

A n t w o r t

des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie

auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU
– Drucksache 17/7377 –

Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Große Anfrage 17/7377 vom 19. September 2018 hat folgenden Wortlaut:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) ist neben der ambulanten und stationären Versorgung die dritte tragende Säule des Gesundheitswesens. Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) hat sich in den letzten Jahren mehrfach insbesondere mit den Aufgaben und dem Personalbedarf von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt. Sie hat dabei festgestellt, dass im ÖGD eine erhebliche Unterbesetzung von Stellen für Ärztinnen und Ärzte besteht. Das könne zu verminderter Leistungsfähigkeit des ÖGD vor Ort führen. Aufgaben könnten nicht mehr im vollen Umfang wahrgenommen werden, was sich regional auf den Gesundheitsschutz der Bevölkerung auswirken könne. Hierbei handele es sich nicht um vereinzelte regionale Probleme.

Die GMK hat immer wieder die unverzichtbare Rolle des ÖGD im Gesundheitswesen betont, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsvorsorge bis hin zur Mitgestaltung und Mitwirkung bei der Gesundheitsversorgung erstreckt. Die GMK sieht im ÖGD ein professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, vom Gesundheitsschutz bis zur Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist. Die Herausforderungen für die Erhaltung der Bevölkerung und damit für die Aufgabenwahrnehmung durch den ÖGD würden angesichts der Globalisierung und des demografischen Wandels komplexer. Deshalb sieht die GMK die Notwendigkeit, die Perspektiven für den ÖGD neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung von Fachkräften zu verbessern.

Wir fragen die Landesregierung:

I

1. Wie viele Arztstellen (Vollzeitäquivalente) sind in Rheinland-Pfalz in den Gesundheitsämtern jeweils und insgesamt vorhanden? Welche Facharztqualifikationen sind hierfür in welchem Umfang vorgesehen?
2. In welchem Umfang sind diese Stellen gegenwärtig besetzt bzw. nicht besetzt (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt)? Welche Facharztqualifikationen sind bei den besetzten Stellen in welchem Umfang gegeben?
3. Wie lange sind die gegenwärtig nicht besetzten Arztstellen bereits nicht besetzt (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und durchschnittlich)?
4. Welches sind die Gründe dafür?
5. Welche Rolle spielt dabei insbesondere bestehender Bewerbermangel?
6. Wie lange dauert es gegenwärtig, bis zu besetzende Arztstellen in den Gesundheitsämtern besetzt sind (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und durchschnittlich)?
7. Welches sind die Gründe dafür?
8. Welche Rolle spielt dabei insbesondere bestehender Bewerbermangel?

II

9. Wie alt sind die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern des Landes strukturell (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt, Angaben bezogen auf Altersgruppen und mit Durchschnittswerten)?
10. Wie viele Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern werden in den nächsten fünf bzw. zehn Jahren voraussichtlich in den Ruhestand gehen (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt)?

11. Welcher Neubesetzungsbedarf ergibt sich daraus für die jeweiligen Gesundheitsämter und insgesamt?
12. Wie stellt sich die Landesregierung die Wiederbesetzung dieser Stellen vor?
13. Welche Probleme werden hierfür erwartet?
14. Welche Konzepte gibt es, um die entsprechenden Stellen mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten zu besetzen?

III

15. Welche gesetzlichen Aufgaben sind für die Gesundheitsämter seit ihrer Kommunalisierung durch Gesetzesänderungen entfallen?
16. Welche Aufgaben sind für die Gesundheitsämter seit ihrer Kommunalisierung durch Gesetzesänderungen neu hinzugekommen?
17. Wie hoch schätzt die Landesregierung den Mehraufwand bei den Gesundheitsämtern durch Änderung gesetzlicher Vorschriften seit ihrer Kommunalisierung ein?
18. Inwieweit wurde den Kommunen für diesen Mehraufwand eine zusätzliche Kostenerstattung gewährt?
19. Inwieweit sieht die Landesregierung Bedarf, den Einwohnerbetrag zu erhöhen, den die Kommunen für die Übernahme der Aufgabe der Gesundheitsämter erhalten?
20. Inwieweit treffen die Befunde der GMK hinsichtlich Personalbedarf und Vergütung von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Rheinland-Pfalz zu (91. GMK 2018)?
21. Inwieweit sind die Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz hinsichtlich Perspektiven und zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für Rheinland-Pfalz berechtigt (89. GMK 2016)?
22. Welches ist der Sachstand der Umsetzung dieser Forderungen für Rheinland-Pfalz?
23. Wie hat sich in Rheinland-Pfalz die Zahl der planmäßigen Arztstellen in den jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?
24. Wie hat sich in Rheinland-Pfalz die Zahl der nicht besetzten Arztstellen in den jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?
25. Inwieweit muss und wodurch soll die Tätigkeit als Ärztin oder Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz attraktiver gemacht werden?
26. Welches ist der Sachstand der Umsetzung dieser Forderungen für Rheinland-Pfalz?

Das **Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie** hat die Große Anfrage namens der Landesregierung – Zuleitungsschreiben des Chefs der Staatskanzlei vom 13. November 2018 – wie folgt beantwortet:

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt im Gesundheitswesen eine starke Rolle ein, die sich vom Gesundheitsschutz der Bevölkerung, der Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zur Mitwirkung an der Gesundheitsversorgung erstreckt. Der Öffentliche Gesundheitsdienst zeichnet sich durch sein professionelles Netzwerk zu allen Gesundheitsbereichen aus.

Die Landesregierung setzt sich dafür ein, dass die notwendige Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte sowie der Fachkräfte im Öffentlichen Gesundheitsdienst dauerhaft sichergestellt wird. Zu diesem Zweck ist das Land mit dem Landesgesetz über den Beitritt zu dem Abkommen über die Errichtung und Finanzierung der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf vom 21. Dezember 2016 unter finanzieller Beteiligung der Landkreise Trägerland der Akademie in Düsseldorf geworden.

Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes haben sich mit den Weiterentwicklungen in der Medizin und den gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten ständig gewandelt. Sie sind dabei nicht nur umfangreicher, sondern auch vielfältiger geworden.

Mit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz durch das Landesgesetz über die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Kreisverwaltungen zum 1. Januar 1997 sind den Gesundheitsämtern zahlreiche Aufgaben übertragen worden, die kompetentes und fachkundiges Personal erfordern.

Gerade auch in Krisen und besonderen Herausforderungen wie

- dem Auftreten und drohenden großen Seuchenlagen (wie zum Beispiel der Influenzapandemie 2009/2010, der EHEC-Epidemie im Jahr 2011, Ebola oder erst kürzlich dem Lassa-Fall in Alzey),
- bei der Verbesserung der Krankenhaushygiene,
- bei der Überwachung der Aufbereitung von Medizinprodukten,
- beim Impfwesen und Schutz der Kindergesundheit und
- der gesundheitlichen Versorgung (und gesetzlich vorgeschriebenen Erstuntersuchung und Impfung) von Flüchtlingen.

Aufgrund dieser besonderen Aufgaben im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist die Sicherstellung der Qualifikation, insbesondere der Amtsärztinnen und Amtsärzte, unerlässlich. Als Fachärztin oder Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen müssen Ärztinnen und Ärzte über die rein medizinische Aus- und Weiterbildung hinaus, auch über Kenntnisse auf anderen Gebieten verfügen (Sozialpsychologie, Sozialpädiatrie, Medizinalstatistik).

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Nachbesetzungsbedarfs an Fachkräften im Öffentlichen Gesundheitsdienst ergreift die Landesregierung Maßnahmen auf Landes- und Bundesebene, um diesem entgegenzuwirken. Der oben genannte Beitritt zur Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen ist dabei von zentraler Bedeutung.

Zur Beantwortung der Großen Anfrage hat die Landesregierung eine Abfrage zur Personalausstattung unter den Gesundheitsämtern durchgeführt.

Als Träger der Gesundheitsämter obliegt die Personalhoheit den Landkreisen. Unter der Voraussetzung einer nicht namentlichen Nennung wurde die Abfrage der Landesregierung von den Gesundheitsämtern beziehungsweise Landkreisen vollzählig beantwortet.

1. *Wie viele Arztstellen (Vollzeitäquivalente) sind in Rheinland-Pfalz in den Gesundheitsämtern jeweils und insgesamt vorhanden? Welche Facharztqualifikationen sind hierfür in welchem Umfang vorgesehen?*

Arztstellen (VZÄ) aktuell	insgesamt	
	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis
Arztstellen (VZÄ), für die eine Facharztqualifikation vorgesehen ist	86,1	3,6
Arztstellen (VZÄ), für die keine Facharztqualifikation vorgesehen ist	45,8	1,9
Arztstellen (VZÄ) insgesamt	131,9	5,5

(Stand: 17. Oktober 2018.)

2. *In welchem Umfang sind diese Stellen gegenwärtig besetzt bzw. nicht besetzt (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt)? Welche Facharztqualifikationen sind bei den besetzten Stellen in welchem Umfang gegeben?*

Arztstellen (VZÄ) aktuell	besetzt		unbesetzt		Anteil an Arztstellen insgesamt [%]
	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis	
Arztstellen (VZÄ), für die eine Facharztqualifikation vorgesehen ist	77,1	3,2	9,0	0,4	10,2
Arztstellen (VZÄ), für die keine Facharztqualifikation vorgesehen ist	39,6	1,6	6,2	0,3	14,2
Arztstellen (VZÄ) insgesamt	116,7	4,8	15,2	0,7	11,5

(Stand: 17. Oktober 2018.)

3. *Wie lange sind die gegenwärtig nicht besetzten Arztstellen bereits nicht besetzt (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und durchschnittlich)?*

Diese Frage wurde von zwei Dritteln der Gesundheitsämter beantwortet. Die gegenwärtig nicht besetzten Arztstellen sind durchschnittlich 45 Wochen, das heißt, 11 Monate, nicht besetzt. Die Dauer der Wiederbesetzung reichte dabei von 0 bis 100 Wochen.

4. *Welches sind die Gründe dafür?*

Von den Gesundheitsämtern wurden folgende Gründe aufgeführt:

Allgemeine Gründe:

- Bundesweiter Ärztemangel, von dem in der Folge auch der Öffentliche Gesundheitsdienst betroffen ist.
- Die Tätigkeit im Krankenhaus und in Arztpraxen ist unter dem Aspekt der Flexibilität beziehungsweise Teilzeitmöglichkeiten zunehmend dem Angebot im öffentlichen Gesundheitswesen vergleichbar.
- Allgemeiner Bewerbermangel, insbesondere im ländlichen Raum.
- Aufgrund von Teilzeit sind die restlichen Stellenanteile nur schwer zu besetzen.
- Nur temporär zu besetzende Stellen, zum Beispiel wegen bestehender Elternzeit, sind nur schwer zu besetzen.
- Besonders schwierig sind Fachärzte für Psychiatrie zu finden.

Spezifische Gründe:

- Differenz in der Vergütung angestellter Ärztinnen und Ärzte bei gleicher Qualifikation von ca. 1 000 Euro minus zu der von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus.
- Gehaltsstruktur mit Erfahrungsstufen entsprechend TVöD verhindert attraktive Einstiegsgehälter.
- Der jeweilige kommunale Haushalt sieht keine Facharztstelle/-qualifikation vor.
- Mangel an qualifizierten Bewerbern, insbesondere Fachärztinnen und Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen.
- Studenten und Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung erfahren zu wenig über das Tätigkeitsfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.
- Kommunen müssen zunächst Fachärztinnen und Fachärzte in die Weiterbildung entsenden.

5. *Welche Rolle spielt dabei insbesondere bestehender Bewerbermangel?*

Der Bewerbermangel wird vor allem von kleineren Gesundheitsämtern im ländlichen Bereich als wichtigste Ursache für die Nichtbesetzung von Stellen angegeben.

6. *Wie lange dauert es gegenwärtig, bis zu besetzende Arztstellen in den Gesundheitsämtern besetzt sind (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und durchschnittlich)?*

Auf die Antwort der Landesregierung zu Frage 3 wird verwiesen.

7. *Welches sind die Gründe dafür?*

Auf die Antwort der Landesregierung zu Frage 4 wird verwiesen.

8. *Welche Rolle spielt dabei insbesondere bestehender Bewerbermangel?*

Auf die Antwort der Landesregierung zu Frage 5 wird verwiesen.

9. *Wie alt sind die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern des Landes strukturell (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt, Angaben bezogen auf Altersgruppen und mit Durchschnittswerten)?*

Der Landesregierung liegen nur die Altersangaben der Amtsleiterinnen und Amtsleiter sowie deren Stellvertreterinnen und Stellvertreter vor.

Alter	< 40	40 bis 49	50 bis 59	> 60
Anzahl	0	8	18	16
Prozent	0	19	43	38

(Stand: 4. September 2018.)

Die Amtsleiterinnen und Amtsleiter sowie ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter sind im Durchschnitt 56 Jahre alt.

10. *Wie viele Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern werden in den nächsten fünf bzw. zehn Jahren voraussichtlich in den Ruhestand geben (Differenzierung nach jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt)?*

Aufgrund des variierenden Dienalters zum Zeitpunkt der Ruhestandsversetzung lassen sich die Werte nur näherungsweise aufgrund des Alters der Amtsleiterinnen und Amtsleiter sowie ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter bestimmen: In den nächsten fünf Jahren gehen ca. 16 (38 Prozent) der Amtsleiterinnen und Amtsleiter beziehungsweise ihre Stellvertreterinnen und Stellvertreter in den Ruhestand, in den nächsten zehn Jahren 27 (63 Prozent).

11. Welcher Neubesetzungsbedarf ergibt sich daraus für die jeweiligen Gesundheitsämter und insgesamt?

Auch diese Frage kann aufgrund der Datenlage nur bezogen auf die Amtsleiterinnen und Amtsleiter sowie ihrer Stellvertreterinnen und Stellvertreter beantwortet werden. Hier besteht ein Neubesetzungsbedarf entsprechend der Antwort der Landesregierung zu Frage 10.

Hinsichtlich der Arztstellen ohne Facharztfordernis in den Gesundheitsämtern ist insgesamt von einem eher gemischten Altersspektrum auszugehen, sodass der Wieder- beziehungsweise Neubesetzungsbedarf bei unveränderten Randbedingungen insgesamt niedriger als bei Amtsleiterinnen und Amtsleitern sowie ihren Stellvertreterinnen und Stellvertretern ausfallen dürfte. In Rheinland-Pfalz sind derzeit insgesamt ca. 12 Prozent der Arztstellen nicht besetzt, ca. 10 Prozent der Arztstellen, für die eine Facharztqualifikation vorgesehen ist, und ca. 14 Prozent, für die keine Facharztqualifikation vorgesehen ist (siehe Tabelle zu Frage 2).

Das entspricht den Ergebnissen einer bundesweiten Umfrage aus dem Jahr 2015 durch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und durch das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. Danach waren bundesweit ebenfalls 12 Prozent der Arztstellen nicht besetzt.

12. Wie stellt sich die Landesregierung die Wiederbesetzung dieser Stellen vor?

Die Wiederbesetzung des Personals, insbesondere freiwerdende Arztstellen, in den Gesundheitsämtern obliegt den Kommunen als Träger und Dienstherrn der Gesundheitsämter. Dennoch ist es der Landesregierung ein wichtiges Anliegen, die Kommunen bei dieser Aufgabe zu unterstützen. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann nur durch eine enge Zusammenarbeit der unteren (Gesundheitsämter), oberen (Landesämter) und obersten Gesundheitsbehörde (Ministerium) effektiv zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung im Sinne der Daseinsvorsorge beitragen. Aus Sicht der Landesregierung ist es dabei unumgänglich, dass die Amtsärztinnen und Amtsärzte vor dem Hintergrund ihres breiten Aufgabenspektrums adäquat qualifiziert sind, das heißt, die Facharztbezeichnung „Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen“ führen. Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat deshalb in diesem Jahr erneut einstimmig bekräftigt, dass die Vergütung der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst an die der Krankenhausärztinnen und -ärzte angeglichen werden soll.

Die Schilderung der Erfahrung einiger Kommunen zeigt, dass eine Wiederbesetzung der Amtsleiterinnen und Amtsleiter mit adäquater Qualifikation vor allem dann gelingen kann, wenn eine möglichst frühzeitige Planung der Wiederbesetzung erfolgt. Das bedeutet, dass bereits zwei bis drei Jahre im Voraus eine Sondierung stattfindet, wer als Nachfolgerin oder Nachfolger in Frage kommt und ob eine externe Wiederbesetzung mit der Möglichkeit der Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen verbunden sein sollte. Die Landesregierung hat mit dem Beitritt zur Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen gemeinsam mit den Kommunen dafür Sorge getragen, dass entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten speziell für den Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen bestehen.

13. Welche Probleme werden hierfür erwartet?

Wie bei den anderen Arztgruppen auch, ist im Öffentlichen Gesundheitsdienst ein starkes Stadt-Land-Gefälle der Bewerberzahl zu verzeichnen. Der demografische Wandel wirkt sich darüber hinaus auf dem Land stärker aus als in der Stadt.

14. Welche Konzepte gibt es, um die entsprechenden Stellen mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten zu besetzen?

Die Konzepte der Wiederbesetzung obliegen aufgrund der Kommunalisierung den einzelnen Landkreisen und dürften sich anhand der spezifischen Herausforderungen der Kreisverwaltungen zum Teil erheblich unterscheiden. Auf dem Land wird es maßgeblich darauf ankommen, allgemeine Anreize für jüngere Ärztinnen und Ärzte für eine Tätigkeit auf dem Land zu schaffen.

Im Folgenden sind die Maßnahmen zusammengefasst, die die Kreisverwaltungen in unterschiedlicher Weise ergriffen haben, um Stellen mit qualifizierten Ärztinnen und Ärzten zu besetzen:

Gehalt/Besoldung:

- Bei entsprechender Qualifikation für beschäftigte Ärztinnen und Ärzte wird eine Facharztzulage gewährt.
- Schaffung der Möglichkeit zur Verbeamtung oder Umwandlung von Tarifbeschäftigtenstellen in Beamtenstellen.
- Gewährung einer Arbeitsmarktzulage für Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigtenverhältnis.
- Angebot der Wahrnehmung einer Stelle mit Leitungsfunktion.
- Bezahlung der stellvertretenden Amtsärztin oder des stellvertretenden Amtsarztes zu den gleichen Konditionen entsprechend der Funktion einer Amtsärztin oder eines Amtsarztes.

Fort- und Weiterbildung:

- Schaffung einer umfangreichen Weiterbildungsermächtigung für die Amtsinhaberinnen oder den Amtsinhaber, um ausbildend tätig werden zu können.
- Angebot der Möglichkeit zur Facharztweiterbildung für Öffentliches Gesundheitswesen bereits mit Dienstantritt (zum Beispiel durch Teilnahme am Amtsarztkurs).
- Angebot regelmäßiger qualifizierender Fortbildungsmöglichkeiten.

Arbeitssituation:

- Ermöglichung einer mit der Tätigkeit der Amtsinhaberin oder dem Amtsinhaber zeitlich überlappenden Neueinstellung.
- Flexible Arbeitszeiten.
- Unbefristete Arbeitsverträge.
- Stärkung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.
- Einrichtung der Möglichkeit von Home Office.
- Optimierung der Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und der Tätigkeitsfelder.
- Angebot von Stellen mit ausschließlicher Gutachtertätigkeit (Zielgruppe ältere Fachärzte mit „Klinik- oder Praxisüberdruss“).
- Grundsätzlich freundlich unterstützende Kontakte mit der Ärzteschaft im Landkreis.

Ausschreibung:

- Schaltung von Anzeigen in regionalen und überregionalen Zeitungen, trotz zum Teil hoher Kosten.
- Online und Arbeitsagenturen geschaltet.
- Netzwerkarbeit.

Landkreise, insbesondere die mit kleinen Gesundheitsämtern im ländlichen Raum, können sich auf der Basis von § 2 Abs. 4 des Landesgesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben zu Zweckverbänden zusammenschließen. Von dieser Möglichkeit wurde bisher kein Gebrauch gemacht.

15. Welche gesetzlichen Aufgaben sind für die Gesundheitsämter seit ihrer Kommunalisierung durch Gesetzesänderungen entfallen?

Seit der Kommunalisierung 1997 sind folgende Aufgaben weggefallen:

- Die Ausstellung von Gesundheitszeugnissen für Prostituierte nach dem ehemaligen Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953.
- Feststellung der Dienstunfähigkeit nach dem ehemaligen § 56 Beamtengesetz.
- Wahrnehmung von Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (Einstufung des Pflegegrades bei Nichtversicherten).
- Änderungen im Meldewesen nach dem Infektionsschutzgesetz (hier: Wegfall von Meldetatbeständen).

16. Welche Aufgaben sind für die Gesundheitsämter seit ihrer Kommunalisierung durch Gesetzesänderungen neu hinzugekommen?

Seit der Kommunalisierung 1997 sind folgende Aufgaben hinzugekommen:

Nach Bundesrecht:

- Änderungen im Meldewesen nach dem Infektionsschutzgesetz (hier: neue Meldetatbestände).
- Umsetzung der Überwachungsaufgaben durch die Trinkwasserverordnung und Badegewässerverordnung.
- Überwachung der Hygiene bei der Aufbereitung von nichtaktiven Medizinprodukten nach dem Medizinproduktegesetz.

Nach Landesrecht:

- Umsetzung des Landeskinderschutzgesetzes.
- Bildung von MRE-Netzwerken (Multiresistente Erreger) nach der Landesverordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen.
- Durchführung der gesundheitlichen Beratung nach § 10 des Prostituiertenschutzgesetzes nach der Landesverordnung über die Zuständigkeiten nach dem Prostituiertenschutzgesetz.
- Erstuntersuchung von Flüchtlingen nach § 62 des Asylgesetzes auf der Grundlage der Verwaltungsvorschrift zur Gesundheitsuntersuchung von Asylbegehrenden sowie gegebenenfalls Nachuntersuchung nach dem Infektionsschutzgesetz.
- Ausstellung von Bescheinigung über das Mitführen von Betäubungsmitteln im Zuge des Schengener Abkommens.
- Überwachung des Verkehrs mit freiverkäuflichen Arzneimitteln.
- Ahndung von Ordnungswidrigkeiten nach dem Heilmittelwerbegesetz, dem Landesgesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen und dem Heilpraktikergesetz.

17. Wie hoch schätzt die Landesregierung den Mehraufwand bei den Gesundheitsämtern durch Änderung gesetzlicher Vorschriften seit ihrer Kommunalisierung ein?

Die Kommunen führen die jeweils strukturellen und organisatorischen Anpassungen an die Erfordernisse eines veränderten Aufgabenzuschnitts in eigener Zuständigkeit und angepasst an die eigenen Bedürfnisse durch. Eine einheitliche Aussage ist hierzu nicht möglich.

18. Inwieweit wurde den Kommunen für diesen Mehraufwand eine zusätzliche Kostenerstattung gewährt?

Für neue Aufgaben der Gesundheitsämter durch das Land hat die Landesregierung entweder bereits im entsprechenden Gesetz Vergütungsregeln getroffen (zum Beispiel Kinderschutzgesetz), neue Gebührentatbestände geschaffen (zum Beispiel Prostituiertenschutzgesetz) oder Vereinbarungen mit den Kommunen (zum Beispiel für die Erstuntersuchung von Flüchtlingen) abgeschlossen.

19. Inwieweit sieht die Landesregierung den Bedarf, den Einwohnerbetrag zu erhöhen, den die Kommunen für die Übernahme der Aufgabe der Gesundheitsämter erhalten?

Das Landesgesetz über die Eingliederung der Gesundheitsämter in die Kreisverwaltungen vom 17. November 1995 (GVBl. S.485), zuletzt geändert durch Artikel 12 des Gesetzes vom 18. Juni 2013 (GVBl. S. 157), regelt in § 3 die pauschale Abgeltung der den Landkreisen ab dem Jahr 1997 durch die Eingliederung der Gesundheitsämter und deren Nebenstellen in die Kreisverwaltungen entstehenden Kosten.

Die Landkreise erhalten vom Land außerhalb des Finanzausgleichs einen Betrag je Einwohnerin und Einwohner (Einwohnerbetrag), bezogen auf die Einwohnerinnen und Einwohner der Dienstbezirke der Gesundheitsämter und Nebenstellen der jeweiligen Kreisverwaltung. Seit dem Jahr 2002 erhalten die Landkreise einen landeseinheitlichen Einwohnerbetrag.

Die letztmalige Änderung dieses Paragraphen durch das Gesetz zur Reform des finanziellen öffentlichen Dienstrechts vom 18. Juni 2013 legte eine Zahlung von 10,01 Euro pro Einwohner (im Zuständigkeitsbereich) fest. Damit wurde die Pauschale gegenüber dem Jahr 2002 um 17,6 Prozent angehoben.

Ab dem Jahr 2014 wurde der Einwohnerbetrag regelmäßig auf der Basis des Landesgesetzes zur Anpassung der Besoldung und Versorgung kalenderjährlich fortgeschrieben, indem der Einwohnerbetrag des Vorjahres um den Anteil, um den sich der Grundgehaltssatz der untersten Stufe der Besoldungsgruppe A 10 des Landesbesoldungsgesetzes im Vorjahr geändert hat, geändert wird. Für das Jahr 2017 erfolgte eine Erhöhung auf 10,74 Euro und für das Jahr 2018 auf 11,06 Euro.

Die Landesregierung hält über die gesetzlich vorgesehene Fortschreibung hinaus, eine Erhöhung des Einwohnerbetrags nicht für erforderlich.

20. Inwieweit treffen die Befunde der GMK hinsichtlich Personalbedarf und Vergütung von Ärztinnen und Ärzten im Öffentlichen Gesundheitsdienst auf Rheinland-Pfalz zu (91. GMK 2018)?

Aus Sicht der Landesregierung bestehen die von der GMK geschilderten Herausforderungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes grundsätzlich deutschlandweit, aber haben in den Ländern aufgrund der unterschiedlichen Landesregelungen unterschiedliche Ausprägungen. Aus Sicht der Landesregierung ist in Rheinland-Pfalz eine derzeit noch nicht erhebliche Unterbesetzung der Arztstellen im öffentlichen Gesundheitswesen festzustellen.

Die Landesregierung teilt die erhobene Forderung nach arzt-spezifischen tariflichen und besoldungsrechtlichen Regelungen für angestellte Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst in Anlehnung an die Vergütung in Krankenhäusern, da auch in Rheinland-Pfalz vielerorts Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst bis zu 1 000 Euro weniger verdienen, als ihre Kolleginnen und Kollegen im Krankenhaus.

21. Inwieweit sind die Forderungen der Gesundheitsministerkonferenz hinsichtlich Perspektiven und zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für Rheinland-Pfalz berechtigt (89. GMK 2016)?

22. Welches ist der Sachstand der Umsetzung dieser Forderungen für Rheinland-Pfalz?

Die GMK betont in ihrem Beschluss die unverzichtbare Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen, die noch stärker herauszustellen ist.

Die Forderungen sind bundesweit berechtigt. Die Landesregierung hat dem Beschluss der 89. GMK zu Perspektiven und zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zugestimmt, da er sich mit zahlreichen Aktivitäten der Landesregierung zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rheinland-Pfalz deckt. Die Landesregierung nimmt jede Gelegenheit wahr, diesem Anliegen nachzukommen. So hat Rheinland-Pfalz zum Beispiel den 8. Integrationsgipfel im Jahr 2015, der auf Einladung der Bundeskanzlerin erfolgte, genutzt, um die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über seine interkulturelle Öffnung hinaus, gegenüber allen politischen Ebenen und den Akteuren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen herauszustellen und zu würdigen.

Die GMK sieht in ihrem Beschluss die Notwendigkeit, die Perspektiven für den Öffentlichen Gesundheitsdienst neu zu bestimmen und auf allen politischen Ebenen die Grundlagen für die Gewinnung qualifizierter, motivierter Fachkräfte zu verbessern.

Bundesweit wurden die erheblichen gemeinsamen Anstrengungen des Landes Rheinland-Pfalz mit den Kommunen gelobt, die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten beziehungsweise Fachkräften des Öffentlichen Gesundheitsdienstes durch den Beitritt zur Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf dauerhaft sicherzustellen. Dadurch wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz fachlich deutlich gestärkt. Besondere Aufmerksamkeit erhielt dabei auch die gemeinsame Finanzierung der Mitgliedschaft des Landes durch Land und Kommunen.

Dem Beitritt von Rheinland-Pfalz sind seither zahlreiche Länder gefolgt: Berlin und Brandenburg sind bereits beigetreten, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen sind im Begriff dazu.

Die GMK begrüßt ein modernes Leitbild auf der Grundlage des vorgelegten Diskussionspapiers, das neue Perspektiven für den Öffentlichen Gesundheitsdienst aufzeigt.

Rheinland-Pfalz ist Mitglied der im Auftrag der 89. GMK von der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) eingerichteten länderoffenen Projektgruppe zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der Bundesebene. Ein modernes Leitbild wurde in diesem Jahr (91. GMK 2018) einstimmig begrüßt.

Die GMK spricht sich für eine stärkere Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft – sowohl in der Forschung als auch in der medizinischen Aus- und Weiterbildung – aus.

Hier besteht bereits eine Kooperation zwischen der Universitätsmedizin und den Gesundheitsbehörden, im Rahmen der Aus- und Weiterbildung zu verschiedenen Themen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie Infektionsschutz oder Krankenhaushygiene. Studierende werden so punktuell an die Themen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes herangeführt. Darüber hinaus unterstützt die Landesregierung wissenschaftliche Publikationen durch oder in Kooperation mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die GMK erwartet in ihrem Beschluss von den Partnern der Rahmenvereinbarungen nach § 20 i des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (Präventionsgesetz) die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes anzuerkennen, zu nutzen und zu unterstützen und hierzu geeignete Formen der Einbindung zu entwickeln.

Mit Unterzeichnung der rheinland-pfälzischen Landesrahmenvereinbarung Prävention im Jahr 2016 wurde in Rheinland-Pfalz ein bundesweit einmaliger Handlungsrahmen geschaffen, der erstmalig eine kontinuierliche Zusammenarbeit der wichtigen Akteure aus den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention verbindlich macht.

Neben anderen Partnern sind die Sozialversicherungsträger, Ministerien, die Landeszentrale für Gesundheitsförderung Rheinland-Pfalz e. V. und auch der Öffentliche Gesundheitsdienst beteiligt.

Da die Kommunen jene Orte sind, in denen Menschen aufwachsen, leben, arbeiten und alt werden, wurde in Rheinland-Pfalz zusätzlich das Netzwerk „Gesundheitsförderung in der Kommune“ gegründet, in dem der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Rolle innehat. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist auch am Landespräventionsausschuss beteiligt. Dieses Gremium bereitet die Landespräventionskonferenz vor.

Zur Steigerung der Effektivität und Effizienz der Kompetenzen sowie der Gestaltungsmöglichkeiten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bekennt sich die GMK zur Stärkung der aktiven und regelmäßigen Gesundheitsberichterstattung.

Die Gesundheitsberichterstattung ist eine Kernkompetenz des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die Schuleingangsuntersuchung, als einzige noch verbleibende echte Reihenuntersuchung (Erfassung aller Kinder eines Jahrgangs vor Eintritt in die Schule), liefert dabei wertvolle Daten. Rheinland-Pfalz arbeitet seit langem gemeinsam mit den Schulärztinnen und Schulärzten des Öffentlichen Gesundheitsdienstes daran, die Dokumentation der Schuleingangsuntersuchung so weit wie möglich zu standardisieren, um für gesundheitspolitische Steuerungsprozesse auf landes- und kommunaler Ebene eine möglichst valide Datengrundlage zu liefern.

Zur Heranbildung ärztlichen Nachwuchses für den Öffentlichen Gesundheitsdienst hält es die GMK für erforderlich, bei Landesämtern und Gesundheitsämtern über die regulären Stellenpläne hinaus Weiterbildungsstellen für Ärztinnen und Ärzte vorzuhalten.

Das Landesuntersuchungsamt in Landau hält in Zusammenarbeit mit dem Robert Koch-Institut über den regulären Stellenplan hinaus, kontinuierlich eine Weiterbildungsstelle bereit, um das Postgraduierten Weiterbildungsangebot des Robert Koch-Instituts zu nutzen, ärztlichen Nachwuchs für den Bereich Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung zu gewinnen.

Die GMK sieht auch in Famulaturen von Medizinstudierenden im Öffentlichen Gesundheitsdienst eine gute Möglichkeit zur Personalgewinnung. Die Länder werden dazu geeignete Instrumente zur Vermittlung entwickeln.

Seit dem Jahr 2014 können in den rheinland-pfälzischen Gesundheitsämtern wieder Famulaturen abgeleistet werden, eine Maßnahme zur Verbesserung der Vermittlung fachlicher Inhalte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die ärztliche Ausbildung und perspektivisch auch zur Gewinnung von Nachwuchskräften. Hier wird es zukünftig darauf ankommen, das Angebot noch stärker unter den Medizinstudierenden zu vermitteln.

23. *Wie hat sich in Rheinland-Pfalz die Zahl der planmäßigen Arztstellen in den jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?*
24. *Wie hat sich in Rheinland-Pfalz die Zahl der nicht besetzten Arztstellen in den jeweiligen Gesundheitsämtern und insgesamt in den letzten zehn Jahren entwickelt?*

Arztstellen (VZÄ) im Zeitverlauf	2008		2013		2018	
	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis	Rheinland-Pfalz insgesamt	Durchschnitt pro Landkreis
besetzt [Anzahl]	111,1	4,6	108,7	4,5	116,7	4,9
unbesetzt [Anzahl]	3,3	0,1	6,7	0,3	15,2	0,6
insgesamt [Anzahl]	114,4	4,7	115,4	4,8	131,9	5,5

(Stand: 17. Oktober 2018.)

25. *Inwieweit muss und wodurch soll die Tätigkeit als Ärztin oder Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Rheinland-Pfalz attraktiver gemacht werden?*

Auf die Antwort der Landesregierung zu den Fragen 20 und 21 wird verwiesen.

26. *Welches ist der Sachstand der Umsetzung dieser Forderungen für Rheinland-Pfalz?*

Auf die Antwort der Landesregierung zu Frage 22 wird verwiesen.

Sabine Bätzing-Lichtenthäler
Staatsministerin

