

**Kleine Anfrage zur schriftlichen Beantwortung
gemäß § 46 Abs. 1 GO LT
mit Antwort der Landesregierung**

Anfrage der Abgeordneten Jörg Bode, Sylvia Bruns, Susanne Schütz, Björn Försterling und Dr. Marco Genthe (FDP)

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung

Wie sind die Gesundheitsämter für eine zweite Corona-Welle aufgestellt?

Anfrage der Abgeordneten Jörg Bode, Sylvia Bruns, Susanne Schütz, Björn Försterling und Dr. Marco Genthe (FDP), eingegangen am 07.09.2020 - Drs. 18/7441
an die Staatskanzlei übersandt am 17.09.2020

Antwort des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung namens der Landesregierung vom 19.10.2020

Vorbemerkung der Abgeordneten

Der Beschluss zu TOP 2 der Telefonschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 15. April 2020 beinhaltet unter 3. den Satz „Um zukünftig Infektionsketten schnell zu erkennen, zielgerichtete Testungen durchzuführen, eine vollständige Kontaktnachverfolgung zu gewährleisten und die Betroffenen professionell zu betreuen, werden in den öffentlichen Gesundheitsdiensten vor Ort erhebliche zusätzliche Personalkapazitäten geschaffen, mindestens ein Team von fünf Personen pro 20 000 Einwohner. In besonders betroffenen Gebieten sollen zusätzliche Teams der Länder eingesetzt werden, und auch die Bundeswehr wird mit geschultem Personal solche Regionen bei der Kontaktnachverfolgung und -betreuung unterstützen.“

In der aktuellen Presse finden sich Überschriften wie „Politiker und Ärzte fürchten Personalengpässe in Gesundheitsämtern“ <https://www.wallstreet-online.de/nachricht/12846742-politik-politiker-aerzte-fuerchten-personalengpaesse-gesundheitsaemtern>.

1. **Wie viele Personen arbeiten jeweils in den einzelnen Gesundheitsämtern in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover (bitte jeweils Kopfzahl und VZE angeben)?**
2. **Wie viele davon sind konkret mit den im Beschluss genannten Aufgaben betreut (bitte jeweils Kopfzahl und VZE angeben)?**
3. **Wie vielen Vollzeiteneinheiten pro 20 000 Einwohnern entspricht dies?**

Die Angaben zu Fragen 1 bis 3 sind den beigefügten Tabellen (**Anlage 1**) zu entnehmen.

Die Angaben sind teilweise unscharf und daher lediglich bedingt aussagekräftig. Der Begriff „Gesundheitsamt“ wird nicht mehr flächendeckend genutzt. Nach § 2 Abs. 2 des Niedersächsischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (NGöGD) richten die Landkreise und kreisfreien Städte zur Erfüllung ihrer Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes einen medizinischen Fachdienst ein. Die Organisationsform kann sich jedoch dabei unterscheiden, je nachdem welche weiteren Aufgaben dem medizinischen Fachdienst zugewiesen werden oder auch abhängig davon, ob die Aufgaben in unterschiedlichen Fachbereichen hinterlegt sind.

Die Personalführung liegt in der Organisationshoheit der Landkreise und kreisfreien Städte. Es gibt seitens des Landes keine Vorgaben für die Anzahl des jeweils erforderlichen Personals.

Zur Erfüllung der aktuellen Aufgaben (Frage 2) wurden zusätzliche Personen aus der eigenen Kommunalverwaltung hinzugezogen, die nicht dem medizinischen Fachdienst angehören. Hier konnten auch weitere unterstützende Personen auch außerhalb der Verwaltung (z. B. Studierende, Kräfte der Bundeswehr u. a.) hinzugezogen werden. Diese konnten je nach Arbeitsanfall variieren. Die Landesregierung hat daher eine weitere Frage aufgenommen, wie viele Personen maximal zur Aufgabenerfüllung seit Beginn der Pandemie hinzugezogen werden konnten (siehe Tabelle 3).

Personen, die die Verfolgung von Ordnungswidrigkeiten vornehmen bzw. die Anträge auf Entschädigung nach § 56 IfSG bearbeiten, wurden nicht immer aufgenommen.

4. Hat die Landesregierung die Gesundheitsämter bei der Schaffung zusätzlicher Personalkapazitäten bisher konkret unterstützt? Wenn ja, wie?

Zwischen dem Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (MS) und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDKN) wurde am 07.04.2020 eine Vereinbarung zur Unterstützung der pflegerischen und medizinischen Versorgung im Zuge der COVID-19-Pandemie geschlossen.

Kernelemente der Vereinbarung

- Abordnung von MDKN-Mitarbeitenden auf freiwilliger Basis auf Grundlage einer Sonderurlaubsregelung des MDKN,
- Abstimmung mit den Trägerverbänden des MDKN,
- COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz (Aussetzen der Qualitätsprüfungen in Pflegeheimen und Einzelfallbegutachtung bis 30.09.2020),
- Einrichtung einer Koordinierungsstelle zwischen MS und MDKN,
- Schwerpunkt: Unterstützung der Gesundheitsämter.

Gesundheitsämter, die unterstützt wurden bzw. noch werden:

Cuxhaven, Emsland, Gifhorn, Göttingen, Region Hannover, Helmstedt, Leer, Osnabrück, Osterholz-Scharmbeck, Peine, Salzgitter, Schaumburg, Uelzen/Lüchow-Dannenberg, Verden, Wolfenbüttel.

Mobile Einsatzteams:

Zu Beginn der Hilfseinsätze ging es in erster Linie um die Unterstützung bei der Entnahme von Abstrichen und der Nachverfolgung von Infektionsketten. Im Mai 2020 wurde in Abstimmung mit dem MS das Konzept der Mobilen Einsatzteams entwickelt.

Es wurde kurzfristig eine Anlaufstelle aufgebaut, an die sich die Gesundheitsämter im Fall eines Ausbruchsgeschehens in Pflegeeinrichtungen wenden und Unterstützung anfordern können. In Abstimmung mit den Gesundheitsämtern gehen MDKN-Mitarbeitende auf das betreffende Pflegeheim zu und beraten die Verantwortlichen bei der Planung des weiteren Vorgehens. Im Kern geht es dabei um die Beratung bei der Erstellung und Umsetzung von Hygienekonzepten, in der Regel auch vor Ort. Die Mobilen Einsatzteams können auch präventiv zum Einsatz kommen, um bei entsprechenden Ausbruchsgeschehen mit Schutzstrategie vorbereitet zu sein. In sieben Landkreisen werden Mobile Einsatzteams bis 31.12.2020 noch unterstützen.

Personal des MDKN:

Zwischen 25 und 30 Mitarbeitende des MDKN waren monatlich im Durchschnitt im Einsatz. Die meisten Unterstützenden des MDKN sind examinierte Pflegekräfte mit Zusatzqualifikation als TQM-Auditoren. In den bisherigen Einsatzmonaten kamen auch fünf Ärztinnen und Ärzte sowie neun Verwaltungskräfte zum Einsatz. Ärztinnen und Ärzte unterstützten in erster Linie die Abstrichteam der Gesundheitsämter, die Verwaltungskräfte halfen bei der Nachverfolgung von Infektionsketten.

Die Pflegefachkräfte waren gemischt im Einsatz, sowohl beim Abstrichmanagement als auch in den Mobilien Einsatzteams.

Koordination der Hilfseinsätze:

Gemäß der geschlossenen Vereinbarung wurden beim MS und MDKN Koordinierungsstellen eingerichtet. Die Gesundheitsämter bzw. Landkreise richteten ihren Bedarf an die Koordinierungsstelle des MS. Die Koordinierungsstelle des MS stellte die Dringlichkeit fest und stimmte sich mit der Koordinierungsstelle des MDKN entsprechend ab. Die Koordinierungsstelle des MDKN organisierte die Einsätze und informierte die Gesundheitsämter direkt. In mehreren Fällen bei akutem Ausbruchsgeschehen wurde innerhalb weniger Stunden bzw. Tage Unterstützung organisiert.

Unterstützung durch Kräfte des Katastrophenschutzes:

Im Zuge der Bekämpfung der COVID-19-Pandemie wurde durch den Runderlass des Ministeriums für Inneres und Sport vom 06.04.2020 (34-3-12550-09) die Möglichkeit des finanziellen Ausgleichs fortgewährter Leistungen für Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber für den Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen und Helfer der im Katastrophenschutz mitwirkenden Hilfsorganisationen geschaffen. Über die konkrete Anzahl der eingesetzten Kräfte kann tagesaktuell keine Aussage getroffen werden, da sich die Zahlen tagesabhängig sehr dynamisch entwickeln.

Neben Kräften des Katastrophenschutzes sind im Rahmen der Amtshilfe durch das Bundesministerium der Verteidigung (BMVg) Soldatinnen und Soldaten zur Unterstützung bei der Kontaktnachverfolgung in zwölf Landkreisen/kreisfreien Städten durch die Katastrophenschutzbehörden eingesetzt.

Containment-Scouts des Bundes:

Der Bund hat koordiniert über das Robert Koch-Institut sogenannte Containment-Scouts ausgebildet und an die Kommunen entliehen. Insgesamt kamen 50 Personen zum Einsatz. Das Programm wurde zunächst für ein halbes Jahr konzipiert. Es wird jedoch aktuell verlängert, damit in Niedersachsen planmäßig 50 Personen eingesetzt werden können.

5. Wie viele Unterstützungsteams gemäß Bund-Länder-Vereinbarung hält Niedersachsen vor?

Unterstützungsteams auf Ebene des Landes werden über die Angebote seitens des Landes nicht vorgehalten. Das Landesgesundheitsamt unterstützt die Kommunen bei einzelnen fachlichen Fragestellungen, ist jedoch selbst mit zahlreichen Aufgaben ausgelastet und hat hierfür Personal aus allen Aufgabenbereichen zusammengezogen. Das Gleiche gilt für das MS. Nur im Ausnahmefall konnte vor Ort Unterstützung geleistet werden (z. B. Geschehen MeinSchiff 3 im Landkreis Cuxhaven).

6. Wie viele Personen sind Bestandteil eines Teams?

Entfällt, siehe Antwort zu Frage 5.

7. Wie schnell kann das Land weitere Unterstützungsteams einrichten?

In Vorbereitung auf eine zweite COVID-19-Welle und eine damit einhergehende potenzielle Überlastung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) wurde am 25.09.2020 der Einführungsbeschluss der mobilen Kontaktnachverfolgungsteams (MKT) den unteren Katastrophenschutzbehörden übermittelt. Ziel ist es, den ÖGD, bei ausgeschöpften eigenen Kapazitäten, innerhalb von 24 Stunden mit in der Kontaktnachverfolgung geschultem Personal zu unterstützen, das sich aus Einsatzkräften der niedersächsischen Hilfsorganisationen (HiOrg) zusammensetzt. Hierfür soll je Katastrophenschutzbehörde mindestens eine Einsatzgruppe (neun Personen) aufgestellt werden, die die zuständige Kommune bei der Kontaktnachverfolgung unterstützt. Hierfür werden die Einsatzkräfte u. a. in den Bereichen Infektionsepidemiologie und Ausbruchsuntersuchung geschult. Das Landesgesundheitsamt stellt ein entsprechendes Angebot online zur Verfügung. Hierbei kommen Materia-

lien des Bundes zum Einsatz. Sollte es dennoch innerhalb einer Katastrophenschutzbehörde zu personellen Engpässen kommen, besteht die Möglichkeit, MKTs aus anderen Behörden über das Kompetenzzentrum Großschadenslagen des Landes Niedersachsen zur Unterstützung anzufordern.

8. Wie beurteilt die Landesregierung, sofern die Vorgaben des genannten Beschlusses bisher nicht erreicht sind, die derzeitige Personalausstattung, insbesondere vor dem Hintergrund einer möglichen zweiten Corona-Welle?

Wie dargestellt konnten die Kommunen innerhalb der eigenen Verwaltung und mit externer Unterstützung zusätzliche Kräfte mobilisieren. Da jedoch zu befürchten ist, dass das Corona-Geschehen noch langfristig große personelle Ressourcen bindet, bleibt es eine große Herausforderung, eine ausreichende Personalausstattung zu halten, dies auch insbesondere vor dem Hintergrund, dass nach dem Lock Down im Frühjahr die Verwaltung in anderen Fachbereichen wieder ihre Aufgaben in vollem Umfang wahrnehmen muss und die hinzugezogenen Personen wieder in ihrem Arbeitsfeld tätig sein müssen.

9. Welche weiteren Unterstützungsmaßnahmen plant die Landesregierung, sofern die Vorgaben des genannten Beschlusses bisher nicht erreicht sind?

Mit dem Ziel einer langfristigen Gewährleistung einer ausreichenden Personalausstattung sollen mit dem „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“ die Strukturen des ÖGD sowohl auf kommunaler Ebene wie auch auf Landesebene tiefgreifend gestärkt werden (siehe **Anlage 2**). Der Bund stellt hierfür bis 2026 4 Milliarden Euro Haushaltsmittel zur Verfügung.

Im MS wurde eine Arbeitsgruppe eingesetzt, die die nähere Ausgestaltung der Mittelzuweisung und die Bedingungen dafür festlegen soll. Sie hat am 01.10.2020 die Arbeit aufgenommen.

(Verteilt am 21.10.2020)

Tabelle 1: Antworten auf die Fragen 1 und 3

Landkreis/kreisfreie Stadt	Wie viele Personen arbeiten jeweils in den einzelnen Gesundheitsämtern in den Landkreisen, kreisfreien Städten und der Region Hannover?			
	Kopfzahl	Vollzeit-einheiten	Kopfzahl pro 20.000 Einwohner	Vollzeit-einheiten pro 20.000 Einwohner
Landkreis Ammerland	42	29,78	6,7	4,8
Landkreis Aurich	61	52	6,4	5,5
Landkreis Celle	43	25,49	4,8	2,8
Landkreis Cloppenburg	57	55	6,6	6,4
Landkreis Cuxhaven	68	53	6,8	5,3
Landkreis Diepholz	126	59	11,6	5,4
Landkreis Emsland	58	42	3,5	2,6
Landkreis Friesland	10	8,79	2,0	1,8
Landkreis Gifhorn	39	32,5	4,4	3,7
Landkreis Goslar	37	32,4	5,4	4,8
Landkreis Göttingen + Stadt Göttingen	155	106,75	9,5	6,5
Landkreis Grafschaft Bentheim	30	19,6	4,4	2,9
Landkreis Hameln-Pyrmont	53	43,5	7,1	5,9
Landkreis Harburg	82	60,93	6,5	4,8
Landkreis Heidekreis	36	27,8	5,2	4,0
Landkreis Helmstedt	28	20,79	6,1	4,5
Landkreis Hildesheim	65	52,66	4,7	3,8
Landkreis Holzminden	19	15,7	5,3	4,4
Landkreis Leer	75	59,7	8,8	7,0
Landkreis Lüneburg	46	33,61	5,0	3,7
Landkreis Nienburg/Weser	46	36,336	7,6	6,0
Landkreis Northeim	39	25,5	5,9	3,8
Landkreis Oldenburg	44	31,06	6,7	4,7
Landkreis Osnabrück + Stadt Osnabrück	120	93,26	4,4	3,4
Landkreis Osterholz	33	24,5	5,8	4,3
Landkreis Peine	59	44	8,8	6,6
Landkreis Rotenburg (Wümme)	52	43,78	6,3	5,3
Landkreis Schaumburg	73	48,3	9,3	6,1
Landkreis Stade	50	36,7	4,9	3,6
Landkreis Vechta	k. A.-	k. A.	k. A.	k. A.
Landkreis Verden	34	27,3	5,0	4,0
Landkreis Wesermarsch	44	33,1	9,9	7,4
Landkreis Wittmund	23	16,5	8,1	5,8
Landkreis Wolfenbüttel	59	43	9,8	7,1
Region Hannover	150	116,5	2,5	2,0
Stadt Braunschweig	101	84	8,1	6,7
Stadt Delmenhorst	26	19,40	6,3	4,7
Stadt Emden	32	29,18	12,9	11,7
Stadt Oldenburg	65	50,29	7,7	5,9
Stadt Salzgitter	87	71,01	16,3	13,3
Stadt Wilhelmshaven	27	22,1	6,9	5,6
Stadt Wolfsburg	31	22,375	5,0	3,6
Zweckverband LK Uelzen + LK Lüchow-Dannenberg	39	36,25	5,5	5,1

Tabelle 2: Antworten zu den Fragen 2 und 3

Landkreis/kreisfreie Stadt	Wie viele davon sind konkret mit den im Beschluss genannten Aufgaben betruet?			
	Kopfzahl	Vollzeit-einheiten	Kopfzahl pro 20.000 Einwohner	Vollzeit-einheiten pro 20.000 Einwohner
Landkreis Ammerland	9	5,98	1,4	1,0
Landkreis Aurich	64	nicht ermittelbar	6,7	-
Landkreis Celle	6	5,77	0,7	0,6
Landkreis Cloppenburg	40	33	4,7	3,8
Landkreis Cuxhaven	2	1,5	0,2	0,2
Landkreis Diepholz	106	55	9,8	5,1
Landkreis Emsland	33	24	2,0	1,5
Landkreis Friesland	9	6,89	1,8	1,4
Landkreis Gifhorn	10	8,75	1,1	1,0
Landkreis Goslar	17	12,8	2,5	1,9
Landkreis Göttingen + Stadt Göttingen	65	24	4,0	1,5
Landkreis Grafschaft Bentheim	5	1,25	0,7	0,2
Landkreis Hameln-Pyrmont	30	16,5	4,0	2,2
Landkreis Harburg	5	5	0,4	0,4
Landkreis Heidekreis	13	10	1,9	1,4
Landkreis Helmstedt	15	11,76	3,3	2,6
Landkreis Hildesheim	3	1,625	0,2	0,1
Landkreis Holzminden	8	7,5	2,2	2,1
Landkreis Leer	39	20,55	4,6	2,4
Landkreis Lüneburg	23	12,5	2,5	1,4
Landkreis Nienburg/Weser	7	5	1,2	0,8
Landkreis Northeim	10	7,5	1,5	1,1
Landkreis Oldenburg	11	8,21	1,7	1,3
Landkreis Osnabrück + Stadt Osnabrück	61	45,73	2,2	1,7
Landkreis Osterholz	10	10	1,8	1,8
Landkreis Peine	59	44	8,8	6,6
Landkreis Rotenburg (Wümme)	20	17,57	2,4	2,1
Landkreis Schaumburg	24	14,71	3,0	1,9
Landkreis Stade	22	21	2,2	2,1
Landkreis Vechta	k. A.	k. A.	-	-
Landkreis Verden	2	2	0,3	0,3
Landkreis Wesermarsch	14	12,9	3,1	2,9
Landkreis Wittmund	10	6,5	3,5	2,3
Landkreis Wolfenbüttel	16	10	2,6	1,7
Region Hannover	105	77,23	1,8	1,3
Stadt Braunschweig	6	4,5	0,5	0,4
Stadt Delmenhorst	5	4,90	1,2	1,2
Stadt Emden	12	10	4,8	4,0
Stadt Oldenburg	16	12,27	1,9	1,4
Stadt Salzgitter	30	27,07	5,6	5,1
Stadt Wilhelmshaven	17	6,7	4,3	1,7
Stadt Wolfsburg	7	5,5	1,1	0,9
Zweckverband LK Uelzen + LK Lüchow-Dannenberg	39	36,25	5,5	5,1

Tabelle 3: Zusatzangaben (s. Antwort zu Frage 3)

Landkreis/kreisfreie Stadt	Wie viele Personen konnten maximal zur Aufgabenerfüllung seit Beginn der Pandemie hinzugezogen werden?			
	Kopfzahl	Vollzeit-einheiten	Kopfzahl pro 20.000 Einwohner	Vollzeit-einheiten pro 20.000 Einwohner
Landkreis Ammerland	51	41,13	8,2	6,6
Landkreis Aurich	67	nicht ermittelbar	7,1	-
Landkreis Celle		157	0,0	17,5
Landkreis Cloppenburg	74	65	8,6	7,6
Landkreis Cuxhaven	10	8	1,0	0,8
Landkreis Diepholz	35	35	3,2	3,2
Landkreis Emsland	156	111	9,5	6,8
Landkreis Friesland	32	21,91	6,5	4,4
Landkreis Gifhorn	47	36,8	5,3	4,2
Landkreis Goslar	38	20,3	5,6	3,0
Landkreis Göttingen + Stadt Göttingen	180	130	11,0	7,9
Landkreis Grafschaft Bentheim	84	65,2	12,2	9,5
Landkreis Hameln-Pyrmont	43	31	5,8	4,2
Landkreis Harburg	79	63,7	6,3	5,0
Landkreis Heidekreis	41	30	5,9	4,3
Landkreis Helmstedt	17	12,8	3,7	2,8
Landkreis Hildesheim	37	27,8	2,7	2,0
Landkreis Holzminden	ca. 100	nicht ermittelbar	ca. 28,0	-
Landkreis Leer	90	2,4	10,5	0,3
Landkreis Lüneburg	73	20,5	7,9	2,2
Landkreis Nienburg/Weser	34	26,3	5,6	4,3
Landkreis Northeim	48	35,5	7,2	5,3
Landkreis Oldenburg	79	54	12,1	8,3
Landkreis Osnabrück + Stadt Osnabrück	328	237,6	11,9	8,6
Landkreis Osterholz	ca. 85	ca. 38	14,9	6,7
Landkreis Peine	105	44	15,6	6,6
Landkreis Rotenburg (Wümme)	28		3,4	0,0
Landkreis Schaumburg	50	30	6,3	3,8
Landkreis Stade	105	96	10,3	9,4
Landkreis Vechta	k. A.	k. A.	-	-
Landkreis Verden	16	ca. 10	2,3	1,5
Landkreis Wesermarsch	55	44,1	12,4	9,9
Landkreis Wittmund	60	45	21,1	15,8
Landkreis Wolfenbüttel	75	40	12,4	6,6
Region Hannover	219	nicht ermittelbar	3,7	-
Stadt Braunschweig	39	39	3,1	3,1
Stadt Delmenhorst	23	18,74	5,6	4,6
Stadt Emden	15	13,3	6,0	5,3
Stadt Oldenburg	44	31,75	5,2	3,7
Stadt Salzgitter	k. A.	k. A.	-	-
Stadt Wilhelmshaven	20	8	5,1	2,0
Stadt Wolfsburg	50	40	8,0	6,4
Zweckverband LK Uelzen + LK Lüchow-Dannenberg	über 75	über 70	über 10,6	über 9,9

Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Bund und Länder unterstreichen die herausragende Bedeutung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) für einen wirksamen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung. Die aktuelle Corona-Pandemie hat gezeigt, wie wichtig gerade der Öffentliche Gesundheitsdienst ist, um eine Schadens- oder Gefahrenlage dieses Ausmaßes und ihre Auswirkungen auf alle Bereiche des täglichen Lebens wirksam in den Griff zu bekommen. Die Corona-Krise hat aber auch allen vor Augen geführt, dass eine nachhaltige Verstärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist.

Um die aktuellen Erfahrungen aus dieser Pandemie aufzugreifen und die Aufgaben des Gesundheitsschutzes, der Prävention, Planung und Koordinierung noch effektiver erfüllen zu können, vereinbaren Bund und Länder hiermit einen „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Dieser hat das Ziel, den Öffentlichen Gesundheitsdienst in seiner ganzen Aufgabenvielfalt und auf allen Verwaltungsebenen zu stärken und zu modernisieren.

Die Beteiligten sind sich einig, dass für die Umsetzung des Paktes für den ÖGD die Mitwirkung der kreisfreien Städte und der Landkreise wesentlich ist. Dies gilt insbesondere für den Personalaufbau in den unteren Gesundheitsbehörden, die Digitalisierung, für die Steigerung der Attraktivität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und das geplante Monitoring.

Der föderal organisierte Öffentliche Gesundheitsdienst in den Ländern hat in den letzten Monaten einen ganz wesentlichen Beitrag zur Eindämmung der Corona-Pandemie geleistet. Um den Öffentlichen Gesundheitsdienst auch für die weiteren Herausforderungen zu stärken, haben einige Länder im Vorgriff auf den Pakt schon kurzfristig sehr rasch bedeutende Verbesserungen in der personellen und apparativen Ausstattung veranlasst. Aufbauend auf diesen Strukturen soll mit dem Pakt der ÖGD insbesondere in den Ländern zum Schutz der Bevölkerung vor den bestehenden Gesundheitsgefahren gestärkt und ausgebaut werden.

Der Bund stellt für die Umsetzung des Paktes insgesamt Mittel in Höhe von 4 Milliarden Euro bis 2026 zur Verfügung. Bund und Länder sind sich auch darüber einig, dass sie zur Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes jeweils weitere Maßnahmen in ihren Zuständigkeitsbereichen auf den Weg bringen müssen.

Die Maßnahmen im Einzelnen:

1. Personalaufbau

In Umsetzung des Paktes für den ÖGD verbessern Bund und Länder, einschließlich Kommunen, jeweils in ihren Zuständigkeitsbereichen nachhaltig die Personalausstattung und stärken damit tiefgreifend die Strukturen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Die Länder tragen in einem ersten Schritt dafür Sorge, dass im Zeitraum vom 1. Februar 2020 bis zum 31. Dezember 2021 mindestens 1.500 neue, unbefristete Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) für Ärztinnen und Ärzte, weiteres Fachpersonal sowie Verwaltungspersonal in den Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geschaffen und besetzt werden, in einem weiteren Schritt werden bis Ende 2022 mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen (Vollzeitäquivalente) geschaffen.

Die Länder verpflichten sich, dem Bund ihre jeweiligen konkreten Personalaufwuchskonzepte und -zielsetzungen im Rahmen des Paktes für den ÖGD in einem Bericht zum 31. Dezember 2021 vorzulegen. Diese legen dar, für welche Aufgaben befristete und unbefristete Stellen geschaffen und besetzt werden. Die Länder verständigen sich unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände und des Bundes auf eine einheitliche Erfassungsgrundlage. Zur Unterstützung bei der Erstellung des Personalaufwuchskonzeptes können die Länder Mittel des Paktes für den ÖGD auch für eine entsprechende Organisationsanalyse/-entwicklung verwenden.

Der Personalaufwuchs soll auf allen Ebenen (örtliche Gesundheitsämter und Behörden, befasste Landesstellen und oberste Landesbehörden) stattfinden, dabei sollen grundsätzlich 90 Prozent der Stellen in den unteren Gesundheitsbehörden/örtlichen Gesundheitsämtern geschaffen werden. Teilzeitstellen, die aufgestockt werden, können ebenfalls berücksichtigt werden.

Maßgeblich für die personelle Verbesserung sind die im Leitbild des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gemäß Beschluss der 91. Gesundheitsministerkonferenz beschriebenen Aufgaben.

Zur Umsetzung des Paktes für den ÖGD sowie zur Evaluierung der Maßnahmen schafft der Bund in der Bundesverwaltung bis zum 31. Dezember 2021 insgesamt 40 Stellen.

2. Digitalisierung

Bund und Länder sind sich darin einig, dass die Digitalisierung einen wichtigen Beitrag dazu leistet, die Arbeit des ÖGD effizienter zu gestalten und Verfahren zu beschleunigen. Bund und Länder haben bereits verschiedene Maßnahmen zur Digitalisierung des ÖGD ergriffen, die es auszubauen, zu harmonisieren und zügig voranzubringen gilt.

Vor dem Hintergrund der Pandemie ist das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes von besonderer Bedeutung, dessen Aufbau beim RKI der Bund finanziert. Bund

und Länder sind sich darin einig, diese gemeinsame Kommunikationsplattform des ÖGD unter Berücksichtigung bereits bestehender Systeme, wie zum Beispiel SORMAS, bis Ende 2022 allen Gesundheitsbehörden in Bund und Ländern zur Verfügung zu stellen.

Der Bund stellt über die 4 Mrd. Euro hinaus zu diesem Zweck bereits in 2020 Finanzhilfen in Höhe von 50 Millionen Euro gemäß Artikel 104b Absatz 1 des Grundgesetzes für Investitionen der Länder, einschließlich der Gemeinden und Gemeindeverbände, zur technischen Modernisierung des ÖGD zur Verfügung.

Ein entscheidendes Ziel der Digitalisierung ist es, eine Interoperabilität über alle Ebenen hinweg sicherzustellen und die für das Melde- und Berichtswesen erforderlichen Schnittstellen und Systeme zu definieren, zu schaffen und die entsprechenden Standards einzuhalten. Zur Beschleunigung und Vereinfachung von Meldeverfahren werden zentrale Plattformen des Bundes geschaffen, bereitgestellt und deren konsequente Nutzung vorangetrieben. Dafür vereinbaren Bund und Länder zuvor zentrale Standards zur Sicherstellung einer übergreifenden Kommunikation sowie Interoperabilität.

Die Länder ihrerseits werden dafür Sorge tragen, dass der ÖGD digital zukunftsfähig wird und die gemeinsam festgelegten zentralen Standards erfüllt werden. Die Länder verpflichten sich, entsprechende Mindeststandards einzuhalten. Diese Mindeststandards, die von der digitalen Reife einer Organisation in den fünf Kategorien „IT-Infrastruktur“, „Hardware“, „Software“, „Informationssicherheit“ und „Prozessunterstützung“ abhängen (Reifegradmodell), werden im Rahmen eines Forschungsvorhabens des Bundesministeriums für Gesundheit unter Einbeziehung der wesentlichen Akteure, insbesondere der Länder, Städte und Kommunen sowie weiterer Expertinnen und Experten vor allem aus dem Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bis zum Frühjahr 2021 erarbeitet und fortlaufend weiterentwickelt werden („Digitales Gesundheitsamt 2025“); die Umsetzung der Mindestanforderungen wird durch das Forschungsvorhaben fortlaufend evaluiert.

Um diese Maßnahmen umzusetzen, werden durch das Bundesministerium für Gesundheit ein auf den Ergebnissen des Forschungsvorhabens aufbauendes und von den Reifegradstufen abhängiges Förderprogramm aufgelegt, die entsprechenden Standards und Vorgaben entwickelt und die notwendigen zentralen Systeme (u.a. Clouddienste, Dashboards) und Tools (u.a. Informations- und Kommunikationsanwendungen) bereitgestellt.

3. Steigerung der Attraktivität des ÖGD

Bund und Länder sind sich einig, dass neben der Schaffung von Stellen weitere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität einer Tätigkeit im ÖGD dringend erforderlich sind.

Der ÖGD konkurriert bei der Besetzung von Stellen mit anderen Bereichen des Gesundheitssystems. Damit die vereinbarte personelle Stärkung auch vollumfänglich realisiert werden kann, sollen Anreize für eine Tätigkeit sowohl über das Besoldungsrecht als auch über tarifvertragliche Regelungen sowie flankierende Maßnahmen wie attraktive Arbeitsbedingungen erreicht werden.

Die Länder streben unter Beachtung der Tarifautonomie an, für das ärztliche Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst eine attraktive Bezahlung, etwa im Rahmen bestehender Tarifverträge, zu erzielen. Die Länder streben an, im Rahmen des Besoldungsrechts entsprechende Verbesserungen auch für das beamtete ärztliche Personal im Öffentlichen Gesundheitsdienst herbei zu führen. Bis dies erfolgt ist, führen die Länder Verbesserungen der finanziellen Anreize durch in der Wirkung gleiche Maßnahmen bereits ab dem Jahr 2021 herbei. Jedes Land kann hierfür bis zu zehn Prozent seines Anteils der Finanzmittel aus dem Pakt nutzen. Die Tarifautonomie und das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen begrenzen die Möglichkeit der Länder, auf die Ausgestaltung der Bezahlung von Tarifbeschäftigten der Kommunen Einfluss zu nehmen. Dies gilt auch für solche Maßnahmen der Flächenländer, die ähnliche Wirkungen erzielen sollen. Die Länder werden diese Schritte im Einvernehmen mit den jeweiligen kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene gehen.

Bund und Länder sind sich darin einig, dass die Verbindung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit der Wissenschaft sowohl in der Fort-, Aus- und Weiterbildung als auch in der Forschung vertieft werden soll.

Studierende der Medizin sollen bereits im Studium stärker an die Themenfelder der Öffentlichen Gesundheit herangeführt werden. Im Rahmen der anstehenden Reform der Approbationsordnung für Ärzte streben Bund und Länder daher an, den Bereich des Öffentlichen Gesundheitswesens und der Bevölkerungsmedizin stärker in der medizinischen Ausbildung zu verankern. Es soll ausdrücklich klargestellt werden, dass Famulaturen und Praktisches Jahr als praktische Teile des Medizinstudiums im Zusammenhang mit der Versorgung von Patientinnen und Patienten grundsätzlich auch im Gesundheitsamt abgeleistet werden können. Themen des Öffentlichen Gesundheitswesens und der Bevölkerungsmedizin sollen zudem stärker in den Ausbildungszielen- und -inhalten verankert werden.

Die Länder bitten die Ärztekammern zu prüfen, inwieweit im Rahmen bzw. in Fortentwicklung der Weiterbildungsordnungen in weiteren Gebieten als denen, in denen es bereits möglich ist, Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten, die im Öffentlichen Gesundheitswesen, insbesondere in Gesundheitsämtern, erworben werden, auf die Weiterbildung angerechnet werden können.

Zur Stärkung der wissenschaftlichen Grundlage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes fördert der Bund Forschungsprogramme. Um die universitäre Verankerung und somit Lehre und Forschung auf dem Gebiet des Öffentlichen Gesundheitswesens auszubauen, werden Bund und Länder prüfen, inwieweit strukturelle Maßnahmen, wie die Einrichtung von Stiftungsprofessuren, gefördert werden können.

Um dem Mangel an (medizinischem) Fachpersonal wirksam zu begegnen, wird die Fort-, Weiter- und Ausbildung für die Fachberufe im ÖGD gestärkt. Hierzu müssen die Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen bereits jetzt Strukturen aufbauen, um die erhöhten Anforderungen an die Fortbildungsbedarfe auch sofort erfüllen zu können. Die Länder verpflichten sich, eine adäquate personelle und sachliche Ausstattung der Bildungsinstitutionen- inklusive länderübergreifender Institutionen- für das Öffentliche Gesundheitswesen zu Beginn der Förderperiode aus dem Paktvolumen in Höhe von 35 Millionen Euro für fünf Jahre bereit zu stellen, damit diese den vermehrten Bedarf für Aus- und Weiterbildung erfüllen können. Ein Konzept zur Aufteilung dieser Mittel beschließt die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) bis Ende 2020. Darüber hinaus werden die Länder/ Kommunen genügend Finanzressourcen für Fortbildungen bei den Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen vorhalten.

Für eine positive Wahrnehmung des ÖGD ist es wichtig, dass die Tätigkeit und Maßnahmen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sichtbar sind und verständlich erläutert werden. Ziel ist es daher, die Kommunikation zur Tätigkeit und Bedeutung des ÖGD auf allen Ebenen weiter zu verbessern und auszubauen. Hierzu gehört auch eine gemeinsame Kampagne, die sich an die Bürgerinnen und Bürger mit dem Ziel wenden soll, den ÖGD in seiner ganzen Aufgabenbreite und Bedeutung für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung sichtbar und verständlicher zu machen.

4. Umsetzung der Internationalen Vorschriften zur Gesundheitssicherheit

Die Auswirkungen der Globalisierung haben auch im Bereich der Infektionsepidemiologie zu neuen Aufgaben und Herausforderungen für Nationen und Staatenverbände geführt. Wie die aktuelle Pandemie eindrucksvoll belegt, zieht die wachsende Mobilität der Menschen auch einen schnellen Transfer von Gesundheitsrisiken wie Infektionen nach sich. Vor dem Hintergrund zum Beispiel der rasanten Ausbreitung der SARS-Infektion 2003 und der drohenden Entstehung eines hochpathogenen Influenzaerregers für den Menschen wurden die Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) überarbeitet und in neuer Fassung im Juni 2005 von der 58. Weltgesundheitsversammlung der WHO verabschiedet und sind seit dem 15. Juni 2007 völkerrechtlich verbindlich.

Zur Umsetzung der IGV wurden gesetzlich Flug- und Seehäfen in Deutschland benannt, die bestimmte Bedingungen erfüllen und definierte Kapazitäten, personeller wie infrastruktureller Art, vorhalten müssen. Diese Einrichtungen sind ein essentieller Teil des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der schnellen Reaktion auf Ereignisse, die gesundheitliche Notlagen internationaler Tragweite darstellen können. Zur Stärkung dieser Strukturen wird der Bund 50 Millionen Euro in einem Förderprogramm bereitstellen.

5. Zukunftsfähige Strukturen des ÖGD

Das Aufgabenprofil des ÖGD hat einen starken Wandel erfahren. Neben der Erfüllung seiner klassischen Amtsaufgaben ist der ÖGD zunehmend zentraler Ansprechpartner

in Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention, der Gesundheitsversorgung benachteiligter Gruppen sowie im Rahmen der Gesundheitsplanung auf kommunaler Ebene. Nicht zuletzt die COVID-19-Pandemie hat verdeutlicht, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst über alle Ebenen hinweg noch besser auf akute Herausforderungen eingestellt und strukturell aufgestellt sein muss.

Gemeinsam mit einem externen und unabhängigen Expertenbeirat – berufen vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit der GMK – soll der ÖGD in Deutschland auf dieser Grundlage für kommende Pandemien und andere nationale gesundheitliche Notlagen organisatorisch und rechtlich auf ein angepasstes Fundament gestellt werden. Kommunikationswege müssen beschleunigt und vereinfacht und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Krisensituationen zügig umstrukturiert werden können. Zur personellen Unterstützung sollen sowohl internes Personal außerhalb des Bereiches „Infektionsschutz“ als auch externe Freiwillige im Krisenmanagement fortgebildet und als „Freiwilligen-Pools“ eingesetzt werden.

Bund und Länder verständigen sich daher darauf, bis zum 31. Dezember 2021 Bereiche für weitere strukturelle Anpassungen zu definieren und einen Umsetzungsplan vorzulegen. Hierbei wird das von der GMK verabschiedete Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst berücksichtigt.

Eine gute Gesundheitsberichterstattung bildet hierbei die Grundlage für die Planung von Maßnahmen sowohl in Bezug auf die Gesundheitsförderung, Prävention, Beratung als auch das Krisenmanagement.

6. Umsetzung

Für die Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt der Bund Finanzmittel in Höhe von 4 Milliarden Euro bereit.

Um den notwendigen besonderen Anforderungen zur Stärkung des ÖGD im Rahmen dieses Paktes gerecht zu werden, stellt der Bund den Ländern gegen Nachweis einmalig Mittel in Höhe von 3.100 Millionen Euro - aufgeteilt auf sechs Tranchen - durch Festbeträge im Rahmen der vertikalen Umsatzsteuerverteilung zur Verfügung. Die Mittel fließen vorrangig in den vereinbarten Personalaufwuchs und die Stärkung der Attraktivität der Tätigkeit im ÖGD. Die Aufteilung der Finanzmittel wird wie in der folgenden Tabelle dargestellt erfolgen:

Haushaltsjahr (Bund)	Millionen Euro Insgesamt (6 Jahre)
2021	200
2022	350
2023	500
2024	600
2025	700
2026	750
Insgesamt	3.100

Der Bund wird die für die erste Tranche notwendigen gesetzlichen Änderungen rechtzeitig vor dem 30.12.2020 auf den Weg bringen und beschließen sowie für die folgenden Tranchen die Umsetzung zeitgerecht realisieren. Die Tranchen werden jeweils am 01.07. jeden Jahres gezahlt, beginnend 2021.

Die Personalaufwuchskonzepte und -zielsetzungen bilden die Grundlage zur Bemessung der Umsatzsteueranteile zur Festlegung der Höhe und Zeitpunkte der einzelnen Tranchen.

Sofern die Länder die Vorgaben zur Besetzung von Stellen nur anteilig erfüllen, wird die Berechnung der Festbeträge im Rahmen der vertikalen Umsatzsteuerverteilung entsprechend angepasst. Dabei ist eine zielgenaue Regelung sicherzustellen, dass im Rahmen des Systems der Finanzbeziehungen zwischen Bund und Ländern bei den Ländern, die die aus diesem Pakt entstehenden Verpflichtungen nicht erfüllen, eine entsprechende landesspezifische Anpassung bzw. Verrechnung vorgenommen wird.

Der aus dem Pakt für den ÖGD entstehende Sach- und Personalaufwand in den kreisfreien Städten und Landkreisen ist beachtlich. Die durch diesen Pakt bei ihnen verursachten Mehrausgaben werden von den Ländern ausgeglichen. Die Länder können Aufgaben im Rahmen der Umsetzung dieses Paktes an andere Landesbehörden und örtliche Gebietskörperschaften gemäß jeweiliger landesinterner Zuständigkeitsverteilung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst übertragen.

50 Millionen Euro werden zur Stärkung der den Ländern dienenden Strukturen auf Bundesebene bereitgestellt: 24 Millionen Euro für den Aufbau von DEMIS beim Robert Koch-Institut sowie 10 Millionen Euro für Forschungs- und Evaluierungszwecke und 16 Millionen Euro zur personellen Stärkung der beteiligten Bundesbehörden.

Für ein Förderprogramm für den weiteren Ausbau der digitalen Infrastruktur im Sinne eines Reifegrad-Modells, die Festlegung und Schaffung interoperabler Standards und Schnittstellen sowie die beschriebenen notwendigen zentralen Systeme und Tools wird die Bundesregierung 800 Millionen Euro zur Verfügung stellen. Dies beinhaltet die Schaffung von zwölf Stellen im Bereich des Bundes.

50 Millionen Euro werden für ein Förderprogramm zur Modernisierung von Flug- und Seehäfen nach dem IGV-Gesetz vom Bund bereitgestellt.

Bund und Länder werden bis Ende 2022 einen gemeinsamen Zwischenbericht und bis Mitte 2027 einen finalen Bericht über die Umsetzung der vereinbarten Maßnahmen vorlegen.

Die Länder stellen sicher und machen transparent, dass die oben genannten Mittel in der Höhe ihres jeweiligen Anteils an der Umsatzsteuerverteilung nach dem Gesetz über den Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern zur Umsetzung des Paktes für den ÖGD verwendet werden.

Die personelle Stärkung muss mit Blick auf das Monitoring und die Evaluierung der Maßnahmen messbar sein. Um die personelle Stärkung messen zu können, ist zu-

nächst der Personalbestand der Gesundheitsbehörden zu Beginn des Förderzeitraums zu erheben (Ist-Zustand). Des Weiteren soll das ÖGD-Personal zukünftig routinemäßig auf Bundesebene statistisch erfasst werden. Die Erhebung soll u.a. Angaben zum Stellenbestand, zur jeweiligen beruflichen Qualifikation, Angaben zu Vollzeit/Teilzeitstellen sowie zur Altersgruppe erfassen. Der Bund wird ein regionales Fachkräfte-monitoring als Bundesstatistik etablieren und über eine Verordnung u.a. die Erfassung des ÖGD-Personals veranlassen. In 2021 wird eine erste Erhebung des Personals im ÖGD erfolgen.

Bund und Länder sind sich darüber einig, dass die Finanzierung des Personalaufwuchses nachhaltig sein muss und über das Jahr 2026 hinaus verstetigt wird. Bund und Länder werden sich hierzu Mitte 2023 austauschen.