

Öffentlicher Gesundheitsdienst Bayern

1. Wer wir waren

2. Was wir sind

3. Wie wir sein müssen

1. Wer wir waren

13. Jh. v.Chr. Priester als erste Amtsärzte

Schon beim Volk Israel erkannte man die Notwendigkeit, zur Verhütung und Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten besonders kompetentes Personal mit entsprechenden Befugnissen einzusetzen. Nach dem 3. Buch Mose, Kapitel 13, musste sich zum Ausschluss von Aussatz (Lepra) jede Person mit Hautausschlag einem Priester zeigen. Dieser sonderte den Betroffenen bei Zweifel für 7 Tage und ggf. nochmals 7 Tage ab. Bei positivem Befund erfolgte der Ausschluss aus der Gemeinschaft.

1486 Gesundheitsmagistrat von Venedig

Diesem wurde als Dauereinrichtung die Aufsicht über Lebensmittelverkehr, Trinkwasserversorgung, Abfallbeseitigung, medizinisches Personal, Krankenhäuser, Unterbringung von Fremden, Überwachung der Bettler, Dirnen und Kuppler sowie der Juden übertragen.

24.4.1516 Bayern Mutterland der Lebensmittelhygiene

Herzog Wilhelm IV. erlässt auf dem Landständetag zu Ingolstadt das bayerische Reinheitsgebot, das älteste geltende Lebensmittelgesetz der Welt. Hiernach wird die Herstellung von Bier auf Gerste, Hopfen und Wasser beschränkt bei Strafe der Wegnahme von nicht vorschriftsmäßig gebrautem Bier.

1630 Exkommunizierung des Gesundheitsmagistrats von Florenz

Als der Amtsarzt von Florenz in Pestzeiten auch kirchliche Veranstaltungen untersagte, wurde er vom Bischof der Ketzerei beschuldigt. Schließlich wurde der gesamte Gesundheitsmagistrat vom Papst exkommuniziert.

1633 Bevölkerung umgeht Versammlungsverbot

Als während der Pest in England in einem Dorf der Gottesdienst verboten wurde, fand der Amtsarzt die gesamte Bevölkerung in der Kirche des Nachbarortes wieder.

28.10.1803 Landgerichtsärzte im Kurfürstentum Bayern

Ein allerhöchstes Churfürstliches Rescript „Instruktion für die öffentlichen Ärzte“ hat „die Landgerichtsärzte zur Würde der Staatsbeamten erhoben, sie besoldet, aber ihnen dadurch auch Pflichten auferlegt, welche jene, die vom Berufe eines jeden Arztes unzertrennlich sind, vermehren und an Wichtigkeit übertreffen. Die Landgerichtsärzte hatten „alle Geschäfte bei gerichtlichen und Kriminalvorfällen, Besichtigungen, Reisen in Epidemien und Endemien und viele Krankheiten, und überhaupt die ganze Ausübung der Medizinalforensis unentgeltlich zu verrichten und auch die Armen des Gerichtsbezirks unentgeltlich zu besorgen“.

26.8.1807 Bayern Vorreiter bei der Pockenimpfung

Bayern führt als erstes Land der Welt die Impfpflicht gegen Pocken ein (Baden folgt 1815, England 1857, das Deutsche Reich 1874). Da die Möglichkeit, sich freiwillig impfen zu lassen, nur von wenigen genutzt wird, versucht man nun "die Kinsblattern-Seuche für die Zukunft durch eine allgemeine und gesetzliche Einführung der Schutzpocken-Impfungen gänzlich aus unseren Staaten zu verbannen". Als Folge der konsequenten bayerischen Impfpolitik werden 1871 im teilweise geimpften München nur 89 Pockentote auf 100.000 Einwohner, im ungeimpften Berlin dagegen 623 Pockentote auf 100.000 Einwohner gezählt.

Siegel 1842
K.B. LANDGERICHTSARZT WERDENFELS
auf Pockenimpfschein unterzeichnet von
Dr. Dürscherl, kgl. Landgerichtsarzt



8.9.1808 Edikt über das Medizinalwesen

Im Edikt von König Max Josef heißt es „...haben uns bewogen, einem der wichtigsten Teile der Staatspolizei, dem Medizinalwesen, umso mehr unsere vorzügliche Aufmerksamkeit zu widmen, als durch eine gute Bestellung die ersten Bedingungen zum individuellen Wohl eines jeden einzelnen Staatsbürgers im Zusammenhange mit den allgemeinen, allein erreicht und dauernd erhalten werden können.“

23.4.1857 Hygieneprogramm gegen Cholera

Nachdem bei der Choleraepidemie von 1854 in München 2.974 und in Nürnberg 300 Menschen starben, wird durch eine Ministerialentschließung insbesondere gegenüber der bayerischen Landbevölkerung die hygienische Notwendigkeit häufigen Bades hervorgehoben.

1.7.1862 Trennung von Justiz und Verwaltung

Im Zuge der Trennung der Justiz von der Verwaltung werden die Bezirksämter geschaffen mit einem Bezirksamtman an der Spitze. Zur Abgrenzung der auf die Rechtsprechung beschränkten neuen Landgerichte erhalten die bisherigen Doppelbehörden den Zusatz älterer Ordnung (ä.O.).

1878 Bayern Mutterland der Hygiene

Max (1883 von) Pettenkofer erhält in München den weltweit ersten Lehrstuhl für Hygiene.

1892 Fatale politische Entscheidung in Hamburg

Vor der Choleraepidemie 1892 in Hamburg hatten sich Senat und Bürgerschaft für den Ausbau des Zollhafens und für ein neues repräsentatives Rathaus entschieden statt für die Sandfiltration des Trinkwassers aus der Elbe. Dieser Beschluss kostete 8.605 Bürgern das Leben (1,34 % der Hamburger Bevölkerung), fast 17.000 erkrankten. Im benachbarten preußischen Altona mit eigener Trinkwasserfiltration erkrankten nur Bürger, die in Hamburg arbeiteten.

1.4.1935 Durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934 werden aus den bisherigen Fachberatern der Verwaltungsbehörden selbständige, amtsärztlich geleitete Behörden, die in Bayern 60 Jahre lang bis zum 31.12.1995 fortbestehen. Entsprechend der nationalsozialistischen Verblendung ist Pflichtaufgabe die „Erb- und Rassenpflege“ mit Förderung erbgesunden und Verhinderung erbkranken Nachwuchses. Zu ersterer gehören Ehetauglichkeitsuntersuchungen, Mütterberatung, Kinder- und Familienfürsorge, zu letzterer Ermittlungen und Gutachten bezüglich Zwangssterilisation, Weitermeldung fehlgebildeter und behinderter Kinder mit der Extremfolge Einweisung in Fachabteilungen zum „Gnadentod“ („Euthanasie“). Gesetz und Durchführungsverordnungen gelten, gekürzt um Erb- und Rassenpflege, in Bayern bis 1986 fort. Als Bundesrecht werden sie am 14.8.2006 aufgehoben.

5.2.1962 Bayern Vorreiter bei der Polioimpfung

Bayern beginnt als erstes deutsches Bundesland mit der Schluckimpfung gegen die Kinderlähmung.

8.12.1970 Bayern Mutterland des Umweltschutzes

Das weltweit erste Umweltministerium wird in Bayern geschaffen.

12.7.1986 Bayerisches Gesundheitsdienstgesetz

Als drittes Land nach Schleswig-Holstein und Berlin löst Bayern das alte Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahr 1934 durch ein eigenes Landesgesetz ab.

1993 Kurzsichtige Umressortierung der Gesundheitsämter

190 Jahre lang lag die öffentliche Gesundheit dem bayerischen Staat so am Herzen, dass diese dem wichtigsten, nämlich dem Innenministerium, zugeteilt war. Die Umressortierung der Gesundheitsämter ins Sozialministerium erweist sich als wenig weitsichtig. Nur 3 Jahre später werden diese nämlich in die Landratsämter eingegliedert, welche ausgerechnet zum Geschäftsbereich des Innenministeriums gehören.

2. Was wir sind

Vom Lieblingskind zum Stiefkind:

Wechselnde Ministerien

1993 – 2001 Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

2001 – 2003 Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz

2003 – 2008 Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz

2008 – 2013 Umwelt und Gesundheit

2013 - Gesundheit und Pflege

Wechselnde Gesundheitsminister

1993 – 1994 Gebhard Glück

1994 – 2001 Barbara Stamm

2001 – 2003 Eberhard Sinner

2003 – 2007 Werner Schnappauf

2007 – 2008 Otmar Bernhard

2008 – 2011 Markus Söder

2011 – 2013 Marcel Huber

2013 - Melanie Huml

KEIN/E

- eigener Unterbau fürs Gesundheitsministerium
(dieses ist damit ohne ausführende Hände und abhängig vom Goodwill der Landräte)
- eigene Dienstaufsicht durchs Gesundheitsministerium
- eigene Weisungsbefugnis des Gesundheitsministeriums
- einheitliche Personalbewirtschaftung und -führung
(Amtsärzte beim Gesundheitsministerium; Sozialarbeiterinnen, Sozialmedizinische Assistentinnen, Hygienekontrolleure beim Innenministerium; Assistenzkräfte wie Arzthelferinnen und Verwaltungspersonal beim Landratsamt)
- Priorisierung in Krisenzeiten
(Auch in Krisenzeiten „Business as usual“; Schwerpunkte des StMGP; Checklisten und Sonderprojekte des LGL müssen weiter verfolgt werden; dreimalige Abfrage nach Hygienefachpersonal sowie, ob Bußgelder bei Nichterfüllung der MedHygV erlassen wurden, obwohl deren Basis den Charakter einer Empfehlung hat.)

KEIN/E

- Kontrolle durch die vorgesetzten Behörden
(z.B. keine Überprüfung amtsärztlicher Gutachten auf Plausibilität zur Qualitätssicherung und Vereinheitlichung. Kritiklose Übernahme fehlerhafter Vorgaben des StMGP und LGL durch die Regierung, die diese an die Ämter weiterleitet: z.B. dass Ebola-Verdächtige mit gleicher Reiseanamnese in Kleingruppen isoliert werden können; Erstscreening von Asylbewerbern erst nach Transport in die Landkreise mit der Gefahr der Weiterverschleppung von Infektionskrankheiten)
- Übernahme von Verantwortung durch die vorgesetzten Stellen
(Standardspruch bei Fragen z.B. nach Beschaffenheit der Arbeitskleidung von Hygienekontrolleuren oder zu Anforderungen an bestimmte Einrichtungen wie Altenheime: „Kann nur in Kenntnis der Besonderheiten vor Ort entschieden werden.“ Bei Überbelastung sollen die Gesundheitsämter selbst Prioritäten bei der Aufgabenerfüllung festlegen. Wenn dann unerwartet in Bereichen etwas passiert, die als weniger wichtig erachtet wurden, hat es den „Schwarzen Peter“.)
- kurzen Wege
(Ministerium sendet über Regierung, die fasst den Inhalt nochmals zusammen.)
- raschen Entscheidungen
(alles muss erst fachlich, juristisch, politisch geprüft werden. Im Krisenfall muss aber unverzüglich entschieden werden.)
- rechtzeitigen Handreichungen
(Die Krätze-Merkblätter des LGL kommen erst 2 Monate nach Inbetriebnahme der Not-Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber; 120 kg fremdsprachige Merkblätter für die Erstuntersuchungen kommen erst an, nachdem diese bereits abgeschlossen sind.)
- Agieren statt Reagieren
(Panikartige Schreiben der vorgesetzten Stellen nach öffentlichkeitswirksamen Vorkommnissen, z.B. Hepatitis B bei Asylanten; keine eigenen vorbeugenden Konzepte oder Zielsetzungen erkennbar.)
- Taten nach Daten
(Wöchentlich wird die Asylanten-Kapazitätsmeldung abgefragt: Wir melden, dass unser Röntgenarzt im Urlaub ist. Gleichwohl erhalten wir 150 Neuzuverlegungen, die dann logischerweise nicht geröntgt werden können. Wir informieren Regierung und LGL, dass die Gesundheitsämter über den Direktbezug von Impfstoffen und antiinfektiösen Medikamenten beim Großhandel im Schnitt 40 % Apotheken-Marge einsparen können. Keinerlei Reaktion)

KEIN/E

- Aufgabenkritik
(Es braucht keine Merkblätter des LGL, wenn es schon welche von WHO, CDC, ECDC oder RKI gibt; dies sind verschleuderte Ressourcen. Selbst in Krisenzeiten wird das ausufernde Berichtswesen beibehalten.)
- Dienstherrnfürsorge
(Keinerlei Reaktion nach mehrfachen Überlastungsanzeigen; keine Unterstützung durch andere Ämter, die keine Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbewerber haben.)
- lokale oder regionale 24/7 Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft
(Sowohl IfSG als auch TrinkwV setzen dies voraus. Die Rufbereitschaften bei den Regierungen reichen hierfür nicht aus. Beispiel: Der Bereitschaftsarzt sitzt in GAP, die Trinkwasser-Havarie oder Seuche bricht in BGL aus.)
- Vernetzung der Nachbarämter
- einheitliche Homepage
(durch ein vorgegebenes Baukastensystem müsste nicht jedes Amt selbst das Rad neu erfinden. Auch der Bürger würde sich bei Einheitlichkeit besser zurecht finden.)
- einheitlichen E-Mail-Adressen
(gesundheitsamt@lra-gap.de; g-amt@lra-toelz.de; abt6@traunstein.bayern; bei bayernweit einheitlichen E-Mail-Adressen könnte man entsprechend Zeit sparen, weil man nicht erst nachschauen und recherchieren muss.)
- einheitliche Software
(<http://www.unisoft.de/> ; <http://www.easy-soft.de/> ; <http://www.isga.de/>. ; wechseln Bedienstete an ein anderes bayerisches Gesundheitsamt, müssen sie sich gegebenenfalls mit einer anderen Software vertraut machen.)
- einheitliche Tools fürs Trinkwasser-Berichtswesen an die EU
- einheitliches elektronisches Datenmanagement
- einheitliche elektronische Datenspeicherung
- einheitliche Dienst- und Einsatzkleidung
- einheitliche persönliche Schutzausrüstung (PSA)
- einheitlichen Standard Operating Procedures (SOPs)
- Wirtschaftlichkeit
(durch gemeinsame Großbestellungen der genannten Ausstattungen)

3. Wie wir sein müssen

Die folgenden Ausführungen beziehen sich nur auf hoheitliche Eingriffe des Gesundheitsamtes, also im Wesentlichen Hygienekontrollen, Seuchenmanagement, amtsärztliche Gutachten. Hierzu gehört auch die Vorbereitung auf mögliche bioterroristische Anschläge. Eine grundsätzliche Trennung von hoheitlichen Aufgaben und beratenden Angeboten kann innere Konflikte vermeiden. (*Beispiel: Der Amtsarzt darf Erkenntnisse, die er aus einer freiwilligen Sucht- oder Aidsberatung gewonnen hat, nicht bei einer Verbeamtenuntersuchung verwenden*). So können die Soziale Arbeit samt Suchtkrankenfürsorge und Schwangerenberatung als auch die Schulgesundheitspflege beim Gesundheitsamt bleiben, können aber auch anderswo (z.B. Jugendamt, Betreuungsstelle) angesiedelt werden.

Die öffentliche Gesundheit ist ein hohes Gut.

Die Bevölkerung erwartet vom Staat, dass ihr Gesundheitsschutz höchste Priorität besitzt. (*Beispiel Leserumfrage des Garmisch-Partenkirchner Tagblatts: 96 % für Meldepflicht von Rückkehrern aus Ebola-Ländern*). Jemand, der sich hierfür einsetzt, steht in hohem Ansehen.

Das Gesundheitsamt muss lokal oder regional 24/7 erreichbar und einsatzbereit sein.

Sowohl das Infektionsschutz-Gesetz (IfSG) als auch die Trinkwasserverordnung (TrinkwV) fordern zum einen gegebenenfalls unverzügliche Meldungen vom Meldepflichtigen sowie zum anderen ein unverzügliches Handeln des Gesundheitsamtes je nach Schadenslage.

Im Notfall müssen unverzügliche Entscheidungen getroffen werden, die nicht erst langwierig abgestimmt werden können.

Bei Gefahr im Verzug kann man nicht mehr vor Entscheidungen gemeinsame Besprechungen mit allen beteiligten Behörden einberufen und die Problematik ausdiskutieren und fachlich, rechtlich und politisch prüfen lassen. In diesem Fall muss man selbst verantwortlich handeln.

Der moderne Amtsarzt kann kein Generalist mehr sein, sondern muss ein Spezialist sein.

Die Aufgaben in den verschiedenen Bereichen von der Schulgesundheitspflege über den amtsärztlichen Gutachterdienst bis hin zur Krankenhaushygiene erfordern aufgrund der Fülle von wissenschaftlichen Erkenntnissen, Leitlinien, Vorschriften ein derartiges Detailwissen, dass kein Amtsarzt mehr auf allen Gebieten fit und kompetent sein kann.

Die personelle und materielle Ausstattung der Gesundheitsämter muss den aktuellen Anforderungen der jeweiligen Lage entsprechen.

Sofern man sich nicht vertraglich fest auf andere Leistungserbringer verlassen kann, sind eigene staatliche Ressourcen vorzuhalten. Dies kann im Bereich der Tuberkulose-Fürsorge auch wieder den Einsatz von stationären als auch mobilen Röntgengeräten und die Begutachtung der digitalen Bilder durch eigene Lungenfachärzte be-

deuten. Wenn im Ernstfall nicht stets und unverzüglich auf die Hilfe der Polizei zurückgegriffen werden kann, muss der ÖGD selbst Blaulichtberechtigung erhalten.

Bei allen unter Nr. 2 genannten Unterpunkten muss das vorstehende „KEIN/E“ durch entsprechende Maßnahmen beseitigt werden.

Fazit

Aus den Anforderungen unter Nr. 3 ergibt sich zwangsläufig, dass im Hinblick auf einen Ernstfall die Verteilung der Gesundheitsämter auf die Landratsämter nicht zukunftsfähig ist.

Es müssen vielmehr **Schwerpunktämter oder Amtsverbände** geschaffen werden, die über mindestens 8 bis 10 Amtsärzte als auch Hygienekontrolleure verfügen.

Nur dann ist eine durchgehende Ruf- und Einsatzbereitschaft auf regionaler Ebene unter Beachtung des Arbeitsschutzes (Ruhezeiten) möglich.

Nur dann können einzelne Ärzte jeweils für bestimmte Aufgaben spezialisiert werden.

Nur dann gibt es Stellen für Umweltingenieure und Aufstiegschancen für Hygienekontrolleure.

Nur dann können Personalmehrungen oder -kürzungen gerecht durchgeführt werden.

Nur dann sind größere materielle Beschaffungen wie z.B. eines Röntgengerätes wirtschaftlich möglich.

Nur dann ist eine straffe Führung durch das Gesundheitsministerium ohne individuelle Einflussnahme durch politisch unterschiedlich handelnde Landräte möglich.

Schlussbemerkung

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist in den letzten Jahrzehnten von Herausforderungen verschont geblieben, die er nicht hätte bewältigen können.

Dies kann und darf kein Ruhekiten für die Zukunft sein. In Zeiten zunehmender Globalisierung und Migration muss man sich auf Infektionskrankheiten vorbereiten, die sowohl hochansteckend als auch lebensbedrohlich sind und zudem gleichzeitig überall auftreten. Um für diese nicht unrealistische Bedrohung (*Beispiel Pandemien wie die Spanische Grippe*) bestmöglich gewappnet zu sein, sollte der öffentliche Gesundheitsdienst entsprechend den hier gemachten Vorschlägen umgestaltet werden.

Dr. Volker Juds
Gesundheitsamt GAP