearbeitet. Dabei entwickeln die Teilnehmenden unter moderierter Anleitung eines/einer medienpädagogisch erfahrenen BookSprint Moderator/-in gemeinsam Inhalte zu ausgewählten Themen die relevant für die Arbeit im ÖGD sind.

## Entstehungsprozess

Dieses Lehr- und Handbuch ist ein gemeinsames Projekt der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und des [Open Science Lab](#) der [Technischen Informationsbibliothek](#) des Leibniz-Informationszentrums Technik und Naturwissenschaften.