

Stenografischer Bericht

(ohne Beschlussprotokoll)

öffentliche Anhörung

83. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

3. November 2022, 14:03 bis 16:25 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Sandra Funken
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Nadine Gersberg
Lisa Gnadl
Dr. Daniela Sommer
Turgut Yüksel

AfD

Arno Enners
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen und -assistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Jana Widdig
 SPD: Bettina Kaltenborn
 AfD: Jan Feser, Dagmar Tröger
 Freie Demokraten: Lars Ruckstuhl
 DIE LINKE: Thomas Völker

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Franziska Arnold	VA	HMSI
Kai Klau	PLIN	- // -
Klaus Jahn	LOT	ATU
Sabine Totzke	Rechtsabteilung, TA	HMSI

Protokollführung: Maximilian Sadkowiak, Volker Heuer, Dr. Larissa Schütze

Anzuhörende

Institution	Name (Position innerhalb der Institution)
Hessischer Städtetag	Sascha Sauder Dr. Oliver Franz
Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.	Dr. med. Jürgen Krahn (Vorsitzender)
Gesundheitsamt Hochtaunuskreis	Dr. med. Nikolas Sapoutzis LL. M (Stellvertretender Fachbereichsleiter)
Gesundheitsamt Vogelsbergkreis	Dr. med. Henrik Reygers (komm. Leiter des Gesundheitsamtes/leitender Amtsarzt)
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Ge- sundheitsförderung e. V. HAGE	Dr. Katharina Böhm (Geschäftsführung)
Hessische Krankenhausgesellschaft	Christina Grün
Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.	Sonja Driebold
Landesärztekammer Hessen	Manuel Maier (Justitiar)
	Prof. René Gottschalk (Leiter Gesundheitsamt a. D.)
Gesundheitsamt Main-Taunus-Kreis	Dr. med. Birgit Bornheim (Leiterin Gesundheitsamt)
Gesundheitsamt Wiesbaden	Dr. Daniela Hirsekorn (Kommissarische Leiterin Gesundheitsamt)

Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**
Landesregierung
Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsverwaltung
– Drucks. [20/9131](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden
– Ausschussvorlage SIA 20/77 –

(Teil 1 verteilt am 25.10.2022, Teil 2 verteilt am 4.11.2022)

Vorsitzender: Liebe Kolleginnen und Kollegen! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich heiße Sie herzlich zur 83. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses willkommen. Wir haben eine öffentliche mündliche Anhörung. Ich darf an dieser Stelle Herrn Staatsminister Klose ganz herzlich in unserer Runde willkommen heißen.

Zum Ablauf der Anhörung: Jedem Anzuhörenden stehen zunächst fünf Minuten Redezeit zur Verfügung, um in einem kurzen Eingangsstatement die wichtigsten Punkte der eingereichten schriftlichen Stellungnahme vorzustellen. Anschließend werden Sie dann Gelegenheit haben, auf die Fragen der Abgeordneten zu antworten.

Der Verzehr von Speisen und Getränken ist im Plenarsaal nicht gestattet. Im Vorraum zum Plenarsaal stehen für die Anzuhörenden kostenlose Getränke zur Verfügung.

Wir kommen damit zu der öffentlichen mündlichen Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsverwaltung – in der Drucks. 20/9131. Hierzu liegen Stellungnahmen der Anzuhörenden in der Ausschussvorlage SIA 20/77, verteilt am 25. Oktober 2022, vor.

Ich rufe jetzt die Anzuhörenden nach Institutionen auf.

Sascha Sauder: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrter Herr Staatsminister Klose! Sehr geehrte Damen und Herren!

Ich freue mich, heute erstmals für den Hessischen Städtetag vor dem Sozial- und Integrationspolitischen Ausschuss im Hessischen Landtag sprechen zu dürfen. Nach der Lektüre der vorliegenden Stellungnahmen der anderen Anzuhörenden zu dem Entwurf eines Gesetzes zur Stär-

kung der Gesundheitsverwaltung möchte ich einen wichtigen Punkt herausgreifen, der bekanntermaßen auf fachlicher Ebene auf keine Gegenliebe stößt. Der Hessische Städtetag befürwortet es, dass die Initiative aufgegriffen wurde und § 3 Abs. 2 HGöGD dahingehend geändert werden soll, dass für die stellvertretende Leitung der Gesundheitsämter keine Qualifikation als Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen mehr erforderlich sein soll.

Der Hessische Städtetag stellt mitnichten die Qualifikation der Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen infrage. In der Praxis ist es aber schlicht äußerst schwierig, diese Stellen zeitnah gesetzeskonform zu besetzen. Der zentrale Punkt ist damit für uns die Personalfindungsverantwortung. Der Gesetzgeber muss diese nicht tragen. Auch müssen die Fachärzte diese nicht tragen, sondern der Magistrat bzw. der zuständige Dezernent hat die Personalfindungsverantwortung zu tragen.

Für die Personalfindung ist es wichtig, den größtmöglichen Entscheidungsspielraum zu haben, und dies ist Ausfluss der kommunalen Selbstverwaltung. Die Folge, die sich daraus für die Zukunft ergibt, ist gerade nicht, dass auf die fachärztliche Qualifikation verzichtet werden muss. Die Folge ist vielmehr lediglich, dass diese Entscheidung nicht mehr vom Gesetzgeber, sondern im Einzelfall vom Magistrat bzw. von dem zuständigen Dezernenten, also auf anderer Ebene und somit auch flexibler, getroffen werden kann. Diese zusätzliche Handlungsmöglichkeit ist im Sinne der Kommunen. Die anfallenden Aufgaben sind neben dem medizinischen auch im administrativen und im epidemiologischen Bereich angesiedelt.

Aus den gleichen Gründen stellt der Hessische Städtetag auch die weitergehende Forderung, dass der angesprochene Entscheidungsspielraum des Magistrats bzw. des zuständigen Dezernenten auch auf die Leitung der Gesundheitsämter ausgedehnt werden soll. Im Einzelfall soll diese Position nach Herstellung des Einvernehmens mit der oberen Landesgesundheitsbehörde auch von Ärztinnen und Ärzten ohne die genannte fachärztliche Qualifikation übernommen werden können, wenn sie sich durch besondere Expertise auszeichnen oder sich in langjähriger einschlägiger Verwendung bewährt haben. Auch dies ist Ausfluss nicht nur kommunaler Selbstverwaltung, sondern auch kommunaler Selbstverantwortung. Wer für die Personalfindung verantwortlich ist und verantwortlich gemacht wird, soll auch für die Voraussetzungen hierfür verantwortlich sein und dabei den größtmöglichen Entscheidungsspielraum haben.

Bezüglich der übrigen Punkte des Entwurfs verweise ich auf die Ihnen vorliegende Stellungnahme.

Dr. Oliver Franz: Zunächst einmal folgender Hinweis. Wir hatten im Kreis der Gesundheitsdezernenten besprochen, dass Herr Sauder heute hier allein die Position des Hessischen Städtetages vertritt. Ich bin keineswegs hier, um sozusagen bei seiner ersten Abgabe einer Stellungnahme – das war jetzt eine Premiere, die Sie gut bewältigt haben, Herr Sauder – das zu visitieren, sondern ich bin hier, weil ich mir die Stellungnahmen der anderen Anzuhörenden durchgelesen habe. Ich dachte mir, dann soll jedenfalls ein Mitglied des Präsidiums des Städtetages und des

Gesundheitsausschusses anwesend sein und die Kritik, die es von anderen Anzuhörenden gibt, dort abgeladen werden, wo sie hingehört.

Ich möchte mit wenigen Federstrichen unterstreichen, worum es uns geht.

Erstens. Wir begrüßen den Gesetzentwurf auch hinsichtlich der Gründung eines Landesgesundheitsamtes. Hessen hat zumindest zuletzt kein Landesgesundheitsamt mehr gehabt. Wir sehen im Zusammenhang mit der Gründung eines Landesgesundheitsamtes Möglichkeiten, die Kommunen zu entlasten. Die Beurteilung in dieser Frage wird im Wesentlichen von der Ausgestaltung und fachlichen Aufstellung des Landesgesundheitsamtes abhängen. Auf diesen Prozess lassen wir uns ein.

Zweitens. Ein aus unserer Sicht wichtiger Punkt ist bereits angesprochen worden. Der Gesetzentwurf stellt einen Kompromiss dar. Ich möchte mich bei Herrn Minister Klose für das Entgegenkommen bedanken. Die Kommunen hätten sich sehr viel mehr vorstellen können. Hier geht es im Übrigen nicht ausschließlich um die Position des Hessischen Städtetages. Der Landkreistag trägt nach meiner Wahrnehmung das in gleichem Umfang mit. Es geht nicht um die Frage, welche Qualifikation ein Leiter bzw. ein stellvertretender Leiter konkret haben soll, sondern es geht um die Frage, ob es Aufgabe des Gesetzgebers ist, dies vorzuschreiben. Wenn die Damen und Herren Abgeordneten danach fragen, wo derartiges sonst noch vorgeschrieben ist, werden sie sich bewusst werden, dass das höchst selten der Fall ist. Nirgendwo ist gesetzlich geregelt, dass es sich bei den Leitern der Rechtsämter der Kommunen um Juristen handeln muss. Klugerweise praktizieren das zumindest alle Kommunen, die ich kenne, alle Gebietskörperschaften und kreisfreien Städte, so. Aber vorgeschrieben ist das nirgendwo. Das können Sie durch alle kommunalen Fachbereiche durchdeklinieren. In der Regel ist für die Leitungsorganisation der Magistrat, der Oberbürgermeister oder der Landrat oder der Kreisausschuss verantwortlich. Das ist auch gut so.

Das ist unsere Generalkritik. Wir sagen: Die bisherige gesetzliche Regelung bedeutet eine unnötige Regulierung und auch einen Eingriff in die kommunale Selbstverwaltungsautonomie und in unsere Organisationskompetenz. Um es mal flapsig zu sagen: Wir sind der Meinung, wenn das Land am besten weiß, wer es macht, dann ist das am besten umzusetzen, wenn das Land das in landeseigener Verwaltung tut. Tut das Land dies nicht mit landeseigener Verwaltung, sondern mit der Kommunalverwaltung, dann ist es richtig, den Kommunen die Verantwortung zu überlassen, zu entscheiden; ebenso wie die Kommunen selbst entscheiden, wie viel Personal sie zur Verfügung stellen, wie viel Budget sie zur Verfügung stellen und wie die Organisation im Übrigen aufgebaut wird. Alles das entscheiden die Kommunen logischerweise eigenverantwortlich. Angesichts der problematischen Personalsituation ist es gut, wenn wir über die Leitungen entscheiden dürfen.

Ein letztes Argument in diesem Zusammenhang. Wir haben während der Corona-Pandemie festgestellt, dass wir insbesondere interdisziplinäre Teams brauchen und dass es andere Fachlichkeiten gibt, die wir in den Gesundheitsämtern sehr gut gebrauchen können; von Managern für

Public Health – wir haben zwei Manager eingestellt, die dazu ein Studium in Großbritannien absolviert haben – über Juristen bis hin zu Organisationsfachleuten. Die braucht man, weil es etwa bei dem Betrieb eines Impfzentrums nicht nur um medizinische Fragen im engeren Sinne geht.

Keineswegs ist damit in irgendeiner Weise eine Diskreditierung der Berufsgruppe des Facharztes für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder des Fachzahnarztes für den öffentlichen Gesundheitsdienst beabsichtigt. Im Gegenteil. Diese Berufsgruppe wird es bei uns weiterhin geben.

Wir wehren uns lediglich dagegen, dass uns dies vom Gesetz vorgeschrieben wird. In dieser Hinsicht besteht ein ganz großer Konsens im Präsidium des Hessischen Städtetages. Nach meinem Wissen teilt der Landkreistag diese Position. Aus unserer Sicht bedeutet der vorliegende Gesetzentwurf eine Verbesserung.

Wir können natürlich in unserem Land nicht immer nur darüber diskutieren, warum etwas nicht so funktioniert, wie wir uns dies vorstellen, wenn wir im Nachhinein jede Veränderung der bestehenden Lage ablehnen. Wir müssen auch bereit sein, einen solchen Weg zu gehen. Der Weg, der jetzt gegangen wird, ist aus unserer Sicht gut gangbar. Die Leitung des Gesundheitsamtes muss bis auf Weiteres nach dem jetzt vorliegenden Gesetzentwurf von einem Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst wahrgenommen werden. Für die Stellvertretung hingegen soll es diese Einschränkung nicht mehr geben. Das heißt, es kann ein interdisziplinäres Team entstehen. Ich glaube, dass sich das bewähren wird.

Eine Bemerkung zu der Sorge der anderen, die fragen: Wie will denn jemand, der nicht Arzt ist, einen Arzt in ärztlichen Fragen vertreten? - Hier liegt aus meiner Sicht ein organisatorisches Missverständnis vor. Natürlich ist nicht beabsichtigt, dass derjenige, der stellvertretender Leiter und nicht Arzt oder nicht Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist, den Leiter in spezifischen Fragen vertritt. Vielmehr kann eine fachliche Vertretung organisiert werden, wie dies im Wiesbadener Gesundheitsamt geschehen ist. Hier im Raum sitzt Frau Dr. Hirsekorn. Sie ist seit vielen Jahren die Leiterin der Gemeindepsychiatrie. Sie ist Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Frau Dr. Hirsekorn ist zurzeit stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes zusammen mit einem Verwaltungsmenschen. Die Leitungsstelle ist nicht besetzt. Vertreten wird sie nicht durch den Nicht-Arzt im Leitungsteam, sondern durch eine andere Ärztin. Das versteht sich von selbst. Sie ist im Übrigen ein gutes Beispiel. Als langjährige Angehörige des Wiesbadener Gesundheitsamtes dürfte sie nach der geltenden Rechtslage weder die Leitungsfunktion noch die Funktion der stellvertretenden Leitung besetzen. Das erscheint mir auch rechtlich als fragwürdig. Ich sage das mal so deutlich. Im Übrigen stellt sich doch bei jeder Leitungsfunktion, unabhängig davon, um welche es geht, hauptsächlich die Frage, welche fachliche Qualifikation vorliegt. Eine fachliche Qualifikation kann auch bei jemandem gegeben sein, der nicht die spezifische Qualifikation als Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst nachweisen kann.

Damit will ich es bewenden lassen. Ich glaube, ich habe hinreichend deutlich gemacht, dass der Argwohn der anderen Anzuhörenden in dieser Frage bei mir abgeladen werden kann. Ich nehme das gerne mit zu den Kolleginnen und Kollegen im Präsidium. Wir sind der festen Überzeugung, dass der vorliegende Gesetzentwurf einen guten Kompromiss darstellt. Ich bedanke mich, wie

gesagt – ich wiederhole mich –, bei dem Minister und beim Sozialministerium, dass wir uns auf diesen Weg haben verständigen können.

Dr. Jürgen Krahn: Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Damen und Herren! Hauptberuflich leite ich das Gesundheitsamt der Stadt Darmstadt und des Landkreises Darmstadt-Dieburg. Ich bin hier in meiner Funktion als Landesvorsitzender des Berufsverbandes der Ärztinnen und Ärzte sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Das sind zu über 90 % Ärztinnen und Ärzte, die in einem Gesundheitsamt arbeiten, aber das können auch Ärztinnen und Ärzte in einem Ministerium oder in einem Regierungspräsidium oder im hessischen Landesamt sein.

Ich möchte meine Ausführungen zu der Stellungnahme, die Ihnen schriftlich vorliegt, in zwei Teile unterteilen. Der erste Teil geht ganz schnell. Ich bedanke mich ausdrücklich bei Herrn Minister Klose. Ich habe das seinerzeit relativ emotional getan, als ich erfahren habe, dass das Land das Geld aus dem Pakt für den ÖGD für ein zukünftiges hessisches Landesamt für Gesundheit einsetzen wird. Ich finde das eine hervorragende Idee – das ist eine Forderung, die wir schon seit Jahrzehnten erheben –, weil wir uns Unterstützung erhoffen. Wir sehen, dass das in anderen Bundesländern mit den dortigen Landesgesundheitsämtern gut läuft. Wir beteiligen uns, so gut es geht, konstruktiv an den Schritten, die in die Wege geleitet werden. Wir finden das positiv und unterstützen das und sind dafür zutiefst dankbar.

Der zweite Punkt ist etwas anders gelagert. Ich schließe im Prinzip bei meinem Vorredner an. Wir befinden uns von unserer Seite in einer äußerst skurrilen Situation. So will ich das bezeichnen. Aktuell arbeiten wir mit dem Pakt für den ÖGD. Frau Merkel hat es als gut empfunden – wir begrüßen das –, uns – alle Gesundheitsämter in Deutschland – mit etwas mehr als 4 Milliarden € auszustatten, um uns zu stärken. Unlängst ist ein Gesetz verabschiedet worden, das jungen Menschen über die Landarztquote und die Quote „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ das Medizinstudium ermöglicht, um den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken.

Ich soll jetzt etwas zur Stärkung des Gesundheitswesens sagen. Der Punkt, den mein Vorredner angesprochen hat, die Änderung des § 3 Abs. 2 HGöGD, bedeutet genau das Gegenteil. Die vorgesehene Bestimmung schwächt die Gesundheitsämter. Nichts von den dort vorgesehenen Regelungen ist als Stärkung zu empfinden.

Der einzige Punkt, den ich nachvollziehen kann: Ja, wir sind wenige. Ich bin mir sicher, dass die Landesärztekammer darauf noch eingehen wird. Die Ausbildung zum Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ist schwierig. Die Ausbildung ist genauso lang und genauso intensiv und genauso zu erwerben wie die Anerkennung als Chirurg, als Internist usw. Ich habe in meiner schriftlichen Stellungnahme – ich möchte das auch mündlich noch einmal deutlich sagen – zum Ausdruck gebracht, dass sicherlich niemand von Ihnen zufrieden wäre, sich von dem zweiten Mann im Haus, der diese Qualifikation nicht hat, operieren lassen zu müssen.

Es hat sich noch nicht in allen Köpfen durchgesetzt, dass Gesundheitsämter medizinische Einrichtungen sind. Ja, wir sind in der Regel Teil der Stadt- oder Kreisverwaltung – mein Gesundheitsamt bildet wegen des Zweckverbandes eine Ausnahme –, aber gleichwohl sind die Gesundheitsämter medizinische Einrichtungen. Deshalb müssen aktuell Menschen, die uns besuchen, genau wie die Menschen, die in eine Arztpraxis gehen, eine FFP2-Maske tragen. In einer medizinischen Einrichtung müssen besondere Regeln beachtet werden. Ich kann verstehen, dass es schwierig ist, Nachfolger zu finden. Wenn die Leute dann 63, 64, 65 oder 66 Jahre alt sind, machen sich die meisten Gesundheitsämter vier, fünf oder sechs Jahre vorher auf den Weg. Wie auch in anderen medizinischen Einrichtungen besteht die Verpflichtung zur Weiterbildung. Es ist nicht so, dass die anderen Gesundheitsämter darauf vertrauen können, dass unser großes Leuchtturm-Gesundheitsamt in Frankfurt die Fachärzte ausbildet, die dann hoffentlich mal in die Peripherie in den Südwesten oder Nordosten gehen. Nein, auch kleinere und mittlere Gesundheitsämter müssen Ärzte zu Fachärzten ausbilden, um dann nicht eines Tages feststellen zu müssen: Wir haben das jahrelang nicht gemacht und finden nun leider niemanden.

Wenn wir die Analogie zu den Hausärzten anlegen würden, würde dies Folgendes bedeuten. Früher gab es den praktischen Arzt. Mittlerweile ist die Niederlassungsvoraussetzung der „Facharzt für Allgemeinmedizin“. Wenn wir keinen Facharzt für Allgemeinmedizin finden, macht das dann die Gemeindeschwester, macht das irgendjemand anderes? Alle Menschen, die nach dem SGB V an der ambulanten Versorgung teilnehmen, haben das Recht, von einem Facharzt behandelt zu werden. Geben wir das in allen Regionen in Hessen auf, in denen es schwer ist, Nachfolger zu finden? In meinem Landkreis befindet sich mit Darmstadt eine mittelgroße Stadt, in der Praxen nicht besetzt werden können – auch dort wird auf den Standards bestanden –, und es gibt Übergangsphasen, aber das ist kein Grund, an der Qualität zu rütteln.

Unsere Forderung ist: Nicht weniger Qualität, sondern sogar mehr Qualität. – Mindestens der Amtsleiter und der Stellvertreter müssen Facharzt sein. Die jungen Leute, die Interesse an Bevölkerungsmedizin haben, diese Studenten, die in vier oder fünf Jahren auf uns zukommen – wir haben uns an den Auswahlverfahren beteiligt und werden dies auch zukünftig tun –, kommen nicht zu uns, um nur als Arzt zu arbeiten, sondern sie haben das Recht auf Weiterbildung. Das müssen wir in den Gesundheitsämtern machen. In Zukunft muss es um die Qualität gehen – im Moment haben wir das für Amtsleiter und Stellvertreter. Aber auch ohne Verpflichtung brauchen wir, um Gesundheitsprävention, um Primärprävention und auch um Infektionsschutz und Bevölkerungsmedizin zu betreiben, mehr als einen Facharzt in diesem Bereich, weil nur er die erforderliche Qualifikation sicherstellt.

Wie nicht zuletzt die Pandemie gezeigt hat – das schreibt der Hessische Städtetag – stehen die administrativen, epidemiologischen und medizinischen Belange gleichrangig nebeneinander. – Das ist völlig richtig. Aber nur der Facharzt kann gewährleisten, dass alle drei Belange berücksichtigt werden. Wir können nicht einen einzelnen Punkt herausgreifen.

Wenn uns die Pandemie eines gezeigt hat – ich setze mich mit jedem von Ihnen gerne mal für längere Zeit an einen Tisch –, dann hat sie gezeigt, dass das, was wir geleistet haben, mit den

Leuten, die die Qualifikation hatten, geleistet haben und nicht dass die Bundeswehr, die mit 50 bis 100 Leuten gekommen ist, uns in der Pandemie gerettet hat.

Was den Gesundheitsämtern untersagt wurde, war nicht darauf zurückzuführen, dass wir nicht die notwendige Qualifikation hatten, sondern darauf, dass 10- bis 20- bis 50-mal so viele Patienten auftraten, als erwartet worden war.

Ich komme zum Ende und möchte die wichtigsten Punkte zusammenfassen.

Gesundheitsämter sind medizinische Einrichtungen genau wie ambulante Versorger und stationäre Versorger. Deshalb brauchen sie mindestens zwei Fachärzte.

Es ist nicht so, wie dies in der Stellungnahme des Städtetages steht, dass die Stellvertreter überwiegend administrative Aufgaben wahrzunehmen hätten. Was Sie zu Wiesbaden gesagt haben, mag dem Mangel geschuldet sein. Ich kann das für die anderen 23 hessischen Gesundheitsämter – ich kenne sie alle, und ich kenne auch alle Stellvertreter – nicht bestätigen. Das stimmt nicht.

Auch ich habe glücklicherweise pro Jahr sechs Wochen Urlaub. In den vergangenen Jahren war ich selten krank. Andere Amtsleiter werden auch mal krank. Wir schulden es jedem einzelnen Bürger und jeder einzelnen Bürgerin, dass an der Spitze eines Gesundheitsamtes die Person sitzt, die alle drei genannten Belange vereinnahmt und nicht nur einen Punkt herausgreift, und dass nicht gesagt wird: Es reicht eine Fachkraft, die die administrativen Dinge gewährleisten kann.

Was die vorgesehene Gründung eines hessischen Landesamtes für Gesundheit angeht, freuen wir uns. Wir erhoffen uns Unterstützung. Für uns wird allerdings eine rote Linie überschritten. Das gilt auch für die Stellvertretung, was eher ein kleiner Punkt ist. Ja, derartige Fachärzte sind schwer zu bekommen. Aber an der Qualifikation für den Amtsleiter zu rütteln, überschreitet eine Linie, was nicht nur uns nicht zuzumuten ist, sondern vor allem auch nicht den Bürgerinnen und Bürgern, die einen Anspruch auf Qualität im Bereich der Bevölkerungsmedizin, im Bereich der Prävention und im Bereich des Infektionsschutzes haben.

Dr. Nikolas Sapoutzis: Ich schließe mich den Ausführungen von Herrn Kollegen Krahn an. Er hat die Notwendigkeit betont. Ich denke, dem gibt es nichts hinzuzufügen. In allen anderen Bereichen ist es selbstverständlich, dass man von einem Facharzt behandelt wird oder dass die Entscheidungen ein Facharzt zumindest mitträgt. Angesichts der Aufgaben der Gesundheitsämter ist es absolut notwendig, dass auch für sie die gleichen Maßstäbe gelten.

Dr. Henrik Reygers: Recht herzlichen Dank dafür, dass ich hier sprechen darf. Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrte Damen und Herren! Im Großen und Ganzen schließe ich mich den Ausführungen meines Kollegen Krahn an.

Ich komme aus einem sehr ländlichen Gebiet, aus dem Vogelsbergkreis: Unterbevölkerung, 71 Einwohner pro Quadratkilometer, 1.400 km² groß. Wir suchen seit Jahren Ärzte aller Couleur, Fachärzte, Ärzte, die weiterbilden wollen. Eigentlich war für uns geplant worden, dass ein Wechsel stattfindet. Ich sollte wieder Stellvertreter werden, und mein Stellvertreter sollte Leiter werden. Er hat die Facharztausbildung für öffentliches Gesundheitswesen. Aber leider ist er aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage, die Leitung wahrzunehmen.

Vonseiten des Gesetzgebers bzw. vonseiten des Ministeriums sollte zumindest eine Kann-Regelung für Ausnahmetatbestände vorgesehen werden, die gerade im ländlichen Raum sehr virulent sind. Dass die Kollegen in Frankfurt oder in Darmstadt aus einem größeren Portfolio schöpfen können als wir im ländlichen Raum, ist mehreren Gründen geschuldet, zum einen der Unkenntnis bei den Studenten, worum es sich bei dem ÖGD handelt, und zum anderen ist dies der TVöD. Ich hätte eine Kinder- und Jugendpsychiaterin bekommen können. Als sie aber sah, was TVöD versus TV Ärzte VKA bedeutet, hat sie uns nur mitleidig angelächelt.

Meinen Vorschlag habe ich nach Rücksprache mit meinem Gesundheitsdezernenten, Herrn Dr. Mischak, geäußert, der die Meinung des Hessischen Städtetages und des Hessischen Landkreistages unterstützt, dass es Regelungen à la longue geben muss, die Ausnahmetatbeständen Rechnung tragen. Der Ausnahmetatbestand darf nicht zu einem Dauertatbestand werden. Die Gesundheitsämter sollen und müssen mit Fachärzten, die erfahren sind, besetzt sein. Es nützt also nichts, wenn Sie Facharzt sind, aber vielleicht nur in der jugendärztlichen Abteilung oder in der Hygieneabteilung gearbeitet haben, die übrigen Bereiche aber nicht kennen.

Soviel zum Thema HGöGD.

Nun noch eine kurze Stellungnahme zu der vorgesehenen Einrichtung eines Landesgesundheitsamtes. Ich möchte einen herzlichen Dank dafür aussprechen, dass ein Landesgesundheitsamt installiert werden soll. Die Thematik Landesgesundheitsamt – ich bin seit mehr als 33 Jahren im ÖGD – wurde schon von dem Kollegen Professor Dr. Rauterberg angesprochen. Das war damals in Dillenburg. Das ist schon ein paar Tage her. Zwei Voraussetzungen müssen, so denke ich, gewährleistet sein, um eine gedeihliche Zusammenarbeit zu erreichen. Unsere Berufsordnung – dazu kann vielleicht der Justitiar der Landesärztekammer, Herr Maier, noch etwas sagen – verbietet es uns Ärzten, Anweisungen von Nichtärzten entgegenzunehmen. Das heißt, derjenige, der uns im Landesgesundheitsamt eventuell eine Anweisung gibt – momentan macht das der RP in Darmstadt –, muss Arzt sein.

Zweitens. Mein Wunsch wäre eher, dass das Landesgesundheitsamt eine Beratungseinrichtung ist, in dem eine kollegiale Zusammenarbeit stattfindet, nicht aber Dienstaufsichtsbehörde, weil dies den Kommunikationsfluss eventuell ganz massiv hemmen kann. „Wenn ich denen erzähle, dass ich etwas nicht weiß, dann wird von oben etwas par ordre du mufti geregelt.“ Bis jetzt lief es

in Hessen so, dass wir interkollegial zwischen den Gesundheitsämtern die Probleme erledigt haben. Es gibt Gesundheitsämter, die in dem einen Thema sehr bewandert sind, während andere in anderen Themen sehr bewandert sind. So hat man dann zusammengearbeitet.

Ich fasse zusammen: Ich schließe mich dem Kollegen Krahn an; mit der Ausnahme, dass eine Regelung für Ausnahmetatbestände für die kleinen Gesundheitsämter oder aber auch für ein Gesundheitsamt wie in Wiesbaden – das ist die zweitgrößte Stadt in Hessen – getroffen wird.

Außerdem: Das Landesgesundheitsamt bitte als Beratungseinrichtung und nicht als Dienstaufsichtseinrichtung – das wäre unproduktiv.

Dr. Katharina Böhm: Zunächst einmal vielen herzlichen Dank für die Einladung. Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Sehr geehrter Herr Minister! Der Schwerpunkt meiner Stellungnahme liegt auf der Gesundheitsförderung. Ich werde den Fokus verändern. Zu der Diskussion, die eben lief, werde ich mich nicht äußern, sondern ich möchte den Fokus gern auf den Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung legen.

Auch wir begrüßen die Einrichtung eines Landesamts. Auch in dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention gibt es sehr viele Aufgaben, die bislang nicht von Landesseite oder aus unserer Perspektive nicht in ausreichendem Maße von der Landesseite übernommen wurden. Insofern freuen wir uns, dass es diese neue Institution geben wird und dass dort auch Gesundheitsförderung und Prävention eine Rolle spielen werden.

Mit Verwunderung habe ich festgestellt, dass in der Skizzierung der Aufgaben Gesundheitsförderung und Prävention nicht explizit genannt werden. In § 1 HGöGD sind Gesundheitsförderung und Prävention als zentrale Kernaufgaben benannt. Dies sollte in der Aufgabenbeschreibung der oberen Landesgesundheitsbehörde, auch wenn diese nicht abschließend ist, seinen Widerhall finden und genannt werden.

Ich führe noch weiter aus, was uns wichtig ist. Die Aufgaben sind bislang nur grob umrissen worden. Es wird auf die Ausgestaltung ankommen. Was wird dieses neue Landesamt wirklich machen? Wir sehen mehrere Handlungsfelder, auf denen das Landesamt tätig werden muss.

Eine der aus meiner Perspektive zentralsten und dringlichsten Aufgaben ist eine Landesgesundheitsberichterstattung, die wir in Hessen bislang nicht haben. Wie sollen wir denn handeln, wenn wir nicht wissen, wie Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung verteilt sind? Hier besteht eine dringende Notwendigkeit. Ich sage Ihnen auch, warum es dies auf Landesebene braucht. Zum einen sind die Gesundheitsämter hier bislang sehr schlecht aufgestellt. Manche Gesundheitsämter machen eine ganz gute GBE, aber sie machen sie für sich. Handlungsdruck auf der kommunalen Ebene entsteht erst, wenn verglichen werden kann, wenn etwa deutlich wird, dass die Fallzahlen bei einer bestimmten Krankheit deutlich über dem Landesdurchschnitt liegen. Dann entsteht Handlungsdruck. Dann muss etwas getan werden. Das ist aber nicht der Fall, solange kein Vergleich zwischen den Kommunen möglich ist. Sicherlich werden mir einige der Anwesenden widersprechen, aber ich sehe das als notwendig an, damit wir in diesem Bereich weiterkommen.

Ich könnte weiter zur GBE ausführen. Darauf können wir aber auch noch näher in der Fragerunde eingehen. Für eine GBE bedarf es der Bereitstellung von Daten, der Auswertung und Bewertung, es braucht einen Landesgesundheitsbericht, es braucht aber auch eine Unterstützung der Gesundheitsämter bei der Erstellung von Gesundheitsberichten auch auf der methodischen Seite, weil viele neue Kolleginnen und Kollegen anfangen. Auch über den Pakt für den ÖGD weise ich immer mehr Kolleginnen und Kollegen auf Gesundheitsämterstellen ein. Denen wäre sehr geholfen, wenn hier das Landesgesundheitsamt unterstützen könnte.

Als weitere Aufgabe sehen wir – hier sind die Dinge in Hessen noch nicht allzu weit gediehen – die Entwicklung einer Landesgesundheitsstrategie. Ein Landesamt kann eine solche Strategie sicherlich nicht entwickeln, aber es kann das Ministerium dabei unterstützen, eine Landesgesundheitsstrategie zu entwickeln. Im HGöGD steht, dass es eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, Gesundheitsstrategien zu entwickeln. Das sollte nicht nur für die kommunale Ebene gelten, sondern auch für die Landesebene.

Das sind die beiden Hauptaspekte. Es gibt allerdings noch einige weitere Aspekte. Sehr viele der Vollzugsaufgaben im Gesundheitsbereich werden vom Ministerium erledigt. Ich erhoffe mir, dass, wenn diese Vollzugsaufgaben vom Ministerium auf das Landesamt übergehen, im Ministerium Ressourcen frei werden, um sich um größere Themen zu kümmern und strategisch vorzugehen, statt die Ressourcen auf Vollzugsaufgaben zu bündeln.

Zum Schluss noch eine Anmerkung, da ich jetzt die Möglichkeit dazu habe. Sie bezieht sich auf das HGöGD und die Ziele des HGöGD. Sie haben es vor Kurzem reformiert, und eine große Reform steht noch an. Wir als Landesvereinigung für Gesundheitsförderung würden es begrüßen, wenn in den Zielen nicht nur die Förderung der Gesundheit stünde, sondern auch die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit. Das ist Grundlage unseres Handelns und steht in der Ottawa-Charta. Danach richten auch wir unser Handeln aus. Das sollte eine gesetzliche Normierung erfahren.

Christina Grün: Ich leite bei der Hessischen Krankenhausgesellschaft den Geschäftsbereich Pflege und Medizin. Wir freuen uns, dass wir zu dem Gesetzentwurf Stellung nehmen können.

Grundsätzlich begrüßen wir die Einrichtung eines hessischen Landesamtes für Gesundheit. Wir sind der Auffassung, dass es gerade in Krisensituationen wichtig und gut ist, dass Aufgaben und Kompetenzen gebündelt werden. Das hat sich in den letzten Jahren durch die Einsetzung des Planungsstabes gezeigt, mit dem wir, wie ich meine, der Pandemie ganz gut begegnet sind.

Unser Fokus liegt nicht allzu sehr auf dem öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern wir sind eher im Zusammenhang mit der Bündelung der Behörden betroffen. Das gilt insbesondere für das Regierungspräsidium Darmstadt und das Regierungspräsidium Gießen, die für die Genehmigung der Krankenhausbudgets zuständig sind. Wir schätzen die dort vorhandene hohe Fachkompetenz, glauben aber auch, dass es wichtig ist, dort eine Stärkung, auch eine personelle Stärkung

vorzunehmen. Wir erhoffen uns durch diese Bündelung, dass dem Fachkräftemangel dort begegnet werden kann.

Uns ist es wichtig, darauf hinzuweisen, dass während der Umorganisation und der Aufbauphase die Genehmigung der Krankenhauspflegesätze und -budgets nicht weiter ins Hintertreffen geraten. Die Kliniken stehen mit dem Rücken an der Wand. Es ist wichtig, dass das möglichst reibungslos geschieht und nicht weitere finanzielle Risiken für die Kliniken durch verlängerte Genehmigungszeiten entstehen.

Alles Weitere haben wir in unserer Stellungnahme dargelegt. Darauf möchte ich verweisen.

Sonja Driebold: Sehr geehrte Damen und Herren! Ich würde zunächst gern kurz auf die Diskussion von gerade eben eingehen. Wir begrüßen eindeutig das interdisziplinäre Arbeiten auch in der Leitung der Gesundheitsämter. Es gibt mittlerweile viele Studiengänge – seien es Public Health oder auch Gesundheitswissenschaften –, die gute Vertreterinnen und Vertreter für eine Leitungsposition im Gesundheitsamt anbieten können.

Nun zu den Punkten, die wir in unserer Stellungnahme aufgeführt haben. Hier konzentriere ich mich auf einige wesentliche. Zum einen begrüßen wir selbstverständlich die vorgesehene Errichtung eines Landesamtes. Das entspricht auch einer Forderung vonseiten der Liga. In den letzten Jahren, in Zeiten der Pandemie, haben wir gesehen, dass ein einheitliches Vorgehen aufseiten der Gesundheitsämter dringend notwendig ist, um wirklich schnell und effektiv auf akute Krisen eingehen zu können. Deswegen ist es uns wichtig, dass einheitliche Standards umgesetzt werden.

Zum anderen empfehlen wir bei der Umsetzung eine Evaluation der Informationsweitergabe. In der Vergangenheit haben wir immer wieder gemerkt, dass es Wissensvorsprünge, aber auch Wissenslücken bei wichtigen Partnern gibt. Im Zusammenhang mit der Errichtung eines Landesamtes macht es sicherlich Sinn, zu prüfen, welche Kanäle genutzt werden.

Wir begrüßen auch die geplante Erfassung von Gesundheitsdaten. Die systematische Erhebung von bevölkerungsbezogenen Gesundheitsdaten ist Dreh- und Angelpunkt für eine zukunftsorientierte Versorgung im Bereich von Pflege und Gesundheit. So können in Zukunft – hoffentlich – Über-, Unter- und Fehlversorgungen aufgedeckt werden. Wir empfehlen deswegen die Entwicklung von erfolversprechenden Präventions- und Versorgungskonzepten auch auf der Basis dieser erhobenen Daten.

Ein weiterer Punkt ist für uns als Vertreter der Leistungserbringer in der Pflege und auch im Gesundheitsbereich von Krankenhäusern eine genaue Ausgestaltung der Aufgaben des Landesamtes. Leider haben wir bisher fast keine Informationen zu der genauen Ausgestaltung, obwohl sie sicherlich viele Konsequenzen für unsere Arbeit haben wird. Wir wollen uns als Liga als starker Partner an Ihre Seite und an die Seite derjenigen stellen, die die Einrichtung des Landesamtes umsetzen werden. Wir hoffen darauf, dass wir möglichst frühzeitig als Beratung im Zusammenhang mit dem Aufbau wahrgenommen werden.

Manuel Maier: Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Herr Minister! Ich bin juristischer Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen. Das Thema öffentlicher Gesundheitsdienst ist seit über 20 Jahren Teil meiner täglichen Arbeit. Immer wieder – angefangen bei EHEC über Vogelgrippe bis hin zur Schweinepest usw. – liegt der Fokus auf dem ÖGD. Nur ein starker ÖGD schafft tatsächlich Sicherheit nicht nur für die Patienten, sondern für die Bevölkerung insgesamt.

Wir begrüßen daher ausdrücklich die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes. Das ist eine große Forderung auch unsererseits gewesen. Ein Landesgesundheitsamt hätte uns wahrscheinlich auch in der Pandemie schon helfen können. In dieser Pandemie ist eines klar geworden: Mit dem ÖGD – deswegen gibt es den Pakt für öffentliche Gesundheit – steht es nicht zum Besten. Er ist ausgedünnt. Die Belastung ist stark. Er ist jetzt, nach drei Jahren Pandemie, durch, so könnte man sagen.

Schon vor einem Jahr saßen wir hier bereits einmal. Damals haben wir das Gesetz zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung und des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen – abgekürzt: GHVÖG – behandelt. Damals ging es um die zweitbeste Lösung, die Sie gewählt haben, um den öffentlichen Gesundheitsdienst in der Zukunft zu stärken. Sie haben damals beschlossen, dass für Medizinstudienplätze eine Quote vorgesehen wird, damit für den ÖGD Nachwuchskräfte generiert werden können.

Die beste Lösung wäre es sicherlich gewesen, weitere Medizinstudienplätze an sich zu schaffen. Sie haben die zweitbeste Lösung gewählt.

Jetzt versuchen Sie, beide Enden mal zusammenzuknoten. Sie wollen, dass Sie in zehn bis 15 Jahren, wenn das GHVÖG wirkt, entsprechend Leute bekommen. Das ist Ihre große Hoffnung. Diese Leute brauchen wir auch. Das haben wir von beiden Seiten gehört. Ich habe für beide Seiten großes Verständnis, sehe aber auch, dass diejenigen, die sich mit Personalfragen beschäftigen müssen, dieses Personal in Zeiten von Fachkräftemangel nicht bekommen.

Woher soll das Personal kommen, wenn nicht weitergebildet wird? Die Weiterbildung ist unsere Aufgabe. Sie wissen, dass sich die Landesärztekammer Hessen damit beschäftigt, die Weiterbildung zum Facharzt mit einer Prüfung abzuschließen. Dazu bedarf es aber sogenannter Lehrer, nämlich zur Weiterbildung Befugter. Das müssen zwingend Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen sein. Wenn Sie nun aus kurzfristigen Erwägungen die Qualität auf dieser Seite absenken, dann werden Sie sie auf der anderen Seite auch nicht wieder hoch bekommen. Das heißt, wenn Sie heute die Qualität senken, werden Sie den Mangel verstärken. Sie werden ihm kurzfristig entgegenwirken. Für ein Jahr oder zwei Jahre wird es Wirkung erzielen. Dann werden Sie aber die Früchte dessen ernten, und Sie werden doppelt gegensteuern müssen. Davor kann ich Sie nur warnen, und zwar dringend warnen: Begehen Sie diesen Fehler nicht, sondern setzen Sie weiterhin auf einen starken ÖGD, indem Sie das bekräftigen und die Qualität nicht absenken; schon gar nicht in der Leitung, aber bitte auch nicht in der Stellvertretung. Wir brauchen mehr Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen, nicht weniger.

Sie haben das vor einem Jahr bekräftigt. Tun Sie das bitte auch mit diesem Gesetzentwurf, und streichen Sie nicht in § 3 Abs. 2 HGöGD die Worte, die Sie mit dem Gesetzentwurf streichen wollen. Diese zu streichen wäre unseres Erachtens ein Fehler.

Prof. René Gottschalk: Herr Vorsitzender! Werte Abgeordnete! Lieber Herr Minister Klose! Vielen Dank, dass ich hier sprechen darf. Ich bin Rentner. Im Prinzip habe ich das alles aus einer ganz anderen Warte verfolgt.

Zwei Punkte, die wichtig sind, sind zu erwähnen. Dabei geht es zum einen um die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes, was ich außerordentlich unterstütze. Ich bin Ihnen, lieber Herr Klose, dafür dankbar, dass Sie das nach vorn gebracht haben. Angesichts all der Aufgaben, die dort anfallen, würde auch ich empfehlen, dass die Leitung dieses Landesgesundheitsamtes eine ärztliche Leitung ist. Praktisch alle Aufgaben fallen in den Bereich der Medizin, sodass ich mir gut vorstellen kann, dass es eine Ärztin oder ein Arzt sein sollte, die oder der Erfahrung im Impfen, in Pflege, im Umgang mit der Bevölkerung hat. Ich würde davon abraten, dort eine Verwaltungskraft hinzusetzen.

Dies führt mich zu dem nächsten Thema. Heute sind so viele Themen angesprochen worden, dass fünf Minuten nicht ausreichen, um darauf einzugehen. Sie haben gesagt, es gebe viele Ausbildungsberufe, bei denen die Qualifikation für die Führung eines Gesundheitsamtes ausreiche. Mir sind solche Berufe nicht bekannt. Das muss ich ganz ehrlich sagen. Die Ausbildung zum Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen dauert mindestens fünf Jahre. Das ist die schwerste Facharztausbildung, die es überhaupt gibt. Das wissen viele nicht. Ich selbst war übrigens Betroffener. Im April 2009 wurde meine damalige Amtsleiterin krank. Ich war Stellvertreter und habe das Gesundheitsamt Frankfurt am Main zwei Jahre lang kommissarisch geführt. Wie hätte das, wenn es sich bei der Stellvertretung um eine Verwaltungskraft gehandelt hätte – ich meine das keineswegs diskreditierend; im April 2009 begann die Influenza-Pandemie 2009 – funktionieren sollen?

Sie führen hier eine völlig falsche Diskussion. Die Stellvertretung der Leitung eines Gesundheitsamtes muss die Facharztausbildung nachweisen können; insbesondere auch, wie Sie sagten, Herr Maier, wegen der Weiterbildungsberechtigung. Wir dürfen nicht ohne Weiteres weiterbilden.

Damit komme ich zu meinem letzten Punkt. Das Problem, dass wir kaum noch junge Kolleginnen und Kollegen finden, die in einem Gesundheitsamt arbeiten wollen, hat nichts damit zu tun, dass sie das nicht gut fänden, sondern das hat damit zu tun, dass die Bezahlung, verglichen mit der Bezahlung der Krankenhausärzte, viel schlechter ist. Das hat damit zu tun, dass die Ausbildung und die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen sehr, sehr schwer ist. Hier müssen wir ansetzen.

Es kann doch nicht argumentiert werden: „Wir bekommen kein Personal, also schrauben wir die Anforderungen herunter.“ Das ist doch völlig absurd. Nein, wir müssen natürlich dafür Sorge tragen, dass ein Feuerwehrmann in der Lage ist, einen Schlauch zu halten. Wir können dort doch

nicht irgendeine Hilfskraft hinstellen. Ein Gesundheitsamt ist – der Kollege Krahn hat das schön ausgeführt – eine medizinische Einrichtung. Ich möchte nicht von einem Augenarzt an der Blase operiert werden. Wir müssen also dafür Sorge tragen, dass die Weiterbildungsmöglichkeiten in den Gesundheitsämtern wesentlich verbessert werden. Wir haben in Frankfurt zum Beispiel ein Curriculum aufgelegt, das uns die Möglichkeit gibt, junge Kolleginnen und Kollegen direkt im Gesundheitsamt bis zum Facharzt die Ausbildung machen zu lassen. Das muss unterstützt werden. Dann wären wir auch wesentlich schneller als bei dem, was Sie vorgeschlagen haben. Wenn dann am Ende auch noch die Bezahlung stimmt, wird, so glaube ich, der öffentliche Gesundheitsdienst wieder den Stellenwert erhalten, den er braucht.

Vorsitzender: Damit sind wir, was die Anzuhörenden anbelangt, soweit durch. Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre mündlichen Stellungnahmen.

Wir kommen zur ersten Fragerunde.

Abg. **Christiane Böhm:** Das waren viele Anzuhörende, und ich habe eine Reihe von Fragen, die ich Sie zu beantworten bitte. Erst einmal aber herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen, schriftlich wie mündlich.

Ich möchte mit Fragen an den Hessischen Städtetag, an Herrn Sauder und an Herrn Dr. Franz, beginnen. Wir hatten hier sozusagen schon eine kleine Diskussion implizit zur Frage der Weiterbildung und der Stellvertretungen. Befürchten Sie nicht – auf diesen Punkt möchte ich das konzentrieren –, dass, wenn die Stellvertretung und vielleicht auch die Leitung nicht an Ärztinnen oder Ärzte vergeben wird, der Beruf bzw. der Stand der Ärztin bzw. des Arztes im öffentlichen Gesundheitsdienst weitgehend ausstirbt oder weiter an Bedeutung verliert?

Sie hatten schon den Vergleich mit dem Rechtsamt gebracht und darauf hingewiesen, dass nicht vorgeschrieben sei, dass das Rechtsamt durch eine Juristin oder einen Juristen geleitet wird. Sie würden dort aber nie eine andere Profession hinsetzen. Davon gehe ich aus. Natürlich besteht ein Unterschied, ob es sich um eine ärztliche Tätigkeit oder eine juristische Tätigkeit handelt. Sie kämen aber nicht auf die Idee, ein Rechtsamt durch eine Verwaltungsperson oder eine Angehörige bzw. einen Angehörigen eines anderen Berufs leiten zu lassen. Das ist meine Frage an Sie.

Herr Dr. Krahn, Sie haben deutlich gemacht – dafür bin ich Ihnen sehr dankbar –, dass das Gesundheitsamt eine medizinische Einrichtung ist. Was würde denn passieren, wenn es in der Leitung eines Gesundheitsamtes irgendwann zeitweise gar kein ärztliches Personal gibt, weil die Stellvertreterin keine Ärztin ist und die Leitung vielleicht gerade vakant ist? Welche Konsequenzen hätte dies?

Ich möchte dies auf folgende Frage zuspitzen: Wir befinden uns immer noch mitten in einer Pandemie. Wir können davon ausgehen, dass das nicht die letzte Pandemie ist, die uns in unserem

Leben begleiten wird. Was heißt das für solche nicht mehr nur außerordentlichen, sondern vielleicht auch häufig eintretenden Situationen?

Ich habe nun noch eine Frage an den Landesverband der Ärzte und Zahnärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst. Die Auseinandersetzung geht recht stark in die Richtung der Stellvertreterposition. Gibt es nicht auch noch andere Punkte in dem Gesetzentwurf, zu denen Sie sagen, dass Dinge noch besser gestaltet werden könnten? Gibt es nicht etwa auch zur Frage des Personals Befürchtungen, dass das Personal für das Landesgesundheitsamt aus den Gesundheitsämtern, wie dies einmal despektierlich genannt wurde, zusammengeklaut würde? Gibt es noch andere Punkte, die Sie uns für die weitere Gesetzesberatung noch gern mitgeben möchten?

Des Weiteren habe ich eine Frage an Herrn Dr. Reygers. Ich komme wieder zur Frage der Stellvertretung zurück. Sie sagen zwar, dass Sie es als notwendig ansehen, dass Ausnahmetatbestände geregelt werden. Das heißt, Ihre Stellungnahme sehe ich im Widerspruch zu der Position des Städtetages. Ich möchte nur wissen, ob ich Sie richtig verstanden habe, dass Sie sagen: Prinzipiell müssen es Angehörige eines ärztlichen Berufs sein. Aber vorübergehend, in Notsituationen, könnten das auch andere Professionen sein. – Vielleicht können Sie mir das noch einmal erklären.

Nun noch eine Frage an Frau Dr. Böhm. Die HAGE macht ja bereits viel und eine sehr gute Arbeit im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung. Aber Sie sagen, dass es hier noch einiges an Leerstellen gebe. Wo sehen Sie die Unterschiede, bei denen Sie sagen: „Hier hört die Aufgabe der HAGE auf. Dies wäre eine Sache, die unbedingt das Landesgesundheitsamt erledigen muss.“? Die Gesundheitsberichterstattung ist eine administrative Sache, weil es auch darum geht, Vorgaben zu machen. Vielleicht können Sie uns erklären, was im Zusammenhang mit der Chancengleichheit und der Frage der Prävention Aufgabe des Landesgesundheitsamtes wäre.

An die Landesärztekammer, an Herrn Maier, habe ich die Frage: Habe ich Sie richtig verstanden – das sage ich korrespondierend zu meiner ersten Frage an den Städtetag –, dass Sie das Problem sehen, dass die Zukunft der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst sehr düster aussieht, wenn wir die vorgesehene oder eine weitere Regelung treffen würden? Welche Konsequenzen sehen Sie, dass dieser Beruf dann weniger Möglichkeiten hat und auch deutlich weniger Weiterbildungsmöglichkeiten bietet? Vielleicht können Sie erläutern, was das konkret heißt. Ich weiß nicht, ob jedem klar ist, was für die Weiterbildung in personeller Hinsicht notwendig ist und wer das alles ausgestalten muss.

Herr Gottschalk, was brauchen denn die Gesundheitsämter, um die ÖGD-Ärztinnen und -Ärzte entsprechend auszubilden? Sie haben das Curriculum erwähnt. Aber welche Unterstützung hätten Sie denn gerne von dem hessischen Landesamt für Gesundheit? Welche Erwartungen haben Sie, dass es diese Unterstützung auch tatsächlich gibt.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch ich bedanke mich recht herzlich für Ihre schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen. Ich bin Herrn Prof. Gottschalk sehr dankbar dafür, dass er deutlich gemacht hat, dass „Facharzt/Fachärztin für den ÖGD“ die schwerste Facharztausbildung ist, die am breitesten gefächerte und die vielfältigste. Eigentlich sollte das ein Zeichen dafür sein, dass ÖGD ein attraktives Berufsbild und Berufsfeld sein könnte. Dies vorab.

Ich habe Ihnen sehr genau zugehört und auch die Stellungnahmen intensiv durchgearbeitet. Beim Städtetag möchte auch ich beginnen. Sie haben Ihre Position zur stellvertretenden Leitung noch einmal begründet. Eine Ihrer Begründungen zielt auf Fälle, in denen eine zeitnahe Besetzung nicht möglich ist. Aber gibt es nicht andere Instrumente, als eine stellvertretende Leitung mit ärztlicher Qualifikation zu fordern, um tatsächlich Ärzte für den ÖGD zu finden? Ich weiß nicht mehr, wer es von Ihnen gesagt hatte. Aber auf jeden Fall kam von den Ärzten selbst, dass wir mehr Studienplätze brauchen. Wäre das nicht ein wirklich gutes Instrument? Wäre nicht eine bessere Entlohnung ein gutes Instrument? Wäre es nicht besser, die Attraktivität des Berufes in den Fokus zu rücken? Stellvertretung ohne ärztliche Qualifikation bedeutet: keine ärztliche Begutachtung mehr durch den Stellvertreter. Das bedeutet, dass Sie die Leitung mehr belasten. Haben Sie das in Ihrer Stellungnahme und in Ihren Überlegungen berücksichtigt?

Das zeigen die Stellungnahmen der hier Anwesenden, aber auch die schriftlichen Stellungnahmen von Frau Merle und von Frau Dr. Schneider.

Ich komme nun zu dem Kollegen Dr. Reygers und auch zu Herrn Maier, die über die Weiterbildung gesprochen haben. Herr Dr. Reygers sagte, der ÖGD sei den Studierenden kaum bekannt. Deswegen meine Frage an Sie, die Sie in den Gesundheitsämtern tätig sind: Liegt die Weiterbildungsbefugnis vor? Was braucht es, damit die Weiterbildung gestattet wird? Ich glaube, tatsächlich ist das nicht allen bekannt. Und vor allem: Wie lange dauert es, bis man eine ÖGD-Famulatur bekommt? Wie sind denn die Stand- und Wartezeiten derzeit?

Ich bin Herrn Maier und der Landesärztekammer sehr dankbar. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme geschrieben: „Kein Stellvertreter, kein Weiterbilder, kein weiterzubildender Arzt!“ Deswegen die Frage: Was ist die Konsequenz? Wir wollen, dass der ÖGD gestärkt und nicht geschwächt wird. Deswegen die Frage: Was braucht es, um den ÖGD zu stärken?

Ich möchte mich noch einmal an Herrn Dr. Reygers wenden. Sie sagten: Es soll eine Beratungseinrichtung sein. Der Hessische Städtetag hat in seiner Stellungnahme geschrieben, es sollen Einzelentscheidungen bei den unteren Gesundheitsbehörden bleiben. Dort sei das in den richtigen Händen. – Geht Ihre Stellungnahme in die gleiche Richtung wie die Stellungnahme des Hessischen Städtetages?

Frau Driebold und Frau Dr. Böhm haben gesagt, es sei wichtig, dass viele, die Expertise haben, bei dem Aufbau bzw. dem Umbau der Behörden beteiligt werden. Das konnte man auch in der Stellungnahme des Landkreistages lesen. Der Landkreistag ist zwar heute hier nicht vertreten, aber der Städtetag ist vertreten. Deshalb an Sie die Frage: Wollen Sie dort eingebunden werden und, wenn ja, wie? – In diesem Zusammenhang möchte ich Sie außerdem um eine Einschätzung bitten, ob ein Landesgesundheitsamt – diese Nachricht erreicht uns aus dem praktischen Tun

immer wieder – 450 Beschäftigte haben muss oder ob es nicht auch kleiner und effektiver geht. Was braucht es tatsächlich, damit man Steuern kann und dem ÖGD vor Ort wirklich geholfen werden kann?

Abg. **Yanki Pürsün**: Vielen Dank für die sehr wertvollen Stellungnahmen. Ich habe zwei Fragen; zum einen an Herrn Dr. Sapoutzis und zum anderen an Herrn Dr. Reygers. Ich weiß aus eigener Erfahrung aus Frankfurt, wie wichtig es ist, dass die Gesundheitsämter eigene Meinungen haben und diese auch eigenständig – auch gegenüber der politischen Leitung – kundtun.

Ich habe eine Verständnisfrage. Herr Reygers, Sie haben das deutlich gesagt, aber bei Herrn Dr. Sapoutzis war ich mir nicht so ganz sicher, ob ich das richtig verstanden habe, dass der Vertreter des Hochtaunuskreises gesagt hat: Wir sehen es kritisch, dass die Stellvertretung zukünftig freier ausgewählt werden kann, als dies bislang geregelt ist. Deshalb die Frage, ob sich diese beiden Landkreise nicht damit auseinandergesetzt oder nicht dazu geäußert haben oder ob sie sagen: „Bitte freigeben.“, während die Gesundheitsämter quasi sagen: „Nein, bitte den Status quo beibehalten.“ Dies nur als Verständnisfrage, nicht aber als Frage in dem Sinne, ob dies abgestimmt oder in Ordnung ist, wie auch immer.

Die, vom Ausschussvorsitzenden aus gesehen, auf der linken Seite sitzenden Anzuhörenden haben beschrieben, sie hätten vom Ministerium künftig gerne mehr Wahrnehmung von Präventions- und Kernaufgaben, und deshalb sei es gut, dass das Landesgesundheitsamt eingerichtet werde, und sie hätten gern mehr Einheitlichkeit aufseiten der hessischen Gesundheitsämter. Wenn es ein Landesamt gebe, könnten gewisse Aufgaben schneller durchgeführt werden als bisher über das Ministerium.

Auf der, vom Vorsitzenden aus gesehen, rechten Seite gab es im Prinzip nur den Hinweis: Wir freuen uns, wenn das Landesamt die Gesundheitsämter beraten kann.

Könnte in erster Linie die, vom Vorsitzenden aus gesehen, rechte Seite ein bisschen mehr ins Detail gehen bzw. spezifizieren, was Sie sich von dem Landesamt erwarten würden? Ist das eher nur die Beratung und Unterstützung vielleicht in personeller und auch ideeller Hinsicht bei Statistiken, EDV und Geld, oder geht es, wie dies ein wenig von der anderen Seite anklang, darum: „Wenn wir es nicht hinbekommen, wollen wir gern gezwungen werden. Wenn drei Gesundheitsämter es sehr gut machen, sollen die anderen 21 dem folgen. Wenn die Spitze des Ministeriums der Meinung ist, das ist so besser oder opportun, dann sollen alle dem folgen.“? Soll es in Zukunft vielleicht eher in die Richtung gehen: „Das war jetzt erst der Anfang, und künftig sind die Gesundheitsämter eher Außenstellen dieses Landesamtes.“? Können Sie etwas näher Ihre Position darlegen, was Sie sich von dem Landesamt auch für sich erwarten und was Sie ablehnen würden?

Abg. **Kathrin Anders:** Vielen Dank für Ihre mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen. Auch ich habe noch ein paar Nachfragen. Zum einen frage ich Herrn Dr. Krahn sowie Frau Grün: Es geht ja um ein Landesamt für Gesundheit und Pflege. Wie schätzen Sie vor allem den Teil der Pflege ein? Was erhoffen oder erwarten Sie sich dort an Verbesserungen? Wir haben ja nicht nur einen Ärztemangel in Deutschland, sondern die Pflege steht ja mindestens genauso mit dem Rücken zur Wand. Auch dort müssen sicherlich neue und innovative Wege gegangen werden.

Die Landesärztekammer frage ich: Wer bildet denn zurzeit im ÖGD aus, wenn Stellen nicht besetzt sind? Wie will man Weiterbildung sicherstellen, wenn eine stellvertretende Leitung nicht besetzt ist? Ist es nicht gerade im Hinblick darauf, wie wir die Pflege stärken können, sinnvoll, auch in diesen Bereichen interdisziplinär zu denken? Meine Hausarztpraxis wird beispielsweise von einer Internistin und einem Facharzt für Allgemeinmedizin geleitet. Vielleicht kommen wir auch irgendwann dahin, dass geburtshilfliche Einrichtungen von Gynäkologinnen und Gynäkologen sowie Hebammen geleitet werden. Würde es nicht Sinn machen, die Pflege hier stärker mit einzubinden? Wir reden ja immer wieder davon, die Pflege stärker einzubeziehen.

An die Leitungen der Gesundheitsämter habe ich noch die Frage, welche Entlastungen bzw. Unterstützungen Sie denn generell mit dem Landesgesundheitsamt verbinden bzw. sich erhoffen.

An den Städtetag habe ich die Frage – vielleicht kann sie aber auch jemand anderes beantworten –, wie viele Leitungsstellen und Stellen für die stellvertretende Leitung denn in Hessen zurzeit vakant sind. Wie kann man dem Problem anderweitig begegnen, wenn das entsprechende Personal nicht vorhanden ist?

An Frau Dr. Böhm habe ich die Frage: Die Datenerfassung ist ja explizit in dem Gesetzentwurf verankert. Vielleicht könnten Sie noch näher erläutern, welche Bedeutung diese Datenerfassung für eine Gesundheitsberichterstattung hat und – Sie haben es im Fall der Kommunen genannt – welche landesweiten Themen damit in Verbindung stehen und relevant sind.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Auch von mir herzlichen Dank für Ihre Ausführungen und grundsätzlich herzlichen Dank an den ÖGD für die Leistungen, die Sie bei der Bewältigung der Pandemie für die Bevölkerung erbracht haben.

Zunächst einmal frage ich die kommunale Familie zur Besetzung der stellvertretenden Leitung: Man könnte ja bei der einen oder anderen Stellungnahme den Eindruck gewinnen, dass der Gesetzgeber die Qualität der Gesundheitsämter schwächen will. Das Problem ist ja schlichtweg, dass ein Mangel an entsprechenden Fachärzten besteht. Herr Sauder, können Sie dazu noch einmal ausführen? Können Sie uns vielleicht ein paar Zahlen nennen, wie viele Stellen nicht besetzt werden konnten, weil schlichtweg keine Bewerbungen vorlagen – nicht nur keine geeigneten Bewerbungen, sondern gar keine Bewerbungen? Könnten Sie uns hier die Sachlage darlegen?

Und eine zweite Frage an die kommunale Familie: Sie haben dankenswerterweise gesagt, dass Sie aus der Sicht Ihrer Mitglieder das Landesgesundheitsamt insgesamt begrüßen. Welche Er-

wartungen haben Sie denn an das Landesgesundheitsamt? Wo soll es den Kreisgesundheitsämtern helfen? Wir sehen das ja insgesamt als eine Servicestelle, eine Hilfestellung, eine Unterstützung an. Wenn Sie uns dazu noch ein paar Worte sagen könnten, könnte dies beim Ministerium ja durchaus zu Konsequenzen führen, was die Stellenbesetzung, die geforderte Qualifikation für die einzelnen Stellen anbelangt. Können Sie uns hier noch das eine oder andere mit auf den Weg geben?

An die Leitungen der Gesundheitsämter, Herr Krahn, Herr Sapoutzis und Herr Reygers: Könnten Sie aus Ihrer Sicht noch darauf eingehen, was die Erwartung an ein Landesgesundheitsamt ist? Sind das fachliche Fragen? Sind das rechtliche Fragen? Ist das einfach die Kommunikation mit anderen Gesundheitsämtern? Wo sollten die Schwerpunkte sein? Wo soll die große Linie sein, sodass es eine Zusammenarbeit und eine Verbesserung gibt?

Dieselbe Frage geht natürlich auch an Herrn Krahn in seiner Funktion als Landesvorsitzender des Berufsverbandes der ÖGD-Ärzte. Und ich schließe auch noch eine Frage an: Es geht ja darum, wie man den Beruf „Facharzt ÖGD“ für die jungen Leute attraktiver machen kann. Man kann ja niemanden zwingen, diese Weiterbildung zu machen. Können Sie uns hier vielleicht noch das eine oder andere mit auf den Weg geben? Ein Punkt ist z. B. die Stiftungsprofessur am Universitätsklinikum Frankfurt – Stichwörter: „wissenschaftliches Arbeiten“ und „Image des Arztes“. Jeder junge Arzt möchte ja gerne ein großer Wissenschaftler werden. Nachher verflüchtigt sich das so ein bisschen; hier spreche ich aus eigener Erfahrung. Vielleicht können Sie uns hier noch ein paar ermunternde oder anregende Worte geben.

Frau Dr. Böhm, könnten Sie die Erfassung der Daten vielleicht noch etwas spezifischer darstellen? Wir haben ja vielfältige Datensammlungen etwa durch das Krebsregister oder auch durch die periodisch erscheinenden Berichterstattungen der gesetzlichen Krankenkassen. Wir wollen ja keine Doppelstrukturen schaffen. Sicherlich haben Sie diesen Punkt mit einem gewissen Hintergrund und einer gewissen Überlegung vorgetragen. Können Sie vielleicht noch näher ausführen, in welcher Weise ein Landesgesundheitsamt Daten sammeln könnte, damit dies dann für die Politik und für alle Beteiligten entsprechende positive Auswirkungen hat?

Vorsitzender: Weitere Wortmeldungen liegen mir aktuell nicht vor. Es sind mit Ausnahme der Liga alle Institutionen angesprochen worden. Deshalb gehen wir jetzt in der Reihenfolge vor, in der wir vorhin auch die Anhörung durchgeführt haben.

Dr. Oliver Franz: Frau Böhm, wir diskutieren heute in der Tat besonders intensiv über einen einzigen Punkt. Sie haben natürlich recht, dass auch andere Punkte sehr diskussionswürdig wären. Woran liegt das? Hier sitzen – abgesehen von einigen wenigen Ausnahmen – ausschließlich Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteschaft.

Wir nehmen für uns in Anspruch, den Hessischen Städtetag zu vertreten. Dies ist ja auch unser Mandat. Und ich kenne auch keine andere Meinung aus dem Landkreistag, auch wenn ich vom

Landkreistag kein Mandat habe, hier aufzutreten. Der Städte- und Gemeindebund ist nicht betroffen, weil seine Mitglieder nicht Träger von Gesundheitsämtern sind. Deshalb sind wir – das ist unser Selbstverständnis – der Meinung, dass wir die kommunalen Interessen vertreten und damit aus unserer Sicht in besonderer Weise die Gemeinwohlinteressen artikulieren.

Ich halte es für vollkommen in Ordnung, dass die Ärztinnen und Ärzte sowie die Ärzteverbände das Thema aus der Perspektive von Ärzten wahrnehmen. Dies will ich gar nicht diskreditieren, und ich halte es auch für legitim. Wir haben aber eine andere Wahrnehmung. Deshalb nimmt dieses Thema in meinen Ausführungen so einen breiten Raum ein.

Ich will kurz mit Ihnen darüber sprechen, was denn die Funktion eines stellvertretenden Amtsleiters ist. Darauf kommt es doch an. Über was diskutiert man denn mit seiner Amtsleitung? Der geringste Teil betrifft doch im engeren Sinne ärztliche Leistungen. Bei uns ist die Amtsleitung für das Budget des Amtes zuständig. Es gibt ein Amtsbudget. Dieses muss verwaltet werden. Dafür gibt es einen zentralen Dienst. Dieser unterstützt die Amtsleitung, die das Budget verwalten muss. Sie muss die Personaleinstellungen machen, sie hat die dezentrale Ressourcenverantwortung, sie muss personalarbeitsrechtliche Maßnahmen ergreifen. Sie muss organisatorische Maßnahmen ergreifen. Dies alles macht eine Leitungsfunktion aus – in jedem Amt, egal, worum es inhaltlich geht. Dies bricht sich dann nach unten herunter.

Ein Vergleichsbeispiel: Ich bin selbst langjährig Aufsichtsratsvorsitzender eines Krankenhauses gewesen. Das macht nicht nur Freude. Da gibt es immer einen kaufmännischen Direktor, einen ärztlichen Direktor und einen Aufsichtsratsvorsitzenden. Das Sagen in dem Krankenhaus, außerhalb der engeren medizinischen Fragen, hat der kaufmännische Direktor. Niemals – ich würde das jedenfalls nicht tun – würde der kaufmännische Direktor ärztliche Fragen beeinflussen. Der Arzt wird natürlich von einem Arzt vertreten. Dies ändert aber doch nichts daran, dass das Krankenhaus nicht von einem Arzt organisiert wird, sondern von einem Kaufmann. Dafür gibt es ja auch plausible Gründe. Warum soll ein Gesundheitsamt nicht ähnlich organisiert werden – interdisziplinär? Warum sagt man, das dürfen ausschließlich Ärzte organisieren? Dies leuchtet der kommunalen Familie nicht ein.

Da lohnt sich im Übrigen ein Blick über den Tellerrand. In der Gesundheitspolitik bin ich auch auf Bundesebene unterwegs. Ich habe z. B. mit dem Leiter des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes telefoniert und habe ihn ganz dreist gefragt, welche Fachrichtung er hat und ob er ÖGD-Arzt ist. Er sagte mir: Nein, das bin ich nicht. Ich bin Facharzt für Innere Medizin. – Da frage ich mich: Warum gibt es eigentlich in Hessen so eine gigantische Diskussion über diese Frage, wenn es in Niedersachsen noch problemlos möglich ist, dass ein Nicht-Facharzt für den ÖGD Präsident des Landesgesundheitsamtes wird? Es gibt schon jetzt Bundesländer, in denen der Leiter des Gesundheitsamtes überhaupt kein Arzt ist. Das gibt es schon jetzt.

Weil es mich persönlich etwas geärgert hat, möchte ich an dieser Stelle etwas betonen. Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich das hier herauslassen muss. Um es vorsichtig zu formulieren: Ich habe es ein Stück weit als Geringschätzung gegenüber anderen Fachdisziplinen empfunden, was hier teilweise gesagt wurde. Dies halte ich nicht für in Ordnung. Ich kenne hervorragende Ärzte, und ich kenne auch schlechte Ärzte. Und ich kenne auch exzellente Mitarbeiter, die Nicht-Ärzte

sind und andere Disziplinen vertreten – egal ob Bauingenieur oder Jurist. Ich bin nicht der Meinung, und es entspricht nicht meinem Weltbild, dass Ärzte alles am besten können. Ich sage es einmal zugespitzt. Dies ist nicht ganz so boshaft gemeint, wie es sich vielleicht anhören mag. Dies ist aber meine Erwartungshaltung, die übrigens etwas mit meinem Führungsethos zu tun hat. Wenn mir das in meinem Gesundheitsamt begegnen würde, gäbe es Ärger mit mir. Ich erwarte, dass jeder, vom Pförtner bis zum Arzt, respektvoll und vernünftig behandelt wird. Zu sagen: „Wenn jemand Nicht-Arzt ist, dann ist das eine Verschlechterung.“, entspricht nicht meiner Meinung. Meine Damen und Herren, dies sage ich ganz deutlich.

Hier geht es nicht nur um Arbeitskräftemangel. Diesen haben wir auch. Ich sage Ihnen gleich ein paar Zahlen. Hier geht es um Interdisziplinarität. Wir wollen besser werden. Und wir wollen andere Disziplinen einbinden können, weil wir gesehen haben, dass es in der Corona-Pandemie auch anderer Fähigkeiten wie etwa Managementkompetenz bedarf. Natürlich soll ein Stellvertreter niemals ärztliche Entscheidungen treffen, wenn er kein Arzt ist. Das ist doch völlig klar. Aber die Weiterbildung kann auch ein anderer Facharzt aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst machen, der nicht Leiter ist.

Wir haben 15 Arztstellen in Wiesbaden; 13 sind besetzt. Darunter ist eine einzige ÖGD-Ärztin. Die anderen Ärzte vertreten andere Fachrichtungen: Pädiatrie, Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie usw. All das gibt es, aber eben nur eine ÖGD-Ärztin. Die Herren links neben mir würden sagen: Diese eine Dame müsste dann beides machen. – Erstens: Der Magistrat hat keine Wahl. Die einzige Dame, die diese Fachrichtung zurzeit hat, muss genommen werden, weil es keine Alternative gibt – mal alle anderen Gesichtspunkte ausgeblendet, die für die Ausübung einer solchen Stellung von Bedeutung sind. Und zweitens muss sie beide Funktionen auf einmal ausüben, weil man keinen Stellvertreter benennen kann.

Dies ist ja nicht die Realität in Hessen. Wir haben zurzeit in Hessen insgesamt 319 Ärzte in den Gesundheitsämtern. Davon verfügen 38 über die Facharztausbildung für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Und wir haben 48 Leitungsstellen. Es gibt in Hessen 24 Gesundheitsämter. Durch die Zweckverbandslösung – das ist eben vorgetragen worden – werden zwei Gebietskörperschaften bedient. Wir sind also gegenwärtig schon nicht in der Lage, zehn Leitungsstellen so zu besetzen, wie das geltende Gesetz es vorsieht. Dafür gibt es pragmatische Lösungen. Ich habe Ihnen eben gesagt: Die hier anwesende Frau Dr. Hirsekorn ist Fachärztin für Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie. Sie ist stellvertretende Leiterin, sie ist nicht ÖGD-Ärztin. Das habe ich der Aufsichtsbehörde im Regierungspräsidium mitgeteilt. Man hat mir nicht mitgeteilt, dass das nicht geht. Und so ist das Problem in ganz vielen Gesundheitsämtern pragmatisch gelöst worden. Das heißt, die Realität in Hessen entspricht sowieso nicht 1 : 1 dem geltenden Gesetz. Weil man sich nach der Decke strecken musste, hat man Lösungen gefunden.

Wenn Sie sich die Frage stellen, ob das tatsächlich alles so sein muss wie in Hessen, dann kann ich Ihnen nur den Blick in andere Bundesländer empfehlen. Dort kommt es auch jetzt schon vor, dass Leitungen gar keine Ärzte sind. Da wäre ich übrigens skeptisch. Ich will die Frage, die mir eben gestellt worden ist, klar beantworten. Ich persönlich bin natürlich der Meinung, dass der

Leiter eines Rechtsamts immer ein Jurist sein sollte. Frau Böhm, Sie haben das gesagt. Als langjähriger Angehöriger der Staatskanzlei kann ich Ihnen aber sagen, dass wir auch Zeiten hatten – da war ich im Rechtsamt –, in denen der stellvertretende Leiter der Rechtsabteilung in der Hessischen Staatskanzlei, also der stellvertretende Chefjustiziar, kein Jurist war. Dieser hatte sich als langjähriger Personalratsvorsitzender bewährt und hat dann diese Funktion übernommen. Ich persönlich hätte da eher Bauchschmerzen, das gab es aber immer.

Ich will nur sagen, dass Sie davor gar keine Angst zu haben brauchen. Natürlich werden wir weiterhin die nötige Anzahl qualifizierter Fachärzte im Gesundheitsamt haben. Wir diskutieren hier nur die Frage: Darf ausschließlich eine einzige Facharztgruppe die Funktion der Leitung ausüben? Da sind wir als kommunale Familie der Meinung, dass es dafür überhaupt keinen Grund gibt. Die Fachlichkeit kann auch so aufrechterhalten werden. In klarer Abgrenzung zu dem, was Herr Maier für die Landesärztekammer gesagt hat, sehen wir darin überhaupt keine Abschwächung. Wir sehen darin ein Verbesserungspotenzial, weil wir andere Disziplinen gewinnen, die hervorragend vorbereitet sind. Ich habe Ihnen das bereits gesagt. Wir haben zwei Leute aus Großbritannien mit einem Public Health-Studium eingestellt. Die bringen sehr interessante Aspekte und Erfahrungen ein. Großbritannien ist übrigens das Mutterland von Public Health in Europa, würde ich sagen. Die sind anders organisiert als wir, aber nicht unbedingt schlechter. Wenn Sie sich mit Corona beschäftigen: Alle Zahlen kommen doch aus Israel, Großbritannien und aus den Vereinigten Staaten. Wir sind in unserem Land doch kaum in der Lage, Zahlenmaterial zu generieren. Entschuldigung, aber dies muss man doch alles mal zur Kenntnis nehmen.

Ich bin kein Arzt. Trotzdem bin ich der Fachvorgesetzte des Leiters des Gesundheitsamts. Niemals – das würde ich auch nicht tun, wenn ich Arzt wäre – mische ich mich in medizinische Entscheidungen ein – allein aus Gründen politischer Klugheit. Als Nicht-Arzt mache ich dies schon gar nicht. Trotzdem ist es doch schon jetzt Realität, dass der Magistrat, der Kreisausschuss unsere zuständige Behörde ist. Das ist die Anstellungsbehörde. Und der Dezernent ist der Fachvorgesetzte, ob er Arzt ist oder nicht. Es sind doch viele Fragen zu entscheiden, bei denen es sich gar nicht um medizinische Fragen im engeren Sinne handelt. Mieten Sie ein Impfzentrum an? Stellen Sie bestimmte Leute ein? Kaufen Sie ein bestimmtes Programm? Es gibt eine ganze Reihe von Organisations- und Verantwortungsfragen, die in der Leitung mit zu entscheiden sind, jedenfalls nach dem Verwaltungsmodell, das in vielen Städten angewandt wird. Da werden auch andere Kompetenzen abgefragt.

Das Landesgesundheitsamt ist von Herrn Pürsün mehrfach angesprochen worden. Ich sage es mal präzise und genauso emotional, wie auch mein Vortrag war: Die Kommunen wollen kein Parallelbeispiel zur hessischen Veterinärverwaltung haben. Auch die hessische Veterinärverwaltung haben Sie kommunalisiert. Wir haben sie übernommen und führen sie engmaschig nach den Vorgaben des Landesministeriums. Datenerfassungssystem, Kontrollintensität, Meldeweisen – alles das wird vom Land zentral vorgegeben. Wenn es dann beispielsweise einen Lebensmittelskandal gibt, hat das Landesministerium damit natürlich nie etwas zu tun. Die wissen alles, und zwar besser als ich. Während ich hier sitze, kann das Fachministerium unsere Datenbank aufrufen und kann feststellen, welcher Lebensmittelbetrieb in Wiesbaden zuletzt kontrolliert wor-

den ist. Wie hoch ist die Quote fristgerechter Erledigung? Welche Defizite hat Herr Franz in diesem Bereich? Das wissen die alle. Wir sagen: Das wollen wir in der Gesundheitsverwaltung nicht erleben. Wenn Ihr glaubt, Ihr könnt das alles am besten, dann übernehmt als Land die Verwaltung und macht es selbst.

Dies war unsere Sorge beim Landesgesundheitsamt. Wir haben uns dann aber entschlossen, dass wir den Weg jetzt mal mitgehen. Wir zeigen ein Stück weit Vertrauen, indem wir sagen: Wir finden eine gute Lösung. Auch wir glauben, dass es ganz viele Themen gibt, die man zentral bearbeiten kann. Dies kann Gesundheitsämter entlasten, beispielsweise bei einem neuen Feld, das ich vorangetrieben habe – auch wenn man es mir aus allen Ecken vielleicht nicht zutraut. Ich habe mich ganz engagiert um das Thema Umweltmedizin gekümmert, weil ich glaube, dass dies ein Zukunftsthema ist. Denken Sie an die klimapolitischen Veränderungen und die Auswirkungen auf die Gesundheit in der Bevölkerung. Ich bin der Meinung, das ist ein wichtiges Thema, das z. B. in einem Landesgesundheitsamt aufgearbeitet werden sollte. Da kann Fachlichkeit als Ressource zur Verfügung gestellt werden. Was wir nicht wollen: gegängelt werden wie mit der Veterinärverwaltung. Damit lasse ich es auf sich beruhen. Sie wissen, was ich meine.

Die Frage, wie viele Mitarbeiter es gibt, muss letztlich das Land beantworten. Das Land muss entscheiden, wie viele Mitarbeiter es braucht, um diese Aufgaben im Landesgesundheitsamt zu erledigen.

Ich glaube, ich habe alle Fragen aus kommunaler Sicht beantwortet. Wie gesagt, bitte nehmen Sie einfach mit: Die Leitung eines Amtes ist verantwortlich für die gesamte Organisation des Betriebes, aber sie ist nicht Vorgesetzter für die medizinischen Fragen in dem Amt. Die Leitung ist für alles zuständig, und das können auch andere Disziplinen. Wir versprechen uns von Interdisziplinarität einen Mehrwert. Um diesen Gedanken noch einmal deutlich herauszuarbeiten: Wir betrachten diese nicht nur als eine Notlösung und kurzfristige Reaktion darauf, dass wir gegenwärtig die für die Aufgabenerfüllung benötigten Ärzte nicht haben. Nein, im Gegenteil: Wir glauben, dass Interdisziplinarität in Summe mehr Qualität bringt, weil sie bereichert. Und noch einmal: Der Arzt wird in medizinischen Fragen von einem Arzt vertreten und von niemandem anderen. Das stellen wir überhaupt nicht infrage. Auch wir wollen den ÖGD in seiner Leistungsfähigkeit gesteigert wissen.

Dr. Jürgen Krahn: Bevor ich auf die Fragen antworte, muss ich auf zwei oder drei Punkte aus dem emotionalen Vortrag meines Vorredners eingehen. Ich habe stark nachgedacht, aber ich kann die ärztliche Arroganz, die Sie geschildert haben, nicht sehen. Ich persönlich fühle mich hier leicht angegriffen. Ich weiß nicht, worin diese Arroganz bestanden haben soll. Ich persönlich muss sagen: In meinem Gesundheitsamt arbeiten mehr als zehn akademische Fachrichtungen zusammen, anders als in der Klinik: Gesundheitswissenschaftler – dazu sage ich gleich noch etwas –, Hygieneingenieure, Umweltingenieure, Sozialpädagogen, Psychologen. Wenn unsere Forderung nach einem Facharzt als Leiter des Gesundheitsamtes wirklich den Tatbestand der Arroganz erfüllen würde und ich den ganzen Tag im Gesundheitsamt herumlaufen und sagen würde „Ich bin der einzige, der es kann.“, dann dürften Sie mir Arroganz vorwerfen. Ich kann nur sagen: Wenn

es medizinische Einrichtungen in Deutschland gibt, die für Interdisziplinarität stehen, dann sind es die Gesundheitsämter. Ein weiterer Aspekt: Sie sind relativ sicher der Dienstvorgesetzte. Die Fachvorgesetzten der Gesundheitsämter sind beim Regierungspräsidium, in der obersten Gesundheitsbehörde. Insofern sind Sie in Bezug auf Fachangelegenheiten eben *nicht* der Vorgesetzte.

Ich möchte nun auf die Fragen von Frau Böhm eingehen. Ich bedanke mich für die Fragen – einige sind Steilvorlagen, andere sind ein wenig schwieriger zu beantworten. Welche Fachrichtung sollte die stellvertretende Leitung eines Amtes haben? Sie bringen nicht nur das Argument an, dass man die Leute nicht bekommt. Sie sagen ja im Prinzip: Die stellvertretende Leitung muss kein Facharzt sein. – Es ist für mich wichtig, dass dies herausgearbeitet wird. Hier besteht die Diskrepanz zu unserer Auffassung. Wir sagen, es muss so sein. Ich persönlich sehe es so: 20 Jahre Tätigkeit als Internist bedeutet nicht, dass man ein Gesundheitsamt führen kann – das bedeutet, dass man wahrscheinlich ein extrem guter Internist ist, aber man kennt 5 bis 8 % des Gesundheitsamtes –; das ist also ein Irrglaube. Das ist nicht wahr.

Wenn man diesen Facharzt nicht hätte, könnte man viele Entscheidungen nicht adäquat treffen. Es gibt in der Tat ärztliche Entscheidungen. Das wissen Sie alle. In der Corona-Pandemie habe ich einige der Anordnungen getroffen und nicht der Oberbürgermeister oder der Landrat. Wir haben uns natürlich im Krisenstab abgesprochen, aber im Infektionsschutzgesetz steht teilweise „amtsärztlich“. Wenn wir den Amtsarzt nicht hätten, könnten einige Entscheidungen in den Gesundheitsämtern nicht getroffen werden. Es hätte meiner Meinung nach direkte und lineare Auswirkungen auf den Schutz und auf die Gesundheitsvorsorgemaßnahmen der Bevölkerung, wenn wir keinen Arzt in dieser Position hätten. Das wären meiner Meinung nach die Dinge, die daraus resultieren würden.

Ich habe in meinem Amt mittlerweile drei Gesundheitswissenschaftlerinnen und Gesundheitswissenschaftler, die Public Health studiert haben. Es ist ein Irrglaube, öffentliches Gesundheitswesen und Public Health seien gleichzusetzen, wengleich dies die deutsche bzw. die englische Übersetzung ist. Das sind zwei unterschiedliche Dinge. Ja, diese Personen machen bei mir einen super guten Job. Sie kommen aber aus einer theoretischen bzw. wissenschaftlichen Richtung. Mein Dezernent hat beispielsweise eine Referentin, die Gesundheitswissenschaftlerin ist. Dort ist sie super gut aufgehoben. Aber von allem, was ein Arzt während seiner sechsjährigen Ausbildung als Facharzt gelernt hat, wissen die Gesundheitswissenschaftler sehr wenig.

Frau Böhm, ich mache mir in der Tat Sorgen um mein Personal in Darmstadt. Es ist einfach so: Es gibt einen Wettbewerb, und wir haben ein Tarifproblem. Das will ich aber nicht in dieses Haus tragen. Das müssen wir generell lösen. Es gibt einen Wettbewerb. Ich würde sagen, wir in den hessischen Gesundheitsämtern haben einen gewissen Kodex, dass wir aktiv von den Kollegen niemanden abwerben. Was soll ich sagen? Wenn wenige Fische im Teich schwimmen, können auch nur einige etwas fangen. So ist das nun halt.

Die Frage zur Pflege finde ich sehr gut. Wir haben nicht die Domäne im Pflegebereich. Diese liegt in der Tat bei der Betreuungs- und Pflegeaufsicht beim Versorgungsamt. Ich persönlich erhoffe mir, dass im Pflegebereich Standards z. B. zur Hygiene erarbeitet werden. Ich hoffe, dass eine

Vernetzung stattfinden wird. Ich denke, dass der Medizinische Dienst dabei sein sollte. Wie gesagt, die Aufsicht liegt bei der Betreuungs- und Pflegeaufsicht beim Versorgungsamt. Ich sehe dies zukünftig im hessischen Landesamt für Gesundheit im Bereich Pflege beheimatet.

Zu der Unterstützung, die wir uns erhoffen: Ich habe es schon einmal gesagt, dass wir während der Corona-Pandemie ein Trommelfeuer von Verordnungen, Gesetzen und RKI-Richtlinien hatten. Wir haben fünfmal in der Woche dagesessen und haben probiert, dies für die Bevölkerung zu übersetzen, damit wir an der Hotline richtig Auskunft geben konnten, damit wir die Pflegeeinrichtungen richtig beraten konnten und damit wir jeweils wussten, wie lange beispielsweise die Quarantäne dauert. Man kann sich sehr bildlich vorstellen, wie gut es wäre, wenn dies nicht mehr montags an 24 verschiedenen Orten passiert, sondern an einem Ort, an dem dann eventuell auch Gesundheitsamts-Mitarbeiter und Ärzte mit guter Expertise unterstützen können. Dies denken wir uns so in allen Bereichen, egal ob es um die Hygieneüberwachung von medizinischen Einrichtungen oder um Gutachten etc. geht. Wenn man so etwas komprimiert macht, kann das eine Hilfestellung für alle Gesundheitsämter sein. Dies erhoffen wir uns ganz konkret.

Gesundheitsberichterstattung? – Frau Böhm hat einen Landesgesundheitsbericht gefordert. Keine Angst. Die Gesundheitsämter machen Gesundheitsberichterstattung. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet. Wir machen es aber nach Kassenlage, und wenn wir Personal dafür haben. Natürlich versorge ich meine politischen Verantwortlichen beispielsweise mit den Einschulungszahlen oder mit den Impfzahlen. Wie viele Fälle von Masern gab es letzte Woche? Wie sehen die aktuellen Corona-Zahlen aus? Das machen wir. Um Ihnen ein Beispiel zu nennen: Ich habe 2022 aus dem Pakt für den ÖGD zwei Stellen für die Gesundheitsberichterstattung geschaffen, weil wir einen kommunalen Gesundheitsbericht machen. Hier wird ein Landesgesundheitsbericht gefordert. Diese greifen natürlich ineinander, und auch hier erhoffe ich mir eine Zusammenarbeit. Das ist nicht ein Gegeneinander, sondern es wird hoffentlich ein Miteinander sein. Bisher war es aber einfach so, dass die Gesundheitsämter so schwach aufgestellt waren, dass dies in der Priorisierung relativ weit hinten war. Natürlich haben wir dies aber stets betrieben, und wir müssen es jetzt ausbauen. Das ist vollkommen richtig.

Wie kann man den „Facharzt ÖGD“ attraktiver machen? – Das ist eine sehr interessante Frage. Ich habe etwas über Wartezeiten bei der Famulatur gehört. Diese gibt es nicht. Wir sind mittendrin in einem Prozess. Wir machen das, seitdem ich Landesvorsitzender bin. Wir haben eine Imagekampagne von unserem Bundesvorstand gestartet. Frankfurt ist das einzige Gesundheitsamt – mittlerweile gibt es zwei weitere –, das das PJ angeboten hat. Wir haben uns beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen akkreditieren lassen, sodass wir Famulatur anbieten können. Es waren mittlerweile zehn Medizinstudenten bei uns. Die sind insgesamt einen Monat bei uns, sie sind jede Woche in einer anderen Abteilung und haben immer einen direkten Ansprechpartner. Sie sind alle relativ begeistert. Wir sind also auf dem Weg. Aber wir müssen den Leuten etwas bieten. Das ist entscheidend.

Ich sehe es etwas anders als Henrik Reygers. Die jungen Menschen haben uns mittlerweile auf dem Schirm. Zu meiner Zeit hat sich jeder nur überlegt: Mache ich Innere Medizin oder Chirurgie? Heute sind die jungen Leute an den gesundheitspolitischen Fragestellungen interessiert. Als ich

vor 30 Jahren studiert habe, war das nach meiner Wahrnehmung anders. Heute haben uns die jungen Menschen auf dem Schirm, aber wir müssen uns selbstverständlich bemühen und ihnen Angebote machen. Wie gesagt, ich trage den Tarifkonflikt nicht hier hinein, aber sie brauchen auch eine adäquate Bezahlung. Es muss nicht an der Bezahlung hängen, ob sie an die Kreisklinik oder an das Gesundheitsamt gehen. Wir müssen ihnen Weiterbildung und interessante Stellen anbieten. Dies müssen wir machen.

Ganz zum Schluss: Wir fordern – das wurde falsch verstanden – für das Landesamt natürlich einen Arzt und keinen Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen. Dr. Matthias Pulz, der Vorgänger des aktuellen Leiters des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes – den ich noch nicht kenne – ist Mikrobiologe und Virologe, und ich schätze ihn sehr. Wir fordern nur, dass es ein Arzt ist. Es muss kein Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sein. Den brauchen wir im Gesundheitsamt, nicht im Landesamt.

Dr. Nikolas Sapoutzis: Zunächst einmal zu der Frage, wie mein persönlicher Standpunkt hinsichtlich der Vertreterposition ist. Auch ich bin der Ansicht, dass dort ein Facharzt hingehört. Selbstverständlich zeigt uns der Pragmatismus – der Kollege hat eben die aktuellen Zahlen erwähnt –, dass schon jetzt nicht alle Gesundheitsämter die stellvertretenden Positionen mit Fachärzten besetzen können. Das ist mir bewusst. Das ist in unserem Kreis auch nicht anders. Ich bin Facharzt – ich bin allerdings viele Jahre in anderen Bereichen auch in Führungspositionen tätig gewesen –, und ich bin zudem Volljurist, sodass ich ein etwas anderes Qualifikationsspektrum mitgebracht habe. Aber auch ich hatte anfangs Probleme – ich habe den Job zu Beginn der Pandemie angetreten –, mich in den besonderen Anforderungen dieses Amtes und dieser Funktion zurechtzufinden. Ich bin der Ansicht, dass wir diese Positionen mit Kollegen besetzen müssen, die über eine langjährige Erfahrung in allen Teilbereichen, die der öffentliche Gesundheitsdienst abbildet, verfügen. Das sind nun mal nur die Fachärzte. Wenn wir jetzt anfangen, die Standards herunterzuschrauben, dann werden die Stellen, die wir aktuell unbesetzt haben, noch mehr werden. Und künftig werden dann auch immer weniger Ärzte überhaupt die Leitungsfunktion übernehmen können – ich rede nicht einmal mehr von der Stellvertreterposition.

Wenn Sie sich die Altersstruktur der Ärzteschaft anschauen – und das nicht nur im öffentlichen Gesundheitsdienst: Es gehen eine Menge von Kolleginnen und Kollegen in den nächsten fünf bis zehn Jahren in Rente. Das bedeutet, dass sich dieser Zustand – wenn wir jetzt nicht schnell entgegenwirken – in den nächsten Jahren um ein Vielfaches verschlechtern wird. Dann erleben wir einen Qualitätsabfall in der Versorgung und in der Koordination der Gesundheitsversorgung. Das möchten wir in Anbetracht der Tatsache, dass wir gerade eine Pandemie durchmachen, in der Zukunft auf keinen Fall erleben.

Was wünsche ich mir von einem Landesgesundheitsamt? Der Kollege Krahn hat dazu treffend vorgetragen: Unterstützung bei der Prozessentwicklung. Wir hatten während der Pandemie das Problem, dass jedes Gesundheitsamt von Anfang an alle Probleme für sich selbst, für den eigenen Kreis lösen musste. Da erhoffe ich mir in der Zukunft mehr Unterstützung. Es geht um eine rechtliche Unterstützung und eine fachliche Unterstützung bei den Problemen, die man täglich

bewältigen muss – nicht als Aufsicht, sondern in einem kollegialen, vertrauensvollen Verhältnis. Ein Landesgesundheitsamt kann möglicherweise als Bindeglied zwischen den Gesundheitsämtern fungieren und dann entsprechend Lösungen koordinieren.

Noch einmal zur stellvertretenden Leitung: Auch ich habe mich ein bisschen angegriffen gefühlt. Es hat nichts mit Arroganz zu tun, dass diese Position einem Arzt übergeben werden sollte. Natürlich haben wir Ärzte nicht die Weisheit gepachtet. Aber auch wir führen viele administrative Tätigkeiten aus, wir beschäftigen uns mit Personalfragen, und wir erledigen organisatorische Aufgaben. Es gibt auch für uns unfassbar viele Aufgaben, die nicht medizinischer Natur sind. Bei allen diesen Fragen sollten aber der Fokus des Mediziners und die vielfältigen Belange der einzelnen Teilbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes berücksichtigt werden, um die richtigen Lösungen zu finden. Dafür braucht es jemanden, der die entsprechende ärztliche Erfahrung in dem Bereich hat – mit der speziellen Qualifikation. Ich selbst bin noch nicht Facharzt für den öffentlichen Gesundheitsdienst, und ich plädiere trotzdem dafür, dass diese Qualifikation gefordert wird. Natürlich soll es Übergangsregelungen geben. Es soll Kollegen wie mir die Möglichkeit gegeben werden, diese Qualifikation auch nachträglich zu erlangen. Aber wenn diese Anforderung grundsätzlich gestrichen wird, werden wir in Zukunft in eine prekäre Situation kommen.

Dr. Henrik Reygers: Ich werde mich kurzfassen. Ich will ein Beispiel aus meinem Amt geben: Ich bin seit über 33 Jahren im ÖGD. Ich bin kommissarischer Leiter eines Gesundheitsamtes – mit Ausnahmegenehmigung. Eigentlich sollte das nur eine temporäre Lösung sein. Das ist es aber aufgrund von Personalmangel leider nicht geworden. Mein Amt besteht im Großen und Ganzen aus der Boomer-Generation. Das bedeutet, in kürzester Zeit wird aufgrund von Pensionierungen ein massiver Brain-Drain stattfinden. Das tradierte Wissen wird verlorengehen. Das wird ein Problem, das die Gesellschaft wirklich berühren wird. In meinem Kreis sind mir die Problemfälle bekannt – sei es das Thema Trinkwasserbrunnen, sozialhilfeproblematische Familien in der vierten Generation usw. Dieses Wissen wird auf einmal weg sein.

Herr Kollege Krahn sagte zu Recht, dass wir das Tarifproblem nicht in diesen Raum tragen müssen. Ich denke, dies ist allgemein bekannt.

Zu dem Problem, dass der ÖGD bei jungen Menschen relativ unbekannt ist: Im Jahre 2019 habe ich in Berlin auf einer Veranstaltung mit einem eigenen Stand zum ÖGD informiert. Dort habe ich mit Studenten, die im PJ – also in der letzten Phase ihres Studiums – waren, über den ÖGD gesprochen. Es herrschte eine große Unkenntnis über diesen Bereich. Natürlich haben wir unsere Broschüren. Natürlich versuchen wir vor Ort im Rahmen von Stipendienprogrammen, die eigentlich mittlerweile alle Kreise ab dem fünften Semester anbieten, die Leute an uns zu binden. Hier haben es die Städte, die sich in der Nähe einer Universität befinden, natürlich deutlich einfacher. Die Famulatur kann natürlich nicht jedes Gesundheitsamt anbieten. Meines kann es nicht, weil nur der Stellvertreter Facharzt ist, und er arbeitet nur 30 Stunden in der Woche.

Das Landesgesundheitsamt – dies sehe ich genauso – soll eine kollegiale Beratungseinrichtung sein. Bis dato lief es so, dass es Arbeitsgemeinschaften unseres Landesverbandes gab. Das

heißt, für jeden Beritt, wo Spezialisierung und eine fachliche Qualifikation erforderlich waren – Hygiene, Pädiatrie usw. –, hat man sich zusammengesetzt und Dinge erarbeitet, die dann an die anderen Gesundheitsämter als Hilfestellung weitergereicht worden sind. Dies wäre die Aufgabe eines Landesgesundheitsamtes. Es soll uns beraten und soll mithelfen, wenn wir Not haben. Es soll uns aber nicht „hineinregieren“. Jedes Gesundheitsamt hat vor Ort seine regionalen Besonderheiten und auch seine besondere politische Situation.

In einem Punkt haben Herr Kollege Krahn und ich etwas divergierende Meinungen. Sie haben es ja mitbekommen: Ich bin kein Facharzt für den ÖGD und arbeite mit Ausnahmegenehmigung. Mein Gesundheitsdezernent vertritt die Sicht des HLT und des Städtetages. Ich verstehe meinen Gesundheitsdezernenten aber auch und habe ihn in dem Punkt auch in einem gewissen Maße unterstützt, weil ich einfach die Not vor Ort sehe. Natürlich sollte die Qualifikation als Facharzt für den ÖGD auf lange Sicht *Conditio sine qua non* sein – ganz einfach, um die Weiterbildung zu ermöglichen. Wir haben z. B. im Bereich der Krankenhaushygiene nur noch eine Professur in Hessen. Das heißt: Brechen die Weiterbilder weg, haben wir am Ende im Prinzip keine Facharzt-Weiterbildungsmöglichkeit mehr. Dies wird ein Problem sein.

Ich stimme allen Kollegen zu: Der Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen ist ein unheimlich anspruchsvoller, aber auch ein unheimlich interessanter Job. Man kommt morgens ins Amt und weiß nicht, was bis zum Abend passiert: Leichenschauschein, Seuche, Meningokokken, Meningitis. Es können Tausende Dinge passieren, mit denen man eigentlich nicht gerechnet hat. Man muss für diese Tätigkeit wirklich flexibel sein. Deshalb noch einmal meine Forderung: Arzt? – Ja. Facharzt für den ÖGD? – Soweit als möglich, ansonsten mit Ausnahmegenehmigung.

Zum Thema Personal: Ich bin in meinem Amt der *primus inter pares*. Als ich kommissarischer Amtsleiter wurde, habe ich gesagt: Wenn ich etwas sage, das aus eurer Sicht nicht richtig ist, dann tretet mir bitte gegen das Schienbein und weist mich darauf hin, dass es so nicht geht. – Am Ende entscheide ich. Ich kann auch anders entscheiden. Manchmal bleibe ich auch bei meiner Meinung, weil ich sie als richtig erachte, aber dann muss ich natürlich auch die Konsequenzen tragen. Ohne meine Verwaltungsleitung könnte ich nicht arbeiten, ohne meine Sekretärin könnte ich nicht arbeiten, ohne meine Sozialpädagogen könnte ich nicht arbeiten. Wenn ich alles könnte, könnte ich das Ganze auch als ein Mannbetrieb aufziehen.

Zum Bewerbermangel: Zu meiner Studentenzeit Anfang der 1980er-Jahre, dies ist schon ein paar Tage her, war das Fachgebiet ÖGD in der Tat ein bloßes „Abzeichnungsfach“ – und dann ist man nach Hause gegangen.

Ganz wichtig ist – das möchte ich wiederholen –: Das Landesgesundheitsamt muss für den Bereich ÖGD durch einen Arzt – nicht durch einen Facharzt für ÖGD, es kann auch ein Krankenhaushygieniker, ein Mikrobiologe etc. sein – geleitet werden, um eine kollegiale Zusammenarbeit zu gewährleisten. Ich bitte darum, dieses Amt nicht als Aufsichtsbehörde oder Anordnungsbehörde einzurichten, denn jedes Gesundheitsamt hat vor Ort andere Probleme.

Dr. Katharina Böhm: Ich wurde gebeten, auszuführen, welche Aufgaben das neue Landesamt im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung übernehmen kann. Ferner gab es zwei spezielle Fragen zur Gesundheitsberichterstattung. Damit möchte ich anfangen. Die Gesundheitsberichterstattung ist ein breites Feld; natürlich ist da viel möglich. Es gibt eine minimale Lösung. Es gibt Indikatoren – darauf haben sich die Bundesländer mehr oder weniger geeinigt –, die den Kernbestand einer Gesundheitsberichterstattung erfüllen sollten. Dies wäre aus meiner Sicht der erste Schritt. Das neue Landesamt sollte aber auch ein bisschen zukunftsgerichtet sein. Wenn ich mir anschau, was möglich ist und in welche Richtung es gehen sollte, dann würde ich sagen: Eine Gesundheitsberichterstattung muss alle sozialen Determinanten der Gesundheit erfassen, weil Gesundheit eben nicht nur die Abwesenheit von Krankheit ist. Wir müssen uns vielmehr die Determinanten anschauen, die bestimmen, ob Menschen gesund bleiben oder krank werden. Dazu gehören Umweltdaten, Sozialdaten usw., die möglichst kleinräumig erfasst werden sollten.

Jetzt komme ich auf die Anmerkung von Herrn Bartelt zurück: Das ist eben gerade das Problem. Es gibt viele Daten. Das ist richtig. In Deutschland tun wir uns aber aufgrund des Datenschutzes wahnsinnig schwer damit, diese miteinander zu verbinden. Diese Aufgabe könnte, wenn überhaupt, nur das Landesamt übernehmen. Auf kommunaler Ebene sind die Gesundheitsämter damit überfordert, zunächst einmal verschiedene Datensätze einzukaufen, das Ganze dann datenschutzrechtlich abzusichern, und schließlich die Daten zu matchen und auszuwerten. Dies betrifft gerade GKV-Daten. Ich kenne ein paar größere Gesundheitsämter in NRW, die regelmäßig Daten bei der GKV einkaufen. Das ist dann natürlich auch eine finanzielle Frage. Auf Landesebene kann man dies sicherlich besser lösen.

Bei der Gesundheitsberichterstattung, um dies noch einmal zusammenfassend vorzutragen, ist vieles möglich. Hier gibt es auch viele Vorbilder. Hier sind andere Bundesländer einfach schon einen Schritt weiter. Auch in Hessen gab es ja erste Modellversuche, verschiedenste Daten zu matchen. Dahin müssen wir kommen, wenn wir Gesundheit ganzheitlich verstehen wollen. Dann benötigen wir Umweltdaten, Lärmbelastungsdaten, Feinstaubbelastungsdaten, Grünflächendaten etc.

Dies leitet mich über zu der Frage von Frau Böhm: Was soll das Landesamt im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung leisten? – Es sollte die Gesundheitsämter fachlich unterstützen, wie es dies auch in den anderen Aufgabenfeldern der Gesundheitsämter tun wird. Es sollte in gemeinschaftlicher Zusammenarbeit für gleiche Standards sorgen. Wir haben bislang sehr viele dieser Aufgaben übernommen, weil Gesundheitsförderung und Prävention in der Vergangenheit eine sehr untergeordnete Rolle bei den Gesundheitsämtern gespielt haben. Nur sehr wenige Ämter haben dies intensiv betrieben, um die wir uns dementsprechend kümmern konnten. Wenn dieser Bereich in Zukunft eine größere Rolle spielen wird – wie wir hoffen –, können wir dies im jetzigen Umfang einfach nicht mehr leisten. Die Zusammenarbeit und die Etablierung gleicher Standards – diese Aufgabe sehe ich im Landesgesundheitsamt.

Welche Aufgaben sehe ich noch? – Hier geht es sehr viel um verhältnisbezogene Maßnahmen, also um alles, was in den Bereich der normativen Regulierung fällt, und vor allem auch um die

Zusammenarbeit mit anderen Bereichen. Das Thema Gesundheit ist nicht nur direkt im Gesundheitsbereich beheimatet. Aus meiner Perspektive hat der Gesundheitsbereich die Verantwortung dafür, aber er muss seine Arbeit mit den anderen Bereichen koordinieren. Nach meiner Auffassung wird in Hessen bislang nur in sehr minimalem Maße ministeriums- und ämterübergreifend gearbeitet. Die entsprechenden Ressourcen sind einfach nicht vorhanden, sodass es Runde Tische zu den Themen Umwelt, Verkehr, Inneres und Sport, Bildung geben könnte, die sich des Bereiches der Gesundheitsförderung annehmen. Insofern wäre es schön, wenn das Landesamt hier eine koordinierende Funktion übernehmen könnte.

Noch eine Ergänzung zur Gesundheitsberichterstattung: Wenn diese möglichst kleinräumig geschieht, wäre den Gesundheitsämtern geholfen. Ja, die Ämter machen eine Gesundheitsberichterstattung; manche Ämter bekommen das hin. Aber auch hier wäre eine fachliche Unterstützung sehr wichtig. Hier muss nicht jeder das Rad neu erfinden. Man könnte an so etwas denken wie an einen einheitlichen Basis-Gesundheitsbericht. Dann könnten die einzelnen Gesundheitsämter jeweils Schwerpunkte setzen. In NRW wird es beispielsweise so gemacht – je nachdem, wo die Prioritäten bzw. die Problemlagen in den einzelnen Kommunen sind.

Christina Grün: Erwarten wir uns Verbesserungen für die Pflege? – Dies war die Frage in meine Richtung. Ja, wir erhoffen uns in der Tat von einem hessischen Landesamt für Gesundheit und Pflege entsprechende Verbesserungen. So wird dieses Amt nämlich heißen; der Begriff „Pflege“ ist im Namen enthalten. Derzeit sind die Aufgaben auf verschiedene Regierungspräsidien verteilt. Wenn diese unter einer Leitung zusammengefasst werden, gehen wir schon davon aus, dass sich Synergien ergeben und dass sich im täglichen Ablauf Vereinfachungen ergeben.

Um etwas konkreter zu werden: Wir können uns durchaus vorstellen, dass z. B. die Anstrengungen im Rahmen der Fachkräftesicherung im „Neuen Bündnis Fachkräftesicherung Hessen“ unterstützt werden. Dies kann ganz konkret an zwei Beispielen festgemacht werden. Zum einen könnte es bei der Anerkennung von ausländischen Pflegeberufen sicherlich Optimierungen geben; und zum anderen gilt dies auch für die Durchführung von Aus- und Weiterbildung. Insgesamt vertreten wir auf jeden Fall die Auffassung, dass es durchaus Sinn macht, durch Bündelung Synergien zu schaffen.

Manuel Maier: Zum Thema Weiterbildung: Das zarte Pflänzchen ÖGD sollte gehütet werden. Es sollte nicht getreten werden. Insoweit zeugen die Äußerungen des Kollegen Franz nicht unbedingt von Wertschätzung. Sie sollten sich gut überlegen, ob Sie sich dem anschließen möchten. Wertschätzung bedeutet, dass Sie – ich sage mal – es schätzen, etwas auch in Zukunft noch haben zu können. Dann müssen Sie es aber auch entsprechend behandeln.

Wie sieht Weiterbildung aus? – Weiterbildung ist am besten mit dem Lehrer-Schüler-Prinzip zu vergleichen. Sie brauchen einen Lehrer. Seine Fachrichtung muss natürlich zwingend dem Fach entsprechen, das er lehren soll. Sonst wird es schwierig. Dies kennen Sie aus der Schule. Wenn

ein Mathelehrer Sport unterrichten soll, und er kann es nicht, dann wird das nichts. So ist es in diesem Fall auch. Sie brauchen einen Facharzt für ÖGD. Dieser vermittelt die Weiterbildung, und dafür muss er selber diesen Facharztabschluss haben.

Zweitens sollte dieser Arzt auch eine gewisse Stehzeit haben. Das heißt, er sollte in seinem Fach auch tätig gewesen sein. Er sollte nicht nur ein Theoretiker sein, sondern er sollte auch die Praxis erlebt haben. Er sollte in diesem Fachbereich mindestens drei bis vier Jahre gearbeitet haben. Und ja, er sollte eine Stellvertretung aus demselben Fachbereich haben. Warum? – Weil er natürlich krank sein kann, er kann in den Urlaub fahren, es können längere Vakanzzeiten auftreten etc. Und ja, diese Probleme haben wir auch jetzt schon. Sie sehen es an den Zahlen. In einigen Gesundheitsämtern ist genau dieses Verhältnis nicht erreicht. Genauer gesagt haben wir es im Moment in Frankfurt erreicht, und ansonsten herrscht Fehlbesetzung.

Wenn wir jemandem eine Befugnis erteilen, dass er weiterbilden darf, und sein Stellvertreter ist kein Facharzt, dann bedeutet dies natürlich in Zeiten der Vakanz, dass das, was er lehren soll – die Kompetenzen, für die wir auch einen entsprechenden Kompetenzkatalog haben –, nicht vermittelt werden kann. Das Ergebnis ist: Die Zeit, die zur Weiterbildung eingeplant war, wurde erbracht, aber der Kompetenzkatalog ist leer. Mit einem leeren Kompetenzkatalog kann ich natürlich niemanden zur Facharztprüfung zulassen. Er muss voll sein. Das heißt, ich brauche die Zeit, und ich brauche die Kompetenz. Beides muss vorliegen, nur dann kann ich jemanden zur Facharztprüfung zulassen.

Jetzt fragen Sie natürlich: Wie viele Personen haben denn in den vergangenen Jahren die Facharztprüfung abgelegt? – Das sind erschreckend wenige. Wie viele haben in Hessen dieses Jahr die Facharztprüfung erfolgreich bestanden? – Eine Person. Wenn Sie das Modell jetzt auch noch, ich sage mal, beschneiden, wenn sie es kleiner machen, wenn sie die Qualität noch weiter heruntersetzen, dann wird das sicherlich nicht besser werden; denn dann fehlt einfach der Lehrer, der Inhalte vermitteln kann. Das ist sicherlich niemand, der irgendwie das fünfte Rad am Wagen ist, sondern das muss derjenige sein, der die größte Übersicht hat. Der Leiter des Amtes muss ÖGDler sein. Der hat die Verantwortung. Der kann entscheiden. Der kann am besten lehren, was der Schüler mitnehmen muss und braucht. Dann bekommen Sie auch die dringend benötigte nächste Generation, und diese muss fachlich gut sein. Vor fünf oder sechs Jahren wurden noch jährlich fünf bis sechs Facharztprüfungen erfolgreich abgelegt. Das heißt also, die Pandemie hat dieser Weiterbildung überhaupt nicht gutgetan. Das ist ja auch nicht weiter verwunderlich, denn in dieser Zeit herrschte ein Durcheinander. Es war schwierig, eine geordnete Weiterbildung anzubieten, sodass man etwas lernen kann und „gut durch die Kurve kommt“.

Ich will Ihnen mal ein Beispiel geben: Bei der Landesärztekammer sind auch Ärzte beschäftigt, und sie muss sie auch bezahlen. Ich kann Ihnen sagen: Wir legen mehr auf den Tisch, als der Tarif vorsieht. Das heißt, auch wir bewegen uns in einem Wettbewerb. Dies soll für die anderen kein Anreiz sein, diesem Weg unbedingt zu folgen. Aber es ist natürlich so: Wenn man sich im Wettbewerb um ein knappes Gut befindet, dann orientieren sich die Leute an allen möglichen Kriterien. Natürlich ist der ÖGD-Beruf ein wahnsinnig spannendes Feld. Das ist bei den Leuten gefragt. Sie sollten aber auch wissen, dass sie damit hinterher eine Familie ernähren können und

sich nicht rechtfertigen müssen, dass sie im Krankenhaus oder in der Niederlassung als Vertragsarzt finanziell besser dagestanden hätten. Wir haben es hier nicht nur mit einem eindimensionalen Problem zu tun, sondern mit einem vielschichtigen.

Damit ist auch klar: Wenn wir in die Zukunft des ÖGD blicken, müssen wir dieses Lehrer-Schüler-Prinzip pflegen und die notwendigen Rahmenbedingungen schaffen. Zu diesen Rahmenbedingungen gehört, wie gesagt, auf der einen Seite der Versuch, die Qualität möglichst hochzuhalten, und auf der anderen Seite das Bemühen, die wirtschaftliche Attraktivität dieses Berufes zu steigern. Nur so wird der Nachwuchs in diesem Berufsfeld gesichert, und nur so kommt das Land Hessen in eine Situation, in der es sich keine Gedanken machen muss, dass es in zehn oder 15 Jahren dort niemanden mehr gibt.

Prof. René Gottschalk: Ich wurde gefragt, was ein Gesundheitsamt braucht, um curriculare Ausbildung machen zu können. Ich weiß nicht, ob Sie genau wissen, wie die Qualifikation „Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen“ überhaupt aussieht. Man muss zunächst einmal sechs Jahre Medizin studieren, dann muss man mehrere Jahre klinische Medizin machen – also Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie etc. –, dann braucht man ein halbes Jahr im Bereich Psychiatrie und schließlich mehrere Jahre im öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese können in verschiedenen Einrichtungen zugebracht werden, ein Großteil muss aber im Gesundheitsamt stattfinden. Und schließlich muss man noch nach Düsseldorf in die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Hier beträgt die Dauer zwar nur ein halbes Jahr, aber numerisch wird es ein ganzes Jahr, die Qualifikation lässt sich nicht schneller erlangen.

Wenn Sie z. B. Internist oder Chirurg werden wollen, dann können Sie an ein Krankenhaus gehen, Sie fangen direkt nach dem Studium an, Ihre Ausbildung zu absolvieren, und nach fünf Jahren legen Sie Ihre Facharztprüfung ab. Dabei haben Sie immer in demselben Haus gearbeitet. Der Anwärter bzw. die Anwärterin für den „Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen“ besucht vier verschiedene Ausbildungsstätten, und diese müssen alle voll weiterbildungsberechtigt sein. Das ist das große Problem. Deshalb haben wir auch so wenige Absolventen, die diese Qualifikationen überhaupt erlangen.

Wir haben 2013 in Frankfurt in Zusammenarbeit mit der Uni begonnen, Medizinstudenten in ihrem letzten Ausbildungsjahr ihres Studiums – im Praktischen Jahr, das in drei Tertiale unterteilt ist – auszubilden. Wir können also ein Tertial, vier Monate, tatsächlich im öffentlichen Gesundheitswesen unterrichten. Die erste PJ-Studentin hat damals alles Curriculare bei uns machen können. Sie wurde von uns in den Bereich Innere Medizin der Uniklinik geschickt, sie wurde von uns in den Bereich Psychiatrie und auch an die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen geschickt. Sie hat im Robert Koch-Institut gearbeitet. Alles ist von uns aus finanziert worden.

Also: Was braucht ein Gesundheitsamt? – Ein Gesundheitsamt braucht die Unterstützung, dass es beispielsweise eine curriculare Stelle schaffen kann, auf der junge Kolleginnen und Kollegen diese fünf Jahre ihrer Ausbildung absolvieren können. Dies zahlt sich aus. Wir haben viel mehr Anfragen, als wir Personen ausbilden können. Wenn man dies in mehreren Gesundheitsämtern

anbieten könnte – hier erhoffe ich mir eine große Unterstützung von einem Landesgesundheitsamt –, dann wäre das Problem, zumindest mal für Hessen, relativ schnell beseitigt.

Eine kleine Nebenbemerkung in Richtung Hessischer Städtetag: Sie haben den Kaufmännischen Direktor als Beispiel genannt. Ich habe Ihnen ja gesagt, ich habe zwei Jahre stellvertretend das Amt geleitet. Das hätte kein Verwaltungsmensch gemacht. Der Kaufmännische Direktor ist nicht Stellvertreter des ärztlichen Direktors. Die sind gleichberechtigt. Das ist etwas ganz anderes. Deshalb geht das in diesem Fall nicht.

(Zuruf: Aber gleichberechtigt sind sie nicht.)

– Nein.

Vorsitzender: Mir liegen nun noch zwei zusätzliche Wortmeldungen vor.

Abg. **Christiane Böhm:** Vielen Dank, dass Sie noch einmal den Aspekt „Kaufmännischer Direktor“ genannt haben; dies war mir schon fast wieder in Vergessenheit geraten. Die Krankenhäuser bewegen sich sehr in Richtung Renditeorientierung. Dies ist beim öffentlichen Gesundheitsdienst nicht der Fall; das ist ein *öffentlicher* Dienst. Meiner Meinung nach ist das nicht vergleichbar. Deshalb stellt sich schon die Frage, ob man wirklich sagen kann: Die Verwaltung bzw. kaufmännische Kenntnisse sind das Entscheidende.

Eine andere Aussage hat mich aber dazu veranlasst, noch einmal nachzufragen. Die curriculare Stelle wurde mehrfach erwähnt, und es ging auch um die Frage der Gesundheitsberichterstattung nach Kassenlage. Mehrere Anzuhörende haben gesagt, sie wollen das Tarifproblem nicht in dieses Haus tragen. Aber das Problem liegt natürlich u. a. auch hier. Natürlich gibt es Tarifverträge, aber diese entwickeln sich nur dadurch, dass die Tarifpartner, die die Tariflöhne zahlen müssen, auch über die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen, um diese Tariflöhne überhaupt zahlen zu können. Warum muss man denn immer nur die Frage überlegen, ob man auf Verwaltungsleute wechselt? Man könnte doch auch in einer anderen tariflichen Struktur arbeiten. Hier ist meine Frage: Woran liegt es denn, dass diese tarifliche Struktur so ist, wie sie ist? Die Tarifpartner könnten sich ja unter Umständen einigen, wenn die Rahmenbedingungen anders wären. Das würde mich interessieren. Oder hängt es an Dingen, die mir nicht bekannt sind? Natürlich kenne ich den Tarifvertrag und seine Begrenzungen – insbesondere nach oben.

Noch eine kleine Frage an die Liga: Mir liegt leider Ihre schriftliche Stellungnahme nicht vor. Wenn es eine gibt, würde ich diese gerne noch erhalten.

Abg. **Kathrin Anders:** Vielen Dank für die Antworten aus der ersten Runde. Auch ich würde mich über die schriftliche Stellungnahme der Liga freuen. Dann können wir alles im Nachhinein nachlesen.

Meinen expliziten Dank richte ich an Herrn Gottschalk. Sie haben vorhin dargestellt, wie umfangreich die Weiterbildung ist, und was es vor Ort bräuchte. Sie haben die Hoffnung geäußert, dass das Landesgesundheitsamt dabei eine Stütze sein kann. Wenn ich es richtig verstanden habe, ist es bei Weitem nicht genug, wenn es eine oder zwei Stellen in Frankfurt gibt. Eine entsprechende Weiterbildung brauchen wir vielmehr flächendeckend im ganzen Land. Meine Frage: Inwieweit kann die Stiftungsprofessur in Frankfurt dabei eine Stütze sein?

Wer oder was könnte denn die Weiterbildung grundlegend verändern? Wenn es in den vergangenen 20 Jahren immer weniger Absolventen gab und im vergangenen Jahr nur noch eine einzige Person die Qualifikation „Facharzt ÖGD“ erlangt hat, dann kann man daraus schließen, dass das System nicht funktioniert. Man muss also überlegen, wie es besser werden könnte. Aus meiner Sicht ist die Anstellung im ÖGD sehr wohl eine Antwort auf die gegenwärtigen Herausforderungen im Gesundheitswesen und auf veränderte Arbeitsweisen in der Medizin – vor allem bei den neuen Ärztinnen. Von daher wäre dies aus meiner Sicht durchaus eine Chance, mehr Personal zu gewinnen.

Herr Gottschalk, Sie waren zu Beginn der Pandemie ja noch Leiter des Gesundheitsamtes in Frankfurt. Sie mussten einen internationalen Flughafen betreuen. Die Herausforderungen für Frankfurt waren ja massiv. Was wäre der Vorteil – auch für ein großes Gesundheitsamt in Frankfurt –, wenn es eine zentrale Stelle im Land Hessen in Form eines Landesgesundheitsamtes gäbe?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Auch ich möchte eine Frage an Herrn Prof. Gottschalk stellen. Sie haben in Bezug auf die Weiterbildung die Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf genannt. Habe ich Sie richtig verstanden, dass die von Ihnen angesprochene curriculare Stelle eine zusätzliche Stelle sein sollte – sozusagen on top? Wenn man die Weiterbildung macht, fehlt man natürlich dem Gesundheitsamt vor Ort. Das ist natürlich ein Problem, welches man berücksichtigen muss.

Eine weitere Frage, die Sie mir aber auch gerne im Nachgang bilateral beantworten können: Wenn ich es richtig in Erinnerung habe, beträgt die Weiterbildungszeit nach der Muster-Weiterbildungsverordnung 60 Monate. Soll dies so bleiben, oder gäbe es Potenzial, dies zu ändern? – Ich sehe schon Kopfschütteln. Alles klar. Es gibt also kein Potenzial, dies zu ändern.

Vorsitzender: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Da die Kollegin Böhm gesagt hat, dass ihre Frage derjenige beantworten soll, der sich angesprochen fühlt, kann ich keine präzise Zuschreibung vornehmen. Deshalb gehe ich einfach alle Institutionen der Reihe nach noch einmal durch.

Dr. Oliver Franz: Die Frage ist leicht zu beantworten. Es gilt der Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst oder das Hessische Besoldungsgesetz mit der entsprechenden Stellenobergrenzenverordnung. Alle Ärzte sind im höheren Dienst angestellt. Die Praxis sieht wie folgt aus: Ärzte, ohne Fachärzte zu sein, werden nach Entgeltgruppe E14 bezahlt, Fachärzte nach Entgeltgruppe E15. Und die Leitung wird übertariflich bezahlt. Dies ist mittlerweile in vielen Gebietskörperschaften der Fall. In der Landeshauptstadt Wiesbaden ist die Leiterin des Gesundheitsamtes außerhalb der hauptamtlichen Magistratsmitglieder die bestverdienende Mitarbeiterin der Stadt mit einem – ich will dies nicht weiter spezifizieren – deutlich übertariflichen Gehalt. Dies wird auch in Zukunft so sein, und ich weiß, dass andere Kommunen dies auch so handhaben. Ist diejenige oder derjenige Beamter oder Beamtin, bekommt der Leiter des Amtes bei uns A16, in Frankfurt B3. Soviel zu den Vergütungsfragen. Natürlich werden diese auch immer diskutiert. Es gibt auch Diskussionen über Verbesserungen. Es wurden auch schon Maßnahmen eingeleitet oder zumindest verabredet. Ich weiß aber nicht, ob dies alles mit Geld zu lösen ist, oder ob es nicht auch andere Anforderungen gibt.

Dr. Jürgen Krahn: Das hört sich sehr gut an. Ich freue mich, Frau Hirsekorn, dass Sie am besten verdienen in Wiesbaden. Das finde ich super.

(Dr. Oliver Franz: Nein, nicht sie! Frau Hirsekorn war nicht gemeint!)

Ich möchte es noch ein bisschen einfacher beantworten. Die Veränderung fand damals statt, als der BAT abgeschafft wurde. Davor war das Ganze überhaupt kein Problem. Seitdem werden die Ärzte im Gesundheitsamt nach TVöD bezahlt. Und die Ärzte in der Klinik, die früher den gleichen Tarif bekommen haben, bekommen jetzt TV-Ärzte. Ab diesem Zeitpunkt hat sich die Bezahlung vollkommen auseinander bewegt.

Ich habe diverse Bewerbungsgespräche mit Fachärzten geführt, u. a. suchen wir seit sechs Jahren einen Psychiater. Vielleicht erinnert sich der eine oder andere von Ihnen an die Anhörung zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Die Reaktionen im Bewerbungsgespräch sind immer gut, wenn ich sage: eigenes Büro, eigene Sekretärin, großes Team, nette Arbeitszeiten. Wenn Sie Überstunden machen, können Sie diese irgendwann abbauen. Wenn ich dann allerdings zu dem Punkt komme, an dem ich dem Bewerber sage, dass er im Monat etwas mehr als 1.000 Euro brutto weniger verdient, ist die Diskussion meistens beendet.

Die Argumentation der Arbeitgeberseite ist: Wenn die Bezahlung der Ärzte im TVöD VKA angehoben würde, kämen die anderen akademischen Berufsgruppen ebenfalls mit entsprechenden Forderungen. Meine Theorie ist: Wenn die Vergütung aller Ärzte im ÖGD – das sind etwas weniger als 4.000 Personen – angehoben würde, wäre die Summe im Hinblick auf den gesamten Bund so lächerlich gering, dass dies noch nicht mal eine Meldung in der Tagesschau wert wäre. Dagegen verschwinden die 4 Milliarden Euro, die wir für den Pakt ÖGD bekommen haben. Sehr wahrscheinlich würde es sich um einen zweistelligen Millionenbetrag handeln. Insofern ist das

Ganze eigentlich lächerlich; es geht hier nur um das Prinzip, dass die Ärzte Verwaltungsmitarbeiter sind und als solche betrachtet werden. Ich fühle mich nach wie vor als Arzt. Das ist das Kernproblem.

Grundsätzlich haben wir die jungen Leute „an der Angel“ – vielleicht nicht im Vogelsbergkreis, aber auf jeden Fall in Darmstadt. Dort gibt es drei Hochschulen. Das Problem ist aber: Wir müssen den Leuten etwas bieten. Dabei geht es nicht alleine um Geld, das ist völlig klar, überhaupt keine Frage. Meine Fantasie ist aber, dass ein Mitarbeiter, der in der Kreisklinik arbeitet, jederzeit – wenn er mal Gutachten lernen will – drei Jahre ins Gesundheitsamt gehen kann, uns kennenlernt und dabei das gleiche Gehalt bekommt – ohne Dienstpauschalen, darüber rede ich nicht. Und wenn ein Mitarbeiter im Gesundheitsamt noch mal in der Gynäkologie, in der Kinderheilkunde, in der Urologie arbeiten möchte, weil er noch praktische Zeit braucht, kann er genauso in die Kreisklinik gehen und bekommt dort genau das gleiche Gehalt, weil dies den Ärzten meiner Meinung nach auch zusteht. Die Ärzte in den Kreiskliniken und im Gesundheitsamt werden keine Millionäre. Das kann ich Ihnen versichern. Und ich bin in Darmstadt auch nicht der Bestverdienende.

Dr. Nikolas Sapoutzis: Ich habe nicht viel hinzuzufügen, vielleicht nur, dass man auch im Blick behalten sollte, dass viele neue Kolleginnen und Kollegen in flexiblen Arbeitszeitmodellen mit entsprechenden Teilzeitverträgen arbeiten. Das führt dazu, dass das Gehalt dann im Vergleich zu den Krankenhäusern noch geringer wird, was unsere Attraktivität natürlich extrem beeinträchtigt.

Dr. Henrik Reygers: Zu meiner Funktion möchte ich sagen, dass ich Tarifbeauftragter des Marburger Bundes ÖGD bin. Ich könnte über dieses Thema einen einstündigen Vortrag halten. Nach dem klassischen TVöD – das muss man sich auf der Zunge zergehen lassen – bekommt der Assistenzarzt EG14, der Facharzt EG15 Stufe 5, der Sachgebietsleiter mit mehreren Ärzten unter sich EG15 Stufe 6, der stellvertretende Amtsleiter EG15 Stufe 6 und der Amtsleiter EG15 Stufe 6. Das ist der TVöD. Natürlich wird dann vor Ort mit dem Landrat oder dem EKB gehandelt. Das geht teilweise zu wie auf einem orientalischen Basar, mit Kündigungsdrohungen oder der Drohung, dass man sich woanders bewirbt und deshalb ein Zeugnis haben will. Dies ist stimmungsmäßig alles sehr schlecht.

Im alten BAT gab es die Stufe 1; das war dann analog zu A16 bei den Beamten. Das gibt es leider nicht mehr. Es gibt den Tarif VK Ärzte, also für Krankenhäuser. Da beträgt das Delta zu einem Leiter eines Gesundheitsamtes, zu einem leitenden Oberarzt – ich sehe mich nicht als Chefarzt, sondern als leitender Oberarzt, da der Chef ja der RP in Darmstadt ist – 26.000 €. Natürlich wird das weniger, wenn man dann vor Ort handelt wie die Kesselflicker. Mein Vorschlag war schon immer, dass die Ärzte des ÖGD tarifrechtlich an die Kreiskrankenhäuser angebunden werden. Dann ist diese Diskussion vom Tisch. Wir haben viele Teilzeitbeschäftigte, weil die Arbeit

von der Strukturierung her natürlich familienfreundlicher ist. Das sehe ich in meinem kinderärztlichen Dienst.

Der ehemalige Leiter des Verbandes kommunaler Arbeitgeber Bund hat bei einer Sitzung, an der auch ich teilgenommen habe, gesagt, wir seien doch nur Verwaltungsmediziner. Mir lag auf der Zunge: Wenn Sie jetzt einen Herzinfarkt haben, lasse ich Sie liegen, bis Sie kalt sind. Dann schreibe ich als Verwaltungsmediziner nur noch den Leichenschauchein. Mehr kann ich ja nicht. – Dies spiegelt sich natürlich auch in dem Interesse der Bewerber wider. Kollege Krahn hat das Beispiel des Psychiaters genannt, ich habe dies mit einem Kinder- und Jugendpsychiater erlebt. Die Bewerber sagen: Es ist ja alles ganz schön bei euch, aber ich habe Kinder, ich habe ein Haus, meine Kinder wollen studieren etc. Dann gibt es einen feuchten Händedruck, und das war es.

Sonja Driebold: Sie fragten nach unserer schriftlichen Stellungnahme. Meine Teilnahme erfolgte relativ kurzfristig, deshalb haben Sie die Stellungnahme wahrscheinlich noch nicht in den Unterlagen. Diese wird Ihnen aber sicherlich nachgereicht.

Als Leiterin der Abteilung Gesundheit, Alter, Pflege der Diakonie Hessen muss ich sagen, dass ich über die heutige Diskussion etwas überrascht bin. Es geht um ein Landesamt für Gesundheit und Pflege, und wir reden seit über einer Stunde über die Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. Dies verstärkt noch einmal mehr den in unserer Stellungnahme geäußerten Wunsch, dass der Bereich Pflege in dieses Landesamt wirklich mit einbezogen werden muss.

Wenn es so weitergeht und das Landesamt – das hatte ich im Vorfeld noch gar nicht so verstanden – auch von Ärztinnen und Ärzten geleitet werden soll, dann bitte ich doch noch einmal ganz genau zu prüfen, was die Aufgaben dieses Landesamtes für Gesundheit und Pflege sein sollen. Ich sehe die Pflege aktuell hier nicht vertreten.

Ich bitte Sie darum, wirklich über den Stellenwert der Pflege in diesem Landesamt nachzudenken. Dafür stehen wir als Liga der Freien Wohlfahrtspflege selbstverständlich zur Verfügung, auch alle anderen Leistungserbringer. Wenn es so aufgestellt wird, dann habe ich große Sorge. Die Versorgung im Rahmen der Pflege, in der Gesundheit – natürlich auch die medizinische Versorgung, aber eben auch die pflegerische Versorgung und die Versorgung von Menschen mit Hilfe- und Unterstützungsbedarf – ist auch Aufgabe dieses Landesamtes.

Manuel Maier: Es war die Frage gestellt worden, wie man die Weiterbildung verbessern kann. Ich darf Sie zunächst einmal darauf hinweisen, dass wir eine nagelneue Weiterbildungsordnung haben. Sie datiert aus dem Jahre 2020, und sie enthält alle neuen Erkenntnisse, die wir haben, was die Umstellung auf kompetenzbasierte Weiterbildung angeht und was letztlich auch die Inhalte der Weiterbildung angeht. Noch ein Wort zur Akademie: Wenn ich mich recht erinnere, gibt es einen Staatsvertrag zwischen dem Land Hessen und den anderen Ländern. Das heißt, das Land Hessen finanziert diese Akademie für den ÖGD in Düsseldorf. Wir alle tun das. Und wir

tun dies aus gutem Grund, weil es wichtig ist. Das sollten wir auch weiterhin hochhalten, und wir sollten dem treu bleiben.

Was den ÖGD in der Landesärztekammer anbelangt: Herr Reygers nimmt selbstverständlich an unserer Delegiertenversammlung teil; wir haben 80 Delegierte. Das heißt, die Belange des ÖGD werden dort jederzeit gehört. Mit dem BVÖGD haben wir einen Jour-fixe. Auch dort tun wir alles, um die Weiterbildung ständig anzupassen und auch Weiterbildung in Teilzeit anzubieten. Wir gucken, wie die moderne Arbeitswelt aussieht. Was machen Eltern mit kleinen Kindern? Wie können sie in die Weiterbildung gebracht und letztlich zum Facharzt werden? All das läuft bei uns. All das machen wir. Die Rahmenbedingungen sollten Sie in der Tat im Blick haben. Wenn man sich um die Rahmenbedingungen kümmert – dazu gehört nicht nur das Finanzielle –, dann kann das den notwendigen kleinen Anschub bedeuten.

Ansonsten haben Sie nach meiner Auffassung in der letzten Zeit viel getan, um den Blick auf den ÖGD zu richten. Der „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ war ganz wichtig. Auch die Wertschätzung im Rahmen der Pandemie war sensationell. Erstmals haben wir es als Kammer so wahrgenommen, dass die Öffentlichkeit den ÖGD in den Blick nimmt und ihn auch wertschätzt. Aber es darf natürlich nicht so sein wie bei der Pflege mit dem Klatschen. Es muss hinterher natürlich auch etwas passieren. Sie haben jetzt die Möglichkeit, an dieser Stelle die Qualität nicht zu schleifen, sondern sie zu erhalten. Dies wäre unsere Bitte.

Prof. René Gottschalk: Mir wurden drei Fragen gestellt. Die erste Frage ist ganz einfach zu beantworten. Die curriculare Stelle ist zusätzlich, also on top. Die kleineren Gesundheitsämter können dies überhaupt nicht leisten. Frankfurt ist da sicher eine Ausnahme. Das muss eine Stelle sein, die finanziert wird und den Gesundheitsämtern an die Hand gegeben wird. Über diese müssen Sie dann entsprechend verfügen können.

Die Stiftungsprofessur wird nicht zur Weiterbildung dieser jungen Kolleginnen und Kollegen beitragen. Das ist eine Professur, die öffentliche Gesundheitsforschung betreiben und mit den Gesundheitsämtern zusammenarbeiten wird. Es wäre schön, wenn man – beispielsweise wie in der Chirurgie – eine Professur mit entsprechenden Weiterbildungsstellen hätte. Nach meiner Kenntnis – ich bin nicht sehr tief in diesem Thema – ist bei dieser Stiftungsprofessur zunächst aber nicht vorgesehen, dass Kolleginnen und Kollegen nach dem Studium dort auch ihre Weiterbildung machen können. Der Weg geht also eigentlich über die von mir geforderten zusätzlichen Ausbildungsstellen am Gesundheitsamt.

Zur letzten Frage – Stichwort: „Flughafen Frankfurt“ –: Ja, das war ein großes Problem. Das ist natürlich schon eine Aufgabe gewesen. Dies wird das Landesgesundheitsamt so nicht leisten können – einfach deswegen, weil die Bedingungen am Flughafen ganz anders sind. Man braucht am Flughafen besondere Kenntnisse. Man braucht eine entsprechende Sicherheitsüberprüfung, sodass man dort arbeiten kann. Man muss z. B. Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen sein, weil man gegebenenfalls seuchenhygienisch eingreift. Man wird hoheitlich tätig. Man kann Maschinen an die Kette legen und sagen, sie stehen unter Quarantäne. Man kann einen ganzen

Terminal sperren. Dies kann natürlich ein Landesgesundheitsamt nicht machen. Es ist aber viel Zusammenarbeit notwendig – beim Thema Flughafen und auch in anderen Bereichen. Wir sind als Kompetenzzentrum für hochpathogene Krankheitserreger für drei Bundesländer – für Hessen, das Saarland und Rheinland-Pfalz – zuständig. Das muss natürlich über die Bundes-, Landes- und auch Europagrenzen hinweg weitergetragen werden. Das wäre dann nach meinem Dafürhalten eine Aufgabe des Landesgesundheitsamtes.

Vorsitzender: Ich sehe keine weiteren Wortmeldungen seitens der Abgeordneten. Dann kommen wir zum Abschluss der Anhörung. Ich frage der guten Ordnung halber: Gibt es möglicherweise Anzuhörende, die anwesend sind und noch nicht gehört wurden? – Dies ist offensichtlich nicht der Fall. Ich darf mich ganz herzlich bei Ihnen sowohl für Ihre schriftlichen als auch Ihre mündlichen Stellungnahmen bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag.

Beschluss:

SIA 20/83 – 03.11.2022

Der Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.

Wiesbaden, 17. November 2022

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny