

ÖGD – eine Einordnung

DR. MATTHIAS GRUHL

FA FÜR ÖFFENTLICHES GESUNDHEITSWESEN

STAATSRAT A.D. DER FHH

CCG 07.07.2021

Ein Drama in (mindestens) 5 Akten:

Der ÖGD ab 1945 - historisch belastet, gewollt schwach aufgestellt

Der ÖGD - ohne klares fachliches Profil

Der ÖGD - ohne wissenschaftliche Grundlage und fachliche Leit-Instanz

Der ÖGD in den 80ern- keine Renaissance trotz neuer Entwicklungschancen

Der ÖGD heute - die Kraft der Krise nutzen?

Deutschland war führend in der Sozialhygiene

„ Die Medizin ist eine soziale Wissenschaft und Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen. Bildung, Wohlstand und Freiheit sind die einzigen Garanten für die dauerhafte Gesundheit des Volkes...“ R. Virchow 1848/Salomon Neumann 1874

Verelendung der Arbeiterschaft, verminderte Wehrkraft

Wissenschaftliche Erkenntnisse der Sozialhygiene: 1876 zentrale Gesundheitsbehörde im Kaiserlichen Gesundheitsamt Berlin (Robert Koch)

Cholera-Epidemie Hamburg 1892

Nach 1918 Deutschland führend in der „sozialen Hygiene“ z.B. Alfons Fischer(1873-1936), Ludwig Teleky (1872-1957), Adolf Gottstein (1857-1941) und Alfred Grotjahn (1869-1931).

Zentrale Selektionsaufgaben der Gesundheitsämter im Nationalsozialismus

„Er [der völkische Staat] muß dafür Sorge tragen, dass nur wer gesund ist, Kinder zeugt, dass es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen.“ A Hitler: Mein Kampf

- „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 01. Juli 1934
- 1. Januar 1934 : „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“
“Wer erbkrank ist, kann durch chirurgische Eingriffe unfruchtbar gemacht werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.“

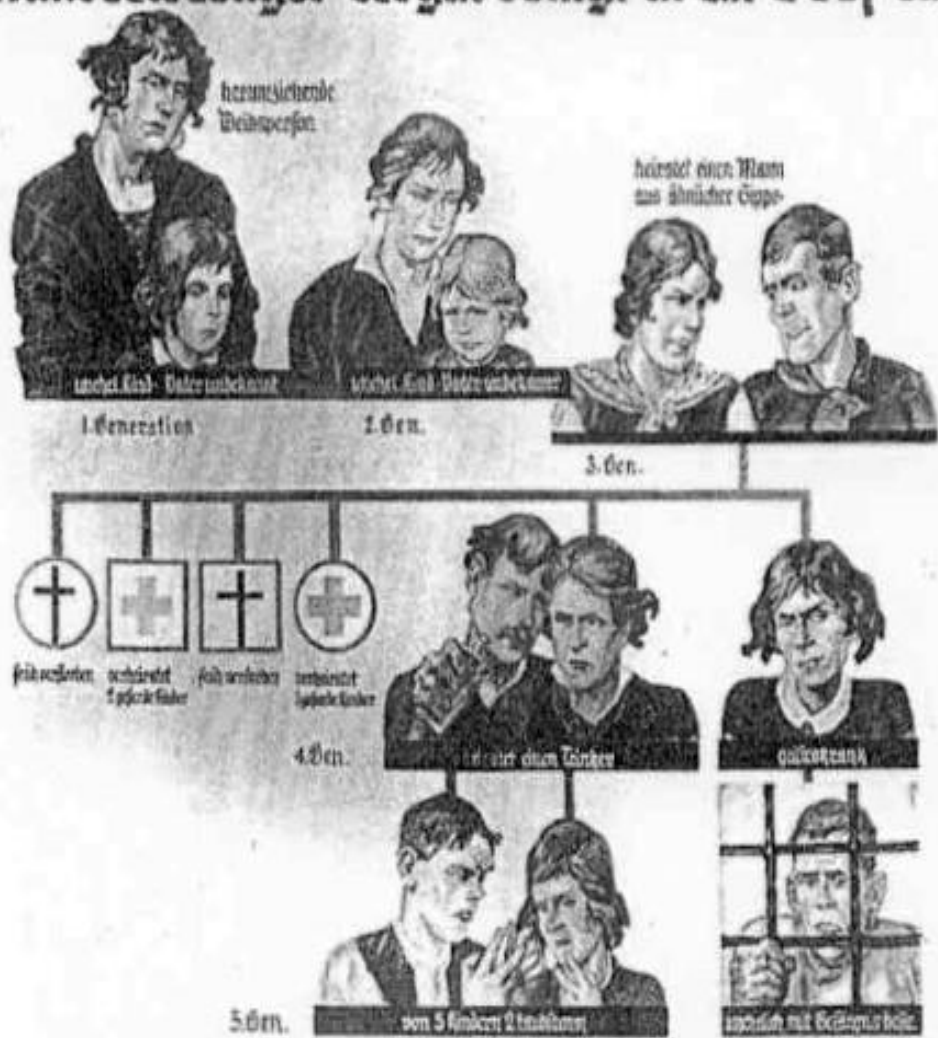
Ärzte überproportional in der NSDAP

Als Ermittlungs- und Vollzugsbehörde stand das Gesundheitsamt ordnungspolitisch im Zentrum des Vollzugs des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, das ab 1934 Zwangssterilisierungen legitimierte. Amtsärzte waren nicht nur Antragsteller, sondern auch Beisitzer des „Erbgesundheitsgerichtes“, das die Urteile zur „Unfruchtbarmachung“ fällte, und hatten zudem für die Durchführung des Eingriffs Sorge zu tragen.³⁰ Somit sind sie für ca. 400.000 sterilisierte Menschen und etwa 5.000 am Eingriff oder an dessen unmittelbaren Folgen Verstorbene mitverantwortlich zu machen.³¹

Sie entschieden außerdem über die gesundheitliche Eignung zur Eheschließung, verhinderten Ehestandsdarlehen, indem sie als Gutachter soziale Urteile abgaben und damit den „Erbwert“ der Antrag stellenden Brautleute als „minderwertig“ erachteten oder gar eine „Erbkrankheit“ bei den Antragstellern diagnostizierten.³² So ins Visier der „Erbpolizei“³³ des Gesundheitsamts geraten, kamen nicht wenige Antragsteller, die sich vom Staat finanzielle Unterstützung für die Ehe erhofft hatten, nicht nur nicht in den Genuss eines Darlehens, sondern wurden stattdessen zwangssterilisiert.³⁴ Die „rassenhygienische“ „Filterfunktion“ dürfte „mehr als die Hälfte der Amtsgeschäfte ausgemacht haben“.³⁵

J. Donhauser,
Medizinische
Fachgesellschaften im
Nationalsozialismus, LIT-
Verlag, Berlin, 2016

Minderwertiges Erbgut dringt in ein Dorf ein



Täglich RM 5.50
kostet den Staat
ein Erbkranker

Für RM 5.50
kann eine erbgesunde Familie
1 Tag leben!



Ärztlicher Bericht

(gemäß Artikel 8 der Verordnung zur Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933 — Reichsgebl. I S. 1021)

Der¹⁾ — Die — an angeborenem Schwachsinn
leidende Josef S., geb., oo Landwirtssohn
aus G Straße
ist am 4.5.35 193 von mir unfruchtbar gemacht worden.

Art der Unfruchtbarmachung:
Bei dem Eingriff wurden die Samenleiter (Eileiter) — Keimdrüsen —
Excision eines ca. 4 cm langen Stückes vom Vas deferens
beiderseits.

Gründe, die zur Unfruchtbarmachung Veranlassung gaben:
angeborener Schwachsinn.

Die Operation verlief regelmäßig — insofern nicht regelmäßig, als
Der Patient wurde am 14.5.35 mit glatt geheilten Wunden nachhause
entlassen.

Sonstige Bemerkungen:

Ort: Pfaffenhofen, den 17. 5. 1935
Straße:

An²⁾
Sern Bezirksarzt Dr. med. Fischer
in Pfaffenhofen / Ilm

Unterschrift des Arztes
(deutliche Schrift)
Dr. med. W. Bartmann
Facharzt für Chirurgie, Orthopädie
Chefarzt des Städt. Krankenhauses
Pfaffenhofen a. Ilm

¹⁾ Nichtzutreffendes ist jeweils zu durchstreichen.
²⁾ Die Mitteilung ist dem für den Wohn- oder Aufenthaltsort der vorbenannten Person zuständigen Staatsarzt zu überreichen.

UR. 587/34

Amtsgericht München Erbgesundheitsgericht I. Kammer.

Die I.

in fol.

1.) Am

2.) La

3.) Ob

hat he

Verfah

folgen

gefass

I.

II

gez. Schüler

Gesundheitsämter 91

11

Amts

(gemäß §

1. Orientierung:

Name und Vorname: (Wie heißen Sie?)

Beruf: (Was sind Sie?)

Geboren am (Wie alt sind Sie?)

Religion: (Wie alt sind Sie?)

Letzter Wohnort: (Wo sind Sie zu Hause?)

Straße: (Welches Jahr haben wir)

Anschrift der Eltern: (Welchen Monat?)

Straße: (Welches Datum?)

Wohnort: (Welchen Wochentag?)

Wohnort: (Wie lange sind Sie hier?)

Wohnort: (In welchem Orte sind Sie)

Wohnort: (In welchem Hause sind Sie)

Wohnort: (Wer hat Sie hierher geb.)

Wohnort: (Wer sind die Leute Ihrer I.)

Wohnort: (Wer bin ich?)

2. Schulwissen:

Wohnort: (Heimort?)

Wohnort: (In welchem Lande gebr.)

Wohnort: (Hauptstadt von Deutschla.)

Wohnort: (Hauptstadt von Frankrei.)

Wohnort: (Wer war Luther?)

Wohnort: (Wer war Bismarck?)

Wohnort: (Welche Staatsform haben)

Wohnort: (Wer hat Amerika entbed.)

Wohnort: (Wann ist Weihnachten?)

Wohnort: (Was bedeutet Weihnacht?)

Wohnort: (Sonstige Fragen ähnliche)

Wohnort: (Wieviel Wochentage? — vor- und rückwärts?)

Wohnort: (Wieviel Monate? — vor- und rückwärts?)

Wohnort: (Wieviel Monate? — vor- und rückwärts?)

Wohnort: (Wieviel Monate? — vor- und rückwärts?)

Ant

Auf Grund der §§ 1 bis
gesetzl. I S. 529) beantrage

die Unfruchtbarmachung —
zur Zeit wohnhaft in

Ich — Der — Die —
Zur Glaubhaftmachung

ärztliche — Gutachten — a
Heil un

leidet an¹⁾ — ist verdächtig zu sein
depressivem Irresein — erblicher

— erblicher Taubheit — schwerer

Ort: Pfaffenhofen

Straße:

in

die Geschäftsstelle des

in

1) Nichtzutreffendes ist
2) Nichtzutreffendes ist
3) Nichtzutreffendes ist

Staatsarchiv München
Gesundheitsämter 91

Staatsarchiv München
Gesundheitsämter 91

(gemäß Artikel 3 Abs. 4 der Verordn.)

Der¹⁾ — My — Erwerb

(Familienname) S

(Vorname) Josef

geboren am

in G

derzeitiger Aufenthaltsort:

leidet an¹⁾ — ist verdächtig zu sein

depressivem Irresein — erblicher

— erblicher Taubheit — schwerer

Ort: Pfaffenhofen/Ilm

Straße:

in

den Herrn²⁾

in

1) Das Nichtzutreffende ist jeweils

2) Die Mitteilung ist dem für den

Reichsärztliches Gesundheitsamt Nr. 153

Verlag Carl Gebner, München.

14

Staatsarchiv München
Gesundheitsämter 91

„Zum Glück für die spätere Zeit wurde das GA nur wenig in die Politik des Dritten Reiches und gar nicht in den verbrecherischen Teil derselben hineingezogen.“
Fritz Pürckhauer, Vorsitzender des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten 1954



Ärztesverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Bayern e.V.

Bisherige Landesvorsitzende

Ärztesverband Öffentlicher Gesundheitsdienst Bayern e. V.
vormals: Bayerischer Medizinalbeamtenverein e.V.

Dr. Fritz Pürckhauer (auch 1. Vorsitzender des "Bundesverband der Deutschen Medizinalbeamten" von 1950 -1959)	Regierung der Oberpfalz Regensburg	1949 – 1955	6 Jahre
Dr. Horst Schmidt		1955 – 1958	3 Jahre



Dr. Fritz Pürckhauer,
1. Vorsitzender von 1950-1959

....Hierzu gab es leidenschaftliche und letztlich erfolgreiche Gegenstellungnahmen des damaligen ersten Vorsitzenden Pürckhauer mit dem Hinweis darauf, dass auch der beamtete Arzt in erster Linie dem ärztlichen Berufsethos verpflichtet ist und der einzige Unterschied zum frei praktizierenden Arzt darin besteht, dass er sein Wissen und Können dem Staat, der Kommune zur Verfügung stellt. ...“

http://www.aerzte-oegd-bw.de/fileadmin/Downloads/60_Jahre_Buch/BVOeG_D_Buch_Kapitel_05_28-47_Von_Amtsarzt.pdf

Bewusst schwach

Bewusste Entscheidung der Alliierten, die gesamtstaatliche Organisationen der Öffentlichen Gesundheit zu zerschlagen

Deshalb Einbindung auf Kreisebene, kein zentraler staatlicher Zugriff mehr

Viele Gesundheitsämter bis hin zum Bundesministerien wurden nahtlos von den Tätern der Rassenhygiene bis in die 70er Jahre weitergeführt

Öffentliche Zurückhaltung

Viel Engagement in Nebentätigkeiten, keine inhaltliche Entwicklung

Abgabe lukrativer Aufgaben (Impfen, Vorsorge)

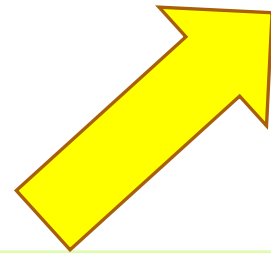
Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Bundesebene	Bundesministerium für Gesundheit mit nachgeordneten Behörden: Robert Koch-Institut (RKI) Paul-Ehrlich-Institut (PEI) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
Länderebene	Gesundheitsministerien der Länder mit nachgeordneten Behörden, z. B. Landesgesundheitsämter Landesuntersuchungsanstalten Sonderbehörden Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, z. B. die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten
In einigen Ländern: Regierungsbezirke	Mittlere Verwaltungsebene, teilweise mit Wahrnehmung von überregionalen Aufgaben z. B. in der Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe oder im Begutachtungswesen
Kommunale Ebene	Ca. 380 Gesundheitsämter, meist auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten Baden-Württemberg: 38 Bayern: 76 Berlin: 12 Brandenburg: 18 Bremen: 2 Hamburg: 7 Hessen: 24 Mecklenburg-Vorpommern: 8 Niedersachsen: 45 Nordrhein-Westfalen: 54 Rheinland-Pfalz: 24 Saarland: 6

Struktur des öffentl. Gesundheitsdienstes

Bundesland (link zur Quelle)	Anzahl Gesundheitsämter	Gesundheitsämter pro 1 Mio. Einwohner	Einwohner pro Gesundheitsamt
Baden-Württemberg	35	3,2	314.955
Bayern	76	5,8	171.016
Berlin	12	3,3	301.125
Brandenburg	19	7,6	131.792
Bremen	1	1,5	681.032
Hamburg	7	3,8	261.512
Hessen	24	3,8	260.136
Mecklenburg-Vorpommern	8	5	201.390
Niedersachsen	45	5,7	176.951
Nordrhein-Westfalen	60	3,3	298.536
Rheinland-Pfalz	25	6,1	162.947
Saarland	6	6	165.698
Sachsen	13	3,2	313.947
Sachsen-Anhalt	14	6,3	158.792
Schleswig-Holstein	15	5,2	192.655
Thüringen	23	10,7	93.531

Einbindung Kreisverwaltung

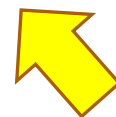
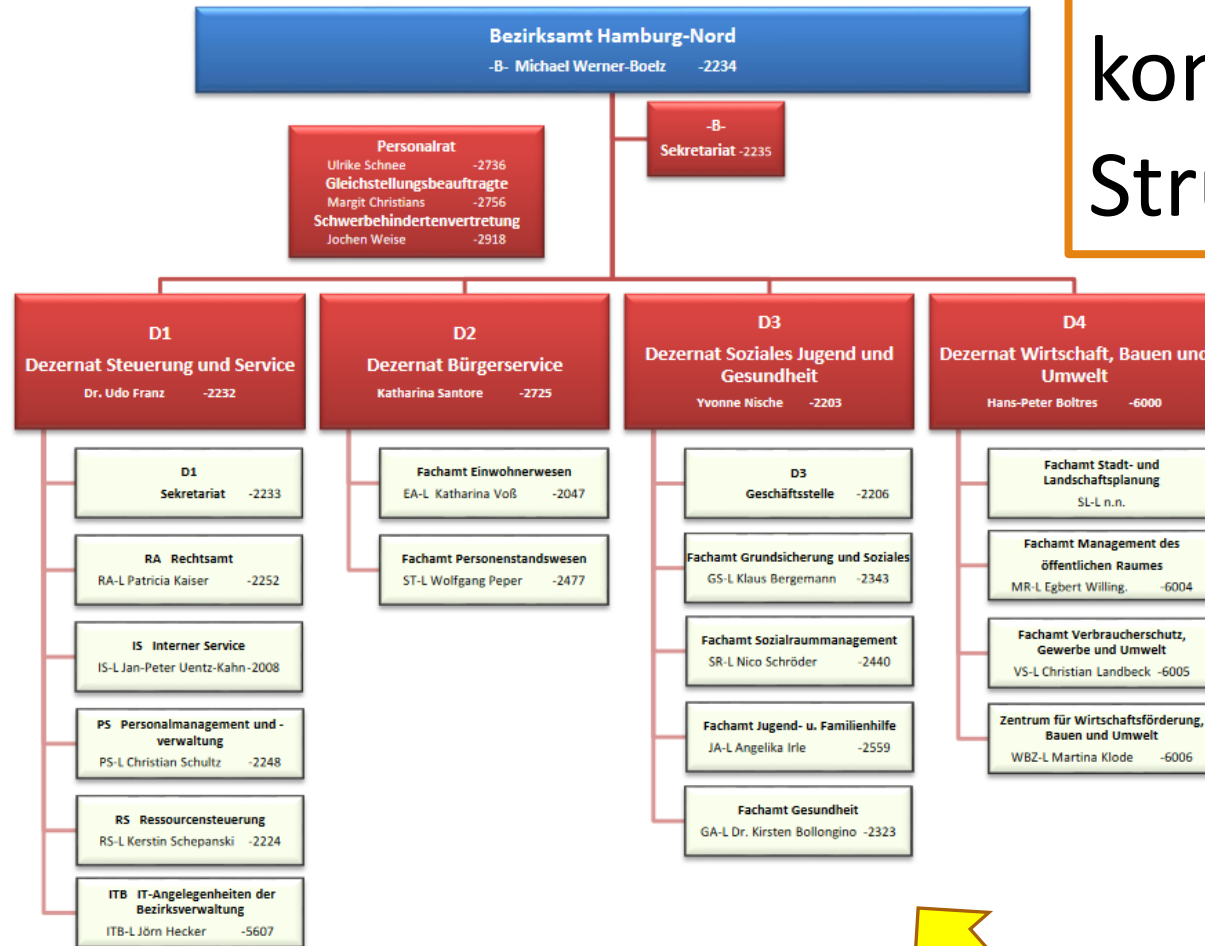


33 Gesundheitsamt
AL'in Dr. Elke Luthold (20400)
Gesundheit, Organisation und Berichterstattung
Pandemie
53.1 Verwaltung
Marion Naue (20700)
53.2 Arztärztlicher Dienst
Dr. Anette Partmann (20300) - stv. AL'in
Dr. Indra Schubert (20400) - stv. AL'in
53.3 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
Dr. Dörte Riske (20240)
53.4 Sozialpsychiatrischer Dienst
Stephan Gimmel (20600)

Organigramm Bezirksamt Hamburg-Nord

Stand: September 2020 Telefon: 040 / 428 04-0

Einbindung in kommunale Strukturen



Aufgaben der GAs

Ausgewählte Tätigkeitsbereiche der Gesundheitsämter
Prozentanteil der Ämter, die diese Aufgaben regelmäßig wahrnehmen; n= 235 Gesundheitsämter



Extrem breites und unterschiedliches Aufgabenspektrum (2015)

(1/3 der GA haben unter 20 VKs)

Landesrechte: 15 Landesgesetze, eine Rechtsverordnung

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
(Gesundheitsdienst-Gesetz - GDG)
Vom 25. Mai 2006



§ 1 Aufgabenstellung

(1) ...

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst nimmt die Aufgaben **grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch** wahr, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist.

§ 1 Grundsätze

(1) Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Lande Bremen nimmt an der Erbringung gesundheitlicher Leistungen für die Bevölkerung **mit eigenständigen Aufgaben teil**.



Personal: Interdisziplinarität

Berufe in den Gesundheitsämtern

Anteil an allen Beschäftigten nach Vollzeitäquivalenten, n = 193 Gesundheitsämter

Verwaltungsangestellte	20,1 %
Ärzt*innen	18,5 %
Sozialpädagog*innen	18,3 %
Hygienekontrolleur*innen	10,5 %
Medizinische Fachangestellte	9,8 %
Sozialmed. Assistent*innen	4,7 %
Zahnmedizinische Fachangestellte	3,7 %
Zahnärzt*innen	2,2 %
Gesundheitsingenieur*innen	1,9 %
Psycholog*innen	1,3 %
Med.-techn. Assistent*innen	1,0 %
Sozialwissenschaftler*innen	0,4 %
Gesundheitswissenschaftler*innen	0,4 %
Heilpädagog*innen	0,2 %
Naturwissenschaftler*innen	0,1 %
Sonstige (Logopäd*innen, Apotheker*innen etc.)	6,7 %

Berufsgruppe	Ausbildung und Weiterbildung
(Fach-) Ärztinnen und Ärzte	Sechsjähriges universitäres Studium
• für Öffentliches Gesundheitswesen	in der Regel 60-monatige
• für Hygiene und Umweltmedizin	Facharztweiterbildung
• für Psychiatrie und Psychotherapie	
• für Kinder- und Jugendheilkunde	
• für Kinder- und Jugendpsychiatrie	
• für Gynäkologie	
Zahnärzte/innen	Sechsjähriges universitäres Studium
Fachzahnärzte/innen für das	in der Regel vierjährige Weiterbildung
Öffentliche Gesundheitswesen	
Gesundheitsingenieure/innen	Studium an einer Universität oder Fachhochschule
Hygienekontrolleure/innen	Dreijährige Ausbildung
Verwaltungsfachangestellte/innen	Dreijährige Ausbildung
Sozialpädagoge/innen	Drei- bis fünfjähriges Studium an einer Universität oder Fachhochschule
Psycholog/innen	Drei- bis fünfjähriges Studium an einer Universität oder Fachhochschule
Lebensmittelkontrolleur/innen	Dreijährige Ausbildung
Medizinische Fachangestellte	Dreijährige Ausbildung
Sozialmedizinische Assistent/in	Dreijährige Ausbildung

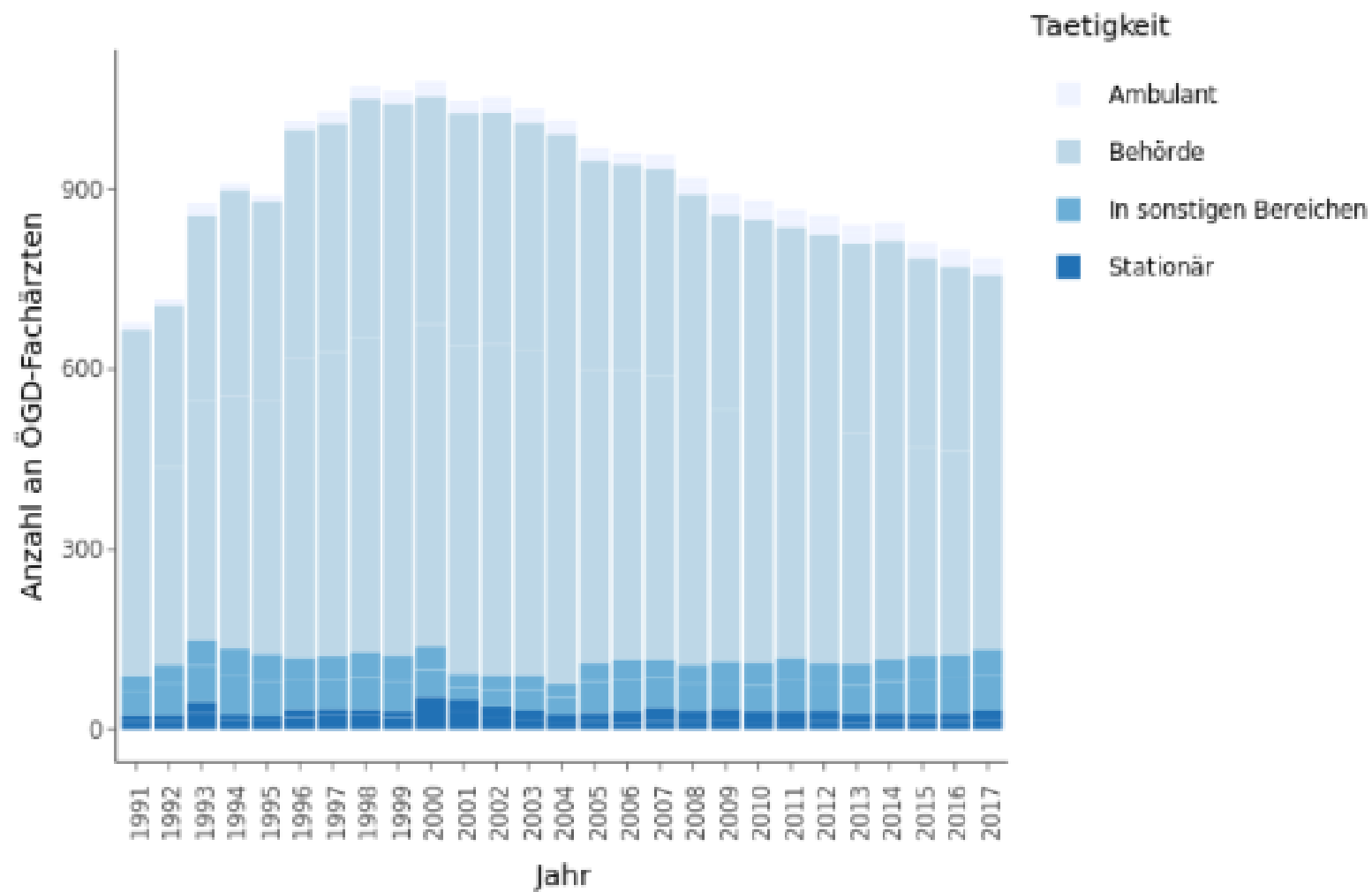
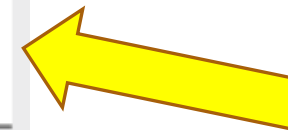


Abbildung 1: Anzahl tätiger Fachärztinnen und Fachärzte für Öffentliches Gesundheitswesen
(Quelle: Bundesärztekammer)

Ca 0,5% der öffentlichen Ausgaben für Gesundheit fließen in den ÖGD

Parteiprogramm Grüne BT-Wahl:
Wir wollen deshalb, dass Bund und Länder gemeinsam dafür sorgen, dass die Mittel für den Öffentlichen Gesundheitsdienst schrittweise auf mindestens 1 % der Gesundheitsausgaben angehoben werden



Der ÖGD - ohne klares Profil

- Keine einheitliche Rechtsgrundlage
- Bedient unterschiedliche Rechtsebenen
- Aufgabenvielfalt, Aufgabenbeliebigkeit
- Schritt von der ärztlichen Ausrichtung zur Interdisziplinarität verpasst
- Erst Personalabbau, dann noch Fachkräftemangel
- Kommunale Ein- und (Unter)-ordnung
- In finanzieller Konkurrenz zu anderen kommunalen Ämtern, die höhere kommunale Bedeutung haben

Der ÖGD - ohne wissenschaftliche Grundlage und fachliche Leit-Instanz

- Durch die Diversität und kommunale Einbindung nicht bundesweit sichtbar
- Bundesgesundheitsamt wurde 1994 abgeschafft
- Nur ein ärztlicher Berufsverband
- wissenschaftlich nicht vertreten
- keine Standardisierung
- Bis heute kein Lehrbuch für den ÖGD (Fachärztliche Disziplin!!!)
- Akademien hatten zwar Forschungsauftrag, nahmen diesen nicht wahr

Chancen: ÖGD und HIV/AIDS

1986 HIV etabliert sich in Deutschland

1987-1991 Bundesmodell „Gesundheitsämter: 1 VK pro 304 GAs für AIDS-Beratungsstellen, positive Evaluation 1991

2. Evaluation 2000: meist (formale)Integration in AIDS/STD-Beratungsstellen

„Jedoch bestehen zwischen der AIDS- und STD-Beratung in den Gesundheitsämtern große Unterschiede aufgrund unterschiedlicher historischer und rechtlicher Entwicklungen. Nach unserer Schätzung stammen insgesamt ca. 20% der im Jahr 2000 in Deutschland festgestellten HIV-Erstdiagnosen aus (überwiegend großstädtischen) Gesundheitsämtern“

„Langfristig könnte grundsätzlich überprüft werden, ob nicht eine Integration der Angebote in ein Konzept zur sexuellen Gesundheit eine adäquate und zeitgemäße Entwicklung darstellt.“

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Ministerium/Abschlussbericht_Gesundheitsaemter-im-Wandel.pdf

Bsp.:

Fachdienst STI und sexuelle Gesundheit der Stadt Köln <https://www.stadt-koeln.de/service/adressen/fachdienst-sti-und-sexuelle-gesundheit>

CASAbianca Hamburg <https://www.hamburg.de/casablanca/>

Chancen: ÖGD und Public Health

Förderprogramm der Bundesregierung 1989: 5 Forschungsverbände - 9 Studiengänge

Heute: 9 Bachelor-, 27 Master-Studiengänge

1990 Gründung aus dem BVÖGD: „Deutsche Gesellschaft für Öffentliches Gesundheitswesen“, Auflösung 1998

1998 regelmäßige gegenseitige Vertretung in den Vorstandssitzungen DGSMF,

1998 Verband ordentliches Mitglied in der neu aufgestellten Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH)

Juni 2015
Kurzfassung

Public Health in Deutschland

Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina
acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften
Union der deutschen Akademien der Wissenschaften

Public Health und ÖGD

...nur wenig Wissen wird zwischen ÖGD-Praktikern, der breiteren akademischen Community oder der allgemeinen Öffentlichkeit ausgetauscht. Daher ist es wesentlich, den Wissensaustausch und relevante operationale Forschung innerhalb des ÖGD zu etablieren und in beide Richtungen Erfahrungen und Kompetenzen mit akademischen Public-Health-Institutionen auszutauschen, um Führungskompetenz zu sichern und die Personalkapazität des ÖGD dezentral zu stärken...

Chancen: ÖGD und Prävention/GF- die Ottawa-Charta (1986)

Bisher: „historische Aufgabe“ des ÖGD: Individualprävention als Gesundheitserziehung

Neu: Gesundheitsförderung

3 Handlungsstrategien der Charta:

Anwaltschaft für Gesundheit

Kompetenzförderung und Empowerment

Vermitteln und Vernetzen

5 Handlungsfelder der Charta:

Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik

Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen

Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen

Fähigkeiten persönlich entwickeln, die eine gesunde Lebensweise ermöglicht

Gesundheitsdienste neu orientieren

ÖGD und Gesundheitsförderung

Bürgerinitiativenbewegung - ab 1980 Gesundheitsläden/Treffpunkte

1980-1986 Gesundheitstage : Gesundheit als soziale und gesellschaftliche Dimension

1989 Gesunde-Städte-Netzwerk

1995 Gesundheitskonferenzen NRW

1998 A. Fischer Bundesministerin Gesundheit

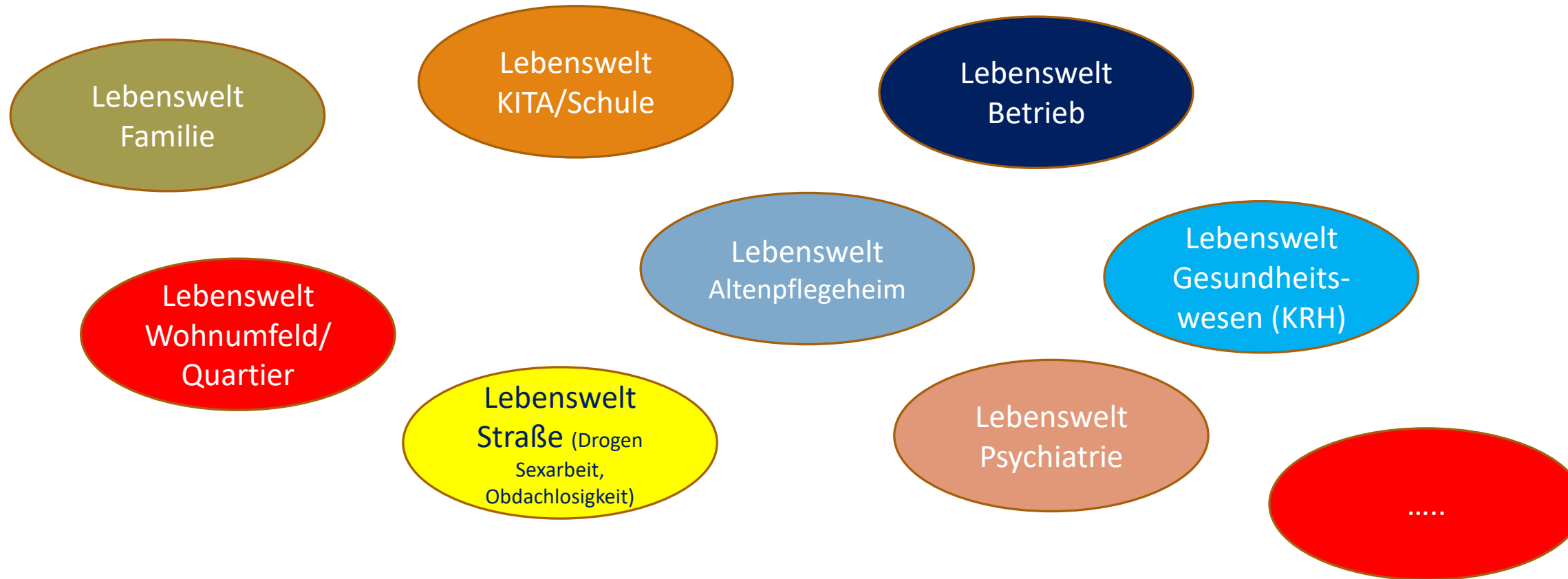
2000 Nationale Gesundheitsziele (8 Ziele)

Diskussion Verhaltens-Verhältnisprävention wurde gesellschaftsfähig (SGB V)

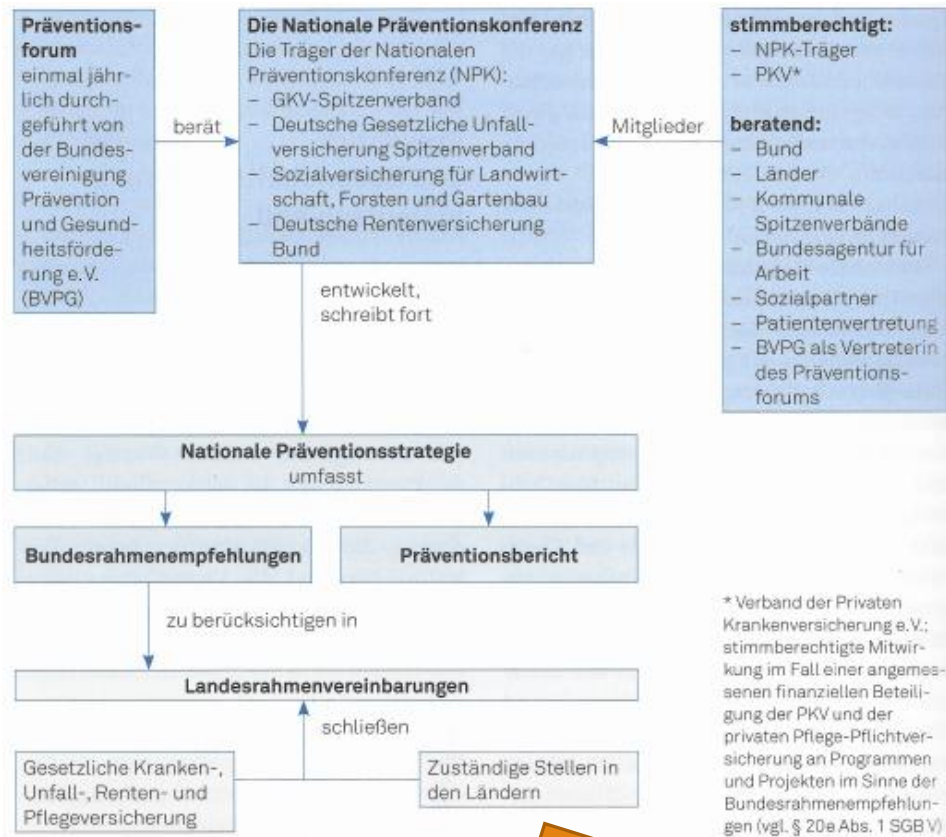
erreichte ÖGD, Bsp.: HH: Pakt für Prävention

Ansatzpunkt: Lebenswelten

ÖGD und Lebenswelten (Setting-Ansatz)



Präventionsgesetz von 2015



§ 20 SGB V: Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.

§ 20 a SGB V: Lebenswelten im Sinne des § 20 Absatz 4 Nummer 2 sind für die Gesundheit bedeutsame, abgrenzbare soziale Systeme insbesondere des Wohnens, des Lernens, des Studierens, der medizinischen und pflegerischen Versorgung sowie der Freizeitgestaltung einschließlich des Sports. Die Krankenkassen fördern im Zusammenwirken mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst unbeschadet der Aufgaben anderer auf der Grundlage von Rahmenvereinbarungen nach § 20f Absatz 1 mit Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten insbesondere den Aufbau und die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen.

Chance Regionalität und ÖGD

Der ÖGD richtet sich - verstärkt durch das Präventionsgesetz - kleinräumig auf Lebenswelten (z.B. Quartier) aus.

Der ÖGD hat damit eine regionale Verantwortung für die gesundheitliche Ausgestaltung des Lebensraumes

Bisher nur Modelle zur Zusammenführung von Versorgung und sozialer Medizin (z.B. PORT-Modelle, integrierte Stadtteilgesundheitszentren)

Die Kommune soll künftig mehr Verantwortung für die Gesundheitliche Versorgung übernehmen

- ÖGD und Versorgung kleinteilig neu denken
- Gesetzlicher Rahmen ???

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

Chance: Neue Wertschätzung

Leitbild für den ÖGD

verabschiedet von der
Gesundheitsministerkonferenz
2018

6. Den ÖGD stärken

Für die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind drei Punkte von entscheidender Bedeutung:

- Der ÖGD braucht eine breite und nachhaltige politische Unterstützung aller Ebenen, von Kommune bis Bund. Es ist notwendig, die Personalentwicklung und Personalausstattung im ÖGD am Umfang seiner fachlichen Aufgaben auszurichten und nicht allein an finanzpolitischen oder verwaltungspolitischen Vorgaben.
- Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Zusammenspiel der Akteure im Gesundheitswesen muss entlang der genannten Kernaufgaben profiliert werden, insbesondere mit Blick auf die Stärkung der bevölkerungs- und sozialraumbezogenen Arbeit.
- Die Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft muss sowohl in der Forschung als auch in der Aus- und Weiterbildung sowie in der Praxis gestärkt werden.

Leitbild

Entwicklungs- bedarfe

Pakt für den ÖGD vom 29.09.2020

Bund und Länder unterstreichen die herausragende Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für einen wirksamen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung.... Die Corona-Krise hat aber auch allen vor Augen geführt, dass eine nachhaltige Verstärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist. Um die aktuellen Erfahrungen aus dieser Pandemie aufzugreifen und die Aufgaben des Gesundheitsschutzes, der Prävention, Planung und Koordinierung noch effektiver erfüllen zu können, vereinbaren Bund und Länder hiermit einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Dieser hat das Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren. ...Der Bund stellt für die Umsetzung des Paktes insgesamt Mittel in Höhe von 4 Milliarden Euro bis 2026 zur Verfügung.

Chancen: ÖGD und Corona

Positiv:

Anerkannt wurden:

- Die Bedeutung des ÖGDs
- Der zusätzliche (digitale, personelle, qualitative) Ressourcenbedarf
- Das Fehlen einer wissenschaftlichen Basis

Negativ:

Reduzierung auf die „historische“ Aufgabe des Seuchenschutzes

Blockierung aller „neuen“ Tendenzen durch einseitige Belastungen

Verengung auf Medizin

Pakt für den ÖGD = ein Füllhorn

1500 neue unbefristete Stellen bis Ende 21

3500 weitere Stellen bis Ende 22 (zusammen rund 9-10 Stellen pro GA)

Bessere Bezahlung

Integration in die Medizin-Ausbildung, 35 Mio. für die Ausbildungsakademien

50 Mio. € in 2020 für die Digitalisierung

Definition digitaler Mindeststandards bis Frühjahr 2021

Bessere Verbindung zur Wissenschaft durch Forschungsprogramme des Bundes, Stiftungsprofessuren

Öffentlichkeitskampagne zur Profilbildung des ÖGD

Zentrale Strukturen (Expertenbeirat) werden aufgebaut

Inhaltliche Orientierung am Leitbild

Aber es hakt ...

Tw. Weigerung der Kommunen, die bis 2021 einzurichtenden 1500 Stellen über 2026 weiter zu finanzieren.

Bei den bis 2022 einzurichtenden 3500 zusätzlichen Stellen „erhebliche Schwierigkeiten in der Umsetzung“ (GMK)

Länder wollen sie in temporäre Stellen umwandeln

Expertenrat soll vornehmlich über Pandemievorsorge beraten

Stiftungsprofessuren sind noch nicht ausgeschrieben

Sormas noch nicht kritikfrei (aber in 90 % der GAs eingeführt)

ÖGD in Wahlprogrammen zur Bundestagswahl

Koal 2018: Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist eine wichtige Säule des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Prävention und Gesundheitsförderung. Wir stehen für eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ein.

CDU: (eigenes Kapitel!) Öffentlichen Gesundheitsdienst modernisieren , Pakt erfüllen

Grüne: (eigenes Kapitel) Unser Ziel ist es, im Zusammenspiel zwischen den Gesundheitsdiensten der Länder und Kommunen, Strukturen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge an Universitäten und Hochschulen und einem neu zu schaffenden Bundesinstitut für Gesundheit gemeinsam eine starke Säule der öffentlichen Gesundheitsfürsorge aufzubauen.

SPD: (eigener Abschnitt) Der öffentliche Gesundheitsdienst braucht bessere Rahmenbedingungen, eine bessere Ausstattung, auch mit Blick auf die digitale Infrastruktur – Hardware ebenso wie Software, und eine konkurrenzfähige Vergütung.

Linke (eigenes Kapitel?) DIE LINKE will eine finanzielle Stärkung des ÖGD und eine bessere Koordinierung. Im Mittelpunkt der Arbeit des ÖGD muss die soziale Komponente von Gesundheit stehen.

- Der Bund muss dafür sorgen, dass Vorhaltekosten für Material und Behandlungskapazitäten komplett gedeckt werden.
- Wir wollen, dass der ÖGD auch bei der Prophylaxe von Infektionen durch Reihenimpfungen in Kitas, Schulen und Betrieben die tragende Rolle übernimmt.
- Frauenhygieneprodukte sollen von den öffentlichen Gesundheitsstellen kostenlos zur Verfügung gestellt werden (vgl. Kap. Feminismus)

FDP: Fehlanzeige

Chancen für den ÖGD

- HIV
- Prävention
- Regionalität/Quartier
- Leitbild
- Corona
- Pakt für den ÖGD

„Kraft der Krise“ oder „Abwarten bis zur Rückkehr in die Normalität“?

Abteilung
Gesundheit / Gesundheitsamt



Eingang Seitengebäude