

INTERVIEW mit Dr. med. Ute Teichert-Barthel, Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD)

„Wir haben die Chance, etwas zu bewegen“

Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) habe ganz zu Unrecht bei vielen Ärzten ein schlechtes Image, findet Teichert-Barthel.

Seit etwa einem Jahr sind Sie Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Wo sehen Sie die Schwerpunkte Ihrer Arbeit?

Teichert-Barthel: Wir setzen uns dafür ein, dass die Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens bundesweit mit ihren Anliegen Gehör finden – sowohl fachpolitisch und medizinisch-wissenschaftlich als auch berufspolitisch. Der BVÖGD erfüllt die Merkmale einer Tarifgemeinschaft; daher machen wir – und das ist derzeit der Schwerpunkt meiner Verbandstätigkeit – auch gewerkschaftliche Arbeit. Ich setze mich persönlich mit meinen Vorstandskollegen außerdem intensiv dafür ein, das Nachwuchsproblem des ÖGD zu lösen und die wichtige Arbeit unserer Kolleginnen und Kollegen in der breiten Öffentlichkeit bekannter zu machen.

Wo liegen da die Probleme?

Teichert-Barthel: Im öffentlichen Gesundheitsdienst werden Ärzte anders und nahezu immer schlechter bezahlt als im Krankenhaus. Ein Teil – etwa ein Viertel – meiner Kolleginnen und Kollegen ist verbeamtet. Angestellte Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitsamt werden nach dem Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Kommunen oder der Länder (TVöD) bezahlt. Beide Tarifverträge sind für ärztliche Kollegen und insbesondere quereinsteigende Fachärztinnen und Fachärzte nicht attraktiv. Seit 2006 wurden an Krankenhäusern, Privat-

kliniken, Unikliniken und auch im Medizinischen Dienst der Krankenkassen eigene arzt spezifische Tarifverträge durchgesetzt. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt das noch nicht, weil Ärzte dort zum Verwaltungsbereich gezählt werden. Das führt dazu, dass jemand mit einer breiten klinischen Erfahrung je nach Qualifikation – und solche qualifizierte Ärzte brauchen wir – beim Wechsel an ein Gesundheitsamt einen Einkommensverlust von mehreren Hundert bis mehr als 1 000 Euro im Monat hinnehmen muss. Das ist nicht mehr zumutbar.

Im Moment laufen die Verhandlungen mit der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände – Vka. Sind Sie dabei?

Teichert-Barthel: Der BVÖGD ist an Tarifver-

handlungen zwischen der dbb-tarifunion und Verdi und der VKA direkt beteiligt. Getrennt geführte Verhandlungen zwischen dem Marburger Bund und der VKA haben zu keinem Ergebnis geführt. Leider haben die Arbeitgeber trotz fast einjähriger Verhandlungsdauer kein akzeptables Angebot vorgelegt. Darum haben die Ärzte des ÖGD am Rande unseres Wissenschaftlichen Kongresses im Mai 2011 in Trier dagegen protestiert und in einer Kundgebung öffentlich auf ihre Benachteiligung aufmerksam gemacht. Wir wollen nicht mehr für ein zweitklassiges Gehalt arbeiten, denn wir sind ebenso qualifiziert wie unsere Kollegen an den Krankenhäusern. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist neben den Kliniken und Praxen die dritte Säule in unserem Gesundheitswesen. Wir arbeiten für die Gesundheit der gesamten Bevölkerung, aber wir bluten aus, weil wir mit den derzeitigen Gehältern auf der Basis des TVöD keinen ärztlichen Nachwuchs mehr ge-



winnen können. Wir wollen endlich einen arzt-spezifischen Tarifvertrag.

Mit welchen Argumenten können Sie denn Ärzte dazu bewegen, zu Ihnen zu kommen, auch wenn sie deutlich weniger verdienen?

Teichert-Barthel: Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst haben ein sehr vielfältiges Aufgabenspektrum. Darüber hinaus gibt es gute Karrierechancen, weil in den nächsten fünf bis zehn Jahren die Hälfte der Amtsleiter in Ruhestand gehen

„Wir bluten aus, weil wir mit den derzeitigen Gehältern keinen ärztlichen Nachwuchs mehr gewinnen können.“

wird. Beim ÖGD steht nicht der individualmedizinische, sondern der bevölkerungsmedizinische Blickwinkel im Vordergrund. Dabei geht es weniger um die Fragestellung, welche Medikamente oder welche Therapie der erkrankte Mensch braucht, um wieder zu gesunden, sondern wir betrachten vor allem das Umfeld. Ist jemand an Masern erkrankt, muss man überprüfen, wie es in der Familie aussieht, welche Kontaktpersonen es gibt und ob diese Kitas oder Schulen besuchen. Müssen dort Impfungen vorgenommen werden, brauchen die Einrichtungen Empfehlungen, müssen bestimmte Untersuchungen durchgeführt werden? Wir haben den gesamten kinder- und jugendärztlichen Dienst . . .

Was passiert da regelmäßig?

Teichert-Barthel: Der unterscheidet sich natürlich erheblich von der Kinderarztpraxis. Einerseits führen wir die allseits bekannten Reihen- und Schuluntersuchungen durch – hier kommt jeder einmal mit dem Gesundheitsamt in Berührung, wenn er Kinder hat. Auf der anderen Seite machen wir natürlich auch die Gutachten im Rahmen der Eingliederungshilfen für Kinder. In Rheinland-Pfalz beispielsweise, wie auch in einigen anderen Bundesländern, ist der ÖGD auch zuständig für den Kinderschutz. Hier haben wir seit drei Jahren ein Landeskinderschutzgesetz. Und bei uns ist es auch Aufgabe des Gesund-

heitsamtes, die regelmäßige Durchführung der U-Untersuchungen bei Kindern zu kontrollieren.

Bekommen Sie die Daten von den Ärzten übermittelt?

Teichert-Barthel: Wir erhalten einmal pro Woche von der zuständigen Landesstelle einen Datensatz übermittelt, dem zu entnehmen ist, welche Familien nicht mit ihren Kindern bei U-Untersuchungen gewesen sind. Es gibt nur die Meldung darüber, wer nicht teilgenom-

men Netzwerken. Das ist inzwischen so gut entwickelt, dass zum Beispiel die Schulen und Kitas sich im Verdachtsfall direkt melden.

Gibt es denn in den anderen Bundesländern ähnliche Strukturen, oder wird überall das Rad neu erfunden?

Teichert-Barthel: Gerade auf unserem wissenschaftlichen Kongress und in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeitskreisen unseres Verbandes versuchen wir, Orientierungsrichtlinien zu geben. Wie dies allerdings von der Politik umgesetzt wird, ist nicht vorhersehbar. Sie haben ja bei der EHEC-Krise erlebt, wie unterschiedlich dort vorgegangen wurde.

In dem Zusammenhang gab es ja auch die Forderung, den ganzen Infektionsschutz zu zentralisieren, etwa am Robert-Koch-Institut (RKI).

Teichert-Barthel: Dann haben Sie das Problem, dass die wichtigsten Informationen vor Ort verloren gehen. Es geht ja um das komplette Meldewesen, nicht nur um Ausbruchsfälle von EHEC, sondern auch um Hepatitis A, Meningokokken, Masern oder Läuse. Wenn diese Informationen nicht mehr vor Ort verfügbar sind, kann man dort nicht mehr situationsangemessen reagieren. Im Übrigen gibt es bei den Meldungen durch die Gesundheitsämter keinen Zeitverzug. Seit 2001 werden die beim Gesundheitsamt eingehenden Meldungen auf elektronischem Wege an die zuständigen Landesbehörden weitergeleitet und bei EHEC sogar gleichzeitig auch an das Robert-Koch-Institut. Das entscheidende Problem beim Meldewesen liegt anderswo. Experten gehen davon aus, dass wir nur die „Spitze des Eisberges“ sehen, von gerade einmal 20 Prozent aller meldepflichtigen Krankheiten erhalten wir eine Benachrichtigung.

Bringen denn die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes entscheidende Verbesserungen im Bereich der Krankenhaushygiene?

Teichert-Barthel: Ohne Zweifel schafft die Reform wichtige Ansatzpunkte zur Bekämpfung von

men hat. Dann nehmen wir Kontakt zu den Eltern auf. Wenn nach zweimaliger Aufforderung immer noch keine Bescheinigung über die Teilnahme an der U-Untersuchung bei uns vorliegt, macht jemand vom Gesundheitsamt einen Hausbesuch und schaut sich die Verhältnisse vor Ort an. Hinter diesen Bescheinigungen her zu rennen, ist ein mühsames Geschäft, das bindet viel Arbeitskraft und Verwaltungsaufwand. Was sich beim Kinderschutz aus meiner Sicht besser bewährt hat, ist der Aufbau von ortsbezoge-

ZUR PERSON



Dr. med. Ute Teichert-Barthel, Fachärztin für öffentliches Gesundheitswesen, seit 2002 Leiterin des Kreisgesundheitsamtes im rheinland-pfälzischen Ahrweiler, ist seit 2010 Vorsitzende des „Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes“. Sie vertritt die Interessen der rund 3 000 Ärzte in den bundesweit 419 Gesundheitsämtern. Von diesen sind nach der Statistik der Bundesärztekammer 800 Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen.

multiresistenten Erregern in Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Aber ich sehe auch noch Lücken. So hat man es beispielsweise versäumt, die Inhalte der Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI für die Ausstattung der Kliniken mit Hygienepersonal auch auf das notwendige Personal in den Gesundheitsämtern auszuweiten, die die Einhaltung der Vorschriften kontrollieren müssen. Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang eine breitere Verankerung des Hygienegedankens in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Wie sieht es mit dem Engagement des ÖGD in der Prävention aus?

Teichert-Barthel: Das ist für uns ein ganz wichtiger Tätigkeitsbereich, hier haben wir die Chance, wirklich etwas zu bewegen. Die Präventionsarbeit vor Ort ist sehr stark an den Gesundheitsämtern angesiedelt. Es gibt im Präventionsbereich hervorragende Sachen, die man bereits mit wenig Geld und wenig Aufwand umsetzen kann. Man muss nur schauen, wie es für die Gegebenheiten vor Ort strukturiert sein muss.

Der Großteil der bestehenden Präventionsangebote wird über die Krankenkassen finanziert. Müsste der ÖGD hier noch stärker miteingebunden werden?

Teichert-Barthel: Ich finde es schade, dass die Gesundheitsämter insgesamt zu wenig an der Prävention beteiligt sind. Wir machen natürlich vor Ort auch gemeinsame Projekte mit den Krankenkassen, beispielsweise bei den frühen Hilfen für Kinder sowie im Bereich der Zahngesundheit und der Impfprävention. Aber es müsste eine ÖGD-spezifische Organisation auf übergeordneter Ebene geben, die etwa Präventionsangebote besser koordinieren könnte. Wenn wir das hätten, könnte man den Präventionsbereich sehr viel besser beim ÖGD verankern und mit geeigneten Kooperationspartnern zu gemeinsamen Aktionen kommen.

Das Interview führte Thomas Gerst.

*veranstaltet vom Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V., TMF – Technologie- und Methodenplattform für die vernetzte Forschung e.V., Deutsche Gesellschaft für Gesundheits-telematik e.V.

TELEMEDIZIN UND ASSISTENZSYSTEME

Viel Potenzial im privaten Raum

Noch spielen Assistenzsysteme und telemedizinische Anwendungen kaum eine Rolle im Alltag. Mittelfristig sollen sie aber den dritten Gesundheitsstandort erobern.

Experten gehen davon aus, dass sich in einer älter werdenden Gesellschaft die Wohnung beziehungsweise das private Umfeld als dritter Gesundheitsstandort neben der Arztpraxis und der Klinik etablieren wird. Dennoch spielen technische Assistenzsysteme, die seit einigen Jahren unter dem sperrigen Begriff Ambient Assisted Living (AAL) entwickelt und getestet werden, bislang noch keine große Rolle im Alltag. Trotz vieler nationaler und europäischer Fördermaßnahmen sei im Hinblick auf die derzeitige Marktsituation von AAL-Systemen eine ernüchternde Bilanz zu ziehen, konstatierte Dr. Gerhard Finking von der European AAL Association bei der Fachtagung Telemed 2011 in Berlin (www.telemed-berlin.de)*. Als Beispiel führte er die geringe Verbreitung von Hausnotrufsystemen unter der älteren Generation (65 Jahre aufwärts) an: In Frankreich und Italien liegt diese unter zwei Prozent, in Deutschland bei etwa vier Prozent, Spitzenreiter sind Irland und das Vereinigte Königreich mit bis zu 16 Prozent. Auch häusliche Telemonitoringsysteme befinden sich immer noch überwiegend in der Erprobungsphase. „Von einem europäischen Markt für Telemonitoringsysteme kann man noch nicht sprechen“, sagte Finking. Allenfalls gebe es nationale Teilmärkte.

Markteinführungshemmnisse sind nach Meinung des AAL-Experten vor allem fehlende Finanzierungsmodelle, die fehlende Bereitschaft zur privaten Finanzierung sowie mangelnde Alltagstauglichkeit und Funktionalität, unter anderem weil internetbasierte Techniken und Haustechnik (noch) nicht integriert



Glukosemessung unterwegs: Mobile Systeme erleichtern künftig das Monitoring.

sind. Hinzu kommen ungeklärte Datenschutz- und Haftungsfragen insbesondere bei Produkten, die Sicherheit und Medizin betreffen.

Vor diesem Hintergrund spielen Assistenzsysteme in der europäischen Förderpolitik auch weiterhin eine große Rolle. Das ab dem Jahr 2014 beginnende 8. Forschungsrahmenprogramm der Europäischen Union (EU) enthält einen Schwerpunkt, der sich mit dem demografischen Wandel, Telemedizin und Assistenzsystemen befasst. Darauf verwies Prof. Dr. Wolf-Dieter Lukas, Ministerialdirektor im Bundes-