

THÜR. LANDTAG POST
16.01.2024 13:37

1352/2024

fdr* • Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. • Dübblner Straße 12 • 99091 Erfurt

Thüringer Landtag
Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit
und Gleichstellung
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

Fachverband
Drogen- und
Suchthilfe e.V.



Den Mitgliedern des AfSAGG

Ihr Schreiben:

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen:

Datum: 16.01.2024

Thüringer Landtag
Zuschrift
7/3195
zu Drs. 7/8556/8922

fdr*

Fachstelle GlücksspielSucht

Dübblner Straße 12

99091 Erfurt

Telefon: 0361 346 17 46

Telefax: 0361 346 20 23

E-Mail:

gluecksspielsucht@fdr-online.info

Internet:

www.gluecksspielsucht-thueringen.de

www.fairspielt.info



Stellungnahme der Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht zum Gesetzentwurf der Fraktionen DIE LINKE, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ (Drucksache 7/8922) sowie

„Thüringer Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Thüringen“ Gesetzentwurf der Parlamentarischen Gruppe der FDP (Drucksache 7/8556 – korrigierte Fassung).

Sehr geehrte Frau

sehr geehrte Damen und Herren,

wir bedanken uns für die Möglichkeit, eine schriftliche Stellungnahme abgeben zu können.

Die Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht, bestehend aus einem interdisziplinären Team, ist zentrale Fach- und Koordinierungsstelle für das Thema Glücksspielsucht im Freistaat Thüringen. Sie wird gefördert durch das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Träger der Fachstelle ist der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. Die Tätigkeiten der Fachstelle GlücksspielSucht konzentrieren sich auf die Verbesserung der Prävention, Hilfe und Forschung im Themenfeld dieser stoffungebundenen Sucht im Freistaat Thüringen sowie auf den Transfer der Ergebnisse in Politik und Praxis. Gleiches erarbeitet sich die Fachstelle gerade im Bereich der exzessiven Mediennutzung, da ein starker Anstieg dessen in der Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen ist.

 **DER PARITÄTISCHE
GESAMTVERBAND**

 **DHS**
Deutsche Hauptstelle
für Suchtfragen e.V.

Unsere Arbeit dient der Wissenschaft und Politik zur Verhinderung von Krankheit und zur Förderung von physischer und psychischer Gesundheit unter suchtfachlichen und glücksspielrechtlichen Aspekten.

Als Werkzeug der Public Health Strategie, standen die Gesundheitsämter schon vor der Covid-19-Pandemie vor großen Herausforderungen.¹ Besonders Leistungen im Bereich der Prävention und der Förderung von Gesundheit wurden bzw. werden (aufgrund Ressourcenmangels) sehr unterschiedlich stark gewichtet. Thüringen bildet zudem eine Ausnahme im Vergleich der Länder, da es als einziges Land noch kein ÖGD-Gesetz hat. Die aktuellen Entwürfe beziehen sich auf die Rechtsgrundlage „Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten“ vom 8. August 1990 in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. Oktober 1998 (VO-ÖGD). Die VO-ÖGD beinhaltet schon eine relativ weit gefasste Aussage über die Ziele und Aufgaben des ÖGD und stellt die Erfüllungsakteur:innen dar. Von einem einheitlich ausgerichteten ÖGD kann in der Bundesrepublik keine Rede sein. Dass Thüringen das letzte Bundesland sein wird, welches sich ein ÖGD-Gesetz gibt, kann jedoch eine Chance sein, einen Blick in die Ausgestaltung der ÖGD-Gesetze anderer Bundesländer inklusive Erfolge und Hemmnisse zu werfen. Ein ÖGD-Gesetz und eine damit verbundene Modernisierung, Aufstockung (finanziell/personell) und Neuausrichtung in der Wahrnehmung der Aufgaben sowie der Orientierung an stetig neu vermittelten Ergebnissen aus Forschung und Datenerhebung kann einen exzellenten Strukturgewinn sowie eine bessere und effizientere Sorge um die Gesundheit aller bedeuten.

Als Akteur:innen der Suchthilfe und Prävention möchten wir vor allem auf die diesbezüglich relevanten Punkte in dem Gesetzentwurf der Parlamentarischen Gruppe der FDP und dem gemeinsamen Gesetzentwurf der Fraktionen DIE LINKE, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eingehen.

Beantwortung des Fragenkatalogs der Fraktionen DIE LINKE, SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Drucksache 7/8922:

1. Die Aufgaben in §§ 7, 8 Abs. nm. 1 und 2 sowie §§ 9, 10 und 23 des Gesetzentwurfs sollen als Pflichtaufgabe im eigenen Wirkungskreis wahrgenommen werden. Die bisherige Verordnung sieht bisher nur Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis vor.

Welche Vor- und Nachteile sehen Sie aus Ihrer Perspektive bei einer Zuordnung in den eigenen Wirkungskreis? Sehen Sie Probleme hinsichtlich der ThürKO? Wie ließen sich diese ggf. lösen und welche Gründe/Argumente bestehen für eine Zuordnung in den eigenen Wirkungskreis? (siehe § 3, Absatz 3)

Fraglich ist zunächst, ob die Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis in ihrer Erledigung dem eigenen Ermessen des erforderlichen Umfangs unterliegen. Zwar werden jährliche Berichte an die Obere Gesundheitsbehörde geleitet, um Defizite in

¹ Siehe: Behnke, Nathalie/Zimmermann, Matthias: Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Technische Universität Darmstadt, Abgabedatum: 31.08.2019.
https://www.stadtforschung.tu-darmstadt.de/media/loewe_eigenlogik_der_staedte/berichte/Behnke_BerichtOeGD_03_10_19.pdf. Zugriff am: 04.01.2024.

der Arbeit der Unteren Gesundheitsbehörden zu erkennen (§ 4 Abs. 2 Satz 4 und 5), unklar ist jedoch, ob Zielvereinbarungen und Fristen für jede Untere Gesundheitsbehörde im Voraus festgeschrieben werden. -Eine übertragene Pflichtaufgabe sollte spezifisch, messbar, ausführbar, realistisch und terminiert sein. Die Pflichtaufgabe sollte spezifisch darlegen, welche Ziele erreicht werden sollen bzgl. der Suchtprävention, des Spielerschutzes, der Datenerhebungen und der Beratungsleistungen. Messbare Daten liefern die Zahlen der Datenerhebungen sowie ihre Auswertungen, weiterhin sind die Anzahl der Beratungsleistungen sowie konkrete Berichterstattung ein gutes Instrument. Die Aufgaben müssen für die Gesundheitsämter ausführbar sein hinsichtlich ihres finanziellen und personellen Leistungsvermögens. Realistische Ziele setzen Erfahrungen im sowie umfassende Kenntnis des betreffenden Bereichs voraus.

Werden die genannten Aufgaben Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis, heißt dies auch, dass die Erfüllung in eigener Verantwortung stattfindet. Suchthilfe und Prävention werden so zu einem Auftrag, welcher über das eigene Kreisgebiet nicht hinausgeht. Gemäß § 2 Abs. 3 bzw. § 87 Abs. 2 ThürKO kann Gemeinden und Landkreisen die Verpflichtung auferlegt werden bestimmte Aufgaben zu übernehmen, wenn dies aus Gründen des öffentlichen Wohls erforderlich ist. Werden Krankheits- und Suchtprävention sowie Gesundheitsförderung analog zur Jugendhilfe nach SGB VIII oder Sozialhilfe nach SGB XII in ihrer Erfüllung an Landkreise übergeben, braucht es also einen festen Rahmen für die Erfüllung. Unzureichend erfüllte Sucht- und Gesundheitsprävention aufgrund mangelnder Ressourcen, überlasteter Mitarbeiter:innen oder unklar definierter Aufgaben wird im Nachgang teuer. Eine regelmäßige Überwachung der Auslastung der Mitarbeiter:innen sowie der Pflichterfüllung ist folglich als begrüßenswert zu bewerten.

Es ist trotzdem geboten, dass die Gesundheitsämter selbst darauf achten, gewisse Standards in den Sachgebieten einzuhalten.

Eine horizontale Vernetzung der Landkreise und kreisfreien Städte kann hier selbstverständlich unterstützend wirken, der hohen fachlichen Eigenverantwortung, welche in vielen Sektoren stark spezifiziert ist, besser gerecht werden zu können und Synergien zu bündeln.

Ein Vorteil kann die Niedrigschwelligkeit sein durch die Verortung in allen Landkreisen sowie kreisfreien Städten, was zudem eine schnelle Reaktion auf sich ändernde äußere Faktoren (auch lokal begrenzt) begünstigen kann. Weiterhin können sich (bereits bestehende) Vernetzungen innerhalb der Kommunen positiv auf Qualität, Passgenauigkeit der Zielgruppenansprache und Impact auswirken.

2. Wie werden die Aufgaben in anderen ÖDG-Gesetzen anderer Bundesländer kommunalrechtlich zugeordnet (eigener/übertragener Wirkungskreis)?

Nur einige Länder beschreiben im Gesetz explizit die Aufgabenzuordnung im eigenen oder übertragenen Wirkungskreis. Andere Länder weisen ein strukturell anderes Vorgehen auf:

Baden-Württemberg: Behörden des ÖGD sind u. a. das Sozialministerium, das Regierungspräsidium sowie Land- und Stadtkreise (§ 2).

Der ÖGD berät Behörden und andere öffentliche Stellen in allen Fachfragen seines Aufgabengebiets, soweit nicht besondere Dienste der öffentlichen Verwaltung zuständig sind (§ 1 Abs. 3).

Bayern: Allgemeine staatliche Behörden für Gesundheit sind das zuständige Staatsministerium, die Regierungen und die Landratsämter (Art. 3). Daneben bestehen besondere staatliche Behörden für Gesundheit (Art. 5, z. B. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit).

Es gelten das Gebot der Kooperation der einzelnen Behördenbereiche sowie Informations- und Beteiligungspflichten (Art. 6).

Berlin: Für den ÖGD zuständig sind u. a. die Senatsverwaltung, zuständige Ämter der Bezirke sowie Sonderbehörden, z. B. für die Aufgaben einer Zentralen medizinischen Gutachtenstelle (§ 2). Der ÖGD nimmt seine Aufgaben „grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch wahr, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist“ (§ 1 Abs. 2).

Brandenburg: Träger des ÖGD sind das Land, Landkreise und kreisfreie Städte. In den Landkreisen und kreisfreien Städte sind die Gesundheitsämter zuständig. Die Aufgabenwahrnehmung erfolgt grundsätzlich subsidiär, soweit gesetzlich nichts anderes geregelt ist. Die Leistungen umfassen auch aufsuchende Hilfen. Der ÖGD kooperiert mit Einrichtungen in gesundheitsrelevanten Bereichen und fördert den Verbund gesundheitlicher Leistungen (§ 1).

Bremen: Träger des ÖGD sind Land und Stadtgemeinden (§ 4). Behörden und Einrichtungen des ÖGD sind u. a. die zuständige Senatsverwaltung, Gesundheitsämter und das Landesuntersuchungsamt (§ 5).

Hamburg: Die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes werden durch die für das Gesundheitswesen, den gesundheitlichen Verbraucherschutz und das Veterinärwesen zuständigen Behörden wahrgenommen. (§ 3)

Hessen: Träger des ÖGD sind das Land, die Landkreise und die kreisfreien Städte (§ 2 Abs. 1). Zuständig sind die Gesundheitsämter (§ 3, besondere Regelungen in § 5). Es gilt das Gebot der kooperativen Zusammenarbeit (§ 2 Abs. 5). Der ÖGD arbeitet eng mit den Behörden und Stellen zusammen, die Leistungen der gesundheitlichen Versorgung erbringen oder gesundheitliche Interessen vertreten (§ 1 Abs. 3). Dem ÖGD kommt eine zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in allen gesundheitlichen Fragen zu (§ 1 Abs. 3).

Die Gemeinden sind in ihrem Gebiet, soweit die Gesetze nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmen, ausschließliche und eigenverantwortliche Träger der öffentlichen Verwaltung.

Mecklenburg-Vorpommern: Träger des ÖGD sind das Land, die Landkreise und die kreisfreien Städte (§ 3 Abs. 1). Landkreise und kreisfreie Städte richten Gesundheitsämter ein (§ 3 Abs. 3).

Die allgemeinen Aufgaben der Gesundheitshilfe (§ 17), die Suchtberatung (§ 21) und die Nachsorge (§ 22); gehört zu den Aufgaben des eigenen Wirkungskreises.

Niedersachsen: Behörden des ÖGD sind neben dem Fachministerium des Landes und dem Landesgesundheitsamt die Landkreise und kreisfreien Städte. Landkreise und kreisfreie Städte richten „medizinische Fachdienste“ ein (§ 2).

Die Landkreise und kreisfreien Städte werden dabei im eigenen Wirkungskreis tätig, soweit die Aufgabe nicht durch Gesetz oder Verordnung dem übertragenen Wirkungskreis zugeordnet ist.

Nordrhein-Westfalen: Träger des ÖGD sind die Kreise, kreisfreien Städte und das Land (§ 5). Es besteht das Gebot der Zusammenarbeit mit anderen an der Gesundheitsversorgung Beteiligten. Der ÖGD wirkt auf eine gegenseitige Information und Koordination hin und regt Maßnahmen vorrangig Verpflichteter an (§ 3).

Rheinland-Pfalz: Allgemeine Behörden des ÖGD sind das fachlich zuständige Landesministerium, das Landesamt für Soziales, Jugend und Versorgung sowie die Kreisverwaltungen (§ 2). Besondere Behörde des ÖGD ist das Landesuntersuchungsamt (§ 3). Die Landkreise unterhalten Gesundheitsämter (§ 4). Die Behörden des ÖGD beteiligen und unterstützen sich gegenseitig sowie andere Behörden und Gerichte. Die übrigen Behörden beteiligen und unterstützen ihrerseits die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Saarland: Zuständig für den ÖGD sind u. a. das Landesministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales, das Landesamt für Gesundheit und Verbraucherschutz und die Gemeindeverbände (§ 2). Letztere unterhalten ein Gesundheitsamt (§ 3). Der ÖGD ist zur Durchführung einer eigenen Qualitätssicherung verpflichtet (§ 5). Er berät Behörden und andere öffentliche Stellen und hat Belange der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes in Planungsprozesse einzubringen. (§ 1 Abs. 2).

Sachsen: Behörden des ÖGD sind u. a. das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, die Landesdirektion Sachsen sowie die Gesundheitsämter (§ 2). Die Behörden des ÖGD beteiligen und unterstützen sich gegenseitig sowie andere Behörden (§ 7 Abs. 1). Der ÖGD ist bei örtlichen Planungsvorhaben mit Bedeutung für die Gesundheit zu beteiligen (§ 7 Abs. 2). Der ÖGD berät andere Behörden in humanmedizinischen Fragen (§ 1 Abs. 2).

Sachsen-Anhalt: Träger des ÖGD sind die Landkreise, kreisfreien Städte sowie Landesbehörden (§ 19). Kommunale Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Landkreise und kreisfreien Städte. Sie erfüllen die Aufgaben nach § 7 Gesundheitsförderung, § 10 Beratung und Betreuung bei besonderen Erkrankungen und bei Behinderung als Angelegenheiten des eigenen Wirkungskreises nach ihrem finanziellen Leistungsvermögen. Die übrigen Aufgaben erfüllen die Landkreise und kreisfreien Städte als Angelegenheiten des übertragenen Wirkungskreises (untere Gesundheitsbehörden - Gesundheitsämter - und untere Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärbehörden - Veterinärbehörden -), soweit nicht staatliche Behörden auf Grund besonderer Rechtsvorschriften zuständig sind; sie bestimmen nach pflichtgemäßem Ermessen den Umfang der erforderlichen Maßnahmen. (§19)

Schleswig-Holstein: Träger sind nach § 2 das Land sowie Kreise und kreisfreie Städte. Die Kreise und kreisfreien Städte nehmen die Aufgaben als pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben wahr (§ 3).

3. Wie beurteilen Sie die Vorgabe von Personalstandards im Gesetz oder in einer Verordnung (siehe § 20)? Sollten diese reine Empfehlungen bleiben oder in Form einer Rechtsverordnung verbindlich ausgestaltete werden. Was spricht dafür/dagegen?

Vor dem Hintergrund der seit Jahren angespannten Personalsituation in den Gesundheitsämtern, der Altersstrukturen, den aktuellen und bevorstehenden Aufgaben und der starken Erweiterung der Handlungsbereiche ist eine hinreichende Personalausstattung, welche den ÖGD erst handlungsfähig macht unumgänglich. Eine Rechtsverordnung löst weite Teile des Problems nicht, da z.B. der deutlich bemerkbare Fachkräftemangel (vor allem im medizinischen Bereich) eine Stellenbesetzung, auch wenn diese rechtlich verankert ist, nicht leichter macht. Gerade in Konkurrenz mit anderen Arbeitgeber:innen muss der ÖGD an Attraktivität gewinnen, um gutes Personal akquirieren und dieses dauerhaft halten zu können. Eine Rechtsverordnung garantiert nicht, eine angemessene Anzahl von Mitarbeiter:innen zur Verfügung zu haben. Fraglich ist zudem, welche Folgen die Nichtbesetzung von Stellen aufgrund mangelnder Bewerber:innen(-qualifikation) für die Gesundheitsämter hätte. Krankenhäuser, die sich nicht an die Vorgaben halten und die Grenzen der Personalausstattung unterschreiten, müssen beispielsweise Vergütungsabschläge hinnehmen. Selbst eine Ausnahmegenehmigung der Oberen Gesundheitsbehörde aufgrund mangelnden Personals ändert die Situation nicht. Positiv anzumerken sei hier der Fakt, dass eine Rechtsverordnung eine gewisse Personalausstattung garantieren soll und diesbezüglich weniger leicht zum Negativen veränderbar ist, als eine Empfehlung zur personellen Ausstattung. Dies kann natürlich eine Sicherung der grundsätzlichen Handlungsfähigkeit der Gesundheitsämter bewirken und somit ein Leistungsgarant in einem bestimmten Umfang für die Allgemeinbevölkerung darstellen. Zur wirtschaftlich effizienten Verwendung und dem passgenauen Einsatz der Mittel sind wiederum weniger starre Strukturen besser geeignet, um auf sich verändernde Faktoren (zum Beispiel Pandemien, stark steigender Crystal-Konsum, exzessive Mediennutzung als neue nicht-substanzgebundene Sucht) zeitnah reagieren zu können. Gesundheitsfürsorge muss sich, nicht nur im Hinblick auf Sucht und deren Prävention, auch an gesellschaftlichen Entwicklungen orientieren und möglichst schnell anpassen können, also eine gewisse Flexibilität mitbringen.

4. Wie sehr erhöht sich aus praktischer Sicht das Aufgabenvolumen für den ÖGD? Welche Aufgaben konkret sind mit signifikanten Mehrbelastungen verbunden?

Das Thema Glücksspiel und exzessiven Medienkonsum betrachtend, welches in den Thüringer Gesundheitsämtern aktuell nicht behandelt wird, würde die Übernahme des Themengebietes einen großen Anstieg des Aufgabenvolumens bedeuten. Da die konkrete Ausgestaltung der angebotenen Leistungen im Gesetzentwurf (Drucksache 7/8922) nicht genau erkennbar ist, ist eine genaue Einschätzung nicht möglich. Ebenso ist zu beachten, dass die im Folgenden aufgezeigten Themen laut § 19 Abs. 1 einer Aufteilung zwischen Oberer Gesundheitsbehörde und Gesundheitsamt bzw. Gesundheitsämtern bedürfen würden, deren genaue Ausgestaltung an dieser Stelle nur vermutet werden kann.

Erkenne man Gesundheitsförderung und Prävention als wichtige Themen der Gesundheitsämter an, hieße dies allerdings auch, die Gesundheitskompetenz der Gesamtbevölkerung zu stärken. Gesundheitskompetenz als Umgang mit der eigenen Gesundheit, Teilhabe und Selbstbestimmung ist ein wichtiger Grundbaustein. Gesundheitsämter müssten die Bevölkerung (breit gestreut und individuell) mit

Informationen versorgen, um eine gute Gesundheitskompetenz ausbilden zu können. Dies bildet die Grundlage für die Bürger:innen, sich im Alltagsleben auch weiterführende Informationen selbst zu erschließen und somit Ressourcen freizulegen, um Gesundheit gemäß des Salutogenesemodells nach Antonovsky zu stärken. „Im Verlauf der letzten Jahre hat sich die Gesundheitskompetenz sogar verschlechtert. Verfügten 2014 noch 54,3% der Bevölkerung über eine geringe Gesundheitskompetenz, so ist der Anteil 2020 auf fast 60% angestiegen. Dieser Gruppe fällt es eigenen Angaben zufolge schwer, gesundheitsbezogene Informationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und auf die eigene Lebenssituation anzuwenden. Das erschwert es ihnen, im Alltag Entscheidungen zu treffen, die für ihre Gesundheit förderlich sind. Das ist nicht nur für den einzelnen Menschen bedeutsam, weil sie ihn daran hindert, sich gut um seine Gesundheit zu kümmern.“²

Gesundheitsförderung und Prävention muss deshalb auch niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen umfassen. Es bleibt offen, in welchem (zeitlichen) Umfang diese Leistungen für die Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden sollen. Koordination zwischen den Suchtberatungsstellen, allen Gesundheitsämtern zum Thema Glücksspiel und exzessive Mediennutzung sowie anderen Akteur:innen im Themenbereich seien als weiteres Arbeitsfeld zu nennen. Idealerweise findet ein reger Austausch zwischen den Beratungsstellen im Land und den Gesundheitsämtern statt. Kommunikation und Öffentlichkeitsarbeit um zielgruppengerecht Erkrankte zu erreichen und zugleich die Nicht-Suchtkranken bezüglich der Gefahren zu sensibilisieren ist ein weiterer Bereich, in welchem Ressourcen geschaffen werden müssten. Nicht nur ex-post, sondern auch ex ante tätig zu werden, bedeutet, die Menschen in ihren Lebenswelten zu erreichen. Kommunikation meint auch aktive Aufklärung. Dies kann durch Vorträge vor Multiplikator:innen oder direkt an den Zielgruppen erfolgen. Suchtfachliche Einschätzungen für die Politik sowie der Austausch mit anderen Behörden zum Thema sei als weiteres Themenfeld zu nennen. Dies erfordert einen kontinuierlichen Weiterbildungswillen und auch die zeitlichen Ressourcen der betreffenden Person(en), da besonders das Thema Glücksspiel eine starke theoretische Ausprägung hat. Verfolgt ein Mitarbeitender im Thema nicht gleichzeitig die Aktionen der Automatenwirtschaft bzw. anderer Lobbyisten, oder verfolgt neue Trends in den sozialen Medien (Twitch etc.), wird der Mitarbeitende nie ein aktuelles Bild der Entwicklungen haben und gleichzeitig kein realistisches Störungsabbild. Die Gesundheitskonferenzen sowie die Gesundheitsberichterstattung über glücksspielbezogene Störungen und exzessive Mediennutzung binden weiterhin Personal. Aus den gewonnenen Erkenntnissen ein Health Impact Assessment abzuleiten, bindet weiterhin Ressourcen, ist allerdings ein notwendiges Instrument zur frühzeitigen Abschätzung positiver und negativer Folgen politischer Maßnahmen. Die Gesundheitsfolgenabschätzung versucht aufgrund umfangreicher Kenntnisse im Gebiet, bereits frühzeitig potenzielle Auswirkungen politischen Handelns auf die Gesundheit der Bevölkerung zu erkennen. Ein effizientes Instrument der Gesunderhaltung der Bevölkerung trägt auch dieser Aufgabe Rechnung und benötigt dafür Ressourcen.

An dieser Stelle soll auf einen Widerspruch im Entwurf hingewiesen werden: Im Punkt D. Kosten, wird in Absatz 5 dargestellt, dass Aufgaben unverändert bleiben im Vergleich zum Thüringer Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst. „Dadurch entstehen keine Mehrkosten für die unteren Gesundheitsbehörden, denn die Aufgaben

² Hurrelmann, K., Klinger, J., Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>, S. 2.

sind unverändert und neue Aufgaben sind nicht hinzugekommen.“ In der Begründung zu den einzelnen Bestimmungen findet sich zu § 4 (Grundsätze der Aufgabenerfüllung, Zusammenwirken), zu Absatz 2: „Das bisherige Aufgabenspektrum des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird in Zukunft um zusätzliche Tätigkeitsbereiche erweitert werden, die insbesondere eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit über den Gesundheitsbereich hinaus erfordern.“

5. Mit welchen Mehrausgaben ist aus Ihrer Sicht zu rechnen?

Eine finanzielle Einschätzung kann nicht vorgenommen werden.

6. In welchen Bereichen finden bereits Kooperationen zwischen Gesundheitsämtern statt? In welchen Bereichen können Sie sich eine weitere Zusammenarbeit oder arbeitsteilige Kooperation vorstellen?

Momentan finden zwischen der Fachstelle Glücksspielsucht und den Gesundheitsämtern keine Kooperationen statt. In welchen Bereichen eine Zusammenarbeit stattfinden kann, muss die Ausgestaltung der Planungen zeigen sowie die übertragenen Aufgaben.

7. Was spricht für oder gegen eine Bündelung der bisher zuständigen Behörden? Welche Vor- oder Nachteile hat die bisherige Trennung von Fach- und Rechtsaufsicht in unterschiedlichen Behörden (Landesamt für Verbraucherschutz und Thüringer Landesverwaltungsamt); (siehe § 3)?

Eine Organisationseinheit zu schaffen, wie im vorliegenden Entwurf beschrieben, bei der alle Fäden zusammenlaufen ist zu begrüßen. Diese Tatsache würde die effiziente und ressourcenschonende Arbeit der Gesundheitsämter vermutlich stärken, da Kommunikationsketten erleichtert werden, Ansprechpartner:innen in fachlicher und finanzieller Hinsicht gut zu erreichen sind und diese Ansprechpartner:innen unmittelbar miteinander arbeiten. Eine Bündelungsbehörde schafft eine entzerrte behördliche Struktur nach dem Prinzip der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Ob das Personal für die fachliche Beratung, Unterstützung, Koordinierung, Personalgewinnung, wissenschaftliche Auswertung der Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen, Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien, Erstellung von Gesundheitsberichten, gesundheitspolitische Planungen etc. wirklich in ausreichendem Maße, alle (neuen) Aufgaben der Gesundheitsämter betreffend, bereits vorhanden ist, kann natürlich nicht beurteilt werden.

8. Wie sollte aus fachlicher Sicht bestenfalls eine Bündelung der Aufgaben erfolgen, und kann diese Bündelung ggf. ohne Bildung einer neuen Behörde erfolgen?

Eine Bündelung der Aufgaben ist, wie bereits dargestellt, zu begrüßen. Alle Aufgaben z.B. Planungsgeschehen, Auswertungen zu den einzelnen Aufgaben der Gesundheitsämter usw. wären anderenfalls themenspezifisch in verschiedenen Behörden angesiedelt. Dies erschwert die Kommunikation, welche auch aufgrund sich überschneidender Bereiche eine große Bedeutung hat. Gesundheit in den Lebenswelten der Menschen insgesamt zu stärken, erfordert eine holistische Betrachtung dieser. Um Synergieeffekte zwischen den Kommunen und kreisfreien Städten zu nutzen, Aufgaben und Erfahrungen zu teilen und Kommunikation zu

stärken, bietet sich abermals eine Zusammenführung der bisher beteiligten Mitarbeiter:innen in eine obere Gesundheitsbehörde an. Besteht diese nicht, gibt es diesbezüglich keine:n einheitliche:n Ansprechpartner:in. Die Bündelungsstruktur kann beispielsweise einen Themenbereich enthalten, welcher Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung enthält. Spezialist:innen innerhalb dieser Bereiche beschäftigen sich mit Krankheitsprävention der verschiedenen Sparten, erstellen Konzepte, vernetzen sich für Projekte unter dem Ansatz Health in all Policies, verarbeiten Gesundheitsdaten im relevanten Bereich, werten diese Daten aus und verknüpfen diese mit Wissenschaft und Forschung. Ebenso würde die Qualitätssicherung von Präventionsmaßnahmen und der medizinischen Maßnahmen zum dargestellten Bereich gehören.

Ein weiterer übergeordneter Themenbereich könnte beispielsweise „Umweltmedizin und Infektionsschutz“ sein (analog auch alle anderen Themen im Handlungsbereich), welche ebenso durch spezialisierte Mitarbeiter:innen Unterpunkte wie Konzepte, Datenauswertung etc. bearbeitet. Ein weiterer Arbeitsbereich könnte die finanzielle Ausstattung der Unteren Gesundheitsbehörden sein, welcher alle Anliegen gebündelt verarbeitet.

9. Welche ggf. weiteren Aufgaben sehen Sie in der geplanten Bündelungsbehörde? Welche sollten auf kommunaler Ebene verbleiben?

Siehe Frage 8. Die praktischen Aufgaben bei den Gesundheitsämtern zu belassen, die Mitarbeiter:innen von Planungs- und Koordinierungsaufgaben weitgehend zu befreien, aber im engen Austausch zu sein, um Planungen und Strategien an der Praxis und Erfahrungswelt der Mitarbeiter:innen der Gesundheitsämter ausrichten, könnte ein gutes Vorgehen sein, effizient Impact auf die Bevölkerungsgesundheit nehmen zu können.

10. Wie beurteilen Sie die verpflichtende Nutzung einer gemeinsamen digitalen Kooperations-Plattform, beispielsweise für die Zusammenführung der Gesundheitsberichterstattung (§ 5)?

Die Digitalisierung des ÖGD muss alle Arbeitsbereiche einbeziehen und eine sinnvolle Möglichkeit schaffen, auf Informationen zuzugreifen und Informationen zu teilen – über das eigene Gesundheitsamt hinaus und bestenfalls auch im Austausch mit der Oberen Gesundheitsbehörde. Anwendungsfelder sind interne Aufgaben des ÖGD, die Aufgabenfelder des ÖGD betreffend sowie andere Behörden betreffend, wenn angrenzende Fachbereiche einbezogen werden müssen. Allen Beteiligten ist hier natürlich bewusst (dennoch soll es Vollständigkeitshalber erwähnt werden), dass Datenschutz und Privatsphäre eingehalten werden und den rechtlichen Bestimmungen entsprechen müssen. Die sinnvolle und rechtlich einwandfreie Nutzung digitaler Austauschplattformen benötigt eine fachliche Kompetenzentwicklung der Mitarbeitenden.

11. Zu § 5 Abs. 2: Inwiefern ist nach Ihrer Einschätzung für die Realisierung der geforderten digitalen Plattform zum Datenaustausch und zur Datenspeicherung eine Eigenentwicklung erforderlich bzw. kann auf bereits vorhandene und modifizierbare Softwarelösungen zurückgegriffen werden?

Diese Frage kann nicht beantwortet werden.

12. Zu § 7: Wie können aus Ihrer Sicht die hier genannten Maßnahmen bzw. Strukturen der Krankheitsprävention (z.B. im Bereich der kinder- und jugendärztlichen Präventionsarbeit) so ausgestaltet und koordiniert werden, dass Synergie gehoben werden und keine Doppelstrukturen entstehen?

Aus dem Blick der Suchthilfe, Suchtprävention und Gesundheitsförderung, kann ein gesamtstrategisches Vorgehen unterstützend dabei wirken die vielfältigen Angebote der im Bereich tätigen Akteur:innen abzustimmen und eventuell voneinander profitieren zu lassen. Der genannte Bereich sollte sich an den Bedürfnissen und Erfordernissen in der Bevölkerung orientieren. Der ÖGD kann einen Rahmen schaffen, die vorhandenen Angebote externer Akteur:innen sichtbar zu machen. Ebenso können durch diese Übersicht Lücken geschlossen werden sowie Doppelstrukturen vermieden werden. Bei der Durchführung von Maßnahmen könnte auf horizontale und vertikale Arbeit gesetzt und Ressourcen somit gebündelt werden. Da die Kommunen und kreisfreien Städte eine Heterogenität bezüglich ihrer gesundheitlichen Lebenswelten aufweisen, können kommunale Strategien zielgruppengerechter Arbeiten. Für die Organisation kommunaler Strategien hat Niedersachsen beispielsweise das Projekt „Präventionsketten Niedersachsen“ der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. ins Leben gerufen, welches sich speziell um Kinderarmut kümmert, aber in der Herangehensweise übertragbar ist. Auf der Website heißt es: „Um die Folgen von Kinderarmut gezielt zu bekämpfen, braucht es in Kommunen abgestimmte Strategien und gemeinsame Konzepte. Dies erfordert ein koordiniertes, ressortübergreifendes Handeln aller relevanten Akteur:innen sowie die Beteiligung von Kindern und Familien. Präventionsketten-Kommunen machen es sich zur Aufgabe, Chancengleichheit durch passgenaue Unterstützung für alle Kinder herzustellen [...]“.³ Präventionsketten, welche lebensphasenübergreifend begleitende Gesundheitsstrategien definieren, machen Angebote sichtbar, haben einen niedrigschwelligen Zugang, erreichen Zielgruppen besser, erleichtern den Eintritt in andere Hilfen, verbinden Akteur:innen und vermeiden somit auch Doppelstrukturen.

In Thüringen existieren vier landesweite Fachstellen für folgende Schwerpunktaufgaben der Suchtprävention und Suchtkrankenhilfe. Diese unterstützen im Auftrag des TMASGFF die unteren Gesundheitsbehörden und Thüringer Landkreise und Kommunen mit qualitativ hochwertigen Angeboten, die kommunal zielgruppenspezifisch von den Fachkräften vor Ort umgesetzt werden können.

1. TLS
2. Fachstelle GlücksSpielSucht
3. Thüringer Fachstelle Suchtprävention fdr+
4. Präventionszentrum der SiT Suchthilfe in Thüringen gGmbH

zu 1. Die Thüringer Landesstelle für Suchtfragen e.V. ist ein gemeinnütziger Verein für die Unterstützung der Suchtkrankenhilfe in Thüringen. Als zentrale Anlaufstelle bieten wir Mitgliedsorganisationen, (Fach)-Öffentlichkeit, Medien und Politik sowie allen interessierten Personen eine fachkompetente Beratung, Begleitung und Unterstützung. Dabei konzentriert sich unsere Arbeit auf die Behandlungsebene von Abhängigkeitserkrankungen. Thematische Schwerpunkte sind dabei die Unterstützung, Förderung und Weiterentwicklung der beruflichen und ehrenamtlichen

³ <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/praeventionsketten-niedersachsen/>. Zugriff am 11.01.2024.

Suchtkrankenhilfe, Digitalisierung in der Suchthilfe, berufliche Rehabilitation und andere.

zu 2. Die Thüringer Fachstelle GlücksspielSucht ist zentrale Fach- und Koordinierungsstelle für das Thema Glücksspielsucht im Freistaat Thüringen. Träger der Fachstelle ist der Fachverband Drogen- und Suchthilfe e.V. (fdr+). Die Tätigkeiten der Fachstelle GlücksspielSucht konzentrieren sich auf die Verbesserung der Prävention, Hilfe und Forschung im Themenfeld dieser stoffungebundenen Sucht im Freistaat Thüringen sowie auf den Transfer der Ergebnisse in Politik und Praxis.

zu 3. Die Thüringer Fachstelle Suchtprävention des Fachverbandes Drogen- und Suchthilfe e.V. informiert, schult und vernetzt Fachkräfte und Multiplikator:innen in Thüringen hinsichtlich wissenschaftlicher und fachspezifischer Erkenntnisse und Anwendungen. Durch die aktive Gremienarbeit auf Bundes- und Landesebene werden die Fachkräfte über aktuelle Entwicklungen informiert und evaluierte Programme von Bundesebene nach Thüringen getragen und implementiert. Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Qualitätssicherung in der Suchtprävention, dessen Umsetzung durch die Projekt- und Maßnahmebegleitung anhand der Europäischen Standards zur Suchtprävention (EDPQS), Evaluations- sowie Schulungs- und Beratungsangeboten erfolgt.

zu 4. Das Präventionszentrum der SiT gGmbH agiert im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (TMSGFF) als Fachstelle im Bereich der Suchtprävention. Es entwickelt und implementiert für und mit Thüringer Kommunen nachhaltige suchtpreventive Maßnahmen und agiert bei der Erarbeitung und Umsetzung von ressortübergreifenden Schulungsangeboten sowie der Etablierung struktureller Maßnahmen und Vernetzung von Thüringer Fachkräften federführend.

Angebote, Maßnahmen und Projekte finden sich in folgenden Settings wieder: Suchtprävention im Gesundheitswesen, Suchtprävention im Bildungswesen, Suchtprävention in Unternehmen und Behörden und Suchtprävention in Freizeitsettings.

Die Arbeit der Fachstellen bietet einen substantiellen Mehrwert für Gesundheitsämter und Fachkräfte sowie die Möglichkeit in Suchthilfe und -prävention Synergien zwischen Landes- und Kommunalebene zu heben.

13. Zu § 12 Abs. 2 Satz 4: Welche Handlungsfolgen und finanziellen Folgen für die Gesundheitsämter ergäben sich aus einer möglichen Modifizierung dieser Regelung dahingehend, dass die Gesundheitsämter grundsätzlich zum Vorhalten des entsprechenden Impfangebotes verpflichtet werden?

Diese Frage kann nicht beantwortet werden.

14. Zu §§ 23, 24: Inwiefern sind diese Regelungen aus Ihrer Sicht geeignet, die adäquate Aufgabenerfüllung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sicherzustellen, und inwiefern sehen Sie ggf. Überschneidungen zu anderen rechtlichen Regelungen aus dem Bereich des Bevölkerungs- und Katastrophenschutzes?

Diese Frage kann nicht beantwortet werden.

15. Zu § 29: Wie schätzen Sie – insbesondere für die Kommunen – die finanziellen Folgen eines Auslaufens der bundesseitigen ÖGD-Pakt-Finanzierung ein?

Nachdem viele Jahre durch Länder und Kommunen am Öffentlichen Gesundheitsdienst gespart wurde, führte dies zu erheblichen Lücken in der Versorgung und der ÖGD konnte seinen Aufgaben nur eingeschränkt nachkommen. Die Förderung des Bundes fand und findet ohne Zweckbindung zur selbstständigen Verteilung der Mittel statt. Laut Grundgesetz sind Länder und Kommunen selbst für den Öffentlichen Gesundheitsdienst verantwortlich. Laut ÖGD-Pakt stehen bis zum Jahr 2026 3,1 Mrd. Euro für den Personalaufbau in den Ländern und Kommunen bereit. Eine nachhaltige Finanzierung aufgebauter Personalstellen ist essentiell, um die Handlungsfähigkeit des ÖGD über das Jahr 2026 hinaus zu gewährleisten. Eine zukunftsfähige Gestaltung würde nicht nur ein zeitliches begrenztes Angebot schaffen, sondern eine verlässliche Säule im Gesundheitswesen. Eine wiedereinsetzende Straffung der Leistungen aus Kosteneffizienzgründen hinterließe nur ein Skelett auf dem Gebiet des vorher durchrationalisierten Sektors der Prävention und Gesundheitsförderung. Denn selbst nach dem, durch die finanziellen Hilfen des Bundes möglich gewordenen, deutlich erhöhten personellen Ressourcen in den Gesundheitsämtern, blieb im Jahr 2022 bei (erhöhter) Auslastung die Prävention oft unbearbeitet. „Lediglich 4,5 % der Befragten gaben an, bei hoher Arbeitsdichte alle Aufgaben wahrzunehmen. Vor allem Präventionsaufgaben stellten sie dann zurück.“⁴ Die Art und der Umfang der Weiterfinanzierung des ÖGD muss geklärt werden. Die Ziele des ÖGD sollen laut Bund ambitioniert und zielgerichtet sein. Einen rechtlichen Rahmen dieser Art zu stecken wird erwartet, bietet bei (teilweise) wegfallender Finanzierung allerdings auch einen Fallstrick für die Länder und Kommunen.

Stellungnahme zum „Thüringer Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Thüringen“ Gesetzentwurf der Parlamentarischen Gruppe der FDP (Drucksache 7/8556 – korrigierte Fassung).

An dieser Stelle scheint die Neuaufstellung und Steuerung des ÖGD in der Hauptsache eher darauf ausgerichtet sein, mit der nächsten Pandemie rationaler umgehen zu können. Stehen Krisenmanagement und Eingriffsverwaltung als erste und wichtigste Punkte (siehe A. Problem und Regelungsbedürfnis), verfehlt der Öffentliche Gesundheitsdienst sein alltägliches Geschäft und verpasst die Chance wieder an Bedeutung für die Bevölkerung zu gewinnen, indem er eine echte Säule des Gesundheitswesens wird und die Menschen in umfangreichen Themen in ihren Lebenswelten unterstützt. Die Notwendigkeit eines Gesetzes wird hergeleitet durch „[D]ie Anpassung der strukturellen, organisatorischen und rechtlichen Gegebenheiten des ÖGD an die Notwendigkeit, auch bei gesundheitlichen Krisenlagen die Aufgaben mit einem qualitativ hohen Standard wahrnehmen zu können, [dies] macht es

⁴ Bundesrechnungshof: Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages. Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. 17. März 2023, S. 26. (Erhebungszeitraum: Januar bis März 2022.)

erforderlich, im Rahmen eines Mantelgesetzes die bestehende Zuordnung von Aufgaben und Zuständigkeiten neu zu regeln.“. Ein Gesetz über die Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist notwendig, da der Grundauftrag des Schutzes der Gesundheit der Bevölkerung auch außerhalb von Krisenzeiten, aufgrund von Personalmangel, Ressourcenmangel, Überbelastung, mangelnder Ausstattung und mangelnder Attraktivität für medizinisches Personal auf dem Spiel steht, und diverse Aufgaben schon über einen längeren Zeitraum nur noch eingeschränkt oder gar nicht erfüllt werden können.

Das Leitbild in § 1 Abs. 1 (Allgemeine Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes) wurde von der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2016 angeregt und in einem offenen Diskussionsprozess mit dem ÖGD, Verbänden, zuständigen Gremien sowie der Wissenschaft konsentiert, von der GMK 2018 befürwortet und hier wörtlich übernommen.

§ 1 Abs. 2 Legt die Ziele des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dar, welche Suchthilfe und Sucht-Prävention zunächst vermissen lassen.

Konkret wird der Gesetzentwurf im Verlauf vor allem in Bezug auf Impfungen und der hygienischen Überwachung von Einrichtungen.

Fraglich sei, inwiefern das neu zu schaffende „Thüringer Landeszentrum Gesundheit“ den Öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützen soll und kann. Ansprechpartner für die Gesundheitsämter verbleiben in diesem Fall weiterhin im Landesamt für Verbraucherschutz sowie im Landesverwaltungsamt.

Die Erläuterungen zu § 4 Abs. 1 legen weiterhin dar, dass die Beratungs- und Unterstützungsfunktion des „Thüringer Landeszentrums Gesundheit“ für die Gesundheitsämter insbesondere die Gebiete des Infektionsschutzes, der Qualitätssicherung sowie strategischer Konzepte sei.

Von vertikaler oder horizontaler Zusammenarbeit, der Bündelung von Synergien, Entleihungen (wenn Aufgaben nicht anders wahrgenommen werden können) und Kooperationen mit Trägern und Akteur*innen der Gesundheitsförderung und Prävention ist im gesamten Entwurf nur einmal kurz die Rede, wenn es um Vortragsveranstaltungen geht. Gesundheitskonferenzen werden nicht erwähnt und der Kontakt zur Wissenschaft wird von der FDP nicht beschrieben.

Wissenstransfer findet nach dem vorliegenden Gesetzentwurf nur einseitig zum RKI statt. Ist der ÖGD nur Experte für Infektionsschutz verfehlt er umfangreiche Aufgaben. Das Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst (siehe: Leitbild von der Gesundheitsministerkonferenz 2016) legt ein wissenschaftsbasiertes und vernetztes Vorgehen nahe, gibt Chancengleichheit und Public Health einen hohen Stellenwert, ist bürgernah organisiert, multiprofessionell aufgestellt und ethisch reflektiert in Respekt vor der Würde des Menschen.

Chancengleichheit vulnerabler Gruppen und Vermeidung von Stigmatisierung sind wenig ausformuliert im vorliegenden Gesetzentwurf.

Einen großen Teil des Gesetzentwurfs bilden Bestimmungen zu Eingriffsrechten und Überwachung. Kosten für eine Personalaufstockung der Mitarbeitenden in den Gesundheitsämtern scheint nicht vorgesehen. Allgemein bekannt ist die mangelnde Personaldecke in den Gesundheitsämtern sowie Nachwuchsprobleme, mangelnde Attraktivität der Arbeit in den Gesundheitsämtern besonders für medizinisches Fachpersonal etc. Explizit dargestellt wurde dies in einem eigens angefertigten Bericht im Auftrag des Thüringer Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie von 2019.⁵ Folglich wird eine zusätzliche Behörde zur Überwachung

⁵ Siehe: Behnke, Nathalie/Zimmermann, Matthias: Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit,

geschaffen, ohne die Basis für die Umsetzung der Aufgaben besser auszustatten oder mehr Geld bereitzustellen um eine höhere Attraktivität der Unteren Gesundheitsbehörden als Arbeitsort zu erreichen.

Andere Professionen als Ärzte und Verwaltungsmitarbeiter werden nicht erwähnt. Sicher kann z.B. Sucht rein biomedizinisch betrachtet werden. Administrativ ist das richtig. Besondere Kompetenz kommt hier allerdings der Sozialen Arbeit zu, welche sektorenübergreifend Hilfeprozesse begleitet und unterstützt. Teilhabe und Chancengleichheit verlangen auch soziale Berufe im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Eine Ausstattung des ÖGD durch multidisziplinäre Teams, welche mit verschiedenen Methoden, getragen von dem gemeinsamen moralischen Leitbild der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller zusammenarbeiten – dies sollte das Fundament des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sein.

Frauen und Familie, Technische Universität Darmstadt, Abgabedatum: 31.08.2019.

https://www.stadtforschung.tu-darmstadt.de/media/loewe_eigenlogik_der_staedte/berichte/Behnke_BerichtOeGD_03_10_19.pdf. Zugriff am: 04.01.2024.

Literatur

Behnke, Nathalie/Zimmermann, Matthias: Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie. Technische Universität Darmstadt, Abgabedatum: 31.08.2019. https://www.stadtforschung.tu-darmstadt.de/media/loewe_eigenlogik_der_staedte/berichte/Behnke_BerichtOeGD_03_10_19.pdf. Zugriff am: 04.01.2024.

Bundesrechnungshof: Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages. Prüfung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. 17. März 2023, (Erhebungszeitraum: Januar bis März 2022.) S. 26.

Hurrelmann, K., Klinger, J., Schaeffer, D. (2020): Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland – Vergleich der Erhebungen 2014 und 2020. Bielefeld: Interdisziplinäres Zentrum für Gesundheitskompetenzforschung (IZGK), Universität Bielefeld. <https://doi.org/10.4119/unibi/2950303>, S. 2.

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e. V.: <https://www.gesundheit-nds-hb.de/projekte/praeventionsketten-niedersachsen/>. Zugriff am 11.01.2024.