

SOCIAL POLICY IN DEMAND

A Working Paper Series

2021 / 03

Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen – Eine organisationssoziologische Analyse

Jessica Klein



**Hochschule
Bonn-Rhein-Sieg**
University of Applied Sciences

ISBN 978-3-96043-097-1
DOI 10.18418/978-3-96043-097-1

Social Policy in Demand: A Working Paper Series

Eine Publikation des Fachbereichs „Sozialpolitik und soziale Sicherheit“ an
der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
ISSN 2747-8068

Herausgeber: Hochschule Bonn-Rhein-Sieg
Grantham-Allee 20, 53757 Sankt Augustin, Germany
Editor: Prof. Dr. Esther Schüring
Koordination: Kerstin Schickendanz
Verwendung nur mit Quellenangabe und Zusendung eines Belegexemplars an die
Hochschule Bonn-Rhein-Sieg gestattet.

workingpapers.fb06@h-brs.de
<https://www.h-brs.de/de/sv/working-papers-series>

Zusammenfassung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) übernimmt eine wichtige Funktion in Sachen Bevölkerungsgesundheit und wird häufig, neben ambulanter und stationärer Versorgung, als ‚dritte Säule‘ im deutschen Gesundheitswesen beschrieben. Diese sprachlich gleichwertige Positionierung spiegelt sich allerdings in der Realität nicht wider, im Vergleich ist seine Stellung eher schwach. In der Frage, welche Ursachen hierfür vorliegen, könnte eine Hypothese lauten, dass ein diffuses Aufgabenprofil einen negativen Einfluss auf seine Stellung ausübt. Um diesen möglichen Einfluss näher zu untersuchen, lautet die Forschungsfrage: „Wie lässt sich die Stellung des ÖGD innerhalb des deutschen Gesundheitswesens anhand seines Aufgabenprofils aus kontingenztheoretischer Perspektive erklären?“.

Zu deren Beantwortung wird zunächst die Ausgestaltung der aktuellen Aufgabenprofile erhoben und verglichen. Anschließend untersucht die Arbeit mit Hilfe der organisationssoziologischen Kontingenztheorie, welche situativen Einflussfaktoren sich möglicherweise auf Aufgabenprofil und damit auch die Stellung des ÖGD ausgewirkt haben. Im Ergebnis zeigt sich, dass Veränderungen in den Aufgaben teilweise recht deutlich in Verbindung gebracht werden können mit Veränderungen der Organisationssituation, auch lässt sich ein Zusammenhang zwischen Aufgabenprofil und Stellung vermuten. Soll dem ÖGD in Zukunft wieder eine stärkere Bedeutung zukommen, so ist es neben einer gewissen Vereinheitlichung der Aufgabenprofile von großer Bedeutung, ihm wieder exklusive Aufgaben zuzusprechen. Diese könnten insbesondere in den Bereichen Planung, Koordination und Steuerung, Datengewinnung und -aufbereitung oder darin liegen, sich wieder verstärkt auf Bevölkerungsgruppen zu fokussieren, welche nicht durch andere Bereiche abgedeckt werden. Hierfür müssen die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen: Neben den bereits beschlossenen Unterstützungsleistungen gilt es insbesondere in Bezug auf die personelle Ausstattung, den ÖGD langfristig attraktiv zu gestalten. Dazu kann eine aufgewertete Stellung sowie eine verbesserte Situation in den einzelnen Behörden einen großen Teil beitragen.

Stichwörter: Öffentliche Gesundheit; Gesundheitsamt; Standortbestimmung; Aufgabenkritik; Organisationssoziologie

Abstract

The Public Health Service plays an important role in matters of population health and is often described as the 'third pillar' in the German health system alongside outpatient and inpatient care. However, this linguistically equivalent positioning is not reflected in reality; in comparison, its position is rather weak. One hypothesis for the cause of this could be that a diffuse task profile exerts a negative influence on its position. To examine this possible influence more closely, the research question is: "How can the position of the Public Health Service within the German health system be explained on the basis of its task profile from a contingency-theoretical perspective?".

To answer this question, the current task profile is first surveyed and compared. Then, with the help of Contingency Theory of Organizational Sociology, the study examines which situational factors may have had an impact on the task profile and thus also on the position of the Public Health Service. The results show that changes in the tasks can in some cases be quite clearly linked to changes in the organisational situation, and a connection between task profile and position can also be assumed. To regain a stronger position in the future, it is of great importance that the Public Health Service's tasks are standardised and exclusive to a certain extent. These could be in the areas of planning, coordination and control, data collection and processing, or in focusing more on population groups that are not covered by other health service providers. For this, the necessary resources must be available: In addition to the support measures that have already been decided, it is important to make the public health service attractive in the long term, especially regarding personnel resources. An upgraded position and an improved situation within the individual local authorities can play a major role in achieving this.

Keywords: Public Health, Local health authority; Positioning; Task review; Organizational Sociology

Diese Arbeit wurde im Rahmen einer Bachelorarbeit am Fachbereich Sozialpolitik und Soziale Sicherung der Hochschule Bonn-Rhein-Sieg verfasst. Die Betreuung erfolgte durch Prof. Dr. Remi Maier-Rigaud und Iva Figenwald.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
Abstract	4
Abkürzungsverzeichnis	1
1 Einleitung	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Forschungsstand	2
1.3 Ziel und Aufbau der Arbeit	3
2 Theoretischer Rahmen	5
2.1 Die öffentliche Verwaltung als Organisation	5
2.2 Die Kontingenztheorie	8
2.2.1 Grundstruktur der Kontingenztheorie	9
2.2.2 Kritikpunkte.....	11
2.2.3 Anpassung an den Untersuchungsgegenstand	12
3 Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland	14
3.1 Organisation und Struktur	14
3.2 Aufgabenprofil	19
3.2.1 Entwicklungen des Aufgabenprofils im historischen Verlauf	19
3.2.2 Bestandsaufnahme des aktuellen Aufgabenprofils.....	24
3.3 Stellung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens	28
4 Situative Einflüsse auf das Aufgabenprofil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	33
4.1 Dimensionen der internen Situation	33
4.1.1 Vergangenheitsbezogene Faktoren	33
4.1.2 Gegenwartsbezogene Faktoren.....	35
4.2 Dimensionen der externen Situation	38
4.2.1 Aufgabenumwelt	39
4.2.2 Globale Umwelt.....	43
4.3 Bewertung und Diskussion	46
4.3.1 Interpretation und kritische Auseinandersetzung.....	46
4.3.2 Möglichkeitsfenster und Handlungsoptionen: Neujustierung des Aufgabenprofils 50	
5 Fazit	53
Anhang A: Gesetzlich festgelegte Einzelaufgaben	55
Anhang B: Anzahl der Gesundheitsämter	59
Bibliographie	61

Abkürzungsverzeichnis

BGA	Bundesgesundheitsamt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
DDR	Deutsche Demokratische Republik
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GVG	Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
IfSG	Infektionsschutzgesetz
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
RKI	Robert Koch-Institut
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) nimmt in Deutschland als sogenannte dritte Säule des Gesundheitswesens neben der stationären und ambulanten Versorgung wichtige gesellschaftliche Aufgaben wahr. Dazu gehören neben dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung auch Beratungs- und Informationsaufgaben, Prävention, Gesundheitsförderung und Hilfen, sowie Aufgaben der Koordination, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung (Kuhn & Wildner, 2020). Auch, wenn seine herausragende Bedeutung besonders im letzten Jahr mit Eintritt der SARS-CoV-2-Pandemie (Corona-Pandemie) deutlich wurde: Eine entscheidende Rolle in Bezug auf die Bevölkerungsgesundheit spielt er schon seit seinen Ursprüngen im 18. und 19. Jahrhundert. In Deutschland werden unter dem ÖGD alle staatlichen Institutionen auf Bundes-, Länder- und Kommunalebene verstanden, die die Gesundheit der gesamten Bevölkerung adressieren. Eine besondere Position nehmen dabei die Einrichtungen auf kommunaler Ebene ein. Die dort angesiedelten Gesundheitsämter stellen die Basis des ÖGD dar und erfüllen in ihrer täglichen Arbeit einen großen Teil der angeführten Aufgaben. Doch der ÖGD in Deutschland, insbesondere auf Ebene der Gesundheitsämter, krankt an verschiedenen Stellen.

1.1 Problemstellung

Seit Jahrzehnten beklagen Expert*innen einen kontinuierlichen Rückbau, dem ÖGD mangelt es an personellen, finanziellen und materiellen Ressourcen. Diese Probleme wurden im vergangenen Jahr im Lichte der Pandemie durch Politik, Medien und Gesellschaft auch auf die Bühne der Öffentlichkeit befördert. Und auch, wenn dem ÖGD in der öffentlichen Diskussion zuvor keine große Aufmerksamkeit zuteilwurde: Problemdruck, Reformnotwendigkeit und -möglichkeiten werden in wissenschaftlichen und politischen Fachkreisen bereits seit Dekaden wiederholt thematisiert und im Ergebnis Stärkungsvorhaben postuliert; diese konnten allerdings bisher nur sehr begrenzte Wirkung entfalten. Insbesondere ab den 1990er-Jahren erlitt der ÖGD nicht nur einen beachtlichen Personalabbau (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, 2017), auch zeigt sich finanziell eine Entstaatlichung von Gesundheit, betrachtet man die Entwicklung der Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern (Statistisches Bundesamt, 2019). Dabei sind seine Aufgaben vielfältig und ausreichende Ressourcen Voraussetzung für eine umfassende Erfüllung.

Aus der Architektur ist bekannt, dass ein Gebäude nur dann solide auf seinen Säulen fußen kann, wenn diese die Last symmetrisch verteilt stemmen; jedenfalls solange sie nicht ausschließlich der Dekoration dienen sollen. Diese symmetrische Verteilung darf in Bezug auf das deutsche Gesundheitssystem nach den vorangegangenen Ausführungen allerdings angezweifelt werden. Auch in der Literatur finden sich regelmäßig Aussagen, die dem ÖGD den Verlust seiner einst relevanten Stellung im deutschen Gesundheitswesen bescheinigen. In dieser Situation des ‚Schattendaseins‘ scheint es für den ÖGD schwierig, genügend Aufmerksamkeit zu akquirieren, um Teil von umfassenden Stärkungs- oder Weiterentwicklungsmaßnahmen zu werden.

1.2 Forschungsstand

In Anbetracht der Tatsache, dass der ÖGD in Deutschland bereits seit 1934 formalrechtlich verankert ist und in dieser Zeit häufig Gegenstand von Veränderungen in Bezug auf seine Rahmenbedingungen sowie von Reformdebatten war, ist der Forschungsstand zum Thema nicht in allen Bereichen ertragreich und besonders im empirischen Feld eher gering ausgeprägt.

Chronologisch betrachtet lassen sich bereits vereinzelt Arbeiten aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts finden (Vgl. Hemmer, 1939; Flotho, 1925), insbesondere aber ab den 1980er- und 1990er-Jahren finden sich zunehmend Publikationen zum ÖGD in Deutschland, die Schwierigkeiten und Reformbedarf formulieren (Vgl. Schmacke, 1995; Ferber, 1991; Rosewitz & Webber, 1990; Labisch, 1990). Auch sind ab diesem Zeitpunkt, vermehrt aber ab den 2000er-Jahren einige wenige empirische Untersuchungen auszumachen, welche im überwiegenden Anteil auf lokaler Ebene durchgeführt wurden (Vgl. Behnke & Zimmermann, 2019; Müller, 2002; 1994).

Eine Ausnahme stellt die Arbeit von Grunow und Grunow-Lutter (2000) dar, welche die Auswirkungen von Verwaltungsmodernisierung auf Ziele, Leistungsfähigkeit und Entwicklungsperspektiven des ÖGD auf kommunaler Ebene untersuchte – sie stellt die erste und beinahe einzige Vollerhebung in Bezug auf die Gesundheitsämter in Deutschland dar. Eine weitere relevante Publikation aus dem Jahr 2016 präsentiert die Ergebnisse einer Erhebung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Personalsituation in den Gesundheitsämtern der Länder mit dem Ziel, einen Überblick über Personalstruktur und Beschäftigungsvolumen zu gewinnen (Pope et al., 2016). Aufgrund einer

Rücklaufquote von 62 Prozent und der Qualität der Daten müssen die Ergebnisse zwar mit Einschränkungen interpretiert werden, zeigen aber auf, dass sich der ÖGD in einer angespannten Lage zwischen einem zunehmend vielfältigen Aufgabenfeld und mangelnder personeller sowie sachlicher Ressourcen befindet.

Den wenigen empirischen Untersuchungen stehen eine nur gering höhere Anzahl an theoretischen Ausarbeitungen gegenüber. Hier sind beispielsweise die Publikationen von Rosewitz und Webber (1990) zu den Auseinandersetzungen um die Kompetenzen des ÖGD mit einem historisch-politischen Schwerpunkt auf Reformversuchen und -blockaden oder die von Schmacke (1995) zu nennen, der danach fragt, wie die Weiterentwicklung der Debatte um den Standort des ÖGD unter Berücksichtigung historischer, epidemiologischer und sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse zukünftig aussehen könnte.

Zusätzlich zu diesen größer angelegten Arbeiten finden sich nicht wenige Artikel in Fachzeitschriften oder -zeitungen, die immer wieder die Probleme und den Bedarf des ÖGD in Deutschland aufzeigen und eine Stärkung fordern. In diesem Zusammenhang zu nennen sind insbesondere Autor*innen wie Joseph Kuhn, Manfred Wildner, Andreas Zapf, Alf Trojan, Alfons Holleder, Peter von Philipsborn oder Ute Teichert, die alle mit dem ÖGD in Deutschland eng verbunden sind bzw. waren.

1.3 Ziel und Aufbau der Arbeit

In Bezug auf den Forschungsstand wird deutlich, dass dieser nicht abschließend und insbesondere auf einer bundesweiten, übergeordneten Ebene nicht vollumfänglich ist. So werden mögliche Ursachen für die schwache Stellung des ÖGD zwar teilweise formuliert, keine Arbeit aber fokussiert eine exklusive Betrachtung eben dieser. Es fehlt an einer übergeordneten Analyse, um die bestehenden Schwierigkeiten im Bereich des ÖGD umfassend zu verstehen und wissenschaftlich einordnen zu können. Diese Lücke soll durch die vorliegende Arbeit geschlossen werden, auch, um eine Übersicht und erste mögliche theoretische Anknüpfungspunkte für zukünftige Forschung auszuarbeiten.

Betrachtet man die angeführte Problemstellung, so stellt sich schnell die Frage, welche Ursachen für die missliche Lage des ÖGD verantwortlich sind. Eine Hypothese könnte lauten, dass das Aufgabenprofil des ÖGD einen negativen Einfluss

auf seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen ausübt. So hat sich dieses in der Zeit von seiner Entstehung bis in die Gegenwart gewandelt, viele Aufgaben sind weggefallen, andere werden heute nur noch nachrangig oder in enger Zusammenarbeit mit anderen Leistungsträger*innen übernommen. Um diesen möglichen Einfluss näher zu untersuchen, lautet die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit:

Wie lässt sich die Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) innerhalb des deutschen Gesundheitswesens anhand seines Aufgabenprofils aus kontingenztheoretischer Perspektive erklären?

Die kontingenztheoretische Annahme, auf der die hier gewählte Herangehensweise beruht, lautet, dass die situativen Rahmenbedingungen, welche den ÖGD umgeben, einen direkten Einfluss auf seine formalen Strukturen ausüben.

Ziel dieser Arbeit ist herauszufinden, welchen möglichen Einfluss die Situation des ÖGD auf sein Aufgabenprofil als formale Struktur hat, um eine erste Einschätzung der Folgen für seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen vorzunehmen. Um dies zu tun, soll in einem ersten Schritt der theoretische Hintergrund dargelegt werden, auf dem die Untersuchung beruht (Kapitel 2). Hier wird nicht nur näher auf die Beschreibung des ÖGD als Organisation eingegangen (2.1), sondern auch das Konzept der organisationssoziologischen Kontingenztheorie vorgestellt (2.2). Anschließend wird der ÖGD selbst in den Fokus gestellt: Kapitel 3 beschreibt nicht nur Grundlegendes zu seiner Organisation und Struktur (3.1), sondern betrachtet insbesondere historische Entwicklungen (3.2.1) und die aktuelle Ausgestaltung seines Aufgabenprofils (3.2.2). Außerdem soll seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen, ebenso aus historischer und aktueller Perspektive, näher beleuchtet werden, um einen möglichen Zusammenhang zwischen Aufgaben und Stellung herzustellen (3.3). In einem nächsten Schritt folgt die Analyse dieser Arbeit, in welcher interne (4.1) und externe (4.2) situative Einflussfaktoren auf das Aufgabenprofil des ÖGD untersucht werden, um im Anschluss eine Bewertung der Ergebnisse vorzunehmen und mögliche Handlungsoptionen herauszuarbeiten (4.3). Abschließen wird die Arbeit mit einem kurzen Fazit, welches die wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen zusammenfasst (5).

2 Theoretischer Rahmen

In Vorbereitung auf die Analyse soll im folgenden Abschnitt zunächst der theoretische Rahmen abgesteckt werden, der im Verlauf der Arbeit auf den Untersuchungsgegenstand übertragen und angewendet wird. Dazu wird in einem ersten Schritt die öffentliche Verwaltung, welcher der ÖGD zuzuordnen ist, als Organisationsform näher beleuchtet und deren besondere Eigenschaften beschrieben (2.1). Anschließend wird das theoretische Gerüst der Untersuchung, die organisationssoziologische Kontingenztheorie, vorgestellt (2.2.1). Im Rahmen dessen gilt es nicht allein die Theorie zu beschreiben, sondern auch auf kritische Aspekte einzugehen (2.2.2) und eine Anpassung an den hier vorliegenden Untersuchungsgegenstand vorzunehmen (2.2.3).

2.1 Die öffentliche Verwaltung als Organisation

Um die Besonderheiten der öffentlichen Verwaltung als Organisation herauszuarbeiten, muss zunächst geklärt werden, was genau unter dem Begriff der Organisation verstanden wird. Dies erachtet sich als nicht ganz trivial, obwohl oder eventuell auch gerade, weil Organisationen in unserem täglichen Leben eine so große Rolle spielen. Sowohl in Bezug auf diesen alltäglichen Gebrauch als auch auf die Wissenschaft finden sich verschiedene definitorische Ansätze, hinsichtlich letzterer hängt die Definition in der Regel von dem gewählten theoretischen Zugang ab. So können Organisationen beispielsweise verstanden werden als Instrument zur Effizienzsteigerung oder Herrschaftssicherung, das Individuum einengende Systeme oder aber eine Chance, individuelle Freiheit zu gewinnen (Kieser & Walgenbach, 2010). Allgemein gehalten definieren Aldrich und Ruef (2006, S. 4) Organisationen als „goal-directed, boundary-maintaining, and socially constructed systems of human activity“. Blau und Scott (2003/1962) unterscheiden spezifischer zwischen sozialen und formellen Organisationen. Formelle Organisationen definieren sie darüber, dass zur Erreichung des kollektiven (Organisations-)Zieles a priori bewusst bestimmte Regeln und Strukturen festgelegt werden, welche das Verhalten ihrer Mitglieder koordinieren sollen. Hier stellt die formale Struktur das unterscheidende Merkmal dar. Wendet man diese Definition auf verschiedene Beispiele, wie Krankenhäuser, Unternehmen oder Wohlfahrtsverbände an, so wird deutlich, dass die in der Realität angenommenen Organisationsformen dennoch sehr heterogen sind und ein breites Spektrum abbilden. Daher erscheint eine weitere Spezifikation sinnvoll.

Eine Möglichkeit, dies zu tun, ist die Unterscheidung verschiedener Organisationsformen mit Hilfe von Kategorisierung. Auch hier finden sich unterschiedliche Herangehensweisen, die überwiegend in den 1960er-Jahren entstanden. Besonders sind diesbezüglich die Arbeiten von Parsons (1960), Etzioni (1966) und Blau und Scott (1962) zu erwähnen. In dieser Arbeit soll die Einordnung mit Hilfe der Kategorisierung der Kontingenzforscher Blau und Scott (2003/1962) erfolgen. Sie basieren ihre Einordnung auf der Frage ‚Cui bono?‘, oder ‚Wer profitiert?‘ von den Zielen und Tätigkeiten einer Organisation. So unterscheiden sie vier Organisationstypen: Mutual benefit Organizations mit den Mitgliedern als Profitierende (z.B. politische Parteien, Gewerkschaften); Service Organizations mit Kund*innen bzw. Klient*innen als Profitierende (z.B. Krankenhäuser, Versicherungsgesellschaften), Business Organizations, bei denen die Eigentümer die Hauptprofitierenden darstellen (z.B. Unternehmen) und Commonwealth Organizations, welche in erster Linie der Öffentlichkeit dienen (z.B. Polizeieinrichtungen, öffentliche Verwaltung). Dieser letzten Kategorie kann auch der ÖGD als Teil der öffentlichen Verwaltung zugeordnet werden. Um diese genauer zu beschreiben, sollen deren organisationale Eigenschaften abschließend etwas näher beleuchtet werden.

Der Begriff der öffentlichen Verwaltung beschreibt zunächst einmal alle Tätigkeiten des Staates, welche nicht der Legislative, Judikative oder Gubernative zugeordnet werden (Mayer, 1895) Aus soziologischer Perspektive hat sich Max Weber erstmals ausführlich mit Verwaltungen und ihrer formalen Organisation beschäftigt. Angelehnt an die von ihm aufgestellten Merkmale öffentlicher Verwaltung und des bürokratischen Verwaltungsstabes (Weber, 2002), sollen ihre Charakteristika folgend dargestellt werden:

- (1) Die öffentliche Verwaltung dient in ihrer Funktion der Stabilisierung (legaler) Herrschaft.
- (2) Organisationsaufgaben sind Amtspflichten, es findet sich eine klare Arbeitsteilung. Diese bringt einen hohen Spezialisierungsgrad mit sich, Mitarbeitende werden dadurch in ihrer Fachlichkeit gefördert.
- (3) Die verschiedenen Ämter sind in einer hierarchischen Autoritätsstruktur organisiert, der Umfang an Befugnissen der Vorgesetzten gegenüber unterer Hierarchieebenen ist klar umrissen.

(4) Ein formell festgelegtes System an Regeln bestimmt das Entscheiden und Handeln. Generell geht es in öffentlichen Verwaltungsorganisationen um die Anwendung dieser allgemeinen Vorschriften auf spezifische Fälle. Das Regelwerk sichert die Einheitlichkeit der Abläufe und ermöglicht in Zusammenspiel mit einer festgelegten Struktur die Koordination verschiedener Tätigkeiten; auch sichert es eine gewisse Stabilität.

(5) Von Mitarbeitenden wird eine unpersönliche Orientierung in ihren Kontakten erwartet; Kund*innen und andere Mitarbeiterende sind unter Wahrung emotionaler Distanz zu behandeln. Dies soll die Formalität fördern und ein rationales Urteilsvermögen sichern.

(6) Die Mitglieder der öffentlichen Verwaltung unterscheiden sich, insbesondere in Form des Beamtentums, in ihrer Rolle und in den an sie gerichteten Erwartungen von Mitgliedern anderer Organisationen.

Zusätzlich zu diesen charakteristischen Eigenschaften sind, angelehnt an Richter (2012), einige weitere Aspekte zu ergänzen, welche die öffentliche Verwaltung klassischerweise auszeichnen. Die öffentliche Verwaltung:

(7) folgt in erster Linie externen Ziel- und Programmstrukturen, welche von Seiten der Politik bestimmt werden;

(8) weist einen großen Bezug zu ihrem politischen und verwaltungsbezogenen Umfeld auf;

(9) ist generell eng mit ihrem Umfeld verwoben, sei es in Bezug auf zu beobachtende oder regulierende gesellschaftliche Bereiche oder die Einbindung anderer Beteiligter;

(10) richtet sich in ihren Grundsätzen und Handlungen an dem Gemeinwohl aus und ist nicht gewinnorientiert;

(11) wird von eigenen Instanzen, den Verwaltungsgerichten, kontrolliert;

(12) richtet sich an den jeweils geltenden Leitbildern von Staatlichkeit aus.

Im Vergleich zu anderen Organisationsformen weist sie also einige Besonderheiten auf, welche es im weiteren Verlauf zu berücksichtigen gilt. Festhalten lässt sich bereits hier ein enger Bezug zu ihrer Umwelt sowie die Abhängigkeit von politischen

Entscheidungen. Man kann zusammenfassen, dass sie sich „im Spannungsfeld politischer Zweckvorgaben, rechtlicher Regulierung und Kontrolle sowie je spezifischer Regulierungsumfelder“ (Richter, 2012, S. 91) bewegt.

2.2 Die Kontingenztheorie

Im Rahmen der Kritik an der klassischen Organisations- und Managementlehre sowie der empirischen Widerlegung von Max Webers Annahme der besonderen Zweckmäßigkeit bürokratischer Strukturformen (Vgl. insbesondere Stinchcombe, 1965; Burns & Stalker, 1961; Woodward, 1965), entstand in den 1960er-Jahren in der Organisationssoziologie die zentrale These, dass es keine „unter allen Umständen besonders zweckmäßigen Organisationsformen“ (Mayntz, 1977, S. 1) gibt. Die Annahme, es gebe stets zu beachtende Prinzipien, um maximale organisatorische Effizienz zu erreichen, lehnten die Forscher*innen dieser Strömung ab (u.a. Pugh et al., 1968; Blau & Scott, 2003/1962) und strebten mit ihren Untersuchungen eine empirisch gestützte Organisationslehre an. So beschreibt Mayntz (1977), die Zweckmäßigkeit einer Organisationsform sei immer kontingent, also abhängig von dem Kontext, in dem sich eine Organisation befindet. Diese These bildet den Kern der Herangehensweise, die durch die Kontingenztheorie, im Deutschen teilweise auch als situativer Ansatz bezeichnet, abgebildet wird.

Erstmals eingeführt wurde sie von Burns und Stalker (1961), weiter ausgearbeitet dann vor allem von drei Forschungsgruppen: Der um Peter Blau (University of Chicago), um Derek Pugh (Aston University Birmingham) und etwas später um Alfred Kieser (Universität Mannheim). Insbesondere in den 1960er- und 1970er-Jahren erlangten die Arbeiten zur Kontingenztheorie große Popularität, im zeitlichen Verlauf verlor sie jedoch an ihrer anfänglich herausragenden Bedeutung und wurde nur noch von wenigen Autor*innen vertreten (insbesondere Donaldson, 1996; 1999; 2001). Dennoch ist der kontingenztheoretische Ansatz auch in aktuelleren Arbeiten (Hagerer, 2021; Mauersberger, 2017; Ambos & Schlegelmilch, 2007; Ketokivi, 2006; Westerman et al., 2006), insbesondere als theoretischer Bezugsrahmen empirischer Studien, zu finden und auch die theoretische Auseinandersetzung mit dem Ansatz ist im 21. Jahrhundert noch nicht abgeschlossen (z.B. Luo, 2010). Neben den bereits angeführten Forschenden sind im Zusammenhang mit der Kontingenztheorie insbesondere auch Hall (1963), Woodward (1965), sowie Lawrence und Lorsch (1967) zu nennen, welche als Namensgeber der Theorie auszumachen sind.

2.2.1 Grundstruktur der Kontingenztheorie

Die ersten Ausarbeitungen verfolgten, aufbauend auf den bestehenden Organisationstheorien, in erster Linie das Ziel, die Effizienz bzw. den Erfolg einer Organisation zu erklären; im Vordergrund stehen bei der Kontingenztheorie aber vor allem die Beziehungen zwischen formalen Strukturen und situativen Einflussfaktoren einer Organisation. Dementsprechend lautet die Hauptfrage, inwiefern verschiedene Ausprägungen der formalen Struktur von den situativen Rahmenbedingungen einer Organisation determiniert werden. Darauf aufbauend lässt sich die Theorie in drei konzeptionelle Bereiche einteilen: (1) Organisationsstruktur, (2) Situation einer Organisation und (3) Zusammenhang zwischen diesen beiden, sowie Auswirkungen auf die organisationale Effizienz. Die zentralen Hypothesen, welche kontingenztheoretischen Ansätzen zugrunde liegen, können wie folgt zusammengefasst werden:

1. Es gibt nicht die eine beste Organisationsmethode.
2. Abhängig von der Organisationsumwelt kann eine Methode manchmal mehr, manchmal weniger effizient sein.
3. Zentral für die Wahl der effizientesten Organisationsmethode ist die für eine Organisation bedeutsame Umwelt, die direkte Auswirkungen auf die Organisation hat.

Ausgehend von der Idee einer empirischen, quantitativ vergleichenden Forschung, brachte die Kontingenztheorie zwei methodische Innovationen in die damalige organisationssoziologische Forschung ein: Empirische Studien mit relativ großen Stichproben sowie erstmals in der Organisationsforschung multivariate statistische Analyseverfahren. Ziel war dabei, Korrelationen zwischen bestimmten situativen Einflussfaktoren und Eigenschaften der formalen Struktur zu finden.

2.2.1.1 Die formale Organisationsstruktur

Die Organisationsstruktur wird allgemein definiert als die formale Zuweisung von Arbeitsrollen und die administrativen Mechanismen zur Kontrolle und Integration von Arbeitsaktivitäten, einschließlich solcher, die formale Organisationsgrenzen überschreiten (Child, 1972, S. 2).

Um den Einfluss situativer Rahmenbedingungen auf diese untersuchen zu können, gilt es zunächst einmal zu klären, welche konkreten Inhalte und Dimensionen sich hier ausfindig machen lassen. Diese konzeptionelle Aufschlüsselung der formalen Struktur geht wesentlich auf die Arbeit von Kontingenztheoretiker*innen zurück. Allerdings gibt es in Bezug auf die formale Struktur keinen universellen Goldstandard, welcher generell angewendet wird – das wäre auch nicht sinnvoll vor dem Hintergrund, dass die relevanten Eigenschaften einer Organisation immer abhängig sind von der gewählten Fragestellung. So verwenden Pugh et al. (1968) beispielsweise die Dimensionen Spezialisierung, Standardisierung, Formalisierung, Zentralisierung und Konfiguration;¹ Blau (1970) betrachtet die Merkmale Größe, Arbeitsteilung, Anzahl der Hierarchieebenen, Anzahl der Abteilungen sowie Referate.

2.2.1.2 Die Situation der Organisation

Die Situation der Organisation umfasst eine große Spannweite an Parametern, welche die Organisationsstruktur beeinflussen können. Hierunter fallen nicht nur externe Umfeldfaktoren, sondern auch interne Organisationsmerkmale, welche es zu beachten gilt. Daher erscheint es sinnvoll, zwischen diesen beiden Bereichen zu unterscheiden (Mayntz, 1977) und eine erste Unterteilung vorzunehmen.

Als ein recht detailliert gegliedertes Schema in Bezug auf situative Einflussfaktoren ist eine Unterteilung anzuführen, welche von Kieser und Kubicek (1992) ausgearbeitet wurde. In Bezug auf interne Einflüsse unterscheiden sie zwischen vergangenheits- und gegenwartsbezogenen Dimensionen. Zu der vergangenheitsbezogenen Dimension gehört zum Beispiel das Alter einer Organisation, in der gegenwartsbezogenen Dimension finden sich klassischerweise die Größe einer Organisation, aber auch die angewandte Fertigungs- und Informationstechnik, Eigentumsverhältnisse oder die Rechtsform, innerhalb derer sich eine Organisation bewegt. In Bezug auf die externe Kontextdimension wird zwischen aufgabenspezifischer und globaler Umwelt unterschieden. Während im Bereich der aufgabenspezifischen Umwelt das organisationale Netzwerk sowie individuelle und korporative Beteiligte, zu denen direkte Austauschbeziehungen

¹ Hinweis: Ursprünglich wurde auch die Dimension Flexibilität definiert, konnte aber aufgrund der Datenerhebungsmethode nicht umfänglich untersucht werden und wurde somit gestrichen.

unterhalten werden, im Vordergrund stehen, liegt der Fokus im Bereich der globalen Umwelt auf gesamtwirtschaftlichen und -gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

2.2.2 Kritikpunkte

Soll eine Theorie als analytische Untersuchungsgrundlage dienen, so kann im Voraus auch eine kritische Auseinandersetzung mit deren Inhalten nicht ausgelassen werden, um mögliche Schwachstellen zu eruieren und zu diskutieren. Daher sollen im Folgenden in aller Kürze die für diese Arbeit relevantesten Kritikpunkte aus der Literatur dargestellt und eingeordnet werden.

Ein Vorwurf bezieht sich auf den Mangel an impliziten Erklärungen der Theorie. So suchen die meisten Forschenden nach empirischen Zusammenhängen zwischen einzelnen Strukturmerkmalen und der Organisationssituation; warum solche Muster zu erwarten sind, wird allerdings in der Regel nicht explizit dargestellt. Zwar finden sich positive Beispiele (z.B. Thompson, 1967; Perrow, 1970; Aldrich & Pfeffer, 1976), in der Mehrheit der Fälle aber bleibt die ausführliche Beschäftigung mit möglichen Erklärungen hinter den Erwartungen zurück (Scott, 1977). Ebenso bedeutsam ist der Hinweis, dass die Kontingenztheorie zwar das Vorhandensein einer Beziehung zwischen zwei Variablen untersucht, nicht aber die wechselseitigen Abhängigkeiten zueinander – etwa in Bezug auf Richtung, Form oder Stärke der Abhängigkeit (Mayntz, 1977).

Eine weitere grundlegende Kritik zielt ab auf die Annahmen, auf denen die Kontingenztheorie basiert. So konstatiert Mayntz (1977), dass die generelle Frage, inwiefern Organisationen überhaupt dazu neigen, sich kontingent ihrer Situation anzupassen, ungeklärt ist. So werden Organisationen aus kontingenztheoretischer Perspektive „als ex definitione zielorientierte soziale Systeme“ (Mayntz, 1977, S. 2) gesehen, welche unter bestimmten Bedingungen automatisch zu struktureller Anpassung neigen. Missachtet wird hierbei, dass Organisationen in der Realität unter gegebenen Bedingungen nicht zwangsläufig dieselben Strukturformen ausbilden; die Gefahr von Fehlinterpretationen ist gegeben. Dieser Kritik nahm sich bereits Child (1972) an und wies darauf hin, dass Strukturentscheidungen immer von der jeweiligen Organisationsleitung abhängen und deren strategische Entscheidungen in das Modell der Theorie aufgenommen werden müssten. Doch auch, wenn sein Argument auf den ersten Blick nachvollziehbar ist, es lässt sich ebenso umgekehrt darstellen: Strukturelle Veränderungsprozesse in Organisationen finden, besonders langfristig

betrachtet, auch statt, ohne dass sie auf bewussten Entscheidungsmechanismen beruhen. Eine alleinige Betrachtung strategischer Entscheidungen lässt diese Veränderungsprozesse unterbeleuchtet. Um zu einem möglichst umfassenden Verständnis struktureller Veränderungen zu gelangen, gilt es also, möglichst alle Aspekte ganzheitlich zu betrachten.

Ebenso aus der Feder von Mayntz (1977) stammt der bedeutsame Hinweis, dass der finale Bezugspunkt der Theorie häufig nur unzureichend definiert ist und kaum Beachtung findet. So wird hier in der Regel die Effizienz einer Organisation verwendet, nimmt in den Untersuchungen allerdings häufig keine oder nur eine stark nachgeordnete Position ein. Auch ist die Effizienz nicht hinsichtlich aller Organisationsformen der zweckmäßigste Zielpunkt. Unter Umständen können, insbesondere in Bezug auf Organisationen, welche kein in erster Linie ökonomisches Ziel verfolgen, Aspekte wie Effektivität oder Bestandserhaltung als finale Referenz dienlicher sein. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit und die Definition von dem gewählten Bezugspunkt ist somit von großer Bedeutung.

Betrachtet man die kritischen Reflexionen in Bezug auf durchgeführte Studien, so lassen sich einige Schwächen im Rahmen von Methodik und empirischer Umsetzung feststellen (Vgl. für eine nähere Auseinandersetzung Scott, 1977). Diese sollen im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit allerdings nicht ausführlich angeführt werden.

2.2.3 Anpassung an den Untersuchungsgegenstand

Ganz wesentlich für die weiteren Ausarbeitungen dieser Arbeit ist es, vorab festzulegen, in welcher Form die vorgestellte Theorie auf den Untersuchungsgegenstand angewendet werden soll.

Grundlegend und von anderen kontingenztheoretischen Untersuchungen abweichend ist die Tatsache, dass in der folgenden Analyse kein empirisches Vorgehen mittels Korrelationsanalysen Anwendung finden wird. Die Gründe dafür liegen einerseits in dem begrenzten Umfang der Arbeit, andererseits auch in den zur Verfügung stehenden Mitteln, denn die aktuelle Datenlage in Bezug auf den ÖGD in Deutschland ist nicht ausreichend für eine umfassende empirische Untersuchung. Vielmehr geht es also darum, die Theorie als ein übergeordnetes Gedankengerüst, einen Standpunkt, zu nutzen, um die eigene Argumentation aufzubauen und den Untersuchungsgegenstand aus kontingenztheoretischer Perspektive zu beleuchten.

Insbesondere steht im Vordergrund, durch theoretische Überlegungen eine erste Annäherung zu schaffen, auf welche in Zukunft im Rahmen weiterer empirischer Untersuchungen aufgebaut werden könnte.

Im Gegensatz zu den überwiegenden Arbeiten kontingenztheoretischer Forschung soll hier die Bestandserhaltung als Messgröße für die Stellung des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen als finaler Bezugspunkt definiert werden. Denn für den ÖGD als öffentliche Verwaltung ist die Effizienz nicht direkt und unüberwindlich gebunden an das Überleben der Organisation. Nimmt man die in Kapitel 2 unter Punkt 7 und 8 beschriebenen Charakteristika der öffentlichen Verwaltung – nämlich die enge Beziehung zu ihrem politischen Umfeld – wieder auf, so geht es für die Verantwortlichen vermutlich vielmehr darum, sich eine gewisse Legitimität zu schaffen, zu erhalten und den politischen Entscheidungsträger*innen zu vermitteln, um langfristig die eigene Existenz zu sichern. Dies kann sicherlich mit Hilfe eines effizienten Apparates gefördert werden, aber auch durch andere Faktoren, wie nicht zu ersetzende Funktionen oder eine starke Interessensvertretung beeinflusst sein.

In Bezug auf die formale Organisationsstruktur wird der Fokus ausschließlich auf das Aufgabenprofil gerichtet, als Verkörperung der Organisationsziele und somit einem Basiselement organisatorischen Handelns. Diese Einschränkung wird einerseits vorgenommen, um Komplexität zu reduzieren und andererseits, um einen inhaltlichen Möglichkeitsraum zu schaffen, innerhalb dessen sich die theoretischen Überlegungen bewegen. So wird die Strukturdimension Aufgabenprofil im Folgenden als abhängige Variable begriffen, welche durch verschiedene situative Einflussfaktoren erklärt werden soll. Selbstverständlich gilt diese Absteckung des Analysekonzeptes ebenso für die situativen Einflussfaktoren. Hierfür soll das Schema von Kieser und Kubicek (1992) als Grundlage dienen, welches bereits unter 2.2.1.2 vorgestellt wurde. Aufgrund des Verzichtes auf eine empirisch-statistische Analyse wird eine engere Operationalisierung von formaler Struktur und situativen Einflussfaktoren ausgelassen.

Nachdem der dieser Arbeit zugrundeliegende theoretische Hintergrund dargelegt wurde, soll im folgenden Kapitel der Untersuchungsgegenstand ÖGD näher betrachtet werden.

3 Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Deutschland

Wie bereits angeführt hat der ÖGD in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) eine lange Tradition und übernimmt bedeutsame Aufgaben in Bezug auf die Gesundheit der Bevölkerung. Allgemein werden unter dem Begriff ÖGD eine nicht geringe Anzahl an Institutionen, Ämtern und Beteiligten auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene zusammengefasst.

Seine Entstehung beginnt bereits in der Zeit des aufgeklärten Absolutismus im 18. Jahrhundert und lässt sich auf zwei unterschiedliche, zunächst getrennte Aufgabenbereiche zurückführen: Sanitätspolizei und Gesundheitsfürsorge (Lindner 2004). Wies das öffentliche Gesundheitswesen zuvor noch eine starke Differenzierung mit Trennung dieser beiden Sektoren auf, strebten die Nationalsozialisten zur Durchführung von Erbpflege und Rassenhygiene ein einheitliches Gesundheitswesen an, dessen Grundstein sie mit dem Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (GVG) und seinen drei Durchführungsverordnungen legten (Labisch & Tennstedt, 1984). Dieses dunkle Kapitel, dessen Folgen weit über die Zeit des Nationalsozialismus hinaus nachwirkten (Kuhn et al., 2012), erschuf nicht nur die Institution ÖGD mitsamt den Gesundheitsämtern, sondern stellte auch die grundlegenden Weichen für deren weitere Entwicklung.

In diesem Kapitel der Arbeit soll der ÖGD zunächst in seiner Organisation und Struktur vorgestellt werden (3.1), um anschließend einen Fokus auf sein Aufgabenprofil zu legen (3.2). Hier wird neben der Darstellung der aktuellen Aufgaben insbesondere auch auf deren Entwicklung im historischen Verlauf eingegangen, um darauf aufbauend seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen, sowohl in der Gegenwart als auch in der Vergangenheit, näher zu beleuchten (3.3). Damit sollen auch mögliche Zusammenhänge zwischen Entwicklungen im Aufgabenprofil und der Stellung des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen erörtert werden, um anschließend die situativen Einflüsse der Organisationsumwelt näher analysieren zu können.

3.1 Organisation und Struktur

Der ÖGD in Deutschland ist vielschichtig organisiert. Gemeinsam ist allen ihm zugehörigen Institutionen, dass sie Behörden sind, damit der öffentlichen Verwaltung

zugeordnet werden und – im Gegensatz zu den anderen beiden Säulen – rein aus öffentlichen Haushalten finanziert werden (Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, 2012). Neben den im Zuge des GVG geschaffenen Gesundheitsämtern auf kommunaler Ebene, sind auch auf Landes- und Bundesebene Institutionen wie einzelne Landesgesundheitsämter bzw. Senatsverwaltungen in den Stadtstaaten, das Bundesministerium für Gesundheit oder das bundesweit zuständige Robert Koch-Institut (RKI) Teil des ÖGD. Daneben sind globale und europäische Einrichtungen zu nennen, welche nicht zum ÖGD gehören, seine Struktur aber durchaus beeinflussen.² Abbildung 1 zeigt eine Übersicht der Einheiten, die dem ÖGD in Deutschland angehören.

Abbildung 1: Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland

Bundesebene	Länderebene	Regierungsbezirke	Kommunale Ebene
Bundesministerium für Gesundheit mit nachgeordneten Behörden: <ul style="list-style-type: none"> • Robert Koch-Institut • Paul-Ehrlich-Institut • Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung • Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte 	Landesgesundheitsministerien mit nachgeordneten Behörden, zum Beispiel: <ul style="list-style-type: none"> • Landesgesundheitsämter • Landesuntersuchungsanstalten • Sonderbehörden Gemeinschaftseinrichtungen der Länder, zum Beispiel die Zentralstelle der Länder für Gesundheitsschutz bei Arzneimitteln und Medizinprodukten	<i>(Nur in einigen Bundesländern)</i> Mittlere Verwaltungsebene, teilweise mit Wahrnehmung von überregionalen Aufgaben zum Beispiel in der Anerkennung ausländischer Gesundheitsberufe oder im Begutachtungswesen	Gesundheitsämter: Insgesamt bundesweit 377 Einrichtungen

Quelle: Eigene Darstellung; angelehnt an Kuhn & Wildner, 2020, S. 17.

Verfassungsrechtlich weist das Grundgesetz gem. Art. 30 und Art. 70 GG die grundsätzliche Zuständigkeit in den Bereichen Gesetzgebung und Vollzug der Aufgaben des ÖGD den Ländern zu, in Deutschland ist er aber gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 7 GG auch Teil der konkurrierenden Gesetzgebung. So liegen Gesetzgebungskompetenz und Verwaltungshoheit grundsätzlich bei den einzelnen Bundesländern, zumindest solange und insofern der oder die Bundesgesetzgeber*in

² Auf globaler Ebene sei hier beispielhaft die World Health Organization (WHO) der Vereinten Nationen genannt, auf europäischer Ebene ist Gesundheitspolitik zwar generell Angelegenheit der Nationalstaaten, dennoch verfügt die Europäische Union über einige Kompetenzen zur Unterstützung und Förderung der Zusammenarbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens (Vgl. hierzu §§ 6, 114, 153, 168 AEUV).

von seiner bzw. ihrer Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch macht. Dies kann gem. Art. 72 Abs. 2 GG nur dann geschehen,

„wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht“.

Dementsprechend ist der ÖGD in den einzelnen Bundesländern nach eigenständigen formalrechtlichen Landesgesetzen bzw. in Thüringen nach einer Rechtsverordnung organisiert und folgt in seiner Struktur dem föderalen Prinzip. Diese Rechtsgrundlagen sind in ihrem Umfang und der inhaltlichen Ausgestaltung häufig relativ heterogen, die dort festgehaltenen Aufgaben werden in Abschnitt 3.2.2 genauer beleuchtet. Trotz der föderalen Struktur hat der Bund in einigen Bereichen von seiner Gesetzgebungskompetenz Gebrauch gemacht und Rahmenbedingungen geschaffen, welche bundesweit gelten. Dazu gehören beispielsweise die im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG) oder in der Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung, TrinkwV) enthaltenen Rechtsnormen. Darüber hinaus finden sich weitere einzelne, den ÖGD tangierende Regelungen auch in den Sozialgesetzbüchern der BRD, beispielsweise in § 1 Abs. 1 SGB I.

Die Gesundheitsämter, in manchen Fällen auch als Fachdienst Gesundheit, Abteilung Gesundheitswesen oder Ähnliches bezeichnet, agieren als unterste Verwaltungsbehörden überwiegend in Hand der Kommunen, in einzelnen Bundesländern stellen sie (teilweise) noch staatliche Einrichtungen dar.³ Während sie in den Kommunen den ihnen gem. Art. 20 Abs. 1 GG zugeschriebenen Auftrag der öffentlichen Daseinsvorsorge (Maunz & Dürig, 2021, Art. 20 VIII, Rn. 12-15) erfüllen, stellen die jeweils zuständigen Landesministerien für Gesundheit obere Behörden dar und sind als Aufsichtseinrichtungen der Gesundheitsämter zuständig.⁴ Daneben sind auf Landesebene häufig weitere Einrichtungen zu finden, welche dem ÖGD zuzuordnen sind. So verfügt Bayern beispielsweise gem. Art. 5a Abs. 1 GDVG Bayern

³ So in Bayern gem. Art. 3 und Art. 4 GDVG Bayern und in Baden-Württemberg gem. § 2 Abs. 1 ÖGDG Baden-Württemberg, die Stadtstaaten weisen noch einmal besondere Strukturen auf.

⁴ Vgl. hierzu die jeweiligen den ÖGD betreffenden gesetzlichen Grundlagen der einzelnen Bundesländer, zum Beispiel § 5 Abs. 2 Nr. 3 ÖGDG Nordrhein-Westfalen.

über eine eigene Kontrollbehörde für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen, in Mecklenburg-Vorpommern existiert gem. § 3 Abs. 2 Nr. 2 ÖGDG Mecklenburg-Vorpommern ein eigenes Landesamt für Landwirtschaft, Lebensmittelsicherheit und Fischerei. Die Behörden auf Bundesebene sind jeweils für spezifische Aufgabenbereiche zuständig, welche das gesamte Bundesgebiet abdecken und arbeiten eng mit den Institutionen auf Landes- und kommunaler Ebene zusammen. Das RKI beschäftigt sich beispielsweise mit der „Erkennung, Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten, insbesondere der Infektionskrankheiten“ (Robert Koch-Institut, 2020), das Paul-Ehrlich-Institut ist für alle Fragen rund um Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel bei Tier und Mensch verantwortlich (Paul-Ehrlich-Institut, 2013). Ein Bundesgesundheitsamt (BGA), wie es von 1952 bis 1994 bestanden hat, existiert derzeit nicht.

Insgesamt gibt es in Deutschland aktuell 377 Gesundheitsämter auf kommunaler Ebene;⁵ wobei die Anzahl der Gesundheitsämter nicht mit den jeweiligen Einwohnerzahlen korreliert.⁶ Möchte man die Personalstruktur in Bezug auf die Gesundheitsämter näher betrachten, so ist bedauerlicherweise festzuhalten, dass es hierzu aktuell keine umfassende amtliche Statistik gibt; vergleicht man aber die letzten verfügbaren, bundesweiten Daten aus dem Jahr 2000 mit den Daten aus dem Jahr 1990, so lässt sich ein deutlicher Rückgang des Personals feststellen. Die Zahl der hauptamtlich tätigen Ärzt*innen fiel in diesem Zeitraum von 3.557 auf 2.500 und auch die Zahlen der angestellten medizinisch-technischen Fachkräfte, der Arzthelfer*innen und Krankenpfleger*innen waren im zeitlichen Vergleich rückläufig (Statistisches Bundesamt, 2002). Eine im Jahr 2015 durchgeführte Umfrage der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (Poppe et al., 2016) kam zu dem Ergebnis, dass 39 Prozent der zu diesem Zeitpunkt 379 Gesundheitsämter weniger als 20 Vollzeitäquivalente zur Verfügung standen, 34 Prozent waren mit 20 bis 40 Vollzeitäquivalenten ausgestattet und 26 Prozent beschäftigten 40 Vollzeitäquivalente und mehr. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Rücklaufquote der Befragung in Bezug auf die Personalstruktur bei lediglich knapp 51 Prozent lag. Bezogen auf die Berufsgruppen, die in den Gesundheitsämtern

⁵ Stichtag 04.07.2021, laut Angaben auf den Internetauftritten der Länder. Siehe Anhang B, Anzahl.

⁶ Dies wird zum Beispiel deutlich, wenn man Baden-Württemberg mit 38 Gesundheitsämtern auf rund 11 Millionen Einwohner und Bayern mit 76 Gesundheitsämtern auf rund 13 Millionen Einwohner vergleicht (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021a, S. 23).

arbeiten, sind neben Verwaltungsangestellten, welche den größten Anteil der Beschäftigten ausmachen, insbesondere die Berufsgruppen der Ärzt*innen, Sozialpädagog*innen und Hygienekontrolleur*innen am häufigsten anzufinden. Sie machen der Umfrage zufolge einen Anteil von knapp 70 Prozent aller Beschäftigten aus.

Trotz Unterschieden in den gesetzlichen Grundlagen stellt der überwiegende Anteil der Bundesländer ähnliche Anforderungen an die Leitung der unteren Gesundheitsbehörden; sie obliegt in den meisten Fällen einem*einer Fachärzt*in für Öffentliches Gesundheitswesen. Während Sachsen Ausnahmen in Bezug auf die Fachbezeichnung billigt, lassen Hessen und Rheinland-Pfalz befristete Ausnahmen zu; in Thüringen ist die Ablegung einer Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst obligat. Bremen überlässt die Entscheidung über die Anforderungen dem*der zuständigen Senator*in für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, in Baden-Württemberg sind Ausnahmen von dem Sozialministerium zu entscheiden. In den Landesgesetzen von Bayern, Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein hingegen finden sich keine festgelegten Anforderungen an die Leitung.⁷

Zur Koordinierung der Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Zuständigkeits- sowie anderen Versorgungsbereichen finden regelmäßige Gesundheitskonferenzen statt. Auf Bundesebene treffen sich hierzu einmal jährlich alle Gesundheitsminister*innen (Gesundheitsministerkonferenz, GMK), auch in vielen Kommunen sind insbesondere seit den 1990er Jahren Gesundheitskonferenzen implementiert. Eine Erhebung aus dem Jahr 2014 ergab, dass zu diesem Zeitpunkt 130 Gesundheitskonferenzen für rund 30 Prozent der Kreise und kreisfreien Städte bestanden (Hollederer, 2015).

Aufgrund der heterogenen Ausgestaltung der einzelnen Rechtsgrundlagen in den jeweiligen Bundesländern ist es auch nicht ohne Weiteres möglich, die Struktur des ÖGD einheitlich und übersichtlich darzustellen. Da die vorliegende Arbeit ihren Fokus im Bereich der Formalstruktur ausschließlich auf sein Aufgabenprofil richtet, soll es an dieser Stelle ausreichen, sich eben diesem im Folgenden genauer zu widmen,

⁷ Vgl. hierzu die jeweils geltenden Landesgesetze über den ÖGD.

ohne im Detail auf die konkrete Organisation der Behörden in den einzelnen Bundesländern einzugehen.

3.2 Aufgabenprofil

Um die Stellung des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen anhand seines Aufgabenprofils näher zu beleuchten, gilt es, zunächst einmal zu klären, wie dieses genau aussieht und wie es sich im Laufe der Zeit verändert hat. Während die Beschreibung der Entwicklungen im historischen Verlauf (3.2.1) auf bestehende Literatur zum Thema zurückgreift, basiert die Erhebung der aktuellen Aufgaben auf den jeweils geltenden Rechtsgrundlagen in den einzelnen Bundesländern (3.2.2). Abschließen soll das Kapitel mit einer genaueren Bestandsaufnahme der Stellung, die der ÖGD im deutschen Gesundheitswesen einnimmt (3.3). Auch hier sollen vergangene Entwicklungen berücksichtigt werden, um ein möglichst umfassendes Bild zu erheben und potenzielle Korrelationen auszumachen.

3.2.1 Entwicklungen des Aufgabenprofils im historischen Verlauf

Der ÖGD, wie wir ihn heute kennen, entwickelte sich in Deutschland aus zwei unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen heraus: (1) Aufgaben der staatlichen Sanitätspolizei und Medizinalaufsicht, sowie (2) der städtischen Gesundheitsfürsorge (Lindner, 2004). Während ersterer den Entwicklungen in den neuzeitlichen Territorialstaaten zugeordnet werden kann, entstand die Gesundheitsfürsorge insbesondere in den Industriestaaten – diese beiden Zweige bildeten sich teilweise komplementär, teilweise konträr aus (Müller, 2010).

Im 19. Jahrhundert gab es in Preußen den sogenannten Stadt-, bzw. Kreisphysicus⁸, welcher auf der unteren staatlichen Verwaltungsebene in den Stadt- und Landkreisen tätig und der Polizeibehörde zugehörig war. Seine Kompetenzen waren keineswegs allumfänglich geregelt und nicht nur sein Ansehen, sondern auch seine Eingriffsmöglichkeiten waren stark beschränkt. Der Aufgabenbereich der Physici erstreckte sich vordergründig auf gerichtsärztliche Tätigkeiten und nur nachrangig auf polizeimedizinische Aufgaben, wie „Aufsicht und Registrierung der Medizinalpersonen, Apothekenvisitation, Hebammenwesen, Heildiener- und

⁸ Hinweis: Da Mediziner in dieser Periode ganz überwiegend Personen männlichen Geschlechts waren, wird in diesem Abschnitt teilweise auf den sprachlichen Einbezug des weiblichen Geschlechts verzichtet.

Krankenhäuserüberwachung“ (Labisch & Tennstedt, 1985, S. 16), dem noch untergeordnet waren sanitätspolizeiliche Dienste (ebd.). Während Kirchner (1924, S. 14) den Aufgabenbereich mit der „Ausstellung von Attesten, gelegentliche[n] Seuchenfeststellungen und [...] Ausführung von Impfungen“ zusammenfasst, beschreibt Locher (2014, S. 4.e1) die „Reinhaltung von Luft, Wasser und Straßen, die Seuchenbekämpfung und die straffe Kontrolle der übrigen im Gesundheitswesen tätigen Personen“ als Kernaufgaben. Die städtische Gesundheitsfürsorge, welche sich rückblickend als treibende Kraft für die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens ausmachen lässt (Labisch & Tennstedt, 1985), beschäftigte sich überwiegend mit (zunehmenden) Bevölkerungskrankheiten und stellte besonders gefährdete und schwer kranke Gruppen in den Vordergrund ihrer Arbeit. In den ländlichen Gebieten und Kommunen hingegen lag der Fokus auf Aufgaben der Betreuung von Mutterschaft und Kindern sowie chronisch Kranken (Lindner, 2004). Insbesondere gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen die Medizinalbeamten, sich verstärkt mit dem Thema Hygiene auseinanderzusetzen. Damit einhergehende neue Tätigkeitsfelder waren vor allem die Orts- und Umwelt-, Wasser- und Gewerbehygiene (Locher, 2014). Gleichzeitig entstand die Disziplin der Sozialhygiene, welche sich insbesondere mit gesundheitlichen Risiken des menschlichen Umfeldes, wie beispielsweise Wohn- und Arbeitsbedingungen beschäftigte und sich der Betreuung und Gefahrenreduktion besonders gefährdeter Gruppen verschrieben hatte (Lindner, 2004). Damit wurden auch die sozialhygienische Aufklärung, Vor- und Fürsorge zu einem Aufgabengebiet der Physici (Locher, 2014).

Nach einigen gescheiterten Reformdebatten und der Gründung eines Standesvereins der Medizinalbeamten in Preußen im Jahr 1883, welcher Forderungen und Anregungen für eine Neuerung des Medizinalbeamtentums hervorbrachte, wurde 1899 das sogenannte Kreisarztgesetz erlassen, welches den zuvor tätigen Physicus abschaffte und das Berufsbild des Kreisarztes schuf (Labisch & Tennstedt, 1985). Diese stärker zeitgemäße Position vereinte nun sanitätspolizeiliche und gesundheitsfürsorgliche Tätigkeiten, dennoch blieben staatliche Gesundheitsaufsicht und die Gesundheitsämter der Städte organisatorisch bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung getrennt (Lindner, 2004).

In der Weimarer Republik entwickelte sich der Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge insbesondere in den Städten mit großen Schritten weiter, es

entstanden neue Berufe, wie Fürsorge- und Vorsorgearzt oder der Gesundheitsfürsorgerin, welche ausschließlich präventiv tätig wurden; kurative Medizin blieb alleinige Aufgabe der niedergelassenen Ärzteschaft und Krankenhäuser. Mit Beginn der Weltwirtschaftskrise und dem daraus resultierenden Finanzdruck wurde über eine Zusammenlegung der Gesundheitsdienste diskutiert, wobei insbesondere Stadtärzte die Sorge äußerten, dass gesundheitsfürsorgerische Tätigkeiten durch die Hinzunahme medizinpolizeilicher Aufgaben in den Hintergrund geraten könnten (ebd.; Labisch, 1990).

Kurz nach der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten in Deutschland wurden 1934 mit dem GVG kommunale Gesundheitsämter verstaatlicht⁹ und mit den bis dahin bestehenden staatlichen Einrichtungen zusammengefasst; es entstand der Beruf des Amtsarztes. Das bedeutete auch, dass Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsschutz ab diesem Zeitpunkt in den Aufgabenbereich aller Gesundheitsämter übergingen. Prägend für das Verständnis des ÖGD wurde dabei die Aufsichtsfunktion, insbesondere, weil die zuvor in der kommunalen Gesundheitsfürsorge tätige Ärzteschaft von den Nationalsozialisten zu einem großen Teil ihres Amtes enthoben wurde oder emigrierte (Rosewitz & Webber, 1990). Gemäß § 3 Abs. 1 GVG waren die festgelegten Aufgaben der Gesundheitsämter nun gesundheitspolizeiliche Tätigkeiten, Erb- und Rassenpflege einschließlich der Eheberatung, gesundheitliche Volksbelehrung, Schulgesundheitspflege, Mütter- und Kinderberatung sowie die Fürsorge für „Tuberkulöse, Geschlechtskranke, körperlich Behinderte, Sieche und Süchtige“. Außerdem legte das Gesetz die ärztliche Mitwirkung bei Maßnahmen zur Förderung der Körperpflege und Leibesübungen sowie amts-, gerichts- und vertrauensärztliche Tätigkeiten fest. Die Aufgaben der Gesundheitsfürsorge wurden dabei in besonderem Maße für die rassenideologische Selektion instrumentalisiert und waren von nationalsozialistischer Ideologie durchzogen (Ritter, 2010). Hier übernahmen die Gesundheitsämter eine aktive Rolle und unterstützten die Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten, unter anderem durch Sterilisationsmaßnahmen im Rahmen der Rassenhygiene. Auch, wenn das GVG die Aufgaben des ÖGD erstmals einheitlich definierte: Im Ergebnis wurde ein

⁹ Zumindest insofern, als dass die ärztlichen Aufgaben als staatliche Auftragsangelegenheiten wahrgenommen wurden (Rosewitz & Webber, 1990).

umfangreicher Katalog aufgestellt und die aufgetragenen Tätigkeiten blieben in ihrem Wesen eher abstrakt (Müller, 2010; Stralau, 1960).

Nach Kriegsende und mit Gründung der BRD im Westen sowie der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) im Osten im Jahr 1949 entwickelten sich die gesundheitlichen Konzepte der beiden Staaten unterschiedlich. Während im Westen das Individuum im Mittelpunkt der gesundheitlichen Pflicht gesehen wurde, stand die gesundheitliche Versorgung im Osten in der Verantwortung des Staates. In der DDR nahm die vorbeugende Gesundheitsfürsorge, im Gegensatz zu den Prämissen des westdeutschen Konzepts, eine große Rolle ein. Ziel war es, die Leistungsfähigkeit des Individuums zu bewahren und den Lebensstandard der gesamten Bevölkerung zu stärken; therapeutische Maßnahmen nahmen nur eine nachgeordnete Position ein (Müller, 2010). Da im Rahmen der deutschen Wiedervereinigung das westdeutsche System auch in der ehemaligen DDR übernommen wurde, soll der Fokus im Folgenden auf den westdeutschen Entwicklungen liegen.

In der neu gegründeten BRD standen der gesetzgebenden Instanz nach Einführung des Grundgesetzes im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung nur beschränkte Zuständigkeiten in Bezug auf den ÖGD zu. Diese waren gem. Art. 74 Nr. 19 f. GG insbesondere die Felder Lebensmittelhygiene, Gesundheitsschutz vor gemeingefährlichen und übertragbaren Krankheiten, Medizinal-, Arznei-, sowie Bedarfsmittelaufsicht (BGBl, 1949, Nr. 1, S. 9). Die Aufgaben in den in erster Linie zuständigen, neu entstehenden Bundesländern lagen anfänglich vordergründig in der Versorgung der gesundheitlichen Folgen des Krieges, die durch Wohnungslosigkeit, Mangelernährung und mangelhafte hygienische Verhältnisse hervorgerufen worden waren (Labisch & Woelk, 1996). Es entwickelte sich im Verlauf eine diffuse Zunahme an Aufgaben für die Amtsärzt*innen, wie die Untersuchung von Vertriebenen und Kriegsversehrten oder die Gewährung von Lebensmittelmarken, Tätigkeiten in den Bereichen Sozialhygiene und Seuchenbekämpfung sowie im administrativen, amts- und vertrauensärztlichen Feld, die insbesondere in kleinen Ämtern einer gezwungenen Selektion unterlegen waren (Locher, 2014; Rosewitz & Webber, 1990). Das GVG und seine Durchführungsverordnungen wurden bis 1979 in allen Ländern entnazifiziert beibehalten (Müller, 2010), was für die Gesundheitsämter bedeutete, dass ihnen im Kern dieselben Aufgaben aufgetragen wurden wie noch zuvor. Entnazifizierung bedeutete in diesem Zusammenhang lediglich, dass die ‚Erb- und Rassenpflege‘ durch ‚Erbpflege einschließlich Eheberatung‘ ersetzt worden war

(Lindner, 2004). Auch die Trennung von kurativer und präventiver Medizin in der BRD hielt weiterhin an und Gesundheitsämter waren nicht berechtigt, Krankheiten zu therapieren (Hecker et al., 1954). Insgesamt entwickelte sich der ÖGD im Verlauf in den einzelnen Bundesländern durchaus heterogen. So führt Lindner (2004) für die 1950er-Jahre an, dass der ÖGD in Nordrhein-Westfalen insbesondere in den Bereichen Schwangerenbetreuung und Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten eine aktive Rolle einnahm, während er in Bayern seine Aktivitäten in der Betreuung der Mütter trotz hoher Sterblichkeitsraten bei Neugeborenen nicht verstärkte.

In den Diskussionen um präventive Gesundheitsgesetze in den Jahren 1952 bis 1955 wurden den Gesundheitsämtern die Aufgaben der Schwangeren- und Mütterberatung einschließlich Säuglingsfürsorge sowie die Fürsorge, Beratung und Aufklärung in Bezug auf Geschlechtskrankheiten zugewiesen, während der Mutterschutz von erwerbstätigen, sozialversicherten Frauen durch das Mutterschutzgesetz vom 4. Januar 1952 in den Zuständigkeitsbereich der Sozialversicherung übergang (Labisch & Tennstedt, 1991). Im Jahr 1965 wurde schließlich auch die präventive Betreuung von Müttern, 1971 die ihrer Säuglinge in die Verantwortung der Krankenkassen und damit den freien Ärzt*innen übertragen, womit der Bereich der Prävention dem ÖGD weitgehend entzogen wurde (Lindner, 2004).¹⁰

In den 1960er-Jahren beliefen sich die Aufgaben des ÖGD im Kern nur noch auf Gutachtertätigkeiten und Tätigkeiten im Rahmen von Infektionskrankheiten, insbesondere Gesundheitsdienstleistungen an Schulen sowie Impfkampagnen. Letztere wurden durch den Übergang von Massenimpfungen in den Regelkatalog der Krankenkassen im Jahr 1970 aber auf einen geringen Anteil reduziert (Lindner, 2004).

Nachdem Infektionskrankheiten nach dem zweiten Weltkrieg zunächst aufgrund von Therapiemöglichkeiten, verbesserter Hygieneverhältnisse und der erfolgreichen Entwicklung von Impfstoffen nicht mehr allzu viel Aufmerksamkeit zukam, entstand mit der Diagnose von AIDS in den Jahren 1981/1982 ein neues Bewusstsein und die Notwendigkeit zu handeln – Infektionskrankheiten und ihre Bekämpfung rückten wieder verstärkt in den Vordergrund (Kurth, 2004). Als Reaktion auf die Ausbreitung der HIV-Infektionen in den 1980er-Jahren wurde 1987 bis 1991 das Modellprojekt

¹⁰ Zu der gesetzlichen Neuregelung der mütterlichen Versorgung siehe §§ 195, 196 Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. August 1965 (BGBl (1965) Nr. 42, S. 917).

‚Großmodell Gesundheitsämter – AIDS‘ in der BRD im Auftrag der Bundesregierung durchgeführt. Hier wurde an jedem Gesundheitsamt eine Personalstelle geschaffen, welche allein für Aufgaben der AIDS-Prävention zuständig war (Jenke et al., 1992). Die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen rückte wieder verstärkt in den Vordergrund und den Gesundheitsämtern wurde eine zunehmende Zuständigkeit zuteil. Außerdem wurden in diesem Jahrzehnt neben der Einführung der Fachbezeichnung ‚Arzt*Ärztin für öffentliches Gesundheitswesen‘ die Einrichtung erster Lehrstühle für öffentliches Gesundheitswesen an deutschen Universitäten vorgesehen (Rosewitz & Webber, 1990). Auch das am 01.01.2001 in Kraft getretene IfSG hob den Stellenwert des ÖGD in Bezug auf Aufgaben der Prävention und Gesundheitsförderung wieder an (Mylius, 2016). Das gestiegene Bewusstsein für diese Bereiche lässt sich auch an dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz, PräVG) vom 17.07.2015 erkennen. Wenn auch dem ÖGD hier keine konkreten neuen, originären Aufgaben zugeteilt wurden und sich das Gesetz in erster Linie an die Sozialversicherungsträger richtet, so wird die Zusammenarbeit mit dem ÖGD in der Umsetzung gem. § 20f Abs. 2 Nr. 5 PräVG ausdrücklich eingefordert.

Nachdem in dieser Passage die Kernaufgaben des ÖGD im historischen Verlauf skizziert wurden, soll sich der Fokus im folgenden Abschnitt auf das aktuelle Aufgabenprofil richten.

3.2.2 Bestandsaufnahme des aktuellen Aufgabenprofils

Um eine Bestandsaufnahme des aktuellen Aufgabenprofils vorzunehmen, werden als Grundlage die einzelnen, den ÖGD betreffenden Ländergesetze herangezogen. Wie im vorangegangenen Abschnitt bereits angeführt, blieben das GVG und seine Durchführungsverordnungen bis 1979 die gesetzliche Grundlage in allen Bundesländern der BRD. Auch, wenn zuvor vereinzelt bereits eine organisatorische Eingliederung in die Kommunalbehörden stattgefunden hatte,¹¹ inhaltlich galt weiterhin das GVG. Diese teilweise stattgefundene Kommunalisierung stieß Diskussionen an und beförderte eine heterogene Entwicklung des ÖGD. Daher verabschiedete die GMK im Jahr 1972 einen Entwurf mit dem Ziel, die Einheitlichkeit

¹¹ In Nordrhein-Westfalen, Hessen und Schleswig-Holstein in den 1940er-Jahren, 1975 in Niedersachsen. Vgl. hierzu Müller, 2010.

des ÖGD sicherzustellen. Im Anschluss daran erließen die Bundesländer eigene Ländergesetze. Dies geschah mit einem großen zeitlichen Abstand: Während Schleswig-Holstein bereits 1979 eine eigene Rechtsgrundlage schuf, löste Hessen als letztes Bundesland erst im Jahre 2007 das GVG durch ein eigenes Landesgesetz ab. Die Bemühungen der GMK schienen vergebens, die formulierten Richtlinien wurden von den Ländern „allenfalls marginal als Grundlage“ (Müller, 2010, S. 57) berücksichtigt.

Diese Heterogenität ist auch heute noch deutlich sichtbar: So lässt sich zwar durchaus ein bundesweit vertretener Kernbestand an Aufgaben ausmachen, in Bezug auf Regelungsbreite, -tiefe und Schwerpunktsetzung sind aber deutliche Variationen zu erkennen. Aufgaben, welche dem ÖGD bundesweit zugesprochen werden, sind laut Kuhn und Wildner (2020):

- Gesundheitsschutz (Hygiene und Infektionsschutz, umweltbezogener Gesundheitsschutz, Medizinalaufsicht);
- Beratung und Information, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitshilfen (zum Beispiel Schwangerenberatung, Suchtberatung, Schuleingangsuntersuchungen, Begutachtungswesen);
- Koordination, Moderation, Politikberatung und Qualitätssicherung (Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitskonferenzen, Öffentlichkeitsarbeit, etc.).

Zur genaueren Ausdifferenzierung und in Vorbereitung auf die Analyse dieser Arbeit wurden die einzelnen Ländergesetze im Detail betrachtet und der Versuch unternommen, die dort festgelegten Einzelaufgaben (Anhang A, Einzelaufgaben) hinsichtlich ihrer Anzahl in acht definierten Kategorien übersichtlich darzustellen. Diese Kategorien lauten:

- (1) Aufgaben der Allgemeinen Bevölkerungsmedizin: Aufklärung, Information, Beratung und Gesundheitsbildung in verschiedenen Bereichen;
- (2) Hygiene und Umweltmedizin: u.a. Infektionsschutzmaßnahmen inklusive Schutzimpfungen, Überwachung von Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen, umweltmedizinische Überwachung, Bewertung und Beratung;

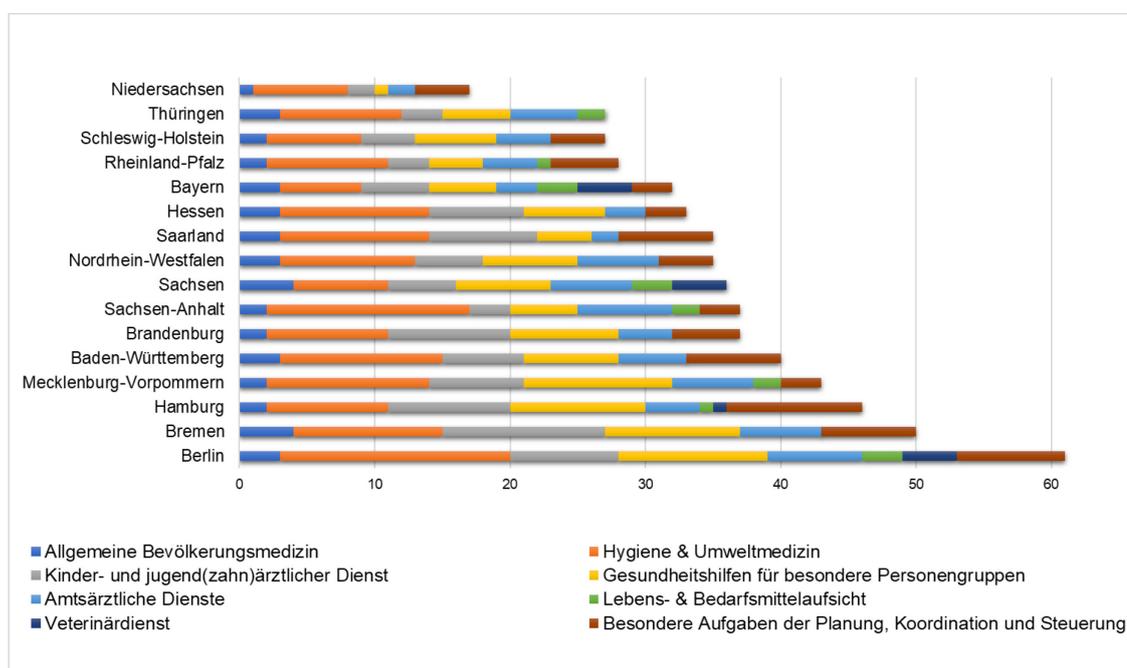
- (3) Kinder- und Jugend(zahn-)ärztlicher Dienst: u.a. Hilfen zur Sicherung des Kindeswohls, Untersuchungen in Kindertageseinrichtungen und Schulen, Maßnahmen der Zahngesundheit, Früherkennungsuntersuchungen;
- (4) Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen: Vermittlung, Beratung und Betreuung von Personen in gesundheitlichen und sozialen Problemlagen, Wahrnehmung sozialpsychiatrischer Dienste;
- (5) Amtsärztliche Dienste: u.a. Erstellung amtsärztlicher Gutachten, Bescheinigungen und Zeugnisse, Medizinalaufsicht, gerichts- und vollzugsärztlicher Dienst, rechtsmedizinische (Überwachungs-)Aufgaben;
- (6) Lebens- und Bedarfsmittelaufsicht: Lebensmittelkontrolle/-überwachung, Futtermittelaufsicht, Kontrolle von Bedarfsgegenständen;
- (7) Veterinärdienst: u.a. Tierseuchenkontrolle, -schutz, -arzneiüberwachung;
- (8) Besondere Aufgaben der Planung, Koordination und Steuerung: u.a. Gesundheitsberichterstattung, -planung, spezifische Maßnahmen der Planung, Qualitätssicherung und Weiterentwicklung in verschiedenen Bereichen.

Abbildung 2 zeigt das Ergebnis dieser Erhebung. Bezogen auf die Gesamtzahl der gesetzlich definierten Einzelaufgaben erreichen Berlin und Bremen mit 61 bzw. 50 Einzelaufgaben die höchsten Werte, gefolgt von Hamburg (46) und Mecklenburg-Vorpommern (43). Die größte Gruppe bewegt sich zwischen 30 und 40 gesetzlich festgelegten Einzelaufgaben – dies sind die Bundesländer Baden-Württemberg (40), Brandenburg und Sachsen-Anhalt (jeweils 37), Sachsen (36), Nordrhein-Westfalen und Saarland (jeweils 35), Hessen (33), sowie Bayern (32). Es folgen Rheinland-Pfalz (28), sowie Schleswig-Holstein und Thüringen (jeweils 27), während Niedersachsen mit nur 17 durch Gesetz bestimmte Einzelaufgaben das Schlusslicht bildet.

Vergleicht man die Ausprägungen zwischen den verschiedenen Kategorien, so lässt sich festhalten: Die meisten Aufgaben finden sich in nahezu allen Bundesländern in der Kategorie ‚Hygiene & Umweltmedizin‘, lediglich in Bremen und Hamburg erreichen andere Gruppen die höchste Anzahl an Einzelaufgaben; teilweise weisen andere Kategorien gleich hohe Werte auf. Während ‚Gesundheitshilfen für besondere

Personengruppen' in den meisten Bundesländern einen weiteren großen Bereich ausmachen, sind ‚Lebens- und Bedarfsmittelaufsicht‘ sowie ‚Veterinärdienst‘ häufig die Kategorien, welche die geringsten Werte besitzen. Hier ist anzumerken, dass diese nicht in allen Bundesländern in den Aufgabenbereich des ÖGD fallen, das sächsische Landesgesetz teilt sie eigenständigen Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärämtern zu. Die anderen Kategorien sind relativ heterogen verteilt, wobei ‚Kinder- und jugend(zahn-)ärztlicher Dienst‘ und ‚Amtsärztliche Dienste‘ überwiegend größere Gruppen ausmachen.

Abbildung 2: Gesetzlich festgelegte Einzelaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienst in den Bundesländern der BRD nach Aufgabenbereichen



Quelle: Eigene Darstellung; Daten entnommen aus: Jeweils geltende Landesgesetze über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Siehe auch Anhang A, Einzelaufgaben.

Nachdem ein erster Überblick geschaffen wurde, welche Aufgaben dem ÖGD in Deutschland legislativ zugeschrieben werden, soll auch auf die Frage eingegangen werden, welche Position er in der Erfüllung dieser einnimmt. In Deutschland wird dem ÖGD häufig eine subsidiäre Rolle zugesprochen, nur in wenigen Bereichen wohnt seinen Aufgaben ein eigenständiger Versorgungsauftrag inne. Diese Positionsbestimmung des ÖGD in Bezug auf das gesamte Gesundheitswesen ist in den einzelnen Landesgesetzen recht unterschiedlich geregelt und reicht von der ÖGD „nimmt die Aufgaben grundsätzlich subsidiär und sozialkompensatorisch wahr, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt“ (§ 1 Abs. 2 GDG Berlin) bis „nimmt an der Erbringung gesundheitlicher Leistungen für die Bevölkerung mit eigenständigen

Aufgaben teil“ (§ 1 Abs. 1 ÖGDG Bremen) oder „nimmt eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr“ (§ 1 ÖGDG Nordrhein-Westfalen), dazwischen finden sich diverse Abstufungen. Eine kompakte Übersicht über die gesetzlich geregelten Subsidiaritätsgebote zu erstellen, ist aufgrund der unterschiedlichen Formulierungen und Herangehensweisen nicht möglich. Festhalten lässt sich aber, dass neben Berlin auch die Bundesländer Baden-Württemberg gem. § 1 Abs. 3 ÖGDG Baden-Württemberg und Brandenburg gem. § 1 Abs. 2 GDG Brandenburg ein allgemein gehaltenes Subsidiaritätsgebot festlegen. Ansonsten finden sich in allen Landesgesetzen mit Ausnahme Niedersachsens verschiedene Formulierungen bezüglich nachrangiger Positionierung des ÖGD in der Erfüllung einzelner Aufgaben (Anhang A, Einzelaufgaben).

Abschließend lässt sich festhalten, dass der ÖGD ab den 1980er-Jahren eine Reihe an Aufgaben hat einbüßen müssen und sich sein Tätigkeitsbild verändert hat. Während Kontrollaufgaben stetig fortwähren, hat in den politischen Vorstellungen zusätzlich die Idee hin zu einem stärker serviceorientierten und bürgernahen Ansatz Einzug gehalten (Locher, 2014). Dies wird zum Beispiel deutlich durch den Versuch der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (1998), das Aufgabenprofil des ÖGD weg von fallbezogenen, hin zu gruppen- und lebensraumbezogenen Leistungen sowie von Kriseninterventionen hin zu präventiven Leistungen zu verschieben. In den Vordergrund gerückt sind zunehmend Planungs- und Koordinationsfunktionen, welche sich zum Beispiel in Gesundheitsberichterstattung, -planung und -beratung oder Qualitätsmanagementmaßnahmen äußern. Locher (2014, S. 4.e2) beschreibt den Amtsarzt des 21. Jahrhunderts als „multidisziplinären Gesundheitsberater und -manager, der Fach-, Organisations- und soziale Kompetenz in seiner Person vereint.“¹²

3.3 Stellung innerhalb des deutschen Gesundheitswesens

In den vorangegangenen Abschnitten wurde das Aufgabenprofil des ÖGD in historischer und aktueller Hinsicht dargelegt. Unter Berücksichtigung dieser Aufgaben wird noch einmal deutlich, dass er eine sehr bedeutsame Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung einnimmt. Dies wird häufig dadurch

¹² Hinweis: Auch, wenn es das Zitat an dieser Stelle nicht hergibt, sind hier ausdrücklich alle Geschlechter gemeint.

hervorgehoben, dass er neben ambulanter und stationärer Versorgung als dritte oder zumindest eine (wichtige) Säule des deutschen Gesundheitswesens bezeichnet wird (z.B. Behnke & Zimmermann, 2019, S. 13; CDU/CSU/SPD, 2018, S. 100; Ollenschläger, 2014, S. A-1048; Weth, 2013, S. 303; Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste, 2012, S. 4; Gostomzyk & Storr, 2012, S. 837; Schönfeld, 2008, S. 15). Doch Rosewitz und Webber (1990) zweifeln bereits 1990 an, dass er dieser Bezeichnung noch gerecht werde und schreiben ihm stattdessen eine periphere Rolle im Gesundheitssystem zu. Dieser Verdacht kann auch heute noch als aktuell angesehen werden, vergleicht man beispielsweise die Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Leistungsträgern: Während die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 1968 in etwa doppelt so hoch waren wie die der öffentlichen Haushalte (Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1971), geben sie im Jahr 2017 rund dreizehnmal so viel aus (Statistisches Bundesamt, 2019). Auch ist der Anteil der öffentlichen Ausgaben an den Gesamtausgaben für Gesundheit in den letzten beiden Jahrzehnten auf einem bereits niedrigen Niveau weiter gesunken. Lag dieser 2000 noch bei 6,5 Prozent, so sind es 2017 nur noch 4,2 Prozent (ebd.). Zusätzlich wird dem ÖGD in der Literatur durch regelmäßige Feststellung eines materiellen sowie personellen Ressourcenmangels und Nachwuchsproblemen eine nachrangige Position bescheinigt (z.B. Kuhn et al., 2012; Kuhnt, 2019; Philipsborn, 2018); Problemdruck, Reformnotwendigkeit und -möglichkeiten werden in wissenschaftlichen und politischen Fachkreisen bereits seit Jahrzehnten thematisiert und diskutiert (z.B. BT-Drucks. 10/3374; Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, 1971; Grunow & Trojan, 2002; Rosewitz & Webber, 1990). Aus dieser Situation lässt sich schließen, dass die Stellung des ÖGD im Vergleich zu anderen Leistungserbringenden im deutschen Gesundheitssystem als niedrig einzustufen ist. Diese Feststellung wird durch den ‚Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst‘, welcher im September 2020 beschlossen wurde (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020), noch unterstrichen. Mit Eintritt der Pandemie rund um den Erreger SARS-CoV-2 im Jahre 2020 wurden die Mängel in der Ausstattung des ÖGD in Deutschland besonders deutlich und die Reaktion von Seiten der Politik unterstreicht seine gegenwärtige Lage. Neben formulierten Zielen wie einer personellen Aufstockung, Modernisierung und Vernetzung heißt es in dem Dokument beispielsweise, „dass eine nachhaltige Verstärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als eine unverzichtbare Säule des Gesundheitswesens dringend geboten ist“ (Bundesministerium für Gesundheit 2020, S. 1).

Doch dieser schwachen Position sah sich der ÖGD in seiner Vergangenheit nicht immer ausgesetzt, ansonsten hätte er möglicherweise auch nicht bis in die Gegenwart fortbestanden. Während das Gebiet der öffentlichen Gesundheit bereits im Industriezeitalter mit der Entdeckung der Hygiene und darauffolgenden, die Lebensbedingungen verbessernden und Krankheiten vorbeugenden Maßnahmen eine umfassende gesellschaftliche Akzeptanz finden konnte (Schmacke, 1995, S. 11), lässt sich die Hochzeit des öffentlichen Gesundheitswesens sicherlich in den Jahren zu Beginn des 20. Jahrhunderts ausmachen. So bescheinigen u.a. Labisch und Tennstedt (1985) für die Zeit der Weimarer Republik einen Höhepunkt öffentlicher Gesundheitsleistungen. Als ein Beleg wird die 1926 stattgefundene Ausstellung ‚Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen‘ in Düsseldorf angeführt, welche sich beispielsweise nicht nur auf hygienische, sondern auch soziale Aspekte gesunden Lebens fokussierte. Wie bereits angeführt, leitete der Eintritt der Weltwirtschaftskrise auch das öffentliche Gesundheitswesen in eine Krise, daran anschließend konnte es aber in der Zeit von 1933 bis 1945 vorübergehend wieder erstarren. Durch die Umsetzung des GVGs und ein nun bundesweit ausgebautes System an Gesundheitsämtern wurde die gesundheitliche Versorgung, insbesondere in einigen Regionen Deutschlands, welche zuvor keine umfassende Abdeckung vorweisen konnten, durchaus verbessert (Frei, 1991). Ebenso und bedauerlicherweise kam dem ÖGD eine bedeutsame Rolle in der Rassen- und Vernichtungspolitik der Nationalsozialisten zu. Doch nicht nur die Vereinheitlichung des Systems, die Instrumentalisierung der Nationalsozialisten und damit der Aufstieg zu einer bedeutsamen Vollzugsbehörde des Regimes, auch die erstmalige Zusammenführung von den vorher getrennten Bereichen Gesundheitsfürsorge und Gesundheitsschutz kam dem ÖGD zunächst zugute, führte sie doch zu einer umfassenden Erweiterung seiner bisherigen Aufgabenbereiche (Lindner, 2004).

Hatten die Jahre des NS-Regimes dem ÖGD vorübergehend zu einer gehobeneren Stellung im deutschen Gesundheitswesen verholfen, vernichteten sie langfristig betrachtet sein Ansehen und seine Position nachhaltig und die Gesundheitsämter verloren im zeitlichen Verlauf ihre in der ersten Zeit nach dem zweiten Weltkrieg eingenommene wichtige Position (Beske, 1967). Nicht nur durch die Verbrechen an der eigenen Bevölkerung, wie Zwangssterilisationen oder der Beteiligung an dem Prozess der Kindereuthanasie (Donhauser, 2014), sondern auch durch die allgemeine Zerstörung der

„Tradition sozialmedizinischer Prinzipien und einer am Wohl des Einzelnen und insbesondere benachteiligter Bevölkerungsgruppen orientierten Gesundheitsfürsorge und -vorsorge“ (Ebd., S. 6.e1).

Diese Folgen sprechen auch Labisch und Tennstedt (1985) an und begründen die Schwächung des ÖGD zusätzlich mit der Einschränkung von Ausbildungs- und Verdienstmöglichkeiten der Kreis- und Kommunalärzte zu dieser Zeit. Ebenso wenig förderlich für eine Wiedererstarkung des ÖGD nach Ende des zweiten Weltkrieges war die fehlende Aufarbeitung der Verbrechen sowie eine aktive Vertuschung der Taten bis in das letzte Viertel des 20. Jahrhunderts (Donhauser, 2014).

Die Fernwirkungen dieser Zeit beeinflussten nicht nur die weitere Entwicklung des ÖGD, sie halten auch bis heute an. Sozial- und bevölkerungsmedizinische Dienste waren in der Zeit nach dem Krieg umfassend abgewertet, die gesundheitliche Versorgung ging fast vollständig auf andere Leistungserbringende über. Auch Aufgaben der Prävention wurden von den Gesundheitsämtern lange Zeit nur noch nachrangig wahrgenommen. Dabei sehen Kuhn et al. (2012) einen Zusammenhang zwischen der Schwäche im Bereich der Prävention – die Ausgaben für diesen Leistungsbereich lagen 2019 bei einem Anteil von rund 3,5 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben (Statistisches Bundesamt, 2021b) – und der des ÖGD in Deutschland.

Unter anderem mit Aufkommen der AIDS-Epidemie und deren Bekämpfung in den 1980er-Jahren rückte der ÖGD wieder verstärkt in das Bewusstsein der Öffentlichkeit. Auch ein zunehmendes Verständnis der gesundheitlichen Gefahren, welche mit Umweltbelastungen einhergehen, verbesserte den Stellenwert des ÖGD (Rosewitz & Webber, 1990). Es gelangten außerdem unter dem Begriff ‚Public Health‘ im selben Jahrzehnt bevölkerungsmedizinische Maßnahmen zurück auf seine Agenda, in der Folge hielten unter diesem Dach verstärkt neue Konzepte und Ansätze Einhalt in die Arbeit des ÖGD und das Profil der Fachärzt*innen bzw. deren Ausbildung (Kuhn et al., 2012). In Forschung und Lehre wurde die akademische Public Health zwar bereits in den 1980er- und 1990er-Jahren in Deutschland implementiert, es mangelt aber auch heute noch an einer Priorisierung der Aktivitäten in diesem Bereich (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al., 2015).

Eine strukturelle Reform, welche in den meisten Publikationen nicht oder nur beiläufig angesprochen wird, durchaus aber als ein möglicher weiterer Einflussfaktor auf die Stellung des ÖGD gesehen werden kann, ist die Auflösung des BGAs im Jahre 1994.

Dieses hatte mit Unterbrechungen bereits seit 1876 bestanden, die letzte Wiedergründung nach dem zweiten Weltkrieg ist auf das Jahr 1952 datiert. Zur Auflösung kam es nach Beschluss des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst Seehofer, nachdem ihm von dem BGA zugehörigen Bundesinstitut für Arzneimittel Daten zu 373 Infektionen von Hämophilie-Patient*innen durch HIV-kontaminierte Blutprodukte verschwiegen worden waren, sowie aufgrund vorangegangener massiver administrativer Probleme (Laschet, 2019). Großklaus zufolge, welcher von 1985 bis zur Auflösungsentscheidung 1993 Präsident des BGA gewesen war, hat diese „Zerschlagung einer für das öffentliche Gesundheitswesen zentralen Bundesoberbehörde“ (Großklaus, 2012, S. 1) durchaus das nationale sowie internationale Ansehen des ÖGD tangiert.

Abschließend lässt sich resümieren, dass die Position des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen durchaus als schwach zu bewerten ist, zumindest, wenn man sie mit den anderen beiden Bereichen der stationären und ambulanten Versorgung vergleicht. An dieser Situation haben auch Bemühungen um eine Wiedererstarkung, häufig aus den eigenen Reihen, in den letzten 70 Jahren nichts ändern können. Die Stellung, welche er noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts besaß, konnte bisher nicht mehr erreicht werden. Doch wie bereits angeführt, hat sich die öffentliche Wahrnehmung des ÖGD mit Eintritt der Pandemie wieder verstärkt. Nicht nur in der Form medialer Berichte über die mangelhaften Zustände (z.B. Süddeutsche Zeitung, 2020; Schnack, 2020; Gall, 2020), sondern auch im politischen Bewusstsein, verkörpert durch den beschlossenen ‚Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst‘.

Vergleicht man nun die Entwicklungen des Aufgabenprofils mit denen bezüglich der Stellung des ÖGD im deutschen Gesundheitswesen, so scheint es einen potenziellen Zusammenhang zu geben; es lassen sich jedenfalls ähnliche Trends feststellen. Dies kann möglicherweise, insbesondere in Anbetracht der Geschichte des ÖGD, ein erster Hinweis darauf sein, dass die Umwelt, in der er sich befindet, einen (un-)mittelbaren Einfluss auf sein Aufgabenprofil hat. Inwiefern diese Hypothese haltbar ist, soll im nächsten Kapitel überprüft werden, indem auf mögliche situative Einflussfaktoren eingegangen wird und diese analytisch beleuchtet werden.

4 Situative Einflüsse auf das Aufgabenprofil des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Während es in den vorangegangenen Kapiteln darum ging, das theoretische Grundgerüst vorzustellen und den ÖGD in Deutschland, insbesondere hinsichtlich seines Aufgabenprofils und seiner Stellung im deutschen Gesundheitswesen, näher zu beleuchten, sollen folgend die situativen Einflussfaktoren im Vordergrund stehen, die sich möglicherweise auf das Aufgabenprofil als formale Organisationsstruktur ausgewirkt haben. Dort, wo es sinnvoll erscheint, sollen stellenweise auch Aspekte angeführt werden, welche einen Einfluss in der zukünftigen Entwicklung nehmen könnten. Für eine möglichst umfassende Analyse werden die beeinflussenden Faktoren in einzelne Kategorien unterteilt, hierbei wird zwischen denen der internen (4.1) und externen Dimension (4.2) unterschieden. In der anschließenden Diskussion (4.3) sollen die Ergebnisse interpretiert und diskutiert, sowie mögliche Handlungsoptionen thematisiert werden. Es gilt zu beachten, dass die Stellung im deutschen Gesundheitswesen durchaus als ein Einflussfaktor der äußeren Dimension gesehen und analysiert werden könnte. Da sie in dieser Arbeit allerdings als finaler Bezugspunkt gewählt wurde mit der Annahme des unmittelbaren Zusammenhangs zwischen Stellung und Aufgabenprofil, soll eine gesonderte Betrachtung im Rahmen der Ergebnisinterpretation erfolgen.

4.1 Dimensionen der internen Situation

In diesem Abschnitt stehen zunächst einmal die organisationseigenen, internen Dimensionen des ÖGD im Vordergrund, welche sich auf sein Aufgabenprofil ausgewirkt haben. Hier soll nicht nur auf vergangenheitsbezogene Faktoren eingegangen werden, welche in der Geschichte des ÖGD zu finden sind, sondern insbesondere auch eine Beleuchtung der gegenwärtigen Aspekte stattfinden.

4.1.1 Vergangenheitsbezogene Faktoren

In Bezug auf vergangenheitsbezogene Faktoren sollen zunächst einmal die strukturellen Veränderungen angeführt werden, welche das von den Nationalsozialisten auf den Weg gebrachte GVG mit seinen drei Durchführungsverordnungen hervorbrachte und damit das Aufgabenprofil des ÖGD nachhaltig beeinflusste. Denn durch die Verstaatlichung der Gesundheitsämter wurde die zuvor bestandene Tradition der kommunalen Gesundheitsfürsorge und -vorsorge

beendet (Müller, 2010), insbesondere auch durch die Abschaffung der Berufsbilder der Für- und Vorsorgeärzt*innen und des Gesundheitsfürsorgepersonals sowie der Disziplin der gruppen- und gemeindeorientierten Gesundheitsvorsorge (Labisch & Tennstedt, 1991). Die dadurch entstandene Lücke in dem zuvor so bedeutsamen Arbeitsfeld des ÖGD führte dazu, dass eine Besetzung durch die niedergelassene und in den Krankenhäusern tätige Ärzteschaft stattfand (Schmacke, 1995). Im heutigen Aufgabenprofil des ÖGD finden sich zwar wieder gesundheitsfürsorgerische und -vorsorgende Tätigkeiten, wie zum Beispiel Schuleingangsuntersuchungen oder Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen, eine exklusive Besetzung dieses Bereichs, insbesondere auch auf kommunaler Ebene, konnte sich allerdings bis heute nicht mehr durchsetzen.

Ein weiterer Einflussfaktor, welcher in der Geschichte des ÖGD zu verorten ist und sich in vielfältiger Weise auf sein Aufgabenprofil ausgewirkt hat, ist die mangelnde Durchsetzungskraft gegenüber der kurativen Medizin. Diese hat in Deutschland eine weitreichende Tradition und ist eng verbunden mit der im Laufe der Zeit immer bedeutsamer gewordenen Stellung der Krankenkassen (Rosewitz & Webber, 1990). Verdeutlicht werden soll dieses Ungleichgewicht zwischen der Durchsetzungsfähigkeit kurativer und staatlicher Medizin anhand drei entscheidender Punkte in der Geschichte des ÖGD: Bereits im Aufbauprozess des preußischen öffentlichen Gesundheitswesens wurde überwiegend die niedergelassene Ärzteschaft beteiligt, während die *Physici* nur eine sehr nachgeordnete Rolle einnahmen (Labisch & Tennstedt, 1985). Im zeitlichen Verlauf entwickelte sich durch den intensiven Einsatz von Standesvertretungen der Ärzteschaft sowie der Dominanz der Krankenkassen, welche Leistungen nur im Krankheitsfalle finanzierten, eine strikte Trennung zwischen kurativer und präventiver Medizin; den staatlichen Ärzt*innen wurden therapeutische Aufgaben vollends entzogen (Lindner, 2004). In den 1960er-Jahren gingen dann auch Tätigkeiten aus dem präventiven Feld in den Leistungskatalog der GKV über. Versuche, den Bereich der Gesundheitsvorsorge exklusiv dem ÖGD zu überlassen, scheiterten aufgrund von Widerstand seitens der niedergelassenen Ärzteschaft sowie der Bundesländer, die höhere Kosten befürchteten (Rosewitz & Webber, 1990). Damit wurden dem ÖGD sukzessive genuine Aufgaben, wie die Durchführung von Schutzimpfungen oder Vorsorgeuntersuchungen, entzogen. Er verlor seine Alleinstellung als Leistungserbringer in Sachen Prävention und konnte diese bis heute nicht wiedererlangen.

Abschließend sei auf eine Entwicklung in der Vergangenheit eingegangen, welche in ihrem Ursprung auf eigene Verfehlungen zurückzuführen ist. Mit dem Skandal um das BGA im Jahr 1993 und seiner darauffolgenden Auflösung wurden verschiedene, zuvor in einer Institution zusammengefasste Aufgabenbereiche auf einzelne Behörden verteilt. Es entstanden separate Bundesinstitute, wie das RKI oder das Bundesinstitut für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin. Letzteres wurde bereits 2001 wieder aufgelöst, neu gegliedert, unter anderem Namen aufgebaut und ging in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz über. Diese Entwicklung trennte ‚Mensch‘ und ‚Verbraucher‘ auf politischer Ebene, da nun unterschiedliche Ministerien zuständig waren (Großklaus, 2012). Dementsprechend sind auch heute noch Aufgaben des gesundheitlichen Verbraucherschutzes überwiegend nicht mehr allein in der Verantwortung des ÖGD. Während ihm in Sachsen gem. § 2 GDG Sachsen noch eigene Lebensmittelüberwachungs- und Veterinärämter angehören, legen außerdem lediglich Bayern, Berlin und Hamburg den gesundheitlichen Verbraucherschutz explizit als Einzelaufgabe gesetzlich fest – in Hamburg allerdings nur mit subsidiärem Auftrag (Anhang A, Einzelaufgaben).

4.1.2 Gegenwartsbezogene Faktoren

In Bezug auf beeinflussende gegenwärtige Faktoren sei zunächst die Größe des ÖGD angeführt. Mit der landesweiten Abdeckung öffentlicher Gesundheitsleistungen und 377 Gesundheitsämtern auf kommunaler Ebene ist der ÖGD eine Organisation von enormer Größe. Dies wird deutlich, wenn man die Anzahl der Mitarbeitenden betrachtet: Aufgrund fehlender Existenz einer amtlichen Statistik stehen hierzu keine exakten Zahlen zur Verfügung, laut Schätzungen aus dem Jahr 2016 beläuft sie sich aber auf ca. 17.000 Personen (Bundesärztekammer, 2018, S. 1). Diese Größe erfordert ein besonderes Maß an Koordination, was sich beispielsweise aus Untersuchungsergebnissen von Pugh et al. (1969) ableiten lässt, die eine Korrelation zwischen Organisationsgröße und den Variablen Spezialisierung, Standardisierung und Formalisierung zeigen. Denn die damit einhergehende Arbeitsteilung erzeugt durch die Aufteilung von Aktivitäten im Leistungserzeugungsprozess einen höheren Koordinationsbedarf. In Bezug auf die Gesundheitsämter, welche sich in Händen der Kommunen oder Bundesländer befinden, fehlt eine übergeordnete ‚Mutterorganisation‘ (wie das BGA einst darstellte), welche diese Koordinierungsfunktion übernehmen könnte. Einen gewissen Ersatz stellen

möglicherweise die bundesweite Gesundheitsministerkonferenz und die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden dar. Da diese allerdings nur ein- bzw. zweimal jährlich tagen (Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz, o.J.), ist fraglich, ob eine umfassende Koordination in einem solchen Rahmen stattfinden kann. In Bezug auf den heterogenen Regelungscharakter der Aufgaben lässt sich vermuten, dass er die Koordination zusätzlich erschwert. Möglicherweise begründen unter anderem diese wechselseitigen Beschränkungen, dass es bis heute kein einheitlich formuliertes Aufgabenprofil gibt. Letzteres wird deutlich, wenn man einen Blick in das 2018 veröffentlichte Leitbild des ÖGD wirft: Hier wird zwar ein Kernbestand an Aufgaben festgehalten, dieser verweilt aber in oberflächlichen Kategorien, gefolgt von einer großen Anzahl an Unterpunkten (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, 2018). Dies zeigt den Versuch, die hohe Binnenkomplexität zusammenzufassen, führt aber in der Folge zu einer wenig konkreten Darstellung.

Ein weiterer Faktor, welcher das Aufgabenprofil nachhaltig beeinflusst haben könnte, ist der Ressourcenmangel im ÖGD. Aufgrund einer fehlenden Statistik in Bezug auf die Entwicklungen des Gesamtpersonals, soll hier die Anzahl der Ärzt*innen in den Gesundheitsämtern herangezogen werden, um die Situation darzustellen. Laut Bundesärztekammer waren im Jahr 2020 insgesamt 2.922 Ärzt*innen in den Gesundheitsämtern angestellt (Bundesärztekammer, 2021, S. 21), was statistisch betrachtet die Zuständigkeit von einem*einer Ärzt*in für rund 28.447 Einwohner bedeutet (Eigene Berechnung; Quelle: Statistisches Bundesamt, 2021c). Neben einem Mangel in Bezug auf das Personal ist dieser auch in anderen Bereichen zu finden, was besonders im letzten Jahr deutlich wurde. Es fehlte nicht nur an materiellen Ressourcen, wie Schutzausrüstung für die Mitarbeitenden in den Gesundheitsämtern, sondern insbesondere auch an technischer Ausstattung (Bundesärztekammer, 2020). Doch dies ist kein neues Problem, auch wenn es im Rahmen der Pandemie in besonderem Maße zu Tage getreten ist – der ÖGD kämpft schon seit langer Zeit mit einer Unterausstattung in jeglicher Hinsicht. Dass eine vollumfängliche Aufgabenerfüllung unter diesen Umständen funktioniert, scheint eine utopische Annahme. In der Folge ist davon auszugehen, dass subsidiäre Aufgaben oder solche, die gesetzlich mit einem ‚kann‘ versehen wurden, häufig nur rudimentär oder gar nicht erledigt werden können. Außerdem ist der Personalmangel möglicherweise ein Grund dafür, dass Mitarbeitenden in der Vergangenheit keine Kapazitäten blieben, um Widerstand gegen den Entzug von Aufgaben aufzubringen

oder Weiterentwicklungen voranzutreiben; auch eine mangelnde Ausstattung mit materiellen Ressourcen und digitaler Infrastruktur ist hier nicht zuträglich. Durch die Ressourcenknappheit fehlen den Mitarbeitenden möglicherweise Anreize, sich umfassend zu engagieren.

Als Teil der öffentlichen Verwaltung liegen die Aufgaben des ÖGD in der Bereitstellung öffentlicher Dienstleistungen. Immanent ist ihm dabei, dass Entscheidungen über Finanzierung, Struktur und Aufgaben stets von Seiten der Politik getroffen werden, somit ist er immer direkten und indirekten Steuerungseingriffen dieser unterworfen (Vgl. Punkt 7, Abschnitt 2.1). Betrachtet man allgemein das Verhältnis zwischen ÖGD und der Gesundheitspolitik, so ist festzustellen, dass auch in der politischen Wahrnehmung die beiden anderen Säulen des Gesundheitssystems im Vordergrund stehen – dementsprechend liegt auch hier der Fokus politischen Handelns. Als einen empirischen Beleg für die Dominanz kurativer Medizin in der Politik führt Geene (2020) den Umgang mit dem Thema AIDS in den 1980er-Jahren an, deren gesamtgesellschaftliche Bedeutung erst verspätet wahrgenommen wurde. Als Grund dafür nennt er die Tatsache, dass wegen der kurativen Ausrichtung des Gesundheitssystems Gesundheitsprobleme erst dann erkannt werden, wenn sie klinisch manifest sind. Ein weiteres Problem sehen Rosewitz und Webber (1990) in der Struktur des gesundheitspolitischen Systems, bei der Kompetenzen und Verantwortungen nicht nur zwischen Bund, Ländern und Kommunen, sondern auch auf verschiedene Behörden verteilt sind: Es fehlt eine „gesundheitspolitische[] Gesamtkonzeption“ (ebd., S. 114). Die daraus entstehenden Konkurrenzverhältnisse, insbesondere zwischen Bund und Ländern, führten in der Vergangenheit dazu, dass bundespolitische Gesetzesvorhaben im Bereich der Gesundheitspolitik aufgrund von Blockaden durch die Länder immer im Bereich der Sozialversicherung untergebracht wurden (ebd.). In Verbindung mit der Tatsache, dass eine Verlagerung von Tätigkeiten des ÖGD in den Bereich der GKV gleichzeitig immer auch eine Entlastung der öffentlichen Haushalte bedeutet, ist es nicht verwunderlich, dass das Aufgabenprofil des ÖGD in der Vergangenheit – häufig zugunsten des Leistungsvolumens in der GKV – ohne großen politischen Widerstand immer weiter ausgedünnt wurde. Ebenso zeigen Untersuchungen, dass das Themenfeld ‚Gesundheit‘ auf kommunaler Ebene im Vergleich zu anderen Politikbereichen von Politiker*innen eher nachrangig bewertet wird (Ziemer & Grunow-Lutter, 2007). Auch zukünftig läuft der ÖGD Gefahr, dass bestimmte

Aufgaben aus seinem Arbeitsgebiet durch Umstrukturierung herausgelöst werden und in andere Behörden oder den Bereich der GKV übergehen.

Außerdem sind spezifische politische Entwicklungslinien zu verzeichnen, welche sich beeinflussend ausgewirkt haben können. Hier sei beispielhaft das sich wandelnde Verständnis von Staatlichkeit angesprochen. Nachdem in den 1980er- und 1990er-Jahren die Ideologie der Deregulierung staatlicher Leistungen immer mehr in den Vordergrund drängte und sich im Laufe der Zeit verstetigte (z.B. Bogumil, 2004; Eitner & Ragnitz, 2004; Thiemeyer, 1986), lassen sich Weiterentwicklungsprozesse in der Struktur von Politik und Verwaltung erkennen, welche sich unterschiedlich äußern. Ein Aspekt, welcher hierbei immer wieder eine wichtige Rolle spielt, ist die Auslagerung öffentlicher Aufgaben auf private Leistungserbringer (Eitner & Ragnitz, 2004). Diese Auslagerung in Form von Beleihung(-smöglichkeiten) an Dritte findet sich auch in den Landesgesetzen des ÖGD wieder. So ist diese Möglichkeit in Bezug auf verschiedene Einzelaufgaben in allen Gesetzesgrundlagen außer denen Hessens, Mecklenburg-Vorpommerns, Sachsens, Sachsen-Anhalts und Thüringens festgehalten, in Berlin wird sie gem. § 1 Abs. 4 GDG Berlin im Rahmen von Gewährleistungsaufgaben mit Einschränkungen sogar angestrebt. Wie häufig und in welchem Umfang eine solche Auslagerung tatsächlich stattfindet, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht erhoben werden; dass sich die öffentliche Verwaltung aber generell an diesen Leitbildern von Staatlichkeit ausrichtet, wurde bereits unter Punkt 12 in Abschnitt 2.1 angeführt. Nichtsdestotrotz lässt sich als Folge für das Aufgabenprofil festhalten, dass durch Auslagerung von Aufgaben zwar Verantwortung und Überwachung der Leistungserbringung in Händen des ÖGD bleiben, sein Aufgabenprofil sich hinsichtlich eigenständiger Durchführung aber von dem ursprünglichen Aufgabenkern entfernt.

4.2 Dimensionen der externen Situation

Nachdem in den vorangegangenen Abschnitten mögliche Einflussfaktoren der internen Situation analysiert wurden, soll im Folgenden die äußere Umwelt des ÖGD sowie ihre möglichen Einflüsse auf das Aufgabenprofil in den Fokus gerückt werden. Auch hier findet eine Unterteilung statt, indem zunächst näher auf die Aufgabenumwelt, im Anschluss auf die globale Umwelt des ÖGD eingegangen wird.

4.2.1 Aufgabenumwelt

In Bezug auf die Aufgabenumwelt des ÖGD soll hier auf die Auswirkungen dreier zugrundeliegender Fragen eingegangen werden, nämlich: Wer sind seine Kund*innen, zu wem unterhält er Austauschbeziehungen, sowie zu wem bestehen Konkurrenzverhältnisse in Bezug auf seine Aufgaben?

Da der ÖGD mit seiner Arbeit auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung abzielt, steht auch generell jede*r Einwohner*in und jede soziale Gruppe im Mittelpunkt seines Handelns. Das trifft insbesondere auf Aufgaben im Bereich der allgemeinen Bevölkerungsmedizin und Prävention zu. Davon abgesehen gibt es aber auch eine Reihe an Tätigkeiten, welche bewusst auf spezifische Bevölkerungsgruppen abzielen, wie die Schuleingangsuntersuchungen von Kindern, Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen oder Familien- und Schwangerschaftsberatung. Im Ergebnis bedeutet das für die Arbeit des ÖGD, dass er sie nicht nur an einer großen Anzahl potenzieller Kund*innen ausrichten, sondern auch in seiner Kommunikation nach außen ein breites Bevölkerungsspektrum ansprechen muss. Das zeigt sich beispielsweise in den häufig eher schwammig formulierten Zielen des ÖGD in den einzelnen Landesgesetzen. Hier finden sich überwiegend Formulierungen wie der ÖGD hat „die öffentliche Gesundheit [...] zu wahren und zu fördern“ (Art. 1 Abs. 1 GDVG Bayern) oder „schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung“ (Art. 1 Abs.1 GDG Sachsen-Anhalt). Auswirkungen auf das Aufgabenprofil hat diese Situation möglicherweise insofern, dass auch die Definition seiner Tätigkeiten eher oberflächlich bleibt. Es gibt allerdings auch Bundesländer, welche in ihren gesetzlichen Regelungen eine generelle Berücksichtigung spezifischer Bevölkerungsgruppen festlegen, für die der ÖGD in besonderem Maße zuständig ist. Baden-Württemberg (§ 1 Abs. 1 ÖGDG Baden-Württemberg), Hamburg (§ 2 Abs. 2 GDG Hamburg) und Nordrhein-Westfalen (§ 4 Abs. 1 ÖGDG Nordrhein-Westfalen) stellen hierbei gezielt Menschen mit Migrationshintergrund, Behinderung, sozialen Benachteiligungen, besonderen Belastungen und Schutzbedarfen oder, denen im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung nicht entsprochen wird, in den Vordergrund. Diese Festlegung entspricht in Teilen der Trennung zwischen den jeweiligen gesellschaftlichen Zielgruppen, wie sie früher zwischen ÖGD und GKV vorherrschte: Während die GKV im Bereich der Arbeitnehmenden zuständig war, zielte der ÖGD mit seiner Arbeit auf die übrigen Personengruppen ab. Heute sind die Zielgruppen hingegen häufig identisch (Rosewitz & Webber, 1990).

Legt man einen Fokus auf die Einrichtungen, zu denen der ÖGD Austauschbeziehungen unterhält, so wird schnell deutlich, dass er in ein großes organisationales Netzwerk der gesundheitlichen Versorgung eingebunden ist. Allgemein kann man festhalten, dass viele der Tätigkeiten nicht nur die Aufgaben anderer staatlicher Behörden, wie der für Jugend oder Umwelt zuständigen Institutionen tangieren, sondern sich teilweise auch mit denen der Sozialversicherungsträger, insbesondere der Krankenkassen, oder anderen Einrichtungen, wie Selbsthilfegruppen, überschneiden. Gesetzlich festgehalten ist dies in der Regel, indem dem ÖGD eine Mitwirkung oder Beteiligung, die gemeinsame Aufgabenerfüllung oder Zusammenarbeit mit anderen zuständigen Leistungserbringenden vorgeschrieben wird.¹³ Der*Die Gesetzgebende bleibt in Bezug auf eine genaue Definition der Beteiligten häufig vage, konkret benannt werden in den Ländergesetzen: andere (fachlich zuständige) staatliche Stellen, Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Stellen der Schulverwaltung, Geburtskliniken, Frauenärzt*innen, Hebammen, niedergelassene/andere approbierte (Kinder-)Ärzt*innen, Zahnärzt*innen, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen und Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen, Vereinigungen und Verbände, Selbsthilfegruppen/-kontaktstellen, Einrichtungen des Patientenschutzes und Interessensverbände sowie Berufskammern. Dabei sind einzelne Einrichtungen an konkrete Aufgabenbereiche gebunden,¹⁴ andere Beteiligte der Zusammenarbeit können in verschiedenen Tätigkeitsfeldern auftreten.¹⁵ Daran lässt sich erkennen, dass das Thema Gesundheit nicht nur in sämtlichen Lebens- und Politik-, sondern auch Leistungsbereichen staatlicher Einrichtungen von großer Bedeutung ist. Diese Situation zwingt den ÖGD zu ständiger interorganisationaler Kommunikation und Zusammenarbeit. Das kann vorteilhaft sein und ist in dem komplexen deutschen System gesundheitlicher Versorgung nicht zu umgehen, bringt aber auch eine Reihe an Herausforderungen mit sich. Möglicherweise ist diese Situation eine Ursache dafür, dass sich das Aufgabenprofil des ÖGD verstärkt in Richtung koordinierender Funktionen, wie der Durchführung von Gesundheitskonferenzen oder der Steuerung

¹³ Vgl. beispielsweise zu Mitwirkung § 8 Abs. 3 GDG Berlin; § 18 Abs. 3 ÖGDG Bremen; zu Beteiligung § 9 Abs. 1 S. 2 ÖGDG Saarland; zu Zusammenarbeit § 11 Abs. 1 und 2 ÖGDG Baden-Württemberg; § 3 Abs. 3 GDG Brandenburg; § 7 Abs. 1 ÖGDG Saarland.

¹⁴ So zum Beispiel in Bezug auf Kinder- und Jugend(zahn-)ärztliche Dienste: Träger der öffentlichen und freien Jugendhilfe, Stellen der Schulverwaltung, Geburtskliniken, Frauenärzt*innen, Hebammen; in Bezug auf die Medizinalaufsicht im Bereich der amtsärztlichen Dienste: Heil- und andere Berufskammern.

¹⁵ So beispielsweise ‚andere staatliche Stellen‘: Je nach Aufgabenbereich können dies die für Umwelt, Bau, Kinder und Jugend, oder andere zuständige öffentliche Behörden sein.

gesundheitsbezogener Aktivitäten entwickelt hat. Voraussetzung hierfür sind allerdings ausreichende Ressourcen. Sind diese nicht vorhanden und koordinierende Einzelaufgaben nur gesetzlich festgehalten, beschränkt sich ihre Erfüllung in der Praxis vermutlich eher auf ein Minimum. Auch zeigt die große Anzahl an anderen Beteiligten, dass sich die Aufgaben des ÖGD zu einem großen Teil mit denen anderer Einrichtungen überschneiden, und macht das Fehlen von originären, dem ÖGD exklusiv zugesprochenen Arbeitsbereichen deutlich.

Daran anschließend soll vertiefend auf die Konkurrenzverhältnisse eingegangen werden, welchen sich der ÖGD ausgesetzt sieht. Hier liegt der Fokus auf den Trägern der anderen beiden Säulen des Gesundheitswesens, der stationären und ambulanten Versorgung, da trotz postulierter gleichwertiger Stellung im Gesundheitswesen ein großes Ungleichgewicht bezüglich der Fülle an Versorgungsleistungen besteht. Dies wird deutlich, wenn man sich erneut die in Abschnitt 3.3 angeführten Ausgaben für Gesundheitsleistungen ins Gedächtnis ruft, aber auch, wenn man die gem. § 11 SGB V geregelten Leistungsarten der GKV mit dem Aufgabenprofil des ÖGD vergleicht. Die stationäre und ambulante Versorgung, welche beide zum überwiegenden Teil von der GKV finanziert werden,¹⁶ machen im Vergleich zum ÖGD einen bedeutsam größeren Teil der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland aus. Eine Ursache hierfür ist möglicherweise, dass der GKV im Laufe der historischen Entwicklung eine immer gewichtigere Bedeutung im Gesundheitswesen zukam (Rosewitz & Webber, 1990). Außerdem und damit eng verbunden, konnten sich die Leistungserbringer*innen der beiden anderen Bereiche in vielen Kämpfen um bestimmte (Teil-)Aufgabenbereiche erfolgreich durchsetzen. Zum einen, weil sie häufig taktisch klüger und engagierter vorgehen, wie beispielsweise in der Frage um die Zuweisung von Vorsorgeleistungen in den 1960er-Jahren. Hier hatte die niedergelassene Ärzteschaft – im Gegensatz zu den im ÖGD Tätigen – bereits im Voraus definierte Vorsorgeprogramme ausgearbeitet, welche von der Politik anschließend lediglich noch beschlossen und umgesetzt werden mussten. Zum anderen, weil sie bereits sehr früh begonnen hatte, sich zu organisieren und starke Interessenvertretungen aufbauen konnte. So zum Beispiel die 1947 gegründete Bundesärztekammer, welche sich an den Diskussionen um die Übernahme von

¹⁶ Die GKV ist 2017 an der Finanzierung der ambulanten Einrichtungen mit einem Anteil von 61,3 Prozent und der stationären Einrichtungen mit einem Anteil von 59,1 Prozent beteiligt und damit jeweils der mit Abstand größte Kostenträger. Quelle: Statistisches Bundesamt, 2019, S. 151.

Versorgungsleistungen beteiligte und ihre Interessen über Kritik an den Ärzt*innen des ÖGD durchsetzte – von Seiten des ÖGD blieb eine umfängliche Gegenwehr aus verschiedenen Gründen aus (ebd.).

Als eine Ursache für die starke Position der anderen beiden Säulen im Gesundheitswesen ist das geltende Organisationsprinzip der Selbstverwaltung anzuführen, dem Krankenkassen, deren zugehörige Ärzteschaft sowie die Verbände der Krankenhäuser unterliegen. Sie stellen somit Körperschaften des öffentlichen Rechts dar, welche mittelbare Staatsaufgaben erfüllen und ihre Belange im Rahmen der Gesetze selbst regeln – der*die Gesetzgebende legt lediglich Rahmenbedingungen fest, innerhalb derer sich ihre Entscheidungsmöglichkeiten bewegen (Gerlinger, 2015). Auf Bundesebene konstituieren Vertreter*innen der Kassen(-zahn-)ärztlichen Bundesvereinigungen, der deutschen Krankenhausgesellschaft sowie des Spitzenverband Bund der Krankenkassen den Gemeinsamen Bundesausschuss, der das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung darstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2021). Diese Selbstverwaltungsträger stellen in Deutschland eine Interessenvertretung von enormem Einfluss dar, denn sie

„üben im politischen Prozess eigenständige Rollen aus, versuchen, staatliche Steuerungsversuche umzusetzen oder zu unterlaufen, selbst Themen auf die politische Agenda zu setzen oder neue Probleminterpretationen bereitzustellen“ (Nagel, 2009, S. 55).

Die enge Beziehung zwischen den Vertreter*innen der Kassenärzteschaft und politischen Entscheidungsträger*innen belegten bereits Rosewitz und Webber (1990) in ihren Fallstudien. Die Interessenvertretung des ÖGD als staatliche Institution hingegen, der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst, bezieht zwar regelmäßig Stellung bezüglich politischer Entscheidungen (z.B. Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes, o.J., a), ist aber in kein politisches Entscheidungsgremium dauerhaft eingebunden (Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes o.J., b). Auch dieses Ungleichgewicht in Bezug auf seine direkte Konkurrenz kann einen Teil dazu beigetragen haben, dass der ÖGD sich nach dem zweiten Weltkrieg nicht mehr umfassend etablieren und Aufgabengebiete exklusiv besetzen konnte.

4.2.2 Globale Umwelt

Dass auch die globale Umwelt, womit hier gesamtwirtschaftliche und -gesellschaftliche Einflüsse auf nationaler und internationaler Ebene gemeint sind, eine große Bedeutung für die Entwicklung des Aufgabenprofils des ÖGD mit sich bringt, haben die vorangegangenen Abschnitte bereits in Teilen gezeigt. Nicht nur Entwicklungen wie die sogenannte ‚Kostenexplosion im Gesundheitswesen‘, auch das gesellschaftliche Verständnis von Gesundheit, Krankheit und gesundheitlicher Versorgung spielen hier eine große Rolle. Der ÖGD ist eingebettet in eine komplexe Umwelt, deren Rahmenbedingungen sich im Laufe der Zeit ständig verändern und auf die er reagieren muss. Das Verständnis von und der Umgang mit dem Thema Gesundheit hängen von den „jeweils dominierenden ökonomischen und sozialen Auseinandersetzungen“ (Schmacke, 1995, S. 17) seiner Umwelt ab. Im Folgenden soll noch einmal näher auf ausgewählte Prozesse eingegangen werden, welche die Tätigkeit des ÖGD tangiert und seine Aufgaben in der Folge beeinflusst haben oder zukünftig noch beeinflussen könnten.

In Bezug auf die gesellschaftliche Wahrnehmung des Themas Gesundheit lässt sich auch hier feststellen, dass die Bedeutung kurativer Medizin im Vordergrund steht und im Laufe der Zeit „stabile kulturelle Normen herausgebildet und öffentliche Meinung geprägt“ (ebd., S.9) hat. Dieses Verständnis hat vermutlich die Entwicklungen einer Aufgabenverlagerung weg vom ÖGD und hin zu den Leistungserbringenden der GKV befördert. Dass Bürger*innen nur selten in Kontakt mit dem ÖGD kommen (Schmacke, 2009), ist dabei sicherlich als ein Grund für die geringe Wahrnehmung zu sehen. Wenn dies geschieht, dann meist unfreiwillig, zum Beispiel im Rahmen von Anordnungen zur Durchführung des Infektionsschutzes oder bezüglich freiheitsentziehender Maßnahmen durch sozialpsychiatrische Dienste – es lässt sich vermuten, dass dem ÖGD damit ein eher negatives Image anhängt (Schmacke, 2012). Die Aufgaben, mit denen er sich positiv profilieren könnte (z.B. Prävention), werden auch von den Bereichen kurativer Medizin abgedeckt und sind häufig weniger stark ausgeprägt. Daraus folgt, dass dem ÖGD die Unterstützung der Öffentlichkeit fehlt, um sich in neuen oder bereits bestehenden Aufgabenfeldern verstärkt einzubringen. Möglicherweise führt das wiederum dazu, dass er sich eher in Zurückhaltung übt und auf die Bereiche fokussiert, in denen er konkurrenzlos tätig wird (z.B. Gutachtertätigkeiten, Kontrollaufgaben).

Aufgrund sich ändernder gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, wie dem demographischen Wandel, müssen die Strukturen des Gesundheitswesens regelmäßig überprüft und angepasst werden. Diese Veränderungen stellen für den ÖGD insofern eine Gefahr da, als dass er sich in Konflikten rund um diese Prozesse möglicherweise gegenüber den anderen beiden starken Säulen des Gesundheitssystems nicht durchzusetzen vermag. Während die Aufgaben, die er heute originär ausführt, überwiegend lediglich noch aus Elementen bestehen, welche von den anderen Versorgungsbereichen nicht abgedeckt werden, läuft er auch jederzeit Gefahr, dass ihm diese entzogen, anderen Bereichen zugeordnet oder in den Rechtsgrundlagen als ‚Kann-Aufgaben‘ definiert werden. Diese Unsicherheit führt bei den Beteiligten des ÖGD möglicherweise dazu, den Fokus ihrer Arbeit auf den Teil ihrer Aufgaben zu richten, der unumstößlich scheint. Ein Beispiel aus der Vergangenheit, welches die Bedeutung gesellschaftspolitischer Entwicklungen auf das Aufgabenprofil des ÖGD zeigt, ist die verstärkte Hinzunahme an Tätigkeiten aus dem Bereich des gesundheitlichen Umweltschutzes in den 1980er-Jahren. Die damals allgemein gestiegene Wahrnehmung der Bedeutung umweltbezogener Einflüsse führte dazu, dass Einzelaufgaben in diesem Bereich im Aufgabenkatalog des ÖGD verankert wurden (Rosewitz & Webber, 1990) und bis heute einen nicht geringen Bestandteil in allen Bundesländern ausmachen (Anhang A, Einzelaufgaben).

Ein weiterer Einflussfaktor sind die gesamtwirtschaftlichen Bedingungen, die häufig mit Fragen der Ressourcenverteilung einhergehen. Als Beispiel sei an dieser Stelle die sogenannte ‚Kostenexplosion im Gesundheitswesen‘ angeführt. Die Diskussion über einen ständigen Anstieg der Gesundheitskosten besteht in Deutschland bereits seit den 1970er-Jahren und auch, wenn die ‚Kostenexplosion‘ mittlerweile weitgehend als Mythos entlarvt ist: Im Laufe der Zeit wurde die Diskussion von einer Reihe an Politikmaßnahmen flankiert, die finanzielle Einsparungen bewirken sollten (Erbe, 2000). Diese Prozesse stellen eine eher negative Voraussetzung für die (Weiter-)Entwicklung des ÖGD dar, insbesondere in Kombination mit einer seit Jahrzehnten bestehenden, angespannten Haushaltslage der Kommunen (Beznoska & Kauder, 2020), bei denen die Gesundheitsämter in den meisten Bundesländern angesiedelt sind. Die Verlagerung von Aufgaben des ÖGD in den Leistungsbereich der GKV scheint unter diesen Gesichtspunkten für politische Entscheidungsträger*innen nicht unattraktiv gewesen zu sein und hat eine weitere Ausdünnung des Profils möglicherweise noch begünstigt.

In Bezug auf die globale Ebene ist festzuhalten, dass die Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Globalisierung von einigen Effekten tangiert wurden und in Zukunft sicherlich weiterhin werden. Hierzu gehören nicht nur Herausforderungen, die in Folge des Klimawandels auftreten können (z.B. das Aufkommen neuer Infektionskrankheiten durch veränderte klimatische Bedingungen), sondern auch eine generell erhöhte Mobilität der Menschen, die unter anderem die Gefahr des Einbringens neuer Infektionskrankheiten mit sich bringt. Außerdem gehen damit auch verstärkte Migrationsbewegungen einher, wobei dem ÖGD durch die Erstbetreuung von Asylsuchenden ohne Krankenversicherungsstatus eine große Rolle zukommt, verbunden mit einer Zunahme seines Tätigkeitsvolumen in diesem Bereich (Bozorgmehr et al., 2016). Dies wurde bereits in den vergangenen Jahren mit Eintritt der sogenannten Flüchtlingskrise deutlich sichtbar.

Abschließend soll aber vor allem auf die seit Beginn des letzten Jahres vorherrschende Corona-Pandemie eingegangen werden, welche sich weltweit umfänglich auf sämtliche Bereiche menschlichen Lebens ausgewirkt und auch den ÖGD in einer besonderen Weise getroffen hat. Das hochansteckende Virus, welches im Dezember 2019 in China erstmals ausbrach und Atemwegs- sowie Lungeninfektionen mit schweren Krankheitsverläufen hervorruft (Riou & Althaus, 2020), verbreitete sich rasch über den ganzen Globus und erreichte Ende Januar 2020 auch Deutschland (Grote et al., 2021). Innerhalb von wenigen Monaten wurden weltweit Infektionen nachgewiesen, die WHO (2020) stufte die Infektionsgeschehnisse am 11. März 2020 mit mehr als 118.000 Fällen in 114 Ländern erstmals als Pandemie ein. In vielen Ländern waren Krankenhäuser aufgrund der hohen Anzahl an Infizierten überlastet, das soziale und wirtschaftliche Leben wurde in bislang unbekannt Dimensionen auf ein Minimum heruntergefahren und dem ÖGD, allen voran den Gesundheitsämtern vor Ort, kam durch seine Verantwortung im Rahmen der Aufklärung und Unterbrechung von Infektionsketten gem. § 11 IfSG eine entscheidende Rolle zu. In der Praxis bedeutete dies eine massive Zunahme an diversen Einzelaufgaben bzw. ihres zu bewältigenden Volumens: Die Erfassung neuer Infektionsfälle und deren Weiterleitung an das RKI, die Veranlassung antiepidemischer Maßnahmen, wie Quarantäneanordnungen, die Nachverfolgung und Information aller Kontaktpersonen sowie der regelmäßige Kontakt zu Infizierten inklusive Symptomabfragung (Starke, 2020). Gleichzeitig wurden Mitarbeitende der Gesundheitsämter in kommunale Krisenstäbe einberufen, koordinierten Sondereinsätze und mussten Bevölkerung, Politik und

Fachöffentlichkeit beraten (Arnold & Teichert, 2021). Diese Zunahme an Aktivitäten führte in Kombination mit einer ohnehin bereits angespannten Ressourcenausstattung schnell zu sehr besorgniserregenden Zuständen in den Gesundheitsämtern. Die Kontaktnachverfolgung konnte teilweise nicht vollumfänglich geleistet werden, das Personal geriet an die Grenzen seiner Kapazitäten (Mast et al., 2020). Zur Unterstützung mussten Einheiten der Bundeswehr gesandt und zusätzliche Arbeitskräfte, wie Medizinstudierende, Containment-Scouts oder Personal aus anderen Behörden eingesetzt werden (Arnold & Teichert, 2020). Die Auswirkungen der Pandemie zeigen in eindrücklicher Weise, wie schnell sich die Umwelt des ÖGD verändern kann, auch wenn sie – hier in Bezug auf die Aufgaben im Infektionsschutz – über eine lange Zeit hinweg relativ konstante Anforderungen an ihn stellte.

Die Entwicklungen der letzten beiden Jahre spiegeln deutlich wider, wie sehr die Organisation ÖGD von der Umwelt beeinflusst ist, in der sie sich befindet. Nicht nur in Bezug auf Pandemien, sondern auch auf sich ändernde Rahmenbedingungen im Bereich von Gesellschaft und Politik. Und auch das enge organisationale Netzwerk, welches den ÖGD zu ständiger Kooperation zwingt, kann sich verändern und damit andere Ansprüche oder Erfordernisse hervorbringen. Wie genau die Ergebnisse dieses Kapitels zu interpretieren sind und was sie für die Verbindung zwischen Aufgabenprofil und Stellung im deutschen Gesundheitswesen bedeuten, soll im folgenden Abschnitt thematisiert werden.

4.3 Bewertung und Diskussion

Dieser Abschnitt der Arbeit zielt zunächst darauf ab, die Ergebnisse der vorangegangenen Ausarbeitungen zu interpretieren und sie in Bezug auf kritische Gesichtspunkte zu beleuchten (4.3.1). Anschließend sollen daraus erste Handlungsoptionen abgeleitet werden, die zu einer Stärkung des ÖGD im Rahmen seines Aufgabenprofils beitragen könnten (4.3.2).

4.3.1 Interpretation und kritische Auseinandersetzung

Bevor eine nähere Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der Analyse aus diesem Kapitel erfolgt, sollen zunächst noch einmal die wichtigsten Erkenntnisse aus der empirischen Erhebung des aktuellen Aufgabenprofils zusammengefasst werden. Der ÖGD verfügt im Rahmen seiner gesetzlichen Grundlagen über ein sehr heterogenes

Aufgabenprofil. Betrachtet man die einzelnen Rechtsnormen der Bundesländer, so ist eine große Vielfalt an Regelungsdichte und -tiefe auszumachen. Diese unterschiedlichen Ausgangssituationen verdeutlichen die föderale Struktur Deutschlands und zeigen auf, dass es in Bezug auf den ÖGD eigentlich nicht nur ein Aufgabenprofil gibt, sondern sechszehn verschiedene. Auch, wenn diese heterogene Situation in Bezug auf die gesetzlichen Regelungen keine Kategorisierung der Ländergesetze in einzelne Gruppierungen zuließ, so konnten doch auf einer übergeordneten Ebene gemeinsame Aufgabenbereiche ausgemacht werden, welche in unterschiedlichen Ausmaßen in allen Ländergesetzen zu finden waren und somit als Grundlage für die Analyse in Kapitel 4 genutzt werden konnten.

Die darauf aufbauenden Ausarbeitungen in Kapitel 4 zeigten deutlich, dass der ÖGD in Bezug auf sein Aufgabenprofil als formale Organisationsstruktur von der Situation, in der er sich befindet, beeinflusst ist. Nicht nur hinsichtlich Dimensionen seiner internen Situation, die in erster Linie mit der eigenen Geschichte und Entscheidungen der Politik als indirekte Organisationsführung zusammenhängen, sondern insbesondere auch durch externe Einflüsse, wie der Konkurrenz mit anderen Versorgungsbereichen oder gesamtgesellschaftlichen und -wirtschaftlichen Entwicklungen.

Es stellte sich heraus, dass Veränderungen im Aufgabenprofil teilweise recht deutlich in Verbindung gebracht werden können mit Veränderungen der Organisationssituation, beispielsweise in Bezug auf seine Vergangenheit im Rahmen der nationalsozialistischen Herrschaft in Deutschland oder entscheidenden Entwicklungspunkten in den anderen beiden Bereichen der gesundheitlichen Versorgung. Hier ist insbesondere die starke Position der GKV und der kurativen Medizin in Deutschland anzuführen, welche sich im Laufe der Geschichte immer weiter verstetigen konnte.

In anderen Feldern, wie der verstärkten Hinzunahme koordinierender Aufgaben oder der (Möglichkeit der) Auslagerung von Aufgaben an Dritte, ist keine direkte Verbindung zu einem konkreten Ereignis herzustellen, es zeigt sich aber insgesamt, dass das jeweils vorherrschende Verständnis von Staatlichkeit und politischer Regulierungsnotwendigkeit auch immer das Verständnis der Arbeit öffentlicher Verwaltung tangiert. Im Gegensatz zu anderen Organisationsformen ist sie durch ihre enge Verbindung zur Politik immer abhängig von Entscheidungen in diesem Bereich und hat als staatliche Behörde in Deutschland eingeschränktere Möglichkeiten der

Interessenvertretung als die selbstverwalteten Körperschaften der GKV, Ärzteschaft und Krankenhausträger.

In Bezug auf globale Entwicklungen zeigt sich, im Besonderen durch die Entwicklungen rund um die Corona-Pandemie, dass der ÖGD sich immer auch an die Veränderungen seiner Umwelt anpassen und auf dynamische Entwicklungen reagieren können muss. Dabei haben die ihm Angehörigen selbst keine direkte Möglichkeit, die Organisationsstruktur anzupassen, sondern sind von politischen Entscheidungen abhängig. Hier kann lediglich eine Anpassung im Rahmen der eigenen Möglichkeiten erfolgen, beispielsweise indem der Fokus der Aufgabenerledigung verlagert und Prioritäten gesetzt werden.

Richtet man die Aufmerksamkeit auf die dieser Arbeit zugrundeliegende Forschungsfrage *Wie lässt sich die Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes innerhalb des deutschen Gesundheitswesens am Beispiel seines Aufgabenprofils aus kontingenztheoretischer Perspektive erklären?*, so zeigt die vorangegangene Untersuchung zunächst einmal, dass eine enge Verbindung zwischen der Stellung des ÖGD und seinem Aufgabenprofil besteht. Nicht nur in der Frage der Durchsetzungskraft gegenüber der niedergelassenen und in Krankenhäusern tätigen Ärzteschaft, auch in Bezug auf politische und gesellschaftliche Einstellungen wird deutlich, dass seine Stellung hier vermutlich entscheidende Auswirkungen hatte. Dieser Zusammenhang kann allerdings ebenso als ein wechselseitiger gesehen werden. So ließe sich umgekehrt auch die These aufstellen, dass das diffuse, ausgedünnte Aufgabenprofil sich negativ auf seine Stellung im deutschen Gesundheitssystem ausgewirkt hat. Alternativ könnte man sie auch als Situationsaspekt seiner Umwelt begreifen. Im Ergebnis ist jedenfalls festzuhalten, unabhängig von ein- oder wechselseitiger Beeinflussung, dass sie sich durchaus anhand der Entwicklungen in seinem Aufgabenprofil unter kontingenztheoretischen Gesichtspunkten nachvollziehen lässt und eine Reihe an möglichen Erklärungsfaktoren liefert. Darauf zielen auch Rosewitz und Webber (1990) in ihrer Erklärung für seine nachrangige Position ab. Sie führen an, dass politische Steuerungseingriffe, die den ÖGD in Form von originärer Aufgabenzuweisung stärken sollten, von interessierter Seite blockiert wurden, während andere, die auf eine Aufgabenverlagerung in den Bereich der GKV abzielten, Unterstützung erfuhren. Als einen weiteren Grund sehen sie die durchgeführte Zusammenlegung von Aufgaben der Gesundheitsfürsorge und -aufsicht in der Vergangenheit. Dass es dem ÖGD unter

den in den vorangegangenen Abschnitten angeführten Ereignissen kaum möglich war, seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen zu verbessern, erscheint obligat.

Nachdem eine erste Diskussion der Analyseergebnisse dieser Arbeit vorgenommen wurde, soll abschließend auf kritische Aspekte eingegangen werden, welche die Interpretation der Ergebnisse limitieren.

Zunächst einmal ist anzuführen, dass die empirische Erhebung der Einzelaufgaben, die auf Grundlage der jeweiligen gesetzlichen Regelungen in den verschiedenen Bundesländern durchgeführt wurde, in Bezug auf das Aufgabenprofil des ÖGD nur eine begrenzte Aussagekraft besitzt. Die unterschiedlichen Regelungstiefen führen im Ergebnis dazu, dass manche Bundesländer mit einer hohen Anzahl an Einzelaufgaben vermeintlich breite Aufgabenprofile aufweisen, während andere hier nur sehr wenige Regelungen treffen und deswegen auf den ersten Blick eher reduzierte Profile besitzen. In der Folge darf allerdings nicht der Schluss gezogen werden, dass der ÖGD in diesen Bundesländern in der Realität tatsächlich auch weniger Einzelaufgaben erfüllt. Denn das Fehlen von ausdrücklich formulierten Tätigkeiten in den Landesgesetzen bedeutet nicht gleichzeitig, dass die jeweilige Leistung nicht angeboten oder solche Aufgaben nicht wahrgenommen werden. Aufgrund fehlender Daten in Bezug auf die Frage, was der ÖGD in den einzelnen Bundesländern tatsächlich tagtäglich leistet, musste allerdings hier auf die gesetzlichen Grundlagen zurückgegriffen werden.

Ein weiterer kritischer Aspekt ist das Fehlen einer empirischen Herangehensweise in Bezug auf die Analyse des Aufgabenprofils, wodurch die Resultate aus 4.1 und 4.2 recht oberflächlich und unbestätigt bleiben. Dadurch, dass Zusammenhänge nicht mittels umfangreicher Korrelationsanalysen ermittelt wurden, lassen sich diese lediglich vermuten. Während kontingenztheoretische Untersuchungen in aller Regel mit Hilfe von statistischen Verfahren durchgeführt wurden, konnte im Rahmen dieser Arbeit lediglich die dahinterstehende Theorie als übergeordnetes Gedankenkonstrukt verwendet werden. Diese Herangehensweise bietet allerdings den Vorteil, dass ein breites Bild gezeichnet werden konnte, welches zum Ziel hat, so viele potenzielle Einflussfaktoren wie möglich aufzuzeigen und die Situation des ÖGD generell zu diskutieren.

Ebenso ist es nicht gelungen, die Ergebnisse bisheriger kontingenztheoretischer Forschung konkret in die Analyse einzubauen. Da sich die Arbeiten in beinahe allen Fällen ausschließlich auf Wirtschaftsorganisationen bezogen, standen in der Regel andere, auf die Effizienz einer Organisation abzielende Variablen im Vordergrund. Aufgrund dessen konnten diese nicht auf den ÖGD als staatliche, administrative Organisation übertragen werden und sich die Analyse nicht auf die Ergebnisse bisheriger kontingenztheoretischer Untersuchungen stützen.

Abschließend und auch auf die Natur der öffentlichen Verwaltung abzielend sei angeführt, dass die dem ÖGD Angehörigen keine direkte Einflussmöglichkeit auf die Ausgestaltung der formalen Struktur besitzen. Amtsärzt*innen können nicht über gesetzlich festgelegte Aufgaben bestimmen, auch wenn ihnen teilweise ein gewisses Maß an Entscheidungsfreiheit über deren Ausgestaltung bleibt. Somit haben sie auch nur indirekt die Möglichkeit, die formale Struktur aufgrund ihrer Umwelt anzupassen. Vielleicht liegt aber auch genau hier eine Ursache dafür, dass es dem ÖGD nicht gelungen ist, sein Aufgabenprofil und seine Stellung im Laufe der Zeit auszubauen. Die Abhängigkeit von politischen Entscheidungen lässt den Beteiligten lediglich die Option, eine starke Interessenvertretung aufzubauen und sich im Rahmen dieser für Veränderungen einzusetzen.

4.3.2 Möglichkeitsfenster und Handlungsoptionen: Neujustierung des Aufgabenprofils

Dass der ÖGD in Bezug auf seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen einer Stärkung bedarf, scheint nach den bisherigen Ausführungen unumgänglich. Diese Position wird auch von Seiten der Politik seit einigen Jahren vermehrt vertreten (CDU/CSU/SPD, 2018; Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz, 2016), bis zum Eintritt der Pandemie beschränkten sich die Maßnahmen allerdings auf die Verabschiedung eines Leitbildes und postulierte Stärkungsvorhaben. Nach den Ereignissen rund um SARS-CoV-2 und den deutlich zu Tage getretenen Problemen in diesem Bereich der gesundheitlichen Versorgung haben Bund und Länder im September 2020 den sogenannten Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst beschlossen (Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2020). Dieser enthält Stärkungsmaßnahmen hinsichtlich der Bereiche Personal, Modernisierung und Digitalisierung, insgesamt stehen dafür bis 2026 vier Milliarden Euro zur Verfügung. Zusätzlich wurde ein Expert*innenbeirat einberufen, welcher über zukunftsfähige Strukturen im ÖGD im Rahmen des Paktes beraten soll

(Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Außerdem wurden bereits im Mai 2020 im Rahmen der Verabschiedung des Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite von Seiten des Bundes 50 Millionen Euro an Unterstützungsleistungen für die Gesundheitsämter bereitgestellt (BT-Drucks. 19/18967; BR-Drucks. 246/20). Diese Entwicklungen lassen vermuten, dass sich durch die Krise ein Möglichkeitsfenster ergibt, den ÖGD nachhaltig zu stärken und auch umfassendere strukturelle Reformen anzugehen (Zukunftsforum Public Health, 2020). Solche Effekte haben sich in der Vergangenheit bereits in der Verbraucherpolitik gezeigt, indem Krisen, zum Beispiel in Form des sogenannten Dieselskandals auf Ebene der EU, als Triggerpunkt für umfassendes politisches Eingreifen wirkten (Böning & Maier-Rigaud, 2018).

Betrachtet man die Ergebnisse dieser Arbeit, so stellt sich schnell die Frage danach, wie der ÖGD, abhängig von seiner Umwelt, aus seiner misslichen Lage befreit werden kann. Generell ist festzuhalten, dass hier der Politik eine große Verantwortung zukommt, welche als Einflussfaktor der internen Dimension tätig werden und dem ÖGD zu neuem Stellenwert verhelfen muss. Nicht nur durch finanzielle Unterstützung, sondern insbesondere auch durch die aktive Aufwertung öffentlicher Gesundheit, beispielsweise in der eigenen Kommunikation. Darüber hinaus gilt es, den mit dem eingerichteten Expert*innenrat bereits eingeschlagenen Weg umfangreicher Überlegungen bezüglich nachhaltiger Stärkungsmaßnahmen fortzusetzen und diese in der Folge umzusetzen. Hier sollte auch dem Aufgabenprofil als Abbild zentraler Organisationsziele Aufmerksamkeit gewidmet werden, denn seine Bedeutung für die zukünftige Perspektive des ÖGD ist entscheidend:

„Lässt sich ein eigenständiges Aufgabenprofil beschreiben, das sich aus den Problemlagen in der Gesellschaft und deren wissenschaftlichen Analyse herleiten lässt?“ (Schmacke, 1995, S. 49)

Auch in Bezug auf den finalen Bezugspunkt wurde in Abschnitt 2.2.3 bereits die Bedeutung originärer Aufgaben für die Bestandserhaltung und damit auch die Stellung angeführt.

Als ein erster Schritt hin zu diesem eigenständigen Profil scheint es geboten, eine gewisse Einheitlichkeit zu schaffen. Denn auch, wenn die einzelnen Rahmenbedingungen des ÖGD auf Länderebene festgelegt werden, so agiert er doch bundesweit als eine Organisation und wird auch als solche wahrgenommen. Seine Aufgaben stellen dabei ein Element zur Verwirklichung der Organisationsziele dar, an

deren oberster Stelle immer die Gesundheit der Bevölkerung stehen sollte – unabhängig von regionalen Gegebenheiten. Auch für die Kooperation einzelner Behörden über Landesgrenzen hinweg erscheint es sinnvoll, eine gewisse Homogenität zu schaffen und den Mitarbeitenden klare Zielerreichungsmaßnahmen an die Hand zu geben, auf deren Basis eine Zusammenarbeit erleichtert wird. Eine solche Vereinheitlichung bedeutet nicht, dass regionale Unterschiede keine Berücksichtigung finden können, sondern lediglich, dass ein Gesamtkonzept geschaffen wird, welches in der Tiefe und Ausgestaltung der Aufgabenerfüllung durchaus flexible Elemente beinhalten kann.

Bezüglich der Frage, welche Aufgaben ein zukunftsfähiges Profil enthalten sollte, sind unter Berücksichtigung des Zieles einer Stärkung verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Zunächst scheint es prioritär, dem ÖGD nach einer langen Zeit des Aufgabenentzuges und der Entwicklung eines diffusen Bildes wieder exklusive Aufgaben zuzusprechen, damit er seine vollwertige Position als dritte Säule des deutschen Gesundheitswesens wiedererlangt.

Fokussiert man sich auf bereits bestehende Aufgaben, so ist hier insbesondere der Bereich der Planung, Koordination und Steuerung anzuführen. Als vielseitig vernetzte Organisation, welche sich in einem ständigen Austausch mit anderen Leistungserbringenden befindet, sollte ihm hier eine zentrale Funktion zukommen. Dies ist durch die Einführung von Gesundheitsberichterstattung und (regionalen) Gesundheitskonferenzen bereits teilweise geschehen, könnte aber weiter vertieft werden, indem den Träger*innen des ÖGD beispielsweise die Geschäftsführung der Konferenzen zugesprochen wird, wie es bereits heute gem. § 23 ÖGDG NRW im Landesgesetz von Nordrhein-Westfalen festgehalten ist. Außerdem sollten auch Kooperationsprojekte auf kommunaler Ebene als permanente Aufgabe implementiert werden (Schmacke, 1995), um den ÖGD nicht nur in Bezug auf andere Versorgungsbereiche, sondern auch für die Bevölkerung als übergreifende Anlaufstelle für Gesundheitsthemen wahrnehmbar zu gestalten.

Daran anschließend sei auch der Bereich der Datengewinnung und -aufbereitung angeführt. Alle Versorgungsbereiche des Gesundheitswesens sind auf valide Daten angewiesen, deren Bedeutung in Zukunft wohl kaum sinken wird. Hier könnte der ÖGD seine Arbeit noch intensivieren. Ein Instrument dafür ist die Gesundheitsberichterstattung, welche bereits heute in vierzehn Ländergesetzen festgehalten ist (Anhang A, Einzelaufgaben). Stockmann et al. (2008) konstatieren in

der Auswertung einer bundesweiten empirischen Studie allerdings, dass diese sich häufig auf Bereiche beschränkt, in denen die Gesundheitsämter praktisch tätig sind, statt eine umfassende handlungsorientierte Berichterstattung über die gesundheitliche Lage der jeweiligen Kommunen darzustellen. Dies gilt es dort, wo nötig, zu überwinden. Auch anzuführen ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis. Hier kommt dem ÖGD, allen voran Einrichtungen wie dem RKI, aber auch der eng mit ihm verbundenen Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, eine bedeutsame Aufgabe zu. Sie sollten auch in Zukunft weiterhin eine stärkere Implementierung von wissenschaftlicher Public Health in der täglichen Arbeit des ÖGD forcieren.

Ein weiterer zukünftiger Schwerpunkt in den Aufgaben des ÖGD könnte darin liegen, sich wieder verstärkt auf Bevölkerungsgruppen zu fokussieren, welche nicht durch die Versorgung anderer Bereiche abgedeckt werden: Hierzu zählen insbesondere Personen ohne Krankenversicherungsstatus, wie Obdachlose oder Asylbewerber*innen. In Bezug auf Letztere gilt es, die Versorgung nicht ausschließlich auf Screeninguntersuchungen bezüglich möglicher Infektionskrankheiten zu beschränken, sondern ihnen in den ersten Jahren ihrer Ankunft eine umfassende Betreuung zukommen zu lassen und nötige medizinische und psychosoziale Hilfen zu vermitteln (Schmacke, 1995).

Deutlich wird, dass für die (Wieder-)Übernahme exklusiver, originärer Tätigkeiten die nötigen Ressourcen zur Verfügung stehen müssen. Auch, wenn sich diese mit den von Seiten der Politik beschlossenen Unterstützungsleistungen zukünftig verbessern sollten, gilt es insbesondere in Bezug auf die personelle Ausstattung, den ÖGD auch langfristig attraktiv zu gestalten. Hierzu kann eine aufgewertete Stellung sowie eine verbesserte Situation in den einzelnen Behörden einen großen Teil beitragen.

5 Fazit

Der ÖGD stellt in Deutschland eine Organisation mit einer weit zurückreichenden Tradition dar und nimmt in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung bedeutsame Aufgaben wahr. Bei genauerer Betrachtung seines Aufgabenprofils anhand der gesetzlichen Grundlagen wird allerdings schnell deutlich, dass eben dieses relativ diffus ist und sich teilweise durch große Überschneidungen mit Tätigkeitsfeldern anderer Versorgungsbereiche auszeichnet. Diese Situation wirkt

sich negativ auf seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen aus und der Bezeichnung als ‚dritte Säule‘ neben stationärer und ambulanter Versorgung kann er bereits seit Jahrzehnten nicht mehr gerecht werden.

Seine Außenseiterposition und die Entwicklungen, die ihn dorthin geführt haben, lassen sich gut anhand der Entwicklungen in seinem Aufgabenprofil darstellen. Aus kontingenztheoretischer Perspektive wurde in der Analyse dieser Arbeit deutlich, dass sich nicht nur organisationsinterne situative Einflussfaktoren, sondern auch Veränderungen in Bezug auf seine externe Umwelt direkt und indirekt auf ihn ausgewirkt und in seiner Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen beschnitten haben.

Mit Eintritt der Corona-Pandemie und den sich daraus ergebenden Entwicklungen ist die Bedeutung öffentlicher Gesundheit und damit auch die bedeutsame Rolle des ÖGD wieder zum Vorschein getreten und hat die Möglichkeit eröffnet, ihm nach Jahrzehnten des Schattendaseins zu einer Wiedererstarkung zu verhelfen. Eine Option, ihn zukünftig wieder zu einer umfassend handlungsfähigen, gegenüber Umwelteinflüssen resistenteren Organisation werden zu lassen und damit seine Stellung im deutschen Gesundheitswesen zu stärken, ist die Neujustierung seiner Aufgaben. Im Vordergrund stehen sollte dabei zunächst die Einigung auf ein bundesweites, bis zu einem gewissen Grad einheitliches Tätigkeitsprofil. Daneben ist es von großer Bedeutung, dem ÖGD wieder originäre Funktionen zuzusprechen, welche er exklusiv für sich beanspruchen kann. Hier könnten beispielsweise Aufgaben der Planung, Koordination und Steuerung, der Datengewinnung und -aufbereitung, der Verknüpfung von Wissenschaft und Praxis, aber auch der Versorgung von Personen, welche durch die anderen beiden Säulen nicht abgedeckt werden, im Vordergrund stehen. Das Möglichkeitsfenster hierzu scheint aktuell von politischer und gesellschaftlicher Seite aus weit geöffnet und sollte genutzt werden, bevor es sich wieder verschließt.

Im Fokus zukünftiger Forschung in diesem Bereich könnten neben einer umfassenden empirischen Erhebung der aktuellen Gegebenheiten und konkreten Aufgaben des ÖGD vor allem auch statistische Untersuchungen möglicher Zusammenhänge zwischen Organisationssituation und formaler Struktur stehen, um daraus weitere Empfehlungen für eine umfassende, nachhaltige Neugestaltung einer für die Bevölkerungsgesundheit so bedeutsamen Organisation abzuleiten.

Anhang A: Gesetzlich festgelegte Einzelaufgaben

Aufgabenbereich	Bundesland															
	BW	BY	BE	BB	HB	HH	HE	MV	NI	NW	RP	SL	SN	ST	SH	TH
Allgemeine Bevölkerungsmedizin																
Maßnahmen der Aufklärung, Information, Beratung, Gesundheitsbildung in den Bereichen: Gesundheitsförderung & Prävention, Krankheitsvermeidung Gesundheitlicher Verbraucherschutz Infektionskrankheiten Umweltbezogener Gesundheitsschutz Ernährung Sport	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	(X)	X	(X)	X	X
Summe (max. 6)	3	3	3	2	4 (3)	2	3	2	1	3	2	3 (2)	4	2 (1)	2	3
Hygiene & Umweltmedizin																
Infektionsschutzmaßnahmen: Umsetzung Surveillance von Infektionskrankheiten Hygienische Überwachung von Gesundheits- und Gemeinschaftseinrichtungen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Maßnahmen bzgl. des Bevölkerungsimpfstatus: Beobachtung der Durchimpfungsrate, Ermittlung von Impflücken Förderung und Impfberatung mit dem Ziel eines ausreichenden Impfschutzes der Bevölkerung Durchführung von Impfungen	X		X		X	X	X			X		X				
Maßnahmen bzgl. umweltmedizinischer Einflüsse: Beobachtung und Bewertung von Einwirkungen aus der Umwelt auf die Gesundheit Fachliche Stellungnahmen zu Fragen der Umwelthygiene und Gesundheitsverträglichkeit Mitwirkung am Schutz vor gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen, insbesondere in den Bereichen: Schädlingsbekämpfung Trinkwasserhygiene Badewasserhygiene Bodenhygiene Bauhygiene Lufthygiene Schutz vor Lärm und Erschütterungen Schutz vor Gesundheitsgefährdungen und -schädigungen durch Chemikalien Strahlenschutz Reisemedizin Katastrophenschutz (Aufstellen von Alarm- und Einsatzplänen)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X	X	X
	X		X		X		X	X		X	X	X		X	X	X
			X									X				
	X		X				X	X						X		
			X											X		
			X						X					X		
				X										X		
			X	AE			A	AE				X		X		

Summe (max. 20)	12	6	17	9 (8)	11	9 (8)	11	12	7	10	9	11	7	15 (14)	7	9
Kinder- und Jugend(zahn-)ärztlicher Dienst																
Allgemeine Maßnahmen zum Schutz von Kindern & Jugendlichen:																
Beobachtung & Bewertung der Bedingungen einer gesunden Entwicklung/zum Schutz von Kindern					X							X				
Durchführung von Hilfen zur Sicherung des Kindeswohls/Schutz vor Vernachlässigung					X						(X)			X		
Maßnahmen der Information & Beratung von:																
Kindern und Jugendlichen,	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X			X
Schüler*innen,	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	X			
sorgeberechtigten Personen,	X	X	X	X	X	X	X	X		X			X			X
Kindertageseinrichtungen und Schulen.	X		X	X		X	X	X		X		X				
Spezifische Maßnahmen:																
Durchführung von Untersuchungen in Kitas und Schulen (Einschulungsuntersuchungen)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	
Durchführung von Maßnahmen der Zahngesundheit (Gruppenprophylaxe) in Kitas und Schulen	(X)		X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Früherkennungsuntersuchungen:																
Information über Verpflichtung zur Teilnahme,		X			X											
Überwachung der Teilnahme,					X											
Hinwirken auf Inanspruchnahme,				X	X	(X)		X			X	X			X	
Durchführung.					(X)	(X)						(X)			(X)	
Kinder und Jugendliche mit Behinderung/von Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche:																
Bereitstellung eine Frühförder- und Beratungsangebots				X												
Ambulante therapeutische Versorgung			(X)													
Bereitstellung eines kinder- und jugendpsychiatrischen Angebots			X	X			X				(X)					
Bereitstellung einer Anlaufstelle bei Gewalt und sexuellem Missbrauch						X										
Summe (max. 17)	6 (5)	5	8 (7)	9	12 (11)	9 (7)	7	7	2	5	3 (1)	8 (7)	5	3	4 (3)	3
Gesundheitshilfen für besondere Personengruppen																
Allgemeine Maßnahmen der Gesundheitshilfen:																
Vermittlung von Gesundheitshilfen für Personen, die aufgrund ihrer Situation keinen ausreichenden oder rechtzeitigen Zugang zum medizinischen Versorgungssystem finden				X	(X)		(X)		X		X					
Wahrnehmung sozialpsychiatrischer gemeindebezogene Aufgaben (sozialpsychiatrischer Dienst)			X	X	X	X	X			X	(X)	X				
Spezifische Maßnahmen der Gesundheitshilfen:																
Beratung und Betreuung von Personen in gesundheitlichen/sozialen Problemlagen, insbesondere:																
Psychisch Kranke,	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X
Behinderte/von Behinderung Bedrohte,	X	X	(X)	X	X	X	X	X		X	X		X	(X)	X	X
Chronisch Kranke,	X	X	(X)			X		X					X		X	
Krebskranke,			(X)		X			X					X			
Abhängigkeitserkrankte,	X	X	X	X	X	X	X	X		X			X			X
Migrant*innen,																X
Obdachlose,																X
Personen, die an einer übertragbaren Krankheit leiden/von ihr bedroht sind, insbesondere bei	X							X					X		X	X

HIV/AIDS, sexuell übertragbaren Krankheiten, Tuberkulose, Ältere Menschen, Personen nach Krankenhausentlassung (in pflegerischen und sozialen Fragen), Opfer von Gewalt (häuslich oder sexuell)			(X)	X	X	X		X		X		X		(X)		
	X		(X)			X		X		X		X		(X)		
			(X)			X		X						(X)		
					X	X	X									
								X								
Summe (max. 17)	7	5	11 (5)	8	10 (9)	10	6 (5)	11	1	7	4 (3)	4	7	5 (1)	6	5
Amtsärztliche Dienste																
Begutachtungen von Beamten/MA des ÖD und zu Fragestellungen der Erwerbsfähigkeit	(X)						X			X						
Erstellung amtsärztlicher Gutachten, Bescheinigungen und Zeugnisse	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Familien- und Schwangerschaftsberatung		X	(X)	X	X	X		X		X			X	(X)	X	X
Durchführung rechtsmedizinischer Aufgaben					(X)									(X)		
Gerichts- und vollzugsärztlicher Dienst	X		X		(X)					X			(X)	(X)		
Beratung anderer Behörden/öffentlicher Stellen in Fachfragen	(X)										X		(X)			
Stellungnahmen über die Anerkennung von Kur- und Erholungsorten								X								
Überwachungs-/Kontrollaufgaben: Medizinalaufsicht (teilweise ausschließlich Heilpraktikerwesen)		HP	X	X	X	X	X	X	HP	X	X	X	X	X	X	X
Überwachung der Rechtsmedizin			X					X					X			X
Arzneimittelüberwachung (teilweise ausschließlich frei verkäuflicher Arzneimittel)			(X); FV	FV	(X)	(X)		(X)		X	X		X	X	FV	X
Summe (max. 10)	5 (3)	3	7 (5)	4	6 (3)	4 (3)	3	6 (5)	2	6	4	2	6 (4)	7 (4)	4	5
Lebens- und Bedarfsmittelaufsicht																
Lebensmittelkontrolle/-überwachung		X	X					X			X		X	X		X
Futtermittelaufsicht		X	X										X			
Kontrolle von Bedarfsgegenständen		X	X			X		X					X	X		X
Summe (max. 3)	0	3	3	0	0	1	0	2	0	0	1	0	3	2	0	2
Veterinärdienst																
Tierseuchenkontrolle		X	X										X			
Kontrolle von Zoonosen			X			X							X			
Tierschutz		X	X										X			
Tierarzneiüberwachung		X	X										X			
(Hygienische) Überwachung von Tierarztpraxen, -kliniken und sonstigen Einrichtungen		X														
Summe (max. 5)	0	4	4	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0
Besondere Aufgaben der Planung, Koordination und Steuerung																
Gesundheitsberichterstattung	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Gesundheitsplanung	X		X	X	X	X					X		X			
Kommunale/Bezirkliche Gesundheitskonferenzen (Einrichtung/Mitwirkung/Geschäftsführung)	M		E			E				G	M					
Geschäftsführung regionaler Arbeitsgemeinschaften für Zahngesundheit	X															

Vereinbarungen über Organisation & Finanzierung von Impfungen mit anderen Leistungs- und Kostenträgern					X	X		X								
Maßnahmen der Planung, Qualitätssicherung, Weiterentwicklung in den Bereichen:																
Eigene Aufgabenwahrnehmung	X				X	X		X				X				
Umweltbezogener Gesundheitsschutz		X														
Leistungen des Gesundheitssystems			(X)								X	X				
Sicherung der Versorgungsstruktur:																
Medizin und Pflege			X			X										
(Sozial-)psychiatrische gemeindebezogene Aufgaben			X		X	X										
Gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen:																
Koordination und Steuerung	X		X	X	X		X		X	X	X	X		(X)	X	
Anregung/Initiierung		X	X	X		X	X		X	(X)		X			X	
Angebot ergänzender Leistungen	(X)			(X)	X	X			X		(X)	X			X	
Unabhängige Beratung und Betreuung von Patient*innen						X										
Summe (max. 14)	7 (6)	3	8 (7)	5 (4)	7	10	3	3	4	4 (3)	5 (4)	7	0	3 (2)	4	0
Summe gesamt (max. 92)	40 (36)	32	61 (51)	37 (35)	50 (44)	46 (42)	33 (32)	43 (42)	17	35 (34)	28 (24)	35 (33)	36 (34)	37 (27)	27 (26)	27

Legende:

- Kursiv gedrucktes X in Klammern [(X)]: Einzelaufgaben mit explizit subsidiärem Erfüllungsauftrag
- Grau unterlegte Felder [X]: Aufgabenerfüllung gemeinsam mit anderen Trägern

Die Gesamtsumme bezieht sich jeweils sowohl auf die originären Einzelaufgaben als auch auf diejenigen mit explizit subsidiärem Erfüllungsauftrag. In Klammern dahinter steht jeweils die Summe der ausschließlich originären Einzelaufgaben.

Anhang B: Anzahl der Gesundheitsämter

Bundesland	Anzahl	Quellennachweis
Baden-Württemberg	38	Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (Hrsg.): Öffentlicher Gesundheitsdienst Baden-Württemberg. Vorsorge und Schutz für eine gesunde Bevölkerung, online im Internet: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/oeffentlicher-gesundheitsdienst/ [04.07.2021]
Bayern	76	Bayerisches Staatsministerium für Digitales (Hrsg.): Gesundheitsämter, online im Internet: https://www.freistaat.bayern/dokumente/behoerdeordner/7555456214 [04.07.2021]
Berlin	12	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (Hrsg.): Gesundheitsämter in Berlin, online im Internet: https://www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/gesundheitsaemter/ [04.07.2021]
Brandenburg	18	Ministerium des Innern und für Kommunales des Landes Brandenburg (Hrsg.): Gesundheitsämter in den kreisfreien Städten und Landkreisen des Landes Brandenburg, online im Internet: https://service.brandenburg.de/lis/detail.php/118431 [04.07.2021]
Hansestadt Bremen	2	Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.): Aktuelles. Herzlich Willkommen auf den Internetseiten des Gesundheitsamtes Bremen! Online im Internet: https://www.gesundheitsamt.bremen.de/ [04.07.2021] Stadt Bremerhaven, Magistrat der Stadt Bremerhaven (Hrsg.): Gesundheitsamt, online im Internet: https://www.bremerhaven.de/de/verwaltung-politik-sicherheit/buergerservice/adressen-oeffnungszeiten/gesundheitsamt.22520.html [04.07.2021]
Hansestadt Hamburg	7	Hinweis: Keine Angabe auf dem Internetauftritt der Hansestadt Hamburg, daher ermittelt über: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheitsamt nach Postleitzahl oder Ort, online im Internet: https://tools.rki.de/PLZTool/?q=Hamburg#1.01.0.53 [04.07.2021]
Hessen	24	Hessische Landesregierung (Hrsg.): Regionale Ansprechpartner. Gesundheitsämter der Kreise und kreisfreien Städte, online im Internet: https://www.hessen.de/fuer-buerger/corona-hessen/gesundheitsaemter-der-kreise-und-kreisfreien-staedte [04.07.2021]
Mecklenburg-Vorpommern	8	Ministerpräsidentin des Landes Mecklenburg-Vorpommern (Hrsg.) (2017): Gesundheitsämter des Landes Mecklenburg-Vorpommern, online im Internet: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/download?id=1595500 [04.07.2021]
Niedersachsen	44	Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (Hrsg.): Gesundheitsämter in Niedersachsen, online im Internet: https://www.nlga.niedersachsen.de/startseite/aktuelles-service/kontakt/gesundheitsaemter-in-niedersachsen/gesundheitsaemter-in-niedersachsen-192476.html [04.07.2021]
Nordrhein-Westfalen	53	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Gesundheitsämter in NRW, online im Internet: https://www.lzg.nrw.de/service/links/gesundheitsaemter_nrw/index.html [04.07.2021]
Rheinland-Pfalz	24	Landkreistag Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Gesundheitsämter in Rheinland-Pfalz, online im Internet: https://landkreistag.rlp.de/homepage/gesundheitsaemter-in-rheinland-pfalz/ [04.07.2021]

Saarland	6	Land Saarland, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (Hrsg.) (2020): Gesundheitsämter im Saarland, online im Internet: https://www.saarland.de/msgff/DE/portale/gesundheitundpraevention/leistungenabisz/gesundheitschutz/gesundheitsaemter/gesundheitsaemter_node.html [04.07.2021]
Sachsen	13	Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt (Hrsg.) : Gesundheitsämter. Anschriftenverzeichnis der Gesundheitsämter, online im Internet: https://www.gesunde.sachsen.de/6849.html [04.07.2021]
Sachsen-Anhalt	14	Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.) : Kontakt zu den Gesundheitsbehörden im Land, online im Internet: https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/gesundheit/daten-zur-gesundheit/badegewaesser/kontakt-zu-den-gesundheitsbehoerden-im-land/ [04.07.2021]
Schleswig-Holstein	15	Der Ministerpräsident des Landes Schleswig-Holstein (Hrsg.) (2020): Öffentliche Gesundheitsdienste – Gesundheitsbehörden der Kreise und kreisfreien Städte, online im Internet: https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Downloads/OeffentlicherGesundheitsdienst/listeGesAemter.pdf?__blob=publicationFile&v=1 [04.07.2021]
Thüringen	23	Thüringer Landesverwaltungsamt (Hrsg.) : Gesundheitsämter in Thüringen, online im Internet: https://landesverwaltungsamt.thueringen.de/soziales/gesundheitswesen/gesundheitsaemter [04.07.2021]
Summe	377	

Bibliographie

- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.)** (2018): Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst. Zuständigkeiten. Ziele. Zukunft, Düsseldorf. Online im Internet: https://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Leitbild_OEGD/Leitbild_final_2018.pdf [15.06.2021]
- Aldrich, Howard E./Pfeffer, Jeffrey** (1976): Environments of Organizations, in: Annual Review of Sociology, 2. Jg., H. 1, S. 79-105.
- Aldrich, Howard E./Ruef, Martin** (2006): Organizations Evolving, 2. Aufl., London et al.
- Ambos, Björn/Schlegelmilch, Bodo B.** (2007): Innovation and control in the multinational firm: A comparison of political and contingency approaches, in: Strategic Management Journal, 28. Jg., H. 5, S. 473-486.
- Arnold, Laura/Teichert, Ute** (2021): Politischer Reformprozess im Zuge der COVID-19-Pandemie: Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, in: Public Health Forum, 29. Jg., H. 1, S.47-50.
- Behnke, Nathalie/Zimmermann, Matthias** (2019): Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, bestehend aus einer empirischen Bestandsanalyse, einschließlich einer Analyse der Aufgabenerfüllung des vorhandenen Personals sowie der Hard- und Software als auch einer Aufgabekritik, einschließlich des Aufgabenprofils von Arztstellen, Darmstadt. Online im Internet: https://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/media/politikwissenschaft/ifp_dokumente/arbeitsbereiche_dokumente/oeffentliche_verwaltung_public_policy/Behnke_BerichtOeGD_03_10_19_1.pdf [22.05.2021]
- Beske, Fritz** (1967): Der öffentliche Gesundheitsdienst in unserer Zeit, in: Das Öffentliche Gesundheitswesen, 29. Jg., S. 353–370.
- Beznoska, Martin/Kauder, Björn** (2020): Schief lagen der kommunalen Finanzen. Ursachen und Lösungsansätze. IW-Policy Paper Nr. 15, Köln. Online im Internet: https://www.iwkoeln.de/fileadmin/user_upload/Studien/policy_papers/PDF/2020/IW-Policy-Paper_2020_Kommunale_Finanzen.pdf [28.06.2021]
- Blau, Peter M.** (1970): A Formal Theory of Differentiation in Organization, in: American Sociological Review, 35. Jg., H. 2, S. 201-218.
- Blau, Peter M./Scott, William R.** (2003/1962): Formal Organizations: A Comparative Approach, Stanford, CA.
- Bogumil, Jörg** (2004): Ökonomisierung der Verwaltung. Konzepte, Praxis, Auswirkungen und Probleme einer effizienzorientierten Verwaltungsmodernisierung. In: Czada, Roland/Zintl, Reinhard (Hrsg.): Politik und Markt, Politische Vierteljahresschrift, Sonderhefte, 34. Jg., S. 209-231.
- Böning, Sarah-Lena/Maier-Rigaud, Remi** (2018): Gesundheits- und Verbraucherpolitik, in: Weidenfeld, Werner/Wessels, Wolfgang (Hrsg.): Jahrbuch der Europäischen Integration 2018, Baden-Baden, S. 211-214.
- Bozorgmehr, Kayvan et al.** (2016): Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden. Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 59. Jg., H. 5, S. 545-555.
- Bundesärztekammer (Hrsg.)** (2018): Positionspapier der Bundesärztekammer zur Stärkung der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Berlin. Online im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/OEGD/Positionspapier_OEGD.pdf [12.06.2021]
- Bundesärztekammer (Hrsg.)** (2020): Lehren aus der Corona-Pandemie: Dauerhafte Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes dringend erforderlich. Eine Positionierung der Bundesärztekammer zur Ausgestaltung und Umsetzung des Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Berlin. Online im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Positionen/2020-07-20_Positionspapier_OEGD.pdf [12.06.2021]
- Bundesärztekammer (Hrsg.)** (2021): Ärztestatistik zum 31. Dezember 2020, Berlin. Online im Internet: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Statistik_2020/2020-Statistik.pdf [01.07.2021]

- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)** (2020): Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Bonn. Online im Internet: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf [06.06.2021]
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.)** (2021): Online-Ratgeber Krankenversicherung. Das Prinzip der Selbstverwaltung, online im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/gesundheitswesen-selbstverwaltung.html> [20.06.2021]
- Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit (Hrsg.)** (1971): Gesundheitsbericht, Stuttgart.
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hrsg.)** (o.J.):
- Fachliche Stellungnahmen, online im Internet: <https://www.bvoegd.de/aktionen/stellungnahmen/> [13.07.2021]
 - Struktur, online im Internet: <http://www.bvoegd.de/ueber-uns/struktur/> [12.07.2021]
- Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hrsg.)** (2017): Ärztemangel in Gesundheitsämtern – zunehmend negative Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung; Pressemitteilung vom 28.04.2017, online im Internet: https://www.bvoegd.de/wp-content/uploads/2017/04/2017_04_28_PM_Aerztemangel_in_Gesundheitsaemtern.pdf [08.07.2021]
- Burns, Tom/Stalker, George M.** (1961): The management of innovation, London.
- CDU/CSU/SPD** (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode, Berlin.
- Child, John** (1972): Organizational Structure, Environment and Performance: The Role of Strategic Choice, in: *Sociology*, 6. Jg., H. 1, S. 1-22.
- Deutscher Bundesrat (Hrsg.)** (2020): Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages. Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BR-Drucksache 246/20, Berlin.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.)** (1985): Antwort der Bundesregierung: Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens und Qualität der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, BT-Drucksache 10/3374, Bonn.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.)** (2020): Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD. Entwurf eines Zweiten Gesetzes zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite, BT-Drucksache 19/18967, Berlin.
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (Hrsg.)** (2012): Ausarbeitung. Die Organisation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in EU-Mitgliedstaaten, WD 9 – 3000-034/12. Online im Internet: <https://www.bundestag.de/resource/blob/410526/d00d4971143baf87fa5c49e769c6206e/wd-9-034-12-pdf-data.pdf> [23.05.2021]
- Donaldson, Lex** (1996): For Positivist Organization Theory: Proving the Hard Core, London.
- Donaldson, Lex** (1999): The normal science of structural contingency theory, in: Clegg, Stewart R./Hardy, Cynthia (Hrsg.): *Studying Organization – Theory and Method*, London, S. 51-70.
- Donaldson, Lex** (2001): *The Contingency Theory of Organizations*, Thousand Oaks, CA.
- Donhauser, Johannes** (2014): Vergangenheit und Nichtvergehenwollendes: Der ÖGD im Nationalsozialismus, in: *Public Health Forum*, 22. Jg., H. 85, S. 6e1-6e2.
- Eitner, Peter/Ragnitz, Joachim** (2004): Deregulierung in Deutschland – theoretische und empirische Analysen: Eine Einführung. In: Institut für Wirtschaftsforschung Halle (Hrsg.): *Deregulierung in Deutschland – theoretische und empirische Analysen – Tagungsband*, Halle, S. 7-9.
- Erbe, Susanne** (2000): Kostenexplosion im Gesundheitswesen? In: *Wirtschaftsdienst*, 80. Jg., H. 5, S. 308-311.
- Etzioni, Amitai** (1966): A comparative analysis of complex organizations: on power, involvement, and their correlates, 4. Aufl., New York.
- Ferber, Christian von** (1991): Die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Notwendigkeiten und Perspektiven, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*; 53. Jg., Sonderh. 3, S. 242-249.

- Flotho, Clemens** (1925): Das grossstädtische Gesundheitsamt; Unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Gelsenkirchen. Bd. 5 in: Westfälischer Provinzialverband (Hrsg.): Beiträge zur sozialen Fürsorge, Münster.
- Frei, Norbert** (1991): Einleitung, in: Frei, Norbert (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit, München, S. 7-32.
- Gall, Bettina** (25.10.2020): Strukturprobleme erschweren Arbeit zusätzlich. Corona: Gesundheitsämter kämpfen an vielen Fronten, online im Internet: <https://www.swr.de/swraktuell/baden-wuerttemberg/probleme-gesundheitsaemter-corona-100.html> [28.06.2021]
- Geene, Raimund** (2020): AIDS-Politik. Ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung, Berlin.
- Gerlinger, Thomas** (2015): Selbstverwaltung in der Sozialversicherung – Ein Überblick, in: Mülheims, Laurenz et al. (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft, Wiesbaden, S. 747-762.
- Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.)** (o.J.): Die GMK, online im Internet: <https://www.gmkonline.de/Die-GMK.html> [22.06.2021].
- Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz (Hrsg.)** (2016): GMK 2016. Ergebnisniederschrift, online im Internet: https://www.gmkonline.de/documents/Ergebnisniederschrift_89_GMK_2016_Warnemuende.pdf [10.07.2021]
- Gostomyk, Johannes G./Storr, Ulrich** (2012): Versorgungsleistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 5. Aufl., Weinheim/Basel, S. 837-854.
- Großklaus, Dieter** (2012): Deutschland ohne Bundesgesundheitsamt – Eine kritische Analyse, Berlin. Online im Internet: https://www.aerztekammer-berlin.de/40presse/15_meldungen/00401_Deutschland_ohne_BGA/00401_Deutschland_ohne_BG_A.pdf [12.07.2021]
- Grote, Ulrike et al.** (2021): Maßnahmen zur Bewältigung der COVID-19-Pandemie in Deutschland: nichtpharmakologische und pharmakologische Ansätze, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64. Jg., H. 4, S. 435-445.
- Grunow, Dieter/Grunow-Lutter, Vera** (2000): Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. Weinheim; München.
- Grunow, Dieter/Trojan, Alf** (2002): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Deutliche Unterschiede zwischen Status Quo und Wunschbild, in: Deutsches Ärzteblatt, 99. Jg., H. 25, S. A 1737-A 1742.
- Maunz, Theodor/Dürig, Günter** (Losebl., Stand: 01/2021): Grundgesetz Kommentar, Bd. 3, München.
- Hagerer, Ilse Karoline** (2021): Identifikation und Analyse von Effektivitätskriterien, Rahmenbedingungen und Dimensionen der Organisationsstruktur deutscher Fakultäten. Dissertation Wirtschaftswissenschaften, Universität Osnabrück. Online im Internet: https://repositorium.ub.uni-osnabrueck.de/bitstream/urn:nbn:de:gbv:700-202102264059/6/thesis_hagerer.pdf [02.06.2021]
- Hall, Richard H.** (1963): The Concept of Bureaucracy: An Empirical Assessment, in: American Journal of Sociology, 69. Jg., H. 1, S. 32-40.
- Hecker, Rudolf et al.** (1954): Grundriß der Gesundheitsfürsorge, München.
- Hemmer, Willi** (1939): Der Aufbau des Gesundheitswesens der Stadt Hagen i. W., Münster.
- Hollederer, Alfons** (2015): Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick, in: Gesundheitswesen, 77. Jg., S. 161-167.
- Jenke, Axel et al.** (1992): Begleitforschung zum Großmodell Gesundheitsämter — AIDS-Evaluationskonzept und Erhebungsinstrumente, in: Brennecke, Ralph (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 1: Grundlagen und Versorgungsforschung, Heidelberg, S. 95-102.
- Ketokivi, Mikko** (2006): Elaborating the Contingency Theory of Organizations: The Case of Manufacturing Flexibility Strategies, in: Production and Operations Management, 15. Jg., H. 2, S. 215-228.
- Kieser, Alfred/Kubicek, Herbert** (1992): Organisation, 3. Aufl., Berlin; New York.
- Kieser, Alfred/Walgenbach, Peter** (2010): Organisation, 6. Aufl., Stuttgart.
- Kirchner, Martin** (1924): Robert Koch. Bd. 4 in: Neuburger, Max (Hrsg.): Meister der Heilkunde, Wien.

- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (Hrsg.)** (1998): Ziele, Leistungen und Steuerung des kommunalen Gesundheitsdienstes, KGSt-Bericht 11/1998, Köln.
- Kuhn, Joseph/Wildner, Manfred** (2020): Corona-Krise und öffentlicher Gesundheitsdienst, in: *Gesundheit und Gesellschaft Wissenschaft*, 20. Jg., H. 4, S. 15-22.
- Kuhn, Joseph et al.** (2012): Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Standortbestimmung mit hoffnungsvollem Ausblick, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 109. Jg., H. 9, S. A 413-A 416.
- Kuhnt, Friederike** (2019): Der Öffentliche Gesundheitsdienst am Limit – Sparen am ÖGD schadet dem gesamten Gesundheitssystem, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik*, 73. Jg., H. 3, S. 52-55.
- Kurth, Reinhard** (2004): Das Auftreten alter und neuer Seuchen als Konsequenz menschlichen Handelns, in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47. Jg., H. 7, S. 611-621.
- Labisch, Alfons** (1990): Entwicklungslinien des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge, in: Labisch, Alfons (Hrsg.): *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Problemsichten und Problemlösungen kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes; gesammelte Aufsätze einer historisch-soziologischen Untersuchung*, Frankfurt (Main), S. 25-62.
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian** (1984): 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens. Dr. med. Arthur Gütt und die Gründung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: *Das öffentliche Gesundheitswesen*, 46. Jg., S. 291-298.
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian** (1985): Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, Bd. 13 in: *Akademie für öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.): Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf*, Düsseldorf.
- Labisch, Alfons/Tennstedt, Florian** (1991): Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland (1949 - ca. 1965), in: Elkeles, Thomas (Hrsg.): *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949–1990*, Berlin, S. 129-158.
- Labisch, Alfons/Woelk, Wolfgang** (1996): Öffentliche Gesundheit in der Nachkriegsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. Ein Bund-Länder-Vergleich von 1945 bis 1965, in: *Public Health Forum*, 12. Jg., H. 2, S. 3-4.
- Laschet, Helmut** (2019): Vor 25 Jahren. Der Aids-Skandal und die Zerschlagung des BGA, in: Online-Ausgabe der *Ärztezeitung* vom 12.07.2019, online im Internet: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Der-Aids-Skandal-und-die-Zerschlagung-des-BGA-314223.html> [12.07.2021]
- Lawrence, Paul R./Lorsch, Jay W.** (1967): Differentiation and Integration in Complex Organizations, in: *Administrative Science Quarterly*, 12. Jg., H. 1, S. 1-47.
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. (Hrsg.)** (2015): *Stellungnahme. Public Health in Deutschland. Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen*, Halle (Saale). Online im Internet: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Public_Health_LF_DE.pdf [12.06.2021]
- Lindner, Ulrike** (2004): Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, Bd. 57 in: Schulze, Hagen (Hrsg.): *Veröffentlichungen des Deutschen Historischen Instituts London*, München.
- Locher, Wolfgang G.** (2014): Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – von den Anfängen bis heute, in: *Public Health Forum*, 22. Jg., H. 4, S. 4.e1-4.e3.
- Luo, Nanfeng** (2010): *Some new theoretical developments in structural contingency theory*. Dissertation Philosophie, University of New South Wales. Online im Internet: <http://unsworks.unsw.edu.au/fapi/datastream/unsworks:9188/SOURCE02?view=true> [10.06.2021]
- Mast, Maria et al.** (2020): Gesundheitsämter. Hat Deutschland Corona unter Kontrolle? In: *Die Zeit Online* vom 19.06.2020, online im Internet: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-06/gesundheitsaemter-corona-infektionsketten-nachverfolgung-meldeverfahren-tests/komplettansicht> [08.07.2021]
- Mauersberger, Marc** (2017): Einflussfaktoren auf Beschaffungsorganisationen. Eine empirische Analyse der Beschaffungsorganisationen und ihre Einflussfaktoren dargestellt anhand eines Fallbeispiels, Wiesbaden.

- Mayer, Otto** (1895): Deutsches Verwaltungsrecht, Bd. 1 in: Binding, Karl (Hrsg.): Systematisches Handbuch der deutschen Rechtswissenschaft, Leipzig.
- Mayntz, Renate** (1977): Struktur und Leistung von Beratungsgremien: Ein Beitrag zur Kontingenztheorie der Organisation, in: Soziale Welt, 28. Jg., H. 1/2, S. 1-15.
- Müller, Petra** (1994): Gesundheitsförderung und Prävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst – Konzepte, Strategien und Perspektiven in Berlin, Berlin.
- Müller, Petra** (2002): Kommunale Gesundheitspolitik. Koordinieren statt Verwalten. Aufgaben- und Organisationsentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst am Beispiel Berlin, Lage.
- Müller, Wolfgang** (2010): Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Vom Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens zu den Landesgesundheitsdienstgesetzen, in: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Hrsg.): 1950-2010. 60 Jahre BVÖGD. Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung, Aalen, S. 48-65.
- Mylius, Maren** (2016): Die medizinische Versorgung von Menschen ohne Papiere in Deutschland. Studien zur Praxis in Gesundheitsämtern und Krankenhäusern. Bd. 2 in: Bielefeldt, Heiner/Frewer, Andreas (Hrsg.): Menschenrechte in der Medizin/Human Rights in Healthcare, Bielefeld.
- Nagel, Andreas** (2009): Politische Entrepreneurere als Reformmotor im Gesundheitswesen? Eine Fallstudie zur Einführung eines neuen Steuerungsinstrumentes im Politikfeld Psychotherapie, Wiesbaden.
- Ollenschläger, Philipp** (2014): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Die dritte Säule darf nicht bröckeln, in: Deutsches Ärzteblatt, 111. Jg., H. 23/24, S. A 1048-A 1049.
- Parsons, Talcott** (1960): Structure and Process in Modern Societies, New York.
- Paul-Ehrlich-Institut (Hrsg.)** (2013): Amtsaufgaben des Paul-Ehrlich-Instituts, Langen. Online im Internet: https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/institut/aufistung-pei-amtsaufgaben.pdf?__blob=publicationFile&v=2 [03.07.2021]
- Perrow, Charles** (1970): Organizational Analysis: A Sociological View, Belmont, CA.
- Philipsborn, Peter von** (2018): Öffentlicher Gesundheitsdienst: Weg von verstaubten Klischees, in: Deutsches Ärzteblatt, Nr. 8/115 vom 23.02.18, S. 328.
- Poppe, Franziska et al.** (2016): Personalstruktur an den Gesundheitsämtern in Deutschland, in: Blickpunkt öffentliche Gesundheit, 32. Jg., H. 3, S. 8.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (Hrsg.)** (2020): Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 29. September 2020; Pressemitteilung Nr. 346 vom 29.09.2020, online im Internet: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/videoschaltkonferenz-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-am-29-september-2020-1792240> [12.07.2021]
- Pugh, Derek S. et al.** (1968): Dimensions of Organization Structure, in: Administrative Science Quarterly, 13. Jg., H. 1, S. 65-105.
- Pugh, Derek S. et al.** (1969): The Context of Organization Structures, in: Administrative Science Quarterly, 14. Jg., H. 1, S. 91-114.
- Richter, Peter** (2012): Die Organisation öffentlicher Verwaltung, in: Apelt, Maja/Tacke, Veronika (Hrsg.): Handbuch Organisationstypen, Wiesbaden, S. 91-112.
- Riou, Julien/Althaus, Christian L.** (2020): Pattern of early human-to-human transmission of Wuhan 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), December 2019 to January 2020, in: Eurosurveillance, 25. Jg., H. 4, S. 7-11.
- Ritter, Gerhard A.** (2010): Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 3. Aufl., München.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.)** (2020): Das Robert Koch-Institut, online im Internet: https://www.rki.de/DE/Content/Institut/institut_node.html [30.05.2021]
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas** (1990): Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt (Main); New York.
- Schmacke, Norbert** (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung. Perspektiven der Gesundheitsämter auf dem Weg ins 21. Jahrhundert, Bd. 11 in: Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen (Hrsg.): Berichte und Materialien, Düsseldorf.

- Schmacke, Norbert** (2009): Öffentlicher Gesundheitsdienst. Gestatten: Dr. Unbekannt, in: *Gesundheit und Gesellschaft*, 12. Jg., H. 6, S. 31-34.
- Schmacke, Norbert** (2012): Der öffentliche Gesundheitsdienst: das unbekante Wesen – Der mühsame Weg zu einem neuen Leitbild. Gastvortrag der Veranstaltung „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ des Referats für Gesundheit und Umwelt, München. Online im Internet: <http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de/wp-content/uploads/2014/07/schmacke.pdf> [02.07.2021]
- Schnack, Dirk** (2020): Mecklenburg-Vorpommern. Land unter im ÖGD! In: Online-Ausgabe der *Ärztezeitung* vom 08.07.2020, online im Internet: <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Land-unter-im-OeGD-411071.html> [28.06.2021]
- Schönfeld, Nicolas** (2008): Arm aber krank? Das Reformprojekt Öffentlicher Gesundheitsdienst der Stadt Berlin, in: *Berliner Ärzte*, Jg. 2008, H. 3, S. 14-19.
- Scott, Richard W.** (1977): Some problems in the study of organization structure, in: *Mid-American Review of Sociology*, 2. Jg., H. 1, S. 1-16.
- Starke, Dagmar** (2020): Arbeitsalltag in der Krise. Die Rolle der Gesundheitsämter in der Corona-Pandemie, in: *Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe*, 45. Jg., H. 3, S. 20-22.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)** (2002): *Statistisches Taschenbuch Gesundheit 2002*, Bonn.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)** (2019): *Statistisches Jahrbuch 2019. Deutschland und Internationales*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)** (2021a): *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 (Fachserie 1 Reihe 1.3)*, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)** (2021b): *Gesundheitsausgaben. Gesundheitsausgaben nach Leistungsarten*. Online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitsausgaben/Tabellen/leistungsarten.html;jsessionid=5BCB1C417F2080A04EF3802A13F11B70.live711> [02.07.2021]
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.)** (2021c): *Bevölkerungsstand. Bevölkerung nach Nationalität und Geschlecht 2021*, online im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/zensus-geschlecht-staatsangehoerigkeit-2021.html> [01.07.2021]
- Stinchcombe, Arthur L.** (1965): Social structure and organizations, in: March, James G. (Hrsg.): *Handbook of organizations*, Chicago, S. 142-193.
- Stockmann, Susanne et al.** (2008): Kommunale Gesundheitsberichterstattung in Deutschland: eine empirische Erhebung, in: *Das Gesundheitswesen*, 70. Jg., H. 11, S. 679-683.
- Stralau, Josef** (1960): Das deutsche Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren, in: *Der öffentliche Gesundheitsdienst*, 22. Jg., S. 163-178.
- Süddeutsche Zeitung (Hrsg.)** (2020): *Gesundheit - Mainz. Debatte um Personal in Gesundheitsämtern*. Online-Ausgabe vom 22.06.2020, online im Internet: <https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesundheit-mainz-debatte-um-personal-in-gesundheitsaemtern-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200622-99-520965> [28.06.2021]
- Thiemeyer, Theo** (1986): Gesundheitsleistungen – Steuerung durch Markt, Staat oder Verbände? In: *Sozialer Fortschritt*, 35. Jg., H.5/6, S. 97-104.
- Thompson, James D.** (1967): *Organizations in Action. Social science bases of administrative theory*, New York.
- Weber, Max** (2002): *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie*, 5., revidierte Aufl., Tübingen.
- Westerman, George et al.** (2006): Organization Design and Effectiveness over the Innovation Life Cycle, in: *Organization Science*, 17. Jg., H. 2, S. 230-238.
- Weth, Claus** (2013): *Kommunale Gesundheitsverwaltung*. In: Luthé, Ernst-Wilhelm (Hrsg.): *Kommunale Gesundheitslandschaften*, Wiesbaden, S. 303-315.
- Woodward, Joan** (1965): *Industrial Organization: Theory and Practice*, London.
- World Health Organization (Hrsg.)** (2020): *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*, online im Internet: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> [10.07.2021]

Ziener, Bernhard/Grunow-Lutter, Vera (2007): Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus der Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems, in: Das Gesundheitswesen, 69. Jg., H. 10, S. 534-540.

Zukunftsforum Public Health (Hrsg.) (2020): Der Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Empfehlungen für Umsetzung und Ausgestaltung, Hannover. Online im Internet: https://zukunftsforum-public-health.de/download/zfph_stellungnahme_oegd_pakt/?wpdmdl=3598&refresh=60f5a8035c1001626712067 [12.07.2021]