



Interpellation

der Abgeordneten **Ruth Waldmann, Florian von Brunn, Michael Busch, Christian Flisek, Doris Rauscher, Diana Stachowitz, Arif Taşdelen, Margit Wild, Dr. Simone Strohmayr, Klaus Adelt, Horst Arnold, Inge Aures, Martina Fehlner, Harald Güller, Volkmар Halbleib, Alexandra Hiersemann, Annette Karl, Natascha Kohnen, Ruth Müller, Markus Rinderspacher, Florian Ritter, Stefan Schuster und Fraktion (SPD)**
vom 12.05.2022

Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in Bayern

Die Staatsregierung wird gefragt:

1. Ausstattung der Gesundheitsämter in Bayern 28
 - 1.1 Personalausstattung 28
 - 1.1.1 Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 28
 - 1.1.2 Wie viele Stellen für Ärztinnen und Ärzte sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 31
 - 1.1.3 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Qualifikation als Fachärztin bzw. Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen sowie mit einer anderen fachärztlichen Qualifikation und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 33
 - 1.1.4 Wie viele Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 36
 - 1.1.5 Wie viele Stellen für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 39

-
- 1.1.6 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure mit einer einschlägigen dreijährigen Aus- oder Weiterbildung, z. B. als Hygienefachkraft oder Hygienekontrolleurin bzw. -kontrolleur, und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 40
- 1.1.7 Wie viele Fachkräfte für Sozialmedizin sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 40
- 1.1.8 Wie viele Stellen für Fachkräfte für Sozialmedizin sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 43
- 1.1.9 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Fachkräfte für Sozialmedizin mit einer einschlägigen einjährigen Weiterbildung als Fachkraft der Sozialmedizin und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 44
- 1.1.10 Wie viele Technische Assistentinnen und Assistenten sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 44
- 1.1.11 Wie viele Stellen für Technische Assistentinnen und Assistenten sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 47
- 1.1.12 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen technischen Assistentinnen und Assistenten mit einer für den ÖGD einschlägigen Aus- oder Weiterbildung und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 48
- 1.1.13 Wie viele Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 48
- 1.1.14 Wie viele Stellen für Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 51

-
- 1.1.15 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit einer für den ÖGD einschlägigen Aus- oder Weiterbildung und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 52
- 1.1.16 Wie viele Verwaltungsfachkräfte sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben, bitte nach Qualifikationsebene aufschlüsseln)? 53
- 1.1.17 Wie viele Stellen für Verwaltungsfachkräfte sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)? 53
- 1.1.18 Welche Standards zieht die Staatsregierung heran, um die Angemessenheit der Personalausstattung der Gesundheitsämter in Bayern zu beurteilen, und wie beurteilt die Staatsregierung die bevölkerungsbezogenen Berechnungsschlüssel für die Personalausstattung von Gesundheitsämtern im Schlussbericht Teil II des Projektes „Umsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes (Mustergesundheitsamt)“? 54
- 1.1.19 Nach welchen Kriterien wurde bzw. wird der durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst initiierte Personalaufwuchs im bayerischen ÖGD realisiert, welchem Konzept folgt die Staatsregierung bei dem Personalaufwuchs und wurde dazu vorab eine Organisationsanalyse in Auftrag gegeben? 55
- 1.1.20 Welche Aufgaben werden die beiden im StMGP vorgesehenen neuen Abteilungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. für Gesundheitssicherheit genau erfüllen und wie werden die dafür vorgesehenen zusätzlichen 163 Stellen genau eingesetzt? 56
- 1.1.21 Wie werden die im LGL vorgesehenen zusätzlichen 200 Stellen für die Task-Force Infektiologie genau eingesetzt? 57
- 1.1.22 An welchen Gesundheitsämtern wurden wie viele der im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bis 2026 vorgesehenen 569 zusätzlichen Planstellen bereits eingerichtet? 58
- 1.1.23 In welchem Umfang werden an den Gesundheitsämtern Honorarkräfte oder externes Personal eingesetzt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)? 60
- 1.1.24 Welchen Besoldungs- bzw. Entgeltgruppen sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern zugeordnet (bitte für jedes Gesundheitsamt und für jede Berufsgruppe [Ärztinnen und Ärzte, Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure, Fachkräfte für Sozialmedizin, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Technische Assistentinnen und Assistenten, Verwaltungsfachkräfte] gesondert anführen)? 60

1.2	Personalgewinnung	61
1.2.1	Wie lange dauern Besetzungsverfahren in den Gesundheitsämtern im Durchschnitt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	61
1.2.2	Wie lange verbleiben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchschnittlich in den Gesundheitsämtern (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	62
1.2.3	Welche Maßnahmen zu Personalentwicklung und Führungskräfteentwicklung sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den bayerischen Gesundheitsämtern derzeit vorgesehen (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln beantworten)?	62
1.2.4	Wie sichert die Staatsregierung Weiterbildungsmöglichkeiten für Amtsärztinnen und Amtsärzte, Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure, Fachkräfte für Sozialmedizin, Technische Assistentinnen und Assistenten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Verwaltungsfachkräfte und IT-Fachkräfte?	63
1.2.5	Wie viele Personen haben in den vergangenen zehn Jahren den Amtsarztlehrgang erfolgreich abgeschlossen und die Amtsarztprüfung bestanden (bitte nach den Bundesländern aufschlüsseln, in denen die Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Staatsregierung beschäftigt sind)?	66
1.2.6	Wie hat sich die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in den Lehrgängen für Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte, Hygienekontrolleurinnen bzw. -kontrolleure sowie Fachkräfte für Sozialmedizin der Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (AGL) in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte nach den Bundesländern aufschlüsseln, in denen die Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Staatsregierung beschäftigt sind)?	66
1.2.7	Nach welchen Kriterien werden von den Bezirksregierungen die anrechenbaren Vordienstzeiten bei Neueinstellungen in den ÖGD berücksichtigt?	67
1.2.8	Wie oft, für welche Stellen und in welcher Höhe wurde bislang der Gesundheitsdienstzuschlag gemäß Art. 60b Bayerisches Besoldungsgesetz (BayBesG) gewährt?	68
1.3	Digitalisierung	68
1.3.1	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für ihre Digitalisierungsstrategie (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	71
1.3.2	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für den Einbezug, die Sensibilisierung sowie den Aufbau von Wissen und Kompetenzen der Mitarbeitenden (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	71

1.3.3	Welche Weiterbildungen für Softwarepakete werden in den bayerischen Gesundheitsämtern regelmäßig angeboten (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	72
1.3.4	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für IT-Prozesse (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	74
1.3.5	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die IT-Sicherheit (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	75
1.3.6	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die IT-Bereitstellung (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	75
1.3.7	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die Interaktion mit Bürgerinnen und Bürgern (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	75
1.3.8	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für Zusammenarbeit (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	75
1.3.9	Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für Software, Daten und Interoperabilität (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	76
1.3.10	Welche Schnittstellen bei der Datenübermittlung sind für den ÖGD in Bayern relevant und welche Kenntnisse hat die Staatsregierung zur Interoperabilität dieser Schnittstellen?	76
1.3.11	Wie weit sind die Arbeiten gemäß dem Konzept „Digitales Gesundheitsamt 2025“ des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den bayerischen Gesundheitsämtern vorangeschritten und wie beurteilt die Staatsregierung die digitale Reife der Gesundheitsämter in Bayern?	77
1.3.12	Wie unterstützt die Staatsregierung die Digitalisierung der Gesundheitsämter in Bayern?	78
1.3.13	Welche fachspezifischen Softwareanwendungen kommen in den bayerischen Gesundheitsämtern zum Einsatz (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	79
1.3.14	Existieren Vorgaben oder Empfehlungen zur Anschaffung spezifischer Softwareanwendungen in den Gesundheitsämtern vonseiten der Regierungen oder des StMGP?	84
1.3.15	Wie gut sind die Außendienstbereiche der Gesundheitsämter (z. B. kinder- und jugendärztlicher Dienst, Hygienekontrollen) mit Tablets und Laptops ausgestattet (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	84

2.	Finanzierung der Gesundheitsämter in Bayern	85
2.1	Wie haben sich die staatlichen Gesamtausgaben für den ÖGD in Bayern in den letzten zehn Jahren entwickelt und in welcher Relation stehen diese Zahlen zur Entwicklung der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen?	85
2.2	Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass die durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgereichten Finanzmittel auch über das Jahr 2026 hinaus zur Verfügung stehen und wie hoch sind die von der Staatsregierung über das Jahr 2026 hinaus veranschlagten Mittel für den ÖGD?	87
2.3	Wie hoch wären die jährlich erforderlichen zusätzlichen Haushaltsmittel, wenn das Gehaltsniveau der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD an das Niveau von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern angepasst würde?	88
2.4	In welchen Verdienstgruppen sind die Fachkräfte der Sozialmedizin in den Gesundheitsämtern eingereiht und wie hoch sind die sich daraus ergebenden Jahresbruttogehälter bei einer Vollzeitbeschäftigung?	88
2.5	Welche Möglichkeiten hat die Staatsregierung, dafür zu sorgen, dass die staatlichen Haushaltsmittel für den ÖGD auf kommunaler Ebene auch tatsächlich für den ÖGD eingesetzt werden?	88
2.6	Wird die Staatsregierung gegenüber den Kommunen eine Zusage abgeben, dass sie die aus dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst entstehenden kommunalen Mehrausgaben vollständig und dauerhaft ausgleicht (bitte um Begründung der Antwort)?	89
2.7	Wie beurteilt die Staatsregierung eine Zweckbindung von staatlichen Mitteln für den ÖGD?	89
2.8	Wie haben sich die staatlichen Haushaltsmittel für das Personal der 1. Qualifikationsebene an den Gesundheitsämtern in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?	89
2.9	Wie haben sich die staatlichen Haushaltsmittel für das Personal der 2. und 3. Qualifikationsebene an den Gesundheitsämtern in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?	90
2.10	Wie haben sich die den Landkreisen nach Art. 9 Bayerisches Finanzausgleichsgesetz (BayFAG) zur Verfügung stehenden Mittel für den Sachaufwand und die Verwaltungskräfte in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?	90
2.11	Wie beurteilt die Staatsregierung eine Aufnahme des ÖGD in die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes nach Art. 74 Grundgesetz (GG), um eine dauerhafte Finanzierung des ÖGD durch Bundesmittel zu ermöglichen?	91
2.12	In welchen Abteilungen und Referaten werden die insgesamt im Haushaltsplan 2022 vorgesehenen zusätzlichen 156 ÖGD-Stellen im StMGP eingesetzt?	92

2.13	Welche Aufgaben sind für die insgesamt im Haushaltsplan 2022 zusätzlich zur Stärkung der Task-Force Infektiologie (TFI) vorgesehenen 73 neuen Stellen im LGL vorgesehen?	92
2.14	Wie viele der insgesamt im Haushaltsplan 2022 vorgesehenen zusätzlichen 156 Stellen für die Gesundheitsämter wurden bereits besetzt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	92
3.	Aufgaben der Gesundheitsämter in Bayern	93
3.1	Rechtliche Grundlagen	93
3.1.1	Welche Pflichtaufgaben des übertragenen Wirkungskreises erfüllen die Gesundheitsämter in Bayern und auf welchen gesetzlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben?	93
3.1.2	Welche Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis erfüllen die Gesundheitsämter in Bayern und auf welchen gesetzlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?	94
3.1.3	Welche Aufgaben des örtlichen Gesundheitswesens gemäß Art. 83 Abs. 1 Bayerische Verfassung (BV) werden in Bayern von den Gemeinden im eigenen Wirkungskreis erfüllt?	95
3.1.4	Welche hoheitlichen Aufgaben üben die Gesundheitsämter in Bayern aus und auf welchen rechtlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben?	96
3.1.5	Welche Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erfüllen die Landkreise als Aufgaben im eigenen Wirkungskreis gemäß Art. 51 Abs. 1 und 2 Landkreisordnung (LKrO)?	96
3.1.6	Wie übt die Staatsregierung die Fachaufsicht über die Gesundheitsämter zur Durchführung der Pflichtaufgaben im übertragenen Wirkungskreis aus?	97
3.2	Ressourcen	98
3.2.1	Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Art. 9 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG; bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	98
3.2.2	Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend den Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung gemäß Art. 10 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	98

3.2.3	Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend der Ausstellung von Gutachten, Zeugnissen und Bescheinigungen gemäß Art. 11 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	98
3.2.4	Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend der Vermeidung der unerlaubten Ausübung der Heilkunde gemäß Art. 12 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.5	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Familienberatung gemäß Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.6	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Beratung von Menschen, die an einer Sucht, psychischen Krankheit, chronischen Krankheit oder Behinderung leiden, gemäß Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.7	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Schulgesundheitspflege gemäß Art. 14 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.8	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im umweltbezogenen Gesundheitsschutz gemäß Art. 15 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.9	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im Bereich des Infektionsschutzes gemäß Art. 16 GDVG und Art. 17 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.10	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im Bereich der Prüfung, Auswertung und Weiterleitung der ärztlichen Todesbescheinigungen (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.2.11	Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen und Informationsveranstaltungen (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?	99
3.3	Aufgabenerfüllung	100
3.3.1	Wie viele Überprüfungen zur Trinkwasserhygiene führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	100

3.3.2	Wie viele Überprüfungen zur Badewasser- bzw. Badegewässerhygiene führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	101
3.3.3	Wie viele Überprüfungen zur Krankenhaushygiene inkl. Arztpraxen und Rettungswachen führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	101
3.3.4	Wie viele Überprüfungen zur Hygiene von öffentlichen Einrichtungen (z. B. Gemeinschaftsunterkünfte, Kitas, Alten- und Pflegeheime) führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	102
3.3.5	Wie oft ergriffen die einzelnen Gesundheitsämter in den Jahren 2015 bis 2019 Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und um welche Krankheiten handelte es sich dabei?	102
3.3.6	Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Beobachtungen, Bewertungen und Beurteilungen von Umwelteinwirkungen auf Menschen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	105
3.3.7	Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Begutachtungen im Rahmen der Bauleitplanung, von Bauvorhaben und Emittenten durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	106
3.3.8	Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Begutachtungen im Rahmen von Altlasten und Bodenverunreinigungen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	106
3.3.9	Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Beurteilungen und Begutachtungen von Innenräumen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	107
3.3.10	Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Bewertungen bei Unfällen mit Freisetzung von Gefahrstoffen und Strahlung sowie im Rahmen des Katastrophenschutzes durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	107
3.3.11	Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?	108
3.3.12	Welche sozialkompensatorischen Aktivitäten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit entfaltet der ÖGD in Bayern, um so die gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen?	109
3.3.13	Welche Gesundheitsämter agierten im Jahr 2020 auf der Basis von lokalen oder regionalen Gesundheitszielen und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?	110

3.3.14	Welche Gesundheitsämter koordinierten im Jahr 2020 regionale Gesundheitskonferenzen und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	111
3.3.15	Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen zur allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung und Prävention durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?	111
3.3.16	Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen im Zusammenhang mit Impfungen (z.B. Impfkationen in Schulen, Impfberatung, Durchführung von Impfungen, Impftage) durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?	112
3.3.17	Wie viele Bescheinigungen zum Umgang mit Lebensmitteln gemäß § 42 und § 43 IfSG haben die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 ausgestellt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?	112
3.3.18	Wie viele psychosoziale Beratungen psychisch kranker und suchtkrank Menschen sowie deren Angehöriger führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	113
3.3.19	Wie viele Beratungen von Menschen mit Behinderungen und von deren Angehörigen führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	113
3.3.20	Wie viele Prüfungen im Rahmen der Heimaufsicht führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	114
3.3.21	Welche spezifischen Aufgaben und Funktionen übernehmen die Gesundheitsämter bei der Heimaufsicht in Abgrenzung zu den Aufgaben der Fachstellen für Qualitätsentwicklung und Aufsicht?	114
3.3.22	Wie viele Maßnahmen der Individualhilfe und Individualprävention für Kinder, Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte wurden 2020 von den einzelnen Gesundheitsämtern durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	115
3.3.23	Wie viele Schuleingangsuntersuchungen wurden im Jahr 2020 von den einzelnen Gesundheitsämtern durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	116
3.3.24	Wie viele Beratungen zu Fragen der Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung, Empfängnis und Schwangerschaft führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	116

3.3.25	Wie viele weitere Maßnahmen zur Sexualpädagogik und Sexualaufklärung (z. B. Gruppen- und Projektarbeit an Schulen, Informationsveranstaltungen, Multiplikatorenschulungen, Kampagnen, Öffentlichkeitsarbeit) führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?	117
3.3.26	Wie viele Beratungen von Schwangeren und Schwangerschaftskonfliktberatungen führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	118
3.3.27	Wie viele Maßnahmen der nachgehenden Betreuung von Frauen und Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr, von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch, von Frauen nach Fehl- oder Totgeburt und von Frauen mit einer postpartalen Krise haben die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	118
3.3.28	Liegen in Bayern Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Gesundheitsämtern vor und liegen Personalempfehlungen für diesen Bereich vor?	119
3.3.29	Wie viele Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen erstellten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 und wie viele dieser Gutachten entfielen jeweils auf: Gutachten im Dienst- und Versorgungsrecht, Gutachten nach Sozialgesetzbuch (SGB) II–XII, Gutachten nach Spezialvorschriften, gerichtsärztliche Gutachten, Gutachten im Ausländer- und Asylrecht, sonstige Gutachten, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	120
3.3.30	Wie viele Maßnahmen und Überprüfungen im Zusammenhang mit dem Einhalten der gesetzlichen Anforderungen durch Angehörige der Heilberufe und der sonstigen gesetzlich geregelten Heilberufe führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	122
3.3.31	Wie viele und welche Gesundheitsämter erheben regelmäßig Daten zur Ermittlung umweltepidemiologischer Zusammenhänge und Ableitung von Handlungsempfehlungen im umweltbezogenen Gesundheitsschutz und welche Daten werden dabei typischerweise erhoben?	122
3.3.32	Wie viele und welche Gesundheitsämter führen eine Datenbank zur Trinkwasserqualität und zur Qualität der Badegewässer?	123
3.3.33	Wie viele und welche Gesundheitsämter erstellen regelmäßig Gesundheitsberichte nach den Kriterien der Handlungshilfen zur Gesundheitsberichterstattung des LGL?	123
3.3.34	Wie viele und welche Gesundheitsämter verwenden die Ergebnisse ihrer Gesundheitsberichte zur Planung und Koordination ihrer Maßnahmen, insbesondere in den Bereichen von Prävention und Gesundheitsförderung?	123

3.3.35	Welche Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Arbeit des ÖGD in Bayern werden regelmäßig, flächendeckend und zentral erhoben, aufbereitet, ausgewertet und veröffentlicht?	123
3.3.36	Wie viele und welche Gesundheitsämter betrieben in den letzten fünf Jahren eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Flyer, Plakate, Broschüren, Pressemitteilungen, Beiträge in Social Media, Interviews, Rundfunkbeiträge), um ihre Dienstleistungen in einer breiteren Öffentlichkeit präsent zu machen oder zu halten, und gab es in diesem Bereich Kooperationen zwischen mehreren Kommunen (bitte Beispiele anführen)?	124
3.3.37	Wie viele und welche Gesundheitsämter führten in den letzten fünf Jahren Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für Entscheidungsträger durch und gab es in diesem Bereich Kooperationen zwischen mehreren Kommunen (bitte Beispiele anführen)?	124
3.3.38	Wie viele Überprüfungen zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	124
3.3.39	Wie viele Überprüfungen zur Überwachung von dezentralen Blutspendeterminen führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	125
3.3.40	Wie viele Beratungen zu HIV und AIDS führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	125
3.3.41	Wie viele Beratungen nach dem Prostituiertenschutzgesetz führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?	126
4.	Die Gesundheitsämter in der Coronapandemie	126
4.1	Mit welchen Softwarelösungen zur Fallverwaltung arbeiten die Gesundheitsämter Berchtesgadener Land, Eichstätt, Starnberg, Fürstenfeldbruck, Regen, Lindau, Unterallgäu, Bayreuth und Miltenberg?	126
4.2	Wie beurteilt die Staatsregierung die Funktionalität der Softwarepakete Äskulab, SurvNet, ISGA, R23, BaySIM und SORMAS im Hinblick auf deren Eignung zur Fallverwaltung, Kontaktnachverfolgung und zum Datenaustausch beim Ausbruch infektiöser Erkrankungen?	127
4.3	Welche und wie viele Gesundheitsämter verwenden inzwischen welches der in Frage 4.2 genannten Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch?	130
4.4	Welche Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch sollen nach Auffassung der Staatsregierung in der Coronapandemie, aber auch zur Prävention und zur Kontrolle von anderen infektiösen Erkrankungen eingesetzt werden und plant die Staatsregierung hier eine einheitliche Ausstattung der Gesundheitsämter?	132

4.5	Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass die von den Gesundheitsämtern verwendeten Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Kontaktnachverfolgung und zum Datenaustausch nicht nur im Rahmen der Coronapandemie, sondern auch zur Prävention und Kontrolle von anderen infektiösen Erkrankungen eingesetzt werden kann?	133
4.6	Wie viele und welche Gesundheitsämter haben inzwischen die Möglichkeit, das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) außer für Meldungen über SARS-CoV-2 auch für die elektronische Meldung weiterer Erregernachweise einzusetzen?	133
4.7	Wie viele von den befristet im Zusammenhang mit der Bewältigung der Coronapandemie bei den Gesundheitsämtern eingestellten Personen stehen seit dem 31.12.2021 nicht mehr zu Verfügung?	133
4.8	Wie viele der bisher befristet eingestellten Personen konnten in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis überführt werden?	134
4.9	Welche Personalreserve für Contact-Tracing-Teams plant die Staatsregierung mittel- und langfristig für mögliche weitere Coronawellen, aber auch für die Bewältigung von Ausbrüchen anderer Infektionskrankheiten bei den Gesundheitsämtern bereitzuhalten?	134
4.10	Wie hoch sind die bisher durch das Management der Coronapandemie für die Gesundheitsämter entstandenen zusätzlichen Kosten und wie hoch ist der Anteil der pandemiebedingten Mehraufwendungen der Gesundheitsämter, die vom Staat getragen werden?	134
5.	Weiterentwicklung des ÖGD in Bayern	136
5.1	Personal	136
5.1.1	Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um die Gesundheitsämter in Bayern als Arbeitgeber attraktiver zu machen?	136
5.1.2	Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen bzw. unterstützen, um im Rahmen eines Personalmanagements Qualifikation, Arbeitskraft und Motivation der im ÖGD Tätigen zu erhalten und zu steigern?	136
5.1.3	Plant die Staatsregierung eine Erhöhung der Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern auf das Niveau der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (bitte um Begründung der Antwort)?	137
5.1.4	Hält die Staatsregierung die Einführung arztspezifischer Tarifverträge in den Gesundheitsämtern für ein wichtiges Mittel, um deren Attraktivität als Arbeitgeber zu verbessern?	137
5.1.5	Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung zur Einführung arztspezifischer Tarifverträge auch in den Gesundheitsämtern?	137
5.1.6	Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, dass Famulatur und Praktisches Jahr auch beim ÖGD absolviert werden können?	138

5.1.7	Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass Personalausstattung und Personalentwicklung im ÖGD auch längerfristig an seinen fachlichen Aufgaben und nicht nur an finanz- und verwaltungspolitischen Vorgaben ausgerichtet werden?	139
5.1.8	Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung umsetzen, um das Verwaltungsverfahren bei Stellenbesetzungen zu vereinfachen?	139
5.1.9	Wie beurteilt die Staatsregierung die Personalempfehlungen des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit an die Landräte der Landkreise und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte?	140
5.1.10	Beabsichtigt die Staatsregierung, Empfehlungen für den Personalstand in den Gesundheitsämtern zu erlassen (bitte um Begründung der Antwort)?	140
5.1.11	Wird die Staatsregierung finanzielle Mittel vorsehen, um an einer oder an mehreren medizinischen Fakultäten in Bayern Lehrstühle für den ÖGD einzurichten (bitte um Begründung der Antwort)?	141
5.1.12	Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um den ÖGD stärker in die Ausbildung medizinischer Berufe zu integrieren?	141
5.1.13	Wie beurteilt die Staatsregierung die Durchführung einer Imagekampagne zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber?	142
5.1.14	Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer Bündelung der Zuständigkeit für die Stellenbesetzungen auch der 2. und 3. Qualifikationsebene und des Verwaltungspersonals beim StMGP?	142
5.1.15	Wie wird die Staatsregierung künftig die Verfügbarkeit von sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Kompetenz im ÖGD sichern?	143
5.1.16	In welchen Bereichen und für welche Aufgaben der Gesundheitsämter sieht die Staatsregierung die Möglichkeit und die Notwendigkeit, akademisch ausgebildetes Personal – etwa aus dem Bereich Public Health – für nichtärztliche Tätigkeiten einzusetzen?	143
5.1.17	Die modulare Qualifizierung nach dem Leistungsaufbahngesetz (LlbG) ist ein Instrument der Steigerung der Qualität im ÖGD – welche Berufsgruppen wurden nach dem LlbG bisher qualifiziert und wie vielen Beschäftigten wurde die modulare Qualifizierung angeboten, wie vielen seit 2019?	144
5.1.18	Für wie viele Beschäftigte ist das Angebot der modularen Qualifizierung in den Jahren 2022 und 2023 geplant und sind die Kosten für eine modulare Qualifizierung über den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst finanzierbar?	144
5.2	Konzeption	145
5.2.1	Wie sichert die Staatsregierung den Wandel des ÖGD von einer hoheitlichen Einrichtung mit Schutz- und Überwachungsaufgaben hin zu einer Agentur mit partizipativen, steuernden und gesundheitsförderlichen Aufgaben?	145

5.2.2	Wie kann nach Auffassung der Staatsregierung die Zusammenarbeit zwischen Public-Health-Forschung und dem ÖGD in Bayern gestärkt werden?	146
5.2.3	Wie können nach Auffassung der Staatsregierung Evidenzbasierung und Wirkungsmessung im Zusammenhang mit Maßnahmen des ÖGD in Bayern gestärkt werden?	147
5.2.4	Welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird die Staatsregierung ergreifen, um die Bekanntheit des ÖGD zu stärken und seine Vorteile ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken?	148
5.2.5	Welchen Handlungsbedarf sieht die Staatsregierung hinsichtlich der Weiterentwicklung der rechtlichen Grundlage für den ÖGD in Bayern?	148
5.2.6	Wie wird die Staatsregierung den bevölkerungsmedizinischen Ansatz des ÖGD im Vergleich zu den stationären und ambulanten Bereichen des Gesundheitswesens stärken?	149
5.2.8	Wie wird die Staatsregierung künftig den ÖGD bei der Realisierung des Grundsatzes „Health in all Policies“ unterstützen?	149
5.2.7	Wird die Staatsregierung künftig die Ergebnisorientierung und Transparenz des ÖGD fördern?	150
5.2.9	Wie wird die Staatsregierung künftig die Umsetzung des „Leitbilds für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2018 unterstützen?	150
5.2.10	Plant die Staatsregierung, ähnlich wie in Thüringen, den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, um die Verteilung der zusätzlichen staatlichen Mittel zu regeln, die Finanzierung von neu geschaffenen Stellen über das Jahr 2026 hinaus zu sichern sowie Festlegungen zum Personalaufbau und zur Digitalisierung in den Gesundheitsämtern zu treffen (bitte um Begründung der Antwort)?	151
5.3	Organisation	152
5.3.1	Wie sollen nach Auffassung der Staatsregierung die Strukturen und Prozesse des ÖGD in Bayern weiterentwickelt werden?	152
5.3.2	Welche Potenziale bestehen nach Auffassung der Staatsregierung im Hinblick auf die Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug?	153
5.3.3	Welche Potenziale bestehen nach Auffassung der Staatsregierung im Hinblick auf die Zentralisierung von Service- und Koordinationsleistungen auf Landesebene?	153

5.3.4	Wie beurteilt die Staatsregierung die Einführung eines Landesgesundheitsamtes, bei dem die Kompetenzen für das Personalwesen mit Besoldung, Rekrutierung, Entwicklung, die Kompetenzen für IT-Lösungen und Beschaffung, die Kompetenzen für Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung sowie für Information und Öffentlichkeitsarbeit gebündelt werden?	155
5.3.5	Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Beschaffung der Ausrüstung und Ausstattung im Hinblick auf Mengenrabatte und eine einheitliche Ausstattung?	155
5.3.6	Wie beurteilt die Staatsregierung die Schaffung einer einheitlichen und zentral verwalteten Dateninfrastruktur mit einer Datenbanklösung, einheitlicher Software und kompatiblen Endgeräten zur Dateneingabe?	155
5.3.7	Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Organisation von EDV-Weiterbildungen für den ÖGD im Hinblick auf deren Kosteneffizienz?	155
5.3.8	Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit des Austauschs von Personal und die Zusammenlegung von Stellenanteilen über Gesundheitsämter hinweg?	155
5.3.9	Wie beurteilt die Staatsregierung die kommunale Organisations-, Finanz- und Personalautonomie im Hinblick auf die Weiterentwicklung des ÖGD?	156
5.3.10	Wie beurteilt die Staatsregierung die Vorbereitung von einheitlichen Informations- und Schulungsmaterialien auf Landesebene, etwa im LGL?	156
5.3.11	Wie beurteilt die Staatsregierung eine erweiterte Kooperation der Gesundheitsämter mit freien Trägern, etwa bei der Schwangeren- und Suchtberatung?	156
5.3.12	Über welche institutionalisierte Kommunikationsstruktur soll künftig ein effizienter Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD in Bayern (StMGP, Regierungen, Gesundheitsämter) sichergestellt werden?	158
5.3.13	Welche Voraussetzungen müssen nach Auffassung der Staatsregierung geschaffen werden, um die Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur des ambulanten und stationären Bereichs anzuschließen?	158
5.3.14	Wie beurteilt die Staatsregierung eine kollegiale Führung von Gesundheitsämtern, etwa durch Amtsärztinnen und Amtsärzte und leitende Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter?	158

5.3.15	Wie beurteilt die Staatsregierung die Einführung von Organisationseinheiten für Planung, Koordination und Qualitätsentwicklung, in denen vor allem die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung sowie der Psychiatrie-, Sucht- und Altenhilfekoordination zusammengefasst werden, und mit welchen Stellenanteilen je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner sollten solche Organisationseinheiten ausgestattet werden?	160
5.3.16	Welche Möglichkeiten der länderübergreifenden Kooperation sieht die Staatsregierung für die Weiterbildungseinrichtungen des ÖGD (Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen, Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit)?	160
5.4	Aufgaben	161
5.4.1	Soll das Aufgabenprofil der Gesundheitsämter nach Auffassung der Staatsregierung beibehalten, ausgeweitet oder reduziert bzw. konzentriert werden (bitte um Begründung der Antwort)?	161
5.4.7	Welche Aufgaben der Gesundheitsämter könnten nach Auffassung der Staatsregierung wegfallen und welche könnten sinnvoll auf andere Behörden verlagert werden?	161
5.4.2	Wie wird die Staatsregierung die Gesundheitsberichterstattung des ÖGD in Bayern weiterentwickeln und welche sozialen Indikatoren sollten nach Auffassung der Staatsregierung regelmäßig in der Gesundheitsberichterstattung erhoben werden, um die Voraussetzungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu schaffen?	162
5.4.3	Welchen Handlungsbedarf sieht die Staatsregierung hinsichtlich einer Zentralisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung?	163
5.4.4	Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Zusammenführung und Analyse von Daten der Gesundheitsämter im Hinblick auf eine integrierte Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung?	164
5.4.5	Wie beurteilt die Staatsregierung die Weiterentwicklung des Gutachterwesens als Aufgabe des ÖGD und soll dieser Aufgabenbereich beibehalten oder reduziert werden?	165
5.4.6	Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer Eingrenzung der gutachterlichen Aufgaben der Gesundheitsämter etwa durch Beschränkung auf hoheitliche Kontexte?	165
5.4.8	In welchen Abständen sollen nach Auffassung der Staatsregierung die Kontrollen der Hygieneüberwachung öffentlicher Einrichtungen durchgeführt werden?	165
5.4.9	Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer regionalen Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug, wie z. B. bei der Zulassung von Gesundheitsberufen oder durch das Poolen von speziellen Impf- und Beratungsleistungen?	165

5.4.10 Welche Aufgaben sollte nach Auffassung der Staatsregierung der ÖGD künftig bei der Koordination, Planung und Steuerung der psy- chiatrischen Versorgung, der Suchthilfe sowie der Altenhilfe über- nehmen?	165
Anlage – Trink- und Badewasserhygiene	167
Anlage – Einrichtungsbezogene Hygiene	171
Anlage – Infektionsschutz	177
Anlage – Umweltbezog. Gesundheitsschutz	184
Anlage – Gesundheitsförderung, Prävention	186
Anlage – Gutachten	191
Anlage – Medizinal(berufe)aufsicht	192
Anlage – BtM-Überwachung	193
Anlage – GBE, Statistik, QS	194
Anlage – Gremien-, Öffentlichkeitsarbeit	195
Hinweise des Landtagsamts	197

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege im Einvernehmen mit dem Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration, dem Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales und dem Staatsministerium der Finanzen und für Heimat

vom 25.10.2023

Allgemeine Vorbemerkungen zur Beantwortung der Interpellation

I. Darstellung der Gesundheitsverwaltung in Bayern

Die Gesundheitsverwaltung ist in Bayern dreistufig und damit hierarchisch aufgebaut. Die staatlichen Behörden stehen dabei untereinander im Weisungsverhältnis, wobei das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) als oberste Gesundheitsbehörde, die Regierungen als höhere Gesundheitsbehörden und die Landratsämter als untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) fungieren, Art. 1 Abs. 1 Gesundheitsdienstgesetz (GDG). Als durchführende Behörden der Ortsebene gibt es neben den 71 staatlichen Gesundheitsämtern bei den Landratsämtern auch bei der Landeshauptstadt München sowie den kreisfreien Städten Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg jeweils ein kommunales Gesundheitsamt, Art. 1 Abs. 2 GDG. Das StMGP kann die Regierungen und die nachgeordneten staatlichen Behörden, die Regierungen und staatlichen Gesundheitsämter, anweisen. Die sich hieraus ergebende Dienstaufsicht des StMGP über alle staatlichen Behörden und Beamten seines Geschäftsbereichs folgt aus Art. 55 Nr. 6 Bayerische Verfassung (BV), die sich sowohl auf die Ämter- als auch die Personalaufsicht erstreckt. Demgegenüber hat das StMGP gegenüber den kommunalen Gesundheitsämtern in Bezug auf die Dienstaufgaben, als Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis, lediglich die Fachaufsicht inne, welche sich neben der reinen Rechtskontrolle auch auf die Kontrolle des Verwaltungsermessens erstreckt. Hinsichtlich der dem Stellenplan entsprechenden Stellenbesetzung von Fachpersonal in den staatlichen Gesundheitsämtern haben die Regierungen einen Ermessensspielraum. Außerdem unterstützen die Landratsämter im Rahmen ihrer Organisationshoheit die staatlichen Gesundheitsämter durch den Einsatz von kommunalen Verwaltungskräften. Die oben genannten fünf kreisfreien Städte verfügen hingegen als Träger der kommunalen Gesundheitsämter über eine vollständige Organisations-, Finanz- und Personalautonomie.

II. Allgemeiner Bearbeitungshinweis

Aufgrund der großen Anzahl an Fragen und deren Bandbreite erforderte die Bearbeitung der Interpellation die umfangreiche Einbindung mehrerer Ressorts sowie der Gesundheitsbehörden auf allen Verwaltungsebenen, weshalb eine längere Bearbeitungsdauer notwendig war.

Soweit in der einzelnen Frage bzw. Antwort kein Datum oder Jahresanzahl genannt wird, richtet sich die Beantwortung auf den Stand Mitte 2023.

Fragenblock 1: Ausstattung der Gesundheitsämter in Bayern

Datenerhebung im staatlichen Bereich

Im vom Freistaat Bayern angewandten VIVA-Stellenplanmanagement werden die haushaltsrechtlich geforderten Nachweisungen zur Stellenüberwachung (Verwaltungsvorschrift [VV] Nr. 5.1 zur Art. 49 Bayerische Haushaltsordnung [BayHO]) und Auf-

zeichnungen über die Stellenbesetzungen (VV Nr. 5.2 zu Art. 49 BayHO) abgebildet. Die Aufzeichnungen nach Nummern 5.1 und 5.2 sind für die Rechnungsprüfung fünf Jahre zugänglich zu halten (VV Nr. 5.4 zu Art. 49 BayHO), gerechnet ab dem Ablauf des Haushaltsjahres, für das sie geführt sind bzw. in dem die letzte Eintragung vorgenommen wurde (VV Nr. 10 zu Art. 34 BayHO); danach endet die haushaltsrechtliche Dokumentationspflicht und die Datenlöschung beginnt. Im Hinblick auf diese fünfjährige Aufbewahrungspflicht können nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 ermittelt werden.

Datenerhebung im kommunalen Bereich

Die kommunale Planungshoheit und Selbstverwaltung obliegt den Trägern der fünf bayerischen kommunalen Gesundheitsämter der Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen, München und Nürnberg (Art. 28 Abs. 2 Grundgesetz [GG]). Im kommunalen Bereich gibt es jeweils eigenständige Dokumentations- und Aufbewahrungssysteme, sodass diese Vorschriften hier nicht greifen. Aufgrund dessen konnten bei den kommunalen Gesundheitsämtern Daten ab 2014 ermittelt werden.

Personalbedarfsbemessung

Der Verteilung der nichtärztlichen Stellen für das Fachpersonal des ÖGD auf die Regierungen werden Einwohnerrichtwerte zugrunde gelegt, womit eine möglichst gleichmäßige Personalausstattung – zumindest auf Regierungsbezirksebene – angestrebt wird. Diese Richtwerte, bei denen die im Stellenplan zum jeweiligen Haushaltsgesetz ausgewiesenen Stellen auf die Einwohner umgelegt werden, haben sich als gut geeignetes Hilfsmittel für die Personalplanung und Personalverwaltung bewährt. Sie sind keine feste Größe und werden laufend den fachlichen Bedarfen und den Veränderungen der Stellen- oder Einwohnerzahlen angepasst. Auf der Basis der zugewiesenen Stellen ergeben sich zum Stand 01.07.2022 folgende Einwohnerrichtwerte:

- Hygienekontrolldienst: 1:36 000
- Fachkräfte der Sozialmedizin (FdS): 1:34 000
- Sozialpädagogische Fachkräfte: 1:29 000

Bei einer Fortschreibung der Richtwerte auf die einzelnen Gesundheitsämter ist zu berücksichtigen, dass wegen der Kleinräumigkeit der Organisationseinheiten und der Notwendigkeit, eine Mindestbesetzung sicherzustellen, oftmals Abweichungen erforderlich sind. Eine deshalb über den Richtwerten liegende Personalausstattung kleinerer Gesundheitsämter muss zwangsläufig durch eine unter den Richtwerten liegende Ausstattung größerer Ämter ausgeglichen werden. Die Mindestbesetzung beträgt:

- Hygienekontrolldienst: 2 Stellen
- FdS: 2 Stellen
- Sozialpädagogische Fachkräfte: 3 Stellen

Darüber hinaus erfolgt die Personalzuweisung grundsätzlich nach Maßgabe der Größe des Zuständigkeitsbereichs (Einwohnerzahl). Bestehen in einem Landkreis besondere Aufgabenschwerpunkte, können die Regierungen dies bei der Stellenzuweisung berücksichtigen, so können sie innerhalb ihres Bewirtschaftungsbereichs bei Bedarf Schwerpunkte setzen.

Bei den im Folgenden genannten Stellenzahlen an den Gesundheitsämtern wurden, soweit nicht anders gefragt, die Stellensoll-Zahlen zugrunde gelegt. Stellensoll-Zahlen sind im Ergebnis eine Rechengröße, die den Haushaltsplan (Stellenplan) abbilden. Sie können nicht mit dem ständig schwankenden Personalstand gleichgesetzt werden,

der dem jeweiligen Landratsamt zu einem bestimmten Stichtag zur Verfügung steht bzw. zur Verfügung gestellt werden kann. Freigestellte Beamtinnen und Beamte, Beamtinnen während der Mutterschutzfrist oder Langzeiterkrankte, um nur einige Beispiele zu nennen, müssen innerhalb des „Solls“ verrechnet und dargestellt werden, weil die Stellen nach den haushaltsgesetzlichen Vorschriften auch während der Zeit besetzt sind, in der die Betroffenen keinen Dienst leisten.

Stellenzahlen für das befristet eingestellte Coronapersonal wurden in die Beantwortung der Interpellation nicht aufgenommen, da dieses nicht zum konstanten Bestand des ÖGD gehört und zudem spätestens ab dem 31.12.2023 nicht mehr zur Verfügung steht.

Fragenblock 3: Aufgabenerfüllung

Aufgrund der Auslegungsbedürftigkeit einzelner Fragen wurden diese seitens der Gesundheitsämter teils unterschiedlich verstanden und in der Folge unter Anwendung unterschiedlicher Auslegungen beantwortet. Zudem konnten einige Gesundheitsämter aus Kapazitätsproblemen aufgrund der während der Beantwortungsphase noch andauernden Pandemie bzw. der Bearbeitung pandemiebedingter Arbeitsrückstände sowie dem aktuell hohen Arbeitsaufkommen im Asylbereich durch das Fortbestehen des Krieges in der Ukraine in den gegebenen Fristen zu einzelnen Fragen keine Angaben tätigen.

III. Sonstige begriffliche Erläuterungen

Pakt für den ÖGD

In Anbetracht der Coronapandemie haben sich die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder mit dem Bund auf den Pakt für den ÖGD (ÖGD-Pakt) geeinigt, der am 29.09.2020 von der Bundeskanzlerin und den Regierungschefinnen und -chefs der Länder beschlossen wurde. Das von der 91. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) 2018 einstimmig beschlossene ÖGD-Leitbild soll bei dem beschlossenen Prozess der personellen Erweiterung, Modernisierung und Vernetzung der Gesundheitsämter Orientierung geben.

Mit dem ÖGD-Pakt stellt der Bund insgesamt 4 Mrd. Euro für Personal, Digitalisierung, Attraktivitätssteigerung und moderne Strukturen des ÖGD zur Verfügung. Der Förderzeitraum wurde auf sechs Jahre von 2021 bis 2026 festgesetzt. Für Maßnahmen des Personalaufbaus und die Stärkung der Attraktivität des ÖGD wird ein Anteil in Höhe von 3,1 Mrd. Euro über den vertikalen Umsatzsteuerverteilungsschlüssel in jährlichen Tranchen im Rahmen des Bund-Länder-Finanzausgleichs den Ländern zur Verfügung gestellt. Auf den Freistaat Bayern entfällt nach aktuellem Stand (in Abhängigkeit der Einwohnerzahl können sich entsprechend des vertikalen Umsatzsteuerverteilungsschlüssels geringfügige Änderungen ergeben) ein Anteil von rund 489,8 Mio. Euro.

Die Länder verpflichten sich im Gegenzug, mindestens 5000 neue vollzeitäquivalente Stellen (1500 unbefristete Stellen bis Ende des Jahres 2021 und weitere 3500 Stellen bis zum Ende der Paktlaufzeit) im ÖGD bundesweit zu schaffen und zu besetzen. Gemäß dem im Oktober 2021 zwischen der 94. GMK und dem Bund vereinbarten Verteilungsschlüssel entfallen auf Bayern insgesamt 790 Stellen. Die 95. GMK hat sich mit dem Bund im Oktober 2022 darauf verständigt, diese Stellen bis Ende des Jahres 2025 gestaffelt zu besetzen.

Die Träger der fünf kommunalen Gesundheitsämter in Bayern, die Landeshauptstadt München sowie die Städte Nürnberg, Augsburg, Ingolstadt und Memmingen, sichern in entsprechenden Verwaltungsvereinbarungen zu, insgesamt, je nach Bedarf und im

Rahmen der eigenen Ermessensentscheidung der Kommunen, 141 Stellen aus dem bayerischen Stellenanteil zu schaffen und zu besetzen, wofür sie im Gegenzug in jährlichen Tranchen einen Anteil der Finanzzuweisungen des Bundes aus dem ÖGD-Pakt an den Freistaat Bayern erhalten. Die restlichen 649 Stellen im staatlichen Bereich sind seit 2022 vollzählig in den Stellenplänen der Epl. 03 (Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration [StMI]) und 14 (StMGP) ausgebracht.

Beirat zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im ÖGD in Umsetzung des Paktes für den ÖGD (Beirat Pakt ÖGD)

Der Beirat Pakt ÖGD ist ein externes, unabhängiges Gremium, das zunächst für die Dauer von zwei Jahren vom Bundesminister für Gesundheit im Einvernehmen mit der GMK einberufen wurde. Er entwickelt Empfehlungen zur strukturellen Weiterentwicklung des ÖGD hin zu einem maßgeblichen Akteur in der Bevölkerungsgesundheit und begleitet die Umsetzung der von den Paktparteien vereinbarten Maßnahmen. Bei seinen Empfehlungen berücksichtigt der Beirat das von der GMK verabschiedete ÖGD-Leitbild. Der Beirat Pakt ÖGD setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern relevanter Institutionen sowie Einzelsachverständigen zusammen und gliedert sich in insgesamt vier Arbeitsgruppen. Als ständige Gäste nehmen als Vertreter der GMK der Freistaat Bayern und das Land Hessen an den Beratungen teil.

AOLG-Arbeitsgemeinschaft Grundsatzfragen des ÖGD (AG ÖGD)

Die 91. GMK hat im Juni 2018 die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beauftragt, eine neue AG „Grundsatzfragen des ÖGD“ einzurichten. Diese soll sich in Umsetzung des Beschlusses der 89. GMK mit der Weiterentwicklung und Stabilisierung des ÖGD befassen. Zur fachlichen Begleitung des ÖGD-Paktes übermittelte die 46. AOLG der AG ÖGD im November 2020 den Auftrag, diesen Pakt über die gesamte Laufzeit fachlich zu begleiten und die zur Umsetzung und näheren Ausgestaltung erforderlichen Abstimmungen und Entscheidungen entlang der Gliederungspunkte des Paktes vorzubereiten.

Unter Vorsitz des Freistaates Bayern vom 01.01.2021 bis 31.12.2022 wurden insbesondere die Umsetzung des Förderprogrammes zur Digitalisierung des ÖGD, Fragen zum Personalaufbau und zur Stärkung der Attraktivität des ÖGD, neue berufliche Qualifizierungen, eine bessere Vernetzung von ÖGD mit Wissenschaft und universitärer Lehre, grundsätzliche Fragestellungen bzgl. der Finanzmittelzuweisung und -verteilung sowie die Durchführung einer gemeinsamen Imagekampagne erörtert. Die entsprechenden Beratungen fanden auf Fachebene sowohl zwischen den Ländern untereinander als auch zwischen Bund und Ländern statt. Außerdem hat dabei ein enger Austausch mit dem Beirat Pakt ÖGD stattgefunden. Weiterhin sind – neben dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) – als ständige Gäste in der AG ÖGD das Robert Koch-Institut (RKI), die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), die Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen (AÖGW) sowie der Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD (BVÖGD) vertreten.

Seit dem 01.01.2023 hat die Freie Hansestadt Bremen den Vorsitz der AG ÖGD.

Arbeitsgruppe Stärkung des ÖGD in Bayern (AG Stärkung ÖGD)

Auf Landesebene existiert in Bayern bereits seit November 2018 die AG Stärkung ÖGD, in der das StMGP und das StMI gemeinsam mit Vertretern und Vertreterinnen des Bayerischen Städte- und Landkreistags, der Sachgebiete Gesundheit der Regierungen, des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), der Gesundheitsämter und den beteiligten Berufsverbänden im ÖGD (Ärzteverband Öffentlicher

Gesundheitsdienst Bayern, Verband der Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen bayerischer Gesundheitsämter [VSPG], Berufsverband der Bayerischen Hygieneinspektoren [BBH] und Berufsverband der Fachkräfte der Sozialmedizin) über die zukunftsfähige Ausrichtung des ÖGD in Bayern diskutieren und für eine Stärkung des ÖGD in Bayern entsprechende fachliche Vorschläge erarbeiten.

Gutachten über die Organisation und den Personalbedarf für den ÖGD in Bayern (Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern)

In den vergangenen Jahren wurde der ÖGD mit umfangreichen Aufgabenmehrungen, insbesondere in den Bereichen Krankenhaushygiene, Heimhygiene/-aufsicht, Infektionsschutz, Prävention sowie der Trinkwasserüberwachung konfrontiert. Bisherige Annahmen für den Personalbedarf bedürfen daher der Aktualisierung.

Bereits im ersten Jahr der Coronapandemie hat das StMGP Planungen für eine Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern begonnen, welche einerseits eine Stärken-Schwächen-Analyse vor dem Hintergrund der Erfahrungen in der Pandemiebewältigung durchführen und gleichzeitig Empfehlungen für eine zukunftsfähige Weiterentwicklung des ÖGD in Bayern treffen soll.

Im Herbst 2022 wurde die Vergabe des Auftrags zur Durchführung der Organisationsuntersuchung des ÖGD eingeleitet und nach erfolgter Ausschreibung im Dezember 2022 ein versiertes Beratungsunternehmen beauftragt. Die Tätigkeit des Beratungsunternehmens wird von einer Arbeitsgruppe des StMGP eng begleitet. Der Abschlussbericht liegt noch nicht vor.

OZG-Leistung

Das Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz – OZG) regelt die Verpflichtung von Bund und Ländern, ihre Verwaltungsleistungen künftig auch elektronisch über Verwaltungsportale anzubieten. Der Begriff OZG-Leistung beschreibt dabei ein Leistungsbündel bestehend aus bis zu mehreren Hundert einzelnen Verwaltungsleistungen aus dem „Leistungskatalog der öffentlichen Verwaltung“ (LeiKa), die thematisch aus Nutzersicht zusammenhängen.

ÖGD-Handbuch

Innerhalb des Behördennetzes stellt das ÖGD-Handbuch die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden (Gesundheitsämter) und ihre gesetzlichen Grundlagen dar, gibt (Vollzugs-)Hinweise für die Aufgabenwahrnehmung und stellt weiterführende Arbeitshilfen und Materialien zur Verfügung. Damit soll u. a. die Bewältigung der zunehmend komplexen Aufgaben erleichtert werden. Ziel ist ein landesweit möglichst einheitlicher Vollzug. Das Handbuch ist interdisziplinär angelegt, Zielgruppen sind die in den Gesundheitsämtern tätigen verschiedenen Berufsgruppen. Technisch ist das Handbuch als intranetbasierte Datenbankversion realisiert.

Die zur Beantwortung der Frage 3.1.1 erstellte Aufgabentabelle (siehe Anhang) orientiert sich in ihrer Struktur und inhaltlich am Aufbau des bestehenden ÖGD-Handbuches und wurde der Fragestellung entsprechend angepasst.

IV. An der Beantwortung der Interpellation beteiligte Stellen

Das federführende StMGP hat für die Beantwortung nachstehende Ressorts beteiligt:

- Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration (StMI)

- Staatsministerium der Finanzen und für Heimat (StMFH)
- Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS)

Nachstehende Behörden und Institutionen haben eine fachbezogene Unterstützung geleistet:

- Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL)
- Regierung von Oberbayern
- Regierung von Niederbayern
- Regierung der Oberpfalz
- Regierung von Oberfranken
- Regierung von Mittelfranken
- Regierung von Unterfranken
- Regierung von Schwaben

Abkürzungsverzeichnis

ÄApprO	Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte
Abs.	Absatz
AIDS	Akquiriertes Immun-Defizienz-Syndrom
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGL	Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
AÖGW	Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen
AOLG	Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden
Art.	Artikel
BAS	Bayerische Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis
BayBesG	Bayerisches Besoldungsgesetz
BayBG	Bayerisches Beamtengesetz
BayFAG	Bayerisches Finanzausgleichsgesetz
BayHO	Bayerische Haushaltsordnung
BayLArztG	Bayerisches Land- und Amtsarztgesetz
BayLern	Online-Bildungsportal der bayerischen Behörden
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BaySIM	Bayerisches System für Infektionskettenmanagement
BBH	Berufsverband der Bayerischen Hygieneinspektoren
BesGr	Besoldungsgruppe
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
bspw.	Beispielsweise
BtMG	Betäubungsmittelgesetz
BV	Bayerische Verfassung

BVÖGD	Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
bzw.	beziehungsweise
CTT	Contact Tracing Teams
CSV-Format	Comma-separated values
DEMIS	Deutsches Elektronisches Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz
d. h.	das heißt
DMS	Dokumentenmanagementsystem
ELFA	Ein-Land-Für-Alle
Epl.	Einzelplan
etc.	et cetera
e. V.	Eingetragener Verein
EW	Einwohnerwert
FachV-Hyg-kontrD	Verordnung über den fachlichen Schwerpunkt Hygienekontrolldienst in der Fachlaufbahn Gesundheit
FAU	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
FdS	Fachkraft/Fachkräfte der Sozialmedizin
FH	Fachhochschule
FQA	Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht
GBE	Gesundheitsberichterstattung
GDG	Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz)
GDVG	Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz)
GESiK	Gesundheits- und Entwicklungsscreening im Kindergartenalter
GG	Grundgesetz
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
GO	Gemeindeordnung
GP	Geschäftsplan
GSR	Gesundheitsreferat
GVBl.	Gesetzes- und Verwaltungsblatt
GVVG	Gesetz über den gesundheitlichen Verbraucherschutz und das Veterinärwesen
HAM	Health Administration and Management
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus

HPV	Humane Papillomviren
IfSG	Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz)
IT	Informationstechnik
IT-DLZ	IT-Dienstleistungszentrum
JMU	Julius-Maximilians-Universität Würzburg
JVA	Justizvollzugsanstalt
k. A.	keine Angabe
Kap.	Kapitel
KGC	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Bayern (ehemals Regionaler Knoten Bayern)
kw	künftig wegfallend
LAGI	Landesarbeitsgemeinschaft Impfen
LeiKa	Leistungskatalog der öffentlichen Verwaltung
LibG	Leistungslaufbahngesetz
LGL	Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
Lkr.	Landkreis
LKrO	Landkreisordnung
LMU	Ludwig-Maximilians-Universität München
LZG	Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.
Mio.	Millionen
M. Sc.	Master of Science
Mrd.	Milliarden
NCD	Noncommunicable Diseases
o. g.	oben genannt
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGD-Handbuch	Handbuch des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern
ÖGD-Leitbild	Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst
ÖGD-Pakt	Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
ÖGW	Öffentliches Gesundheitswesen
ORH	Oberster Rechnungshof
OZG	Gesetz zur Verbesserung des Onlinezugangs zu Verwaltungsleistungen (Onlinezugangsgesetz)
PfleWoqG	Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz)
PJ	Praktisches Jahr
POR	Personal- und Organisationsreferat

ProstSchG	Gesetz zum Schutz von in der Prostitution tätigen Personen (Prostituiertenschutzgesetz)
PSAG	Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften
PSBen	Psychosoziale Suchtberatungsstelle
QE	Qualifikationsebene
QPK	Qualitätsentwicklung, Planung und Koordination
rd.	rund
ReDiGe	Reifegradmodell für die Umsetzung des Förderprogrammes Digitalisierung im Rahmen des Pakts für den ÖGD
RKI	Robert Koch-Institut
SEU	Schuleingangsuntersuchung
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SHAPTH	Schnittstellenharmonisierung und Austauschplattform Trinkwasserhygiene
SORMAS	Surveillance, Outbreak Response Management and Analysis System
STD	Sexually Transmitted Diseases
StMAS	Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales
StMFH	Staatsministerium der Finanzen und für Heimat
StMGP	Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
StMI	Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
StMUV	Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz
StMWK	Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst
TdL	Tarifgemeinschaft der Länder
TFI	Task-Force Infektiologie
TI	Telematikinfrastruktur
TOP	Tagesordnungspunkt
TrinkwV	Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Trinkwasserverordnung)
TUM	Technische Universität München
TV-Ä	Tarifvertrag für Ärztinnen und Ärzte
TV-L	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst der Länder
TvöD	Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliches
UR	Universität Regensburg
usw.	und so weiter
v. a.	vor allem

vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
VSPG	Verband der Sozialpädagoginnen/Sozialpädagogen bayerischer Gesundheitsämter e. V.
VV	Verwaltungsvorschrift
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WBO-ÖGW	Weiterbildungsordnung für Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“
WWW	World Wide Web
z. B.	zum Beispiel
ZPG	Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung
z. T.	zum Teil
ZustV	Zuständigkeitsverordnung
ZustVAMÜB	Arzneimittelüberwachungszuständigkeitsverordnung

1. Ausstattung der Gesundheitsämter in Bayern

1.1 Personalausstattung

1.1.1 Wie viele Ärztinnen und Ärzte sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Vorbemerkung:

Die Beantwortung hinsichtlich der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte bezieht sich auf den Stand zum 01.01.2023. Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 aufgeführt sind.

Die Personalbewirtschaftung liegt bei den sieben Regierungen, die je nach dem Bedarf der einzelnen Gesundheitsämter und regionalen und funktionalen Besonderheiten selbst entscheiden, an welchem Gesundheitsamt im Regierungsbezirk die Stellen auszubringen sind.

Tabelle 1: Übersicht über die zur Verfügung gestellten ärztlichen Planstellen (VZÄ) an staatlichen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern					
Altötting	3,1	3,1	4	4,5	4,75
Bad Tölz	3,55	3,55	4,5	5	5,25

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Berchtesgadener Land	3,5	3,25	4	4,25	4,5
Dachau	4	4	5	5,75	6,25
Ebersberg	4	5	4,75	5,25	5,75
Eichstätt	3,5	3,5	4,5	5	5
Erding	3,8	3,8	4,75	5,25	6
Freising	5	5	5,75	6,25	6,75
Fürstenfeldbruck	6,1	6,1	6,5	7,25	7,75
Garmisch-Partenkirchen	2,5	2,5	3,5	3,75	4,25
Landsberg a. Lech	3,3	4,3	4,25	4,75	5
Miesbach	3	3	3,75	4,25	4,5
Mühldorf a. Inn	3,25	3,25	4,25	4,5	4,75
München (Lkr.)	8,85	8,85	9,25	11	11,75
Neuburg-Schrobenhausen	2,7	2,7	3,75	4	4,25
Pfaffenhofen a.d. Ilm	3,5	3,5	4,5	5	5,25
Rosenheim	8	8	9	10,5	11
Starnberg	3,55	3,5	4,5	5,25	5,5
Traunstein	5	5	5,5	6,25	6,75
Weilheim-Schongau	3,8	3,8	4,5	5,25	5,5
Niederbayern					
Deggendorf	5	5	4,25	4,75	5
Dingolfing-Landau	2,5	2,5	3,75	4	4,5
Freyung-Grafenau	3	3	3,25	3,5	3,75
Kelheim	2,5	2,5	4,25	4,75	5
Landshut	6	6	7	7,75	8,5
Passau	6	6	7	8	8,75
Regen	3	3	3,25	3,5	3,75
Rottal-Inn	3	3	4,25	4,75	5
Straubing-Bogen	4	4	5	5,5	6
Oberpfalz					
Amberg-Weizsach	4,3	4,3	4,75	5,25	5,75
Cham	3,3	3,3	4,5	5	5,25
Neumarkt i.d. OPf.	3,7	3,7	4,5	5	5,5
Neustadt a.d. Waldnaab	4	4	4,5	5,25	5,5
Regensburg	9,6	9,6	9	11	11,75
Schwandorf	4,25	4,25	5	5,5	6
Tirschenreuth	2,2	2,2	3,25	3,5	3,5
Oberfranken					
Bamberg	8	8	6,75	7,5	8
Bayreuth	4,75	4,75	5,5	6,25	6,5
Coburg	3,25	3,25	4,5	5	5,25
Forchheim	3	3	4,25	4,5	5
Hof	4	4	4,75	5,25	5,5
Kronach	2	2	3	4,25	4,5
Kulmbach	2	2	3	3,5	3,5
Lichtenfels	2	2	3	3,25	3,5

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	2	2	3,25	4,5	4,5
Mittelfranken					
Ansbach	7	7	6,75	7,5	8,25
Erlangen-Höchststadt	6,5	6,5	7,25	8,25	9
Fürth	7	7	7,25	8	8,75
Neustadt a. d. Aisch	2,5	2,5	3,75	4,25	4,5
Nürnberger Land	5	5	5,5	6	6,5
Roth	5	4,75	5,25	6	6,5
Weißenburg-Gunzenhausen	2	2,25	3,5	4	4,25
Unterfranken					
Aschaffenburg	5,9	6,25	7	8	8,75
Bad Kissingen	3	3	3,75	4,25	4,5
Haßberge	2	2	3,5	3,75	4
Kitzingen	2,4	2,4	3,5	4	4,25
Main-Spessart	3,5	3,25	4,5	5	5,25
Miltenberg	3	3,25	4,5	4,75	5,25
Rhön-Grabfeld	2,5	2,6	3,25	3,5	3,75
Schweinfurt	6	5,8	5,5	6	6,5
Würzburg	8,2	8,4	8,25	9,25	10
Schwaben					
Aichach-Friedberg	3,5	3,5	4,5	5	5,5
Augsburg (Lkr.)	6	6	7,5	8,25	9
Dillingen a. d. Donau	2,5	2,5	3,75	4	4,25
Donau-Ries	5	5	4,5	5	5,5
Günzburg	3,5	4,5	4,5	5	5,25
Lindau	2,5	2,5	3,25	3,75	4
Neu-Ulm	4,5	4,5	5,5	6,25	6,75
Oberallgäu	7	7	6,75	7,50	8
Ostallgäu	5	5	5,75	6,5	7
Unterallgäu	4,5	4,5	5	5,5	5,75

b. Kommunale Gesundheitsämter

Die Zahlen der zur Verfügung gestellten Planstellen werden in VZÄ pro 10 000 Einwohner angegeben.

Tabelle 2: Übersicht über beschäftigte Ärztinnen und Ärzte an kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner (2014–2023)

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,29	0,25	0,27	0,29	0,26	0,33	0,3	0,28	0,28	0,23
Ingolstadt	0,33	0,36	0,28	0,3	0,12	0,19	0,22	0,33	0,29	0,28
Memmingen	0,38	0,38	0,63	0,55	0,58	0,4	0,43	0,28	0,28	0,18
München	0,44	0,44	0,49	0,57	0,57	0,6	0,56	0,61	0,58	0,65
Nürnberg	0,42	0,41	0,45	0,51	0,48	0,45	0,44	0,54	0,57	0,39

1.1.2 Wie viele Stellen für Ärztinnen und Ärzte sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

Hinweis: Frage 1.1.2 wird so ausgelegt, dass unter der Fragestellung auch die staatlichen Gesundheitsämter verstanden und dementsprechend in die Beantwortung mit aufgenommen werden. Zu beachten ist bei Betrachtung zum Stand 01.01.2023, dass es im Zeitverlauf unterjährig zu weiteren Besetzungen von ausgebrachten Planstellen kommt. Soweit es im Verlauf von 2020 bis 2023 zu einer Zunahme unbesetzter Stellen kommt, liegt dies in der Aufgabenmehrung durch die Pandemie begründet, die zu einer Ausbringung zusätzlicher ärztlicher Stellen insbesondere über den ÖGD-Pakt führte, welche dann sukzessiv besetzt werden.

Das StMGP ist mit den jeweiligen Regierungen im ständigen Austausch und Bestreben, die vakanten Planstellen baldmöglichst zu besetzen. Aufgrund dessen werden entsprechend zahlreiche interne sowie externe Stellenbesetzungsverfahren laufend durchgeführt.

a. Staatliche Gesundheitsämter

Tabelle 3: Übersicht über unbesetzte ärztliche Stellen an den staatlichen Gesundheitsämtern (2019–2023)

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern					
Altötting	0	0	0,1	0,6	0,55
Bad Tölz-Wolfratshausen	0	0,75	0,65	0	0,2
Berchtesgadener Land	0	0,25	0	0	0
Dachau	0	0	0	0,05	0,05
Ebersberg	0	0,55	0,3	0	0,5
Eichstätt	1,4	1,4	2,4	1	0
Erding	0,25	2,1	1,4	0,75	0,5
Freising	0,65	1,8	1	1,4	0,8
Fürstenfeldbruck	1,425	1,425	1,25	0,8	1,8
Garmisch-Partenkirchen	0,15	0,7	0,8	0,05	0,55
Landsberg a. Lech	0,3	0,3	0,75	0,55	0,8
Miesbach	1,25	0,75	0,05	1,45	0
Mühldorf a. Inn	0	0	0	0	0
München (Lkr.)	0	0	0	1,35	0,65
Neuburg-Schrobenhausen	1	1	0,5	0,7	0,5
Pfaffenhofen a. d. Ilm	0,3	0,3	1	1,6	1,25
Rosenheim	0,1	0,1	0	0,85	0,25
Starnberg	0	0	0	0	0
Traunstein	0,8	0,8	0,2	0	0,15
Weilheim-Schongau	0	0	0,7	1,1	1,75
Niederbayern					
Deggendorf	1,775	1,775	1,025	0	0
Dingolfing-Landau	0	0,1	0,75	0	0,4

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Freyung-Grafenau	1,55	1,55	1,05	1,8	1,05
Kelheim	0	0	0,25	2,05	1,6
Landshut	0,85	0,85	2,5	0,6	0,45
Passau	0	0	0,25	2,3	2,7
Regen	1	1	0,75	1	1,25
Rottal-Inn	0,3	0,3	1,3	0,3	0,30
Straubing-Bogen	0,424	0,424	1,85	1,89	1
Oberpfalz					
Amberg-Weizsach	0,77	0,77	1,07	0,34	0,46
Cham	0	0	0	0	0,25
Neumarkt i. d. OPf.	0,04	0,84	0,84	0	0
Neustadt a. d. Waldnaab	0	0	0	0	0
Regensburg	0,96	0,96	0	0,9	1,37
Schwandorf	0	0	0,7	1,4	0,75
Tirschenreuth	0	0	0,25	0,3	0,25
Oberfranken					
Bamberg	0	0,1	0,25	0	1,1
Bayreuth	0	0	0,35	0	0
Coburg	0	0	0,3	0,5	0,01
Forchheim	0	0	0,25	0	0,5
Hof	0,5	0,5	0	0,75	0
Kronach	0	0	1	2,35	2,5
Kulmbach	0	0	1	1,5	1,65
Lichtenfels	0,5	0,5	0	0,15	0,5
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	0	0	1,25	2,6	2,6
Mittelfranken					
Ansbach	1,7	1,2	0	1,5	2,25
Erlangen-Höchststadt	0	0	0	0	0
Fürth	0	0	0	0	0,95
Neustadt a. d. Aisch	0	1	1,1	2	1,25
Nürnberg Land	0	0	0,5	0	0,50
Roth	0	0,15	1,6	0,45	0,95
Weißenburg-Gunzenhausen	0,45	0,45	1,7	1,525	1,38
Unterfranken					
Aschaffenburg	0,4	0,4	0,45	1,9	1,35
Bad Kissingen	0	1	0,75	0	0,6
Haßberge	0	0	0,7	1,5	1,25
Kitzingen	0,1	0,1	0,5	0	1,3
Main-Spessart	0,85	0	0	0,35	1
Miltenberg	0,75	0,65	0	0	0,85
Rhön-Grabfeld	0,75	0,75	0,95	1	0,2
Schweinfurt	0,75	0,113	0,4	2	1,7
Würzburg	0,25	0,375	1,45	3,1	0,7
Schwaben					
Aichach-Friedberg	0	0	1,9	2,6	2,75

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg (Lkr.)	1,7	1,2	2,05	0,65	0,6
Dillingen a. d. Donau	0,5	0,5	2	1,75	1,75
Donau-Ries	1,75	2,5	1,2	1,55	1,8
Günzburg	0,2	0,9	0,9	0,6	0,85
Lindau	0,35	0,35	2,15	3,25	3,15
Neu-Ulm	0	0	0	0,95	0,2
Oberallgäu	3	3,8	2,25	2,3	1,8
Ostallgäu	1,85	1	1,8	0,95	0,67
Unterallgäu	0	0	0	3,05	1,7

b. Kommunale Gesundheitsämter

Die Zahlen der zur Verfügung gestellten Planstellen werden in VZÄ pro 10 000 Einwohner angegeben, um eine Vergleichbarkeit zu der Beantwortung der Frage 1.1.1.b zu gewährleisten.

Tabelle 4: Übersicht über unbesetzte ärztliche Stellen an kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner (2014–2023)

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,07	0,11	0,07	0,03	0,07	0	0,03	0,03	0,03	0,1
Ingolstadt	0	0,02	0,09	0,07	0,18	0,17	0,15	0,11	0,15	0,14
Memmingen	0	0	0	0,08	0,05	0	0,13	0,48	0,48	0,58
München	0,1	0,09	0,06	0,11	0,08	0,06	0,04	0,04	0,08	0,06
Nürnberg	0,02	0,07	0,16	0,1	0,08	0,05	0,05	0,08	0,06	0,03

1.1.3 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte mit einer Qualifikation als Fachärztin bzw. Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen sowie mit einer anderen fachärztlichen Qualifikation und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Eine Erhebung hinsichtlich Fachärztinnen und Fachärzten für das Öffentliche Gesundheitswesen (ÖGW) durchgehend für die letzten zehn Jahre ist nicht möglich. Daten hierzu liegen nur für die Jahre 2022, 2021 und 2017 vor, die nachstehend in VZÄ dargestellt werden. Darüber hinaus arbeitet eine Vielzahl von Fachärztinnen und -ärzten verschiedenster Fachrichtungen in den Gesundheitsämtern. Die Daten hierzu werden im Personalverwaltungsprogramm nicht explizit erfasst. Deshalb ist eine systematische Auswertung nicht möglich.

Bei den Freistellungen handelt es sich in der Regel um solche aus familienpolitischen Gründen.

Tabelle 5: Übersicht der Ärztinnen und Ärzte (VZÄ) mit fachärztlicher Qualifikation im Gebiet des ÖGW an staatlichen Gesundheitsämtern

	VZÄ in den Jahren					
	2017	2021	2022		2023	
Gesundheitsamt	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Bemerkungen	Anzahl	Bemerkungen
Oberbayern						
Altötting	2	3	3	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	3,7	
Bad Tölz	2,55	1,8	2,9	+ 1 in Ausbildung	2,9	+ 2 in Ausbildung
Berchtesgadener Land	2	2,5	1,5	+ 1 freigestellt	1,7	+ 1 freigestellt
Dachau	2	3,7	2,7	+ 1,6 in Ausbildung	3,3	+ 2 in Ausbildung
Ebersberg	2,7	2,55	3,35	+ 1 in Ausbildung	2,95	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt
Eichstätt	0,7	0	2		2	
Erding	1,7	0,85	2	+ 1 in Ausbildung	2	+ 2 in Ausbildung
Freising	1,6	2,45	0,6	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	1,6	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt
Fürstenfeldbruck	2,98	1,6	1,6	+ 2 in Ausbildung	1,6	+ 2 in Ausbildung
Garmisch-Partenkirchen	2,35	2	2		2	+ 1 in Ausbildung
Landsberg a. Lech	1	3	1	+ 1 in Ausbildung	1,3	+ 1 in Ausbildung
Miesbach	1,5	0	0	+ 1 in Ausbildung	1	+ 1 in Ausbildung
Mühldorf a. Inn	1,6	1,6	1		1	+ 1 in Ausbildung
München (Lkr.)	6,3	6,8	6,15		6	
Neuburg-Schrobenhausen	2	1,95	2		1,95	+ 1 in Ausbildung
Pfaffenhofen a.d. Ilm	2,7	3,2	3	+ 1 in Ausbildung	3	+ 1 in Ausbildung
Rosenheim	5,1	5,8	4,3	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	4,85	+ 3 in Ausbildung
Starnberg	1,5	2	1,5		1,5	+ 1 in Ausbildung
Traunstein	2,4	3,2	2,3	+ 1 in Ausbildung	2,3	+ 2 in Ausbildung
Weilheim-Schongau	2,6	1,7	1		1	+ 2 in Ausbildung
Niederbayern						
Deggendorf	2,5	3,2	0,6	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	1,6	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt
Dingolfing-Landau	1	1	0,8	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	1,5	+ 2 in Ausbildung
Freyung-Grafenau	1,6	1	0,5	+ 1 in Ausbildung	1,5	
Kelheim	1,63	2,63	1	+ 1 in Ausbildung	1	+ 2 in Ausbildung
Landshut	4,15	4,15	5		4	+ 1 in Ausbildung
Passau	4,8	2,8	2,8	+ 2 in Ausbildung	3,5	+ 1 freigestellt
Regen	2	1	1	+ 1 in Ausbildung	1	+ 1 in Ausbildung
Rottal-Inn	2	2	1	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	1	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt
Straubing-Bogen	4	2,75	2,75	+ 1 in Ausbildung	2	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt

	VZÄ in den Jahren					
	2017	2021	2022		2023	
Gesundheitsamt	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Bemerkungen	Anzahl	Bemerkungen
Oberpfalz						
Amberg-Weizsach	2,38	2,93	2,58		2,71	+ 1 in Ausbildung
Cham	2,6	2,6	2,6		3	+ 1 in Ausbildung
Neumarkt i. d. OPf.	2,66	2,66	3	+ 2 in Ausbildung	3	+ 2 in Ausbildung
Neustadt a. d. Waldnaab	3	2	3	+ 1 in Ausbildung	3,5	
Regensburg	6,5	5,25	5,05	+ 2 in Ausbildung	5,2	+ 3 in Ausbildung
Schwandorf	1,03	3,55	2,6		2,75	+ 1 in Ausbildung
Tirschenreuth	2	2	2		2	
Oberfranken						
Bamberg	3,25	1,6	1,6	+ 2 in Ausbildung	2,1	+ 2 in Ausbildung
Bayreuth	3,8	3,8	1,8	+ 1 in Ausbildung	1	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt
Coburg	2,25	3,05	3		3,5	
Forchheim	2,5	3	2,5	+ 1 in Ausbildung	1,5	+ 3 in Ausbildung
Hof	3,5	2,8	3	+ 2 in Ausbildung	4	+ 1 in Ausbildung
Kronach	2	2	1		1	+ 1 in Ausbildung
Kulmbach	2	2	1		1	
Lichtenfels	1	1	1	+ 2 in Ausbildung	1,5	+ 1 in Ausbildung
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	1	2	1		1	+ 1 in Ausbildung
Mittelfranken						
Ansbach	3,3	2,7	2,53	+ 1 freigestellt	2,7	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt
Erlangen-Höchststadt	3	4	4,5	+ 2 in Ausbildung	4,75	+ 3 in Ausbildung
Fürth	1,7	1,75	3	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	3,6	+ 2 in Ausbildung
Neustadt a. d. Aisch	2	1,5	1,5	+ 1 in Ausbildung	2,25	
Nürnberger Land	4	5	4	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	4,35	+ 2 in Ausbildung + 1 freigestellt
Roth	3	2,6	1,75	+ 1 in Ausbildung	1,75	+ 2 in Ausbildung
Weißenburg-Gunzenhausen	1	1	0	+ 1 in Ausbildung	1,	+ 1 in Ausbildung
Unterfranken						
Aschaffenburg	4,1	3,75	3	+ 1 in Ausbildung	3	+ 1 in Ausbildung
Bad Kissingen	2	2	2		2	
Haßberge	2	2	1	+ 1 in Ausbildung	0	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt
Kitzingen	1	1	1,6	+ 1 in Ausbildung	2,4	
Main-Spessart	1,8	1,6	1,75		2	+ 1 in Ausbildung
Miltenberg	2	1	0	+ 1 in Ausbildung	1	
Rhön-Grabfeld	1,8	1,6	1	+ 1 in Ausbildung + 1 in Ausbildung ab 01.01.2023	2	+ 1 in Ausbildung

	VZÄ in den Jahren					
	2017	2021	2022		2023	
Gesundheitsamt	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Bemerkungen	Anzahl	Bemerkungen
Schweinfurt	2,6	2	1,5	+ 1 in Ausbildung	1,5	+ 1 in Ausbildung
Würzburg	3,95	4,85	4,15	+ 1 in Ausbildung + 1 freigestellt	4,65	+ 3 in Ausbildung
Schwaben						
Aichach-Friedberg	1,3	2	0	+ 2 in Ausbildung	0,75	+ 2 in Ausbildung
Augsburg (Lkr.)	1,3	2	0	+ 2 in Ausbildung	3,15	+ 1 in Ausbildung
Dillingen a. d. Donau	1,9	1,5	1,25		1,5	
Donau-Ries	2	1	0,8	+ 1 in Ausbildung	1,3	+ 1 in Ausbildung
Günzburg	2	2	1,8	+ 1 in Ausbildung	1,8	+ 1 in Ausbildung
Lindau	1,8	1	0,35		0,35	+ 1 in Ausbildung
Neu-Ulm	3	3	1	+ 1 in Ausbildung	1	+ 2 in Ausbildung
Oberallgäu	3,35	3,7	2,45	+ 3 in Ausbildung	3,3	+ 3 in Ausbildung
Ostallgäu	1,9	1,5	1,7	+ 3 in Ausbildung	2,5	+ 2 in Ausbildung
Unterallgäu	0,3	2	2,05	+ 1 in Ausbildung	2,55	

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 6: Übersicht über Ärztinnen und Ärzte mit fachärztlicher Qualifikation im Gebiet des ÖGW an den kommunalen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,19	0,22	0,24	0,24	0,29	0,23	0,24	0,25	0,21	0,21
Ingolstadt	0,2	0,2	0,2	0,12	0,24	0,19	0,26	0,22	0,15	0,14
Memmingen	1,5	1,5	2,5	2,2	2,3	1,6	1,7	1,1	1,1	0,7
München	0,37	0,28	0,33	0,41	0,44	0,46	0,48	0,47	0,43	0,48
Nürnberg	0,25	0,28	0,31	0,33	0,32	0,28	0,31	0,36	0,35	0,34

1.1.4 Wie viele Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 aufgeführt sind.

Tabelle 7: Übersicht zu den beschäftigten Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleuren an den staatlichen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberbayern					
Altötting	0,22	0,22	0,36	0,36	0,35
Bad Tölz	0,20	0,20	0,23	0,31	0,23
Berchtesgadener Land	0,24	0,24	0,28	0,38	0,28
Dachau	0,16	0,16	0,19	0,26	0,25
Ebersberg	0,18	0,17	0,21	0,28	0,27
Eichstätt	0,19	0,19	0,23	0,30	0,30
Erding	0,25	0,25	0,29	0,29	0,28
Freising	0,17	0,17	0,22	0,22	0,27
Fürstenfeldbruck	0,16	0,16	0,23	0,27	0,32
Garmisch-Parten- kirchen	0,34	0,34	0,34	0,45	0,45
Landsberg a. Lech	0,21	0,21	0,25	0,25	0,24
Miesbach	0,22	0,22	0,30	0,40	0,39
Mühldorf a. Inn	0,30	0,30	0,34	0,34	0,33
München (Lkr.)	0,14	0,14	0,17	0,23	0,25
Neuburg-Schroben- hausen	0,21	0,21	0,20	0,30	0,30
Pfaffenhofen a. d. Ilm	0,20	0,19	0,31	0,31	0,30
Rosenheim	0,15	0,15	0,18	0,21	0,24
Starnberg	0,18	0,18	0,22	0,22	0,29
Traunstein	0,25	0,25	0,28	0,34	0,33
Weilheim	0,18	0,18	0,29	0,29	0,29
Niederbayern					
Deggendorf	0,21	0,21	0,21	0,29	0,33
Dingolfing	0,2	0,2	0,2	0,2	0,31
Freyung-Grafenau	0,25	0,25	0,25	0,25	0,38
Kelheim	0,16	0,16	0,16	0,24	0,24
Landshut	0,17	0,17	0,21	0,25	0,25
Passau	0,24	0,24	0,28	0,28	0,3
Regen	0,39	0,39	0,39	0,39	0,39
Rottal-Inn	0,16	0,16	0,25	0,25	0,33
Straubing-Bogen	0,2	0,2	0,27	0,27	0,27
Oberpfalz					
Amberg-Weizsach	0,18	0,18	0,18	0,29	0,25
Cham	0,17	0,15	0,16	0,3	0,37
Neumarkt i. d. OPf.	0,19	0,19	0,24	0,22	0,2
Neustadt a. d. Wald- naab	0,24	0,2	0,28	0,17	0,19
Regensburg	0,16	0,16	0,16	0,16	0,21
Schwandorf	0,14	0,2	0,2	0,23	0,25
Tirschenreuth	0,28	0,21	0,21	0,32	0,28

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberfranken					
Bamberg	0,19	0,2	0,27	0,27	0,24
Bayreuth	0,18	0,17	0,23	0,28	0,27
Coburg	0,2	0,2	0,24	0,31	0,31
Forchheim	0,17	0,17	0,26	0,34	0,25
Hof	0,21	0,21	0,29	0,29	0,28
Kronach	0,3	0,3	0,45	0,45	0,3
Kulmbach	0,28	0,28	0,42	0,42	0,42
Lichtenfels	0,30	0,3	0,45	0,45	0,45
Wunsiedel i. Fichtel- gebirge	0,27	0,28	0,42	0,42	0,42
Mittelfranken					
Ansbach	0,21	0,22	0,19	0,3	0,3
Erlangen-Höchstadt	0,2	0,2	0,2	0,24	0,28
Fürth	0,15	0,19	0,19	0,24	0,24
Neustadt a. d. Aisch	0,2	0,2	0,2	0,27	0,27
Nürnberg Land	0,17	0,17	0,17	0,23	0,29
Roth	0,17	0,17	0,17	0,18	0,23
Weißenburg-Gunzen- hausen	0,17	0,27	0,27	0,32	0,36
Unterfranken					
Aschaffenburg	0,2	0,2	0,24	0,28	0,28
Bad Kissingen	0,24	0,24	0,24	0,29	0,29
Bad Neustadt a. d. Saale	0,25	0,25	0,25	0,25	0,37
Haßberge	0,24	0,24	0,24	0,24	0,35
Kitzingen	0,21	0,21	0,21	0,32	0,32
Main-Spessart	0,16	0,16	0,31	0,31	0,31
Miltenberg	0,19	0,19	0,27	0,27	0,27
Schweinfurt	0,17	0,17	0,23	0,23	0,29
Würzburg	0,17	0,17	0,24	0,27	0,27
Schwaben					
Aichach-Friedberg	0,15	0,15	0,22	0,3	0,29
Augsburg (Lkr.)	0,2	0,2	0,23	0,23	0,27
Dillingen a. d. Donau	0,21	0,21	0,31	0,31	0,3
Donau-Ries	0,22	0,22	0,22	0,3	0,29
Günzburg	0,24	0,24	0,24	0,23	0,31
Lindau	0,37	0,37	0,37	0,36	0,36
Neu-Ulm	0,17	0,17	0,23	0,28	0,28
Oberallgäu	0,22	0,22	0,27	0,27	0,31
Ostallgäu	0,22	0,22	0,27	0,27	0,26
Unterallgäu	0,21	0,21	0,27	0,27	0,27

b. Kommunale Gesundheitsämter**Tabelle 8: Übersicht zu den beschäftigten Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleuren an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner**

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,13	0,13	0,13	0,13	0,16	0,16	0,16	0,16	0,23	0,25
Ingolstadt	0,23	0,15	0,15	0,19	0,18	0,22	0,22	0,29	0,36	0,28
Memmingen	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	0,5
München	0,07	0,09	0,12	0,13	0,16	0,14	0,17	0,17	0,18	0,18
Nürnberg	0,05	0,06	0,08	0,06	0,06	0,08	0,08	0,08	0,2	0,23

1.1.5 Wie viele Stellen für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

Dem StMI liegen keine Zahlen zu den angefragten Beschäftigten aufgegliedert nach den Gesundheitsämtern vor, sodass die Zahlen pro Regierung im Folgenden dargestellt werden.

a. Staatliche Gesundheitsämter**Tabelle 9: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure an den staatlichen Gesundheitsämtern jeweils zum 01.01.**

Regierung	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern	5,15	2,85	18,05	13,8	10,45
Niederbayern	1,1	0	1,8	1,8	2,2
Oberpfalz	2,07	3,32	5,97	6,27	8,12
Oberfranken	2,25	4,60	0,25	2,00	1,00
Mittelfranken	0,9	1,0	0,35	0,25	0
Unterfranken	0,6	2,05	2,57	8,02	-0,9
Schwaben	5,90	1,95	6,72	9,70	8,00

b. Kommunale Gesundheitsämter**Tabelle 10: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner (in VZÄ)**

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Ingolstadt	0	0	0,04	0	0	0	0	0	0	0
Memmingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
München	0	0	0,01	0,02	0,02	0,01	0,03	0,03	0,03	0,03
Nürnberg	0	0,02	0	0	0,02	0	0	0,15	0,03	0,02

1.1.6 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure mit einer einschlägigen dreijährigen Aus- oder Weiterbildung, z. B. als Hygienefachkraft oder Hygienekontrolleurin bzw. -kontrolleur, und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Sämtliche zur Ausbildung im fachlichen Schwerpunkt Hygienekontrolldienst neu eingestellten Beschäftigten absolvieren die in der Regel zweijährige Ausbildung und werden nach dem Vorliegen der in § 1 Abs. 1 der Verordnung über den fachlichen Schwerpunkt Hygienekontrolldienst in der Fachlaufbahn Gesundheit (FachV-HygkontrD) genannten Voraussetzungen in das Beamtenverhältnis übernommen.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 11: Übersicht über die in den kommunalen Gesundheitsämtern tätigen Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure mit einer einschlägigen Aus- oder Weiterbildung

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,13	0,13	0,13	0,13	0,16	0,16	0,16	0,16	0,23	0,25
Ingolstadt	0,23	0,23	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,29	0,21
Memmingen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
München	0,07	0,09	0,12	0,13	0,16	0,14	0,17	0,17	0,18	0,18
Nürnberg	0,01	0,01	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,09

1.1.7 Wie viele Fachkräfte für Sozialmedizin sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 aufgeführt sind.

Bei kleineren Gesundheitsämtern kann im konkreten Einzelfall auch eine Bemessung unter zwei Fachkräften der Sozialmedizin (FdS) zugelassen werden.

Tabelle 12: Übersicht zu den beschäftigten FdS an den staatlichen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberbayern					
Altötting	0,18	0,13	0,13	0,25	0,33
Bad Tölz	0,16	0,16	0,23	0,28	0,27
Berchtesgadener Land	0,19	0,19	0,19	0,20	0,29

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Dachau	0,23	0,23	0,23	0,26	0,29
Ebersberg	0,16	0,12	0,12	0,19	0,24
Eichstätt	0,19	0,19	0,19	0,22	0,30
Erding	0,18	0,18	0,22	0,26	0,25
Freising	0,17	0,17	0,22	0,28	0,24
Fürstenfeldbruck	0,16	0,16	0,25	0,25	0,25
Garmisch-Partenkirchen	0,17	0,17	0,17	0,28	0,20
Landsberg a. Lech	0,12	0,12	0,21	0,29	0,28
Miesbach	0,20	0,20	0,25	0,25	0,35
Mühldorf a. Inn	0,22	0,22	0,21	0,30	0,29
München (Lkr.)	0,16	0,20	0,21	0,24	0,28
Neuburg-Schrobenhausen	0,26	0,26	0,26	0,25	0,25
Pfaffenhofen a. d. Ilm	0,16	0,16	0,23	0,23	0,30
Rosenheim	0,21	0,21	0,23	0,26	0,29
Starnberg	0,13	0,13	0,20	0,20	0,27
Traunstein	0,18	0,18	0,20	0,21	0,29
Weilheim	0,22	0,22	0,33	0,37	0,36
Niederbayern					
Deggendorf	0,19	0,19	0,21	0,34	0,25
Dingolfing	0,17	0,17	0,16	0,32	0,31
Freyung-Grafenau	0,26	0,26	0,35	0,47	0,47
Kelheim	0,1	0,1	0,21	0,17	0,25
Landshut	0,16	0,18	0,15	0,26	0,24
Passau	0,14	0,19	0,23	0,25	0,27
Regen	0,19	0,19	0,19	0,26	0,38
Rottal-Inn	0,25	0,25	0,17	0,29	0,29
Straubing-Bogen	0,18	0,17	0,17	0,3	0,3
Oberpfalz					
Amberg-Weizsbach	0,18	0,1	0,2	0,23	0,29
Cham	0,21	0,21	0,24	0,24	0,19
Neumarkt i. d. OPf.	0,19	0,19	0,18	0,26	0,33
Neustadt a. d. Waldnaab	0,18	0,18	0,27	0,29	0,32
Regensburg	0,18	0,18	0,21	0,24	0,26
Schwandorf	0,19	0,19	0,19	0,19	0,21
Tirschenreuth	0,3	0,33	0,49	0,49	0,42
Oberfranken					
Bamberg	0,19	0,19	0,24	0,25	0,21
Bayreuth	0,22	0,22	0,26	0,3	0,25
Coburg	0,21	0,21	0,27	0,3	0,24
Forchheim	0,2	0,22	0,27	0,29	0,27
Hof	0,18	0,16	0,22	0,22	0,33
Kronach	0,22	0,22	0,2	0,2	0,23
Kulmbach	0,2	0,2	0,21	0,42	0,42

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Lichtenfels	0,37	0,37	0,37	0,37	0,37
Wunsiedel i. Fichtel- gebirge	0,2	0,2	0,21	0,35	0,35
Mittelfranken					
Ansbach	0,16	0,2	0,24	0,21	0,26
Erlangen-Höchststadt	0,18	0,18	0,17	0,18	0,16
Fürth	0,1	0,11	0,14	0,13	0,28
Neustadt a. d. Aisch	0,19	0,23	0,32	0,32	0,38
Nürnberger Land	0,17	0,19	0,23	0,26	0,27
Roth	0,15	0,15	0,15	0,2	0,26
Weißenburg-Gunzen- hausen	0,14	0,2	0,22	0,28	0,27
Unterfranken					
Aschaffenburg	0,24	0,24	0,26	0,28	0,28
Bad Kissingen	0,17	0,17	0,26	0,29	0,29
Bad Neustadt a. d. Saale	0,19	0,19	0,28	0,37	0,37
Haßberge	0,18	0,18	0,24	0,26	0,26
Kitzingen	0,16	0,16	0,16	0,21	0,27
Main-Spessart	0,22	0,22	0,22	0,24	0,24
Miltenberg	0,17	0,17	0,19	0,19	0,19
Schweinfurt	0,19	0,19	0,19	0,32	0,32
Würzburg	0,17	0,17	0,20	0,27	0,31
Schwaben					
Aichach-Friedberg	0,15	0,15	0,22	0,22	0,27
Augsburg (Lkr.)	0,15	0,15	0,21	0,2	0,24
Dillingen a. d. Donau	0,13	0,13	0,18	0,18	0,18
Donau-Ries	0,15	0,15	0,22	0,22	0,27
Günzburg	0,12	0,12	0,16	0,16	0,19
Lindau	0,12	0,12	0,18	0,18	0,18
Neu-Ulm	0,22	0,21	0,24	0,24	0,30
Oberallgäu	0,14	0,14	0,23	0,23	0,25
Ostallgäu	0,14	0,14	0,19	0,19	0,24
Unterallgäu	0,14	0,14	0,24	0,24	0,28

b. Kommunale Gesundheitsämter

Bei den kommunalen Gesundheitsämtern besteht aufgrund ihrer Organisationshoheit die Möglichkeit, dass die Tätigkeit der FdS durch andere geeignete Kräfte ausgeübt wird.

Tabelle 13: Übersicht zu den beschäftigten FdS an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10000 Einwohner

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingolstadt	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0,19	0,22
Memmingen	0,21	0,21	0,21	0,21	0,25	0,25	0,25	0,23	0,23	0,16

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
München	0,46	0,47	0,52	0,58	0,59	0,59	0,34	0,36	0,37	0,59
Nürnberg	0,19	0,21	0,25	0,3	0,28	0,27	0,28	0,24	0,3	0,28

1.1.8 Wie viele Stellen für Fachkräfte für Sozialmedizin sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Dem StMI liegen lediglich die angefragten Zahlen berechnet auf die jeweilige Regierung und nicht je Gesundheitsamt vor, sodass im Folgenden die Darstellung regierungsbezogen erfolgt.

Tabelle 14: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für FdS an den staatlichen Gesundheitsämtern jeweils zum 01.01.

Regierung	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern	11,15	9,33	16,56	6,56	13,23
Niederbayern	0,5	1	0,5	0	0
Oberpfalz	2,71	4,51	4,59	1,38	6,38
Oberfranken	0,63	4,2	2,13	0,4	1,9
Mittelfranken	0	0	0	0	0
Unterfranken	4,63	5,61	2,55	4,93	3
Schwaben	-0,5	-2,3	6,05	7,63	16,35

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 15: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für FdS an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingolstadt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Memmingen	0,04	0,04	0,04	0,04	0	0	0	0,02	0,02	0,09
München	0,05	0,07	0,03	0,1	0,04	0,09	0,08	0,07	0,07	0,08
Nürnberg	0,02	0,07	0,07	0,05	0,04	0,02	0,02	0,08	0,02	0,02

1.1.9 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Fachkräfte für Sozialmedizin mit einer einschlägigen einjährigen Weiterbildung als Fachkraft der Sozialmedizin und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Für die Ausübung der Tätigkeit einer FdS ist eine qualifizierte Ausbildung unabdingbar. Alle in einem Arbeitsverhältnis auf unbestimmte Zeit neu einzustellenden Beschäftigten werden daher im Rahmen einer Nebenabrede zum Arbeitsvertrag verpflichtet, den Ausbildungslehrgang und die sich anschließende Prüfung zu absolvieren. Die Regierungen weisen die Beschäftigten im Bedarfsfall auf ihre Verpflichtung zur Einhaltung der Nebenabrede im Arbeitsvertrag hin. Nach dem Abschluss der in der Regel ca. einjährigen Ausbildung werden die Beschäftigten höhergruppiert.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Aufgrund der Organisationshoheit und des kommunalen Selbstverwaltungsrechts der Kommunen können diese über die jeweilige Stellenbesetzung und -planung selbst entscheiden.

Tabelle 16: Übersicht zu den FdS mit einschlägiger Weiterbildung an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingolstadt	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	0,15	0,12
Memmingen	0,21	0,21	0,21	0,21	0,25	0,25	0,25	0	0	0
München	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nürnberg	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02

1.1.10 Wie viele Technische Assistentinnen und Assistenten sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2018 bis 2022 aufgeführt sind. Wegen der Verlagerung der Aufgaben von der Röntgentätigkeit auf zeitintensive Beratungs-, Untersuchungs- und Überwachungsaufgaben werden in der Tuberkulosefürsorge statt Technischer Assistentinnen und Assistenten nur noch FdS eingestellt. Dementsprechend wurden sämtliche Stellen für Technische Assistentinnen und Assistenten in Stellen für FdS umgewandelt. Sobald sämtliche Technische Assistentinnen und Assistenten wegen Erreichens der Altersgrenze ausgeschieden sind, werden für die Erfüllung der Aufgaben der Tuberkulosefürsorge dann ausnahmslos FdS eingesetzt.

Tabelle 17: Übersicht zu den beschäftigten Technischen Assistentinnen und Assistenten (VZÄ) an den staatlichen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberbayern					
Altötting	0,04	0,04	0,04	0,00	0,00
Bad Tölz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Berchtesgadener Land	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Dachau	0,06	0,00	0,00	0,00	0,00
Ebersberg	0,04	0,03	0,03	0,03	0,05
Eichstätt	0,08	0,08	0,08	0,07	0,00
Erding	0,04	0,04	0,04	0,04	0,05
Freising	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Fürstenfeldbruck	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Garmisch-Parten- kirchen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Landsberg a. Lech	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Miesbach	0,05	0,05	0,05	0,05	0,00
Mühldorf a. Inn	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
München (Lkr.)	0,03	0,03	0,03	0,03	0,00
Neuburg-Schroben- hausen	0,10	0,10	0,10	0,10	0,10
Pfaffenhofen a. d. Ilm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rosenheim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02
Starnberg	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Traunstein	0,03	0,03	0,03	0,03	0,00
Weilheim	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Niederbayern					
Deggendorf	0	0	0	0	0
Dingolfing	0	0	0	0	0
Freyung-Grafenau	0	0	0	0	0
Kelheim	0	0	0	0	0
Landshut	0	0	0	0	0
Passau	0,02	0,02	0,02	0,65	0
Regen	0	0	0	0	0
Rottal-Inn	0	0	0	0	0
Straubing-Bogen	0	0	0	0	0
Oberpfalz					
Amberg-Weizsach	0	0	0	0	0
Cham	0	0	0	0	0
Neumarkt i. d. OPf.	0	0	0	0	0
Neustadt a. d. Wald- naab	0	0	0	0	0
Regensburg	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Schwandorf	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Tirschenreuth	0	0	0	0	0

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberfranken					
Bamberg	0,045	0,045	0,045	0,044	0,044
Bayreuth	0	0	0	0	0
Coburg	0	0	0	0	0
Forchheim	0	0	0	0	0
Hof	0,071	0,071	1	1	1
Kronach	0,074	0,075	0,113	0,144	0,12
Kulmbach	0	0	0	0	0
Lichtenfels	0	0	0	0	0
Wunsiedel i. Fichtel- gebirge	0	0	0	0	0
Mittelfranken					
Ansbach	0,02	0,02	0,02	0,02	0
Erlangen-Höchstadt	0	0	0	0	0
Fürth	0,04	0,04	0,04	0,04	0
Neustadt a. d. Aisch	0	0	0	0	0
Nürnberger Land	0	0	0	0	0
Roth	0,04	0,04	0,04	0,04	0
Weißenburg-Gunzen- hausen	0	0	0	0	0
Unterfranken					
Aschaffenburg	0	0	0	0	0
Bad Kissingen	0,07	0,07	0,07	0,05	0,05
Bad Neustadt a. d. Saale	0	0	0	0	0
Haßberge	0	0	0	0	0
Kitzingen	0,08	0,08	0,08	0,05	0,05
Main-Spessart	0	0	0	0	0
Miltenberg	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05
Schweinfurt	0	0	0	0	0
Würzburg	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03
Schwaben					
Aichach-Friedberg	0	0	0	0	0
Augsburg (Lkr.)	0	0	0	0	0
Dillingen a. d. Donau	0	0	0	0	0
Donau-Ries	0	0	0	0	0
Günzburg	0	0	0	0	0
Lindau	0	0	0	0	0
Neu-Ulm	0	0	0	0	0
Oberallgäu	0	0	0	0	0
Ostallgäu	0	0	0	0	0
Unterallgäu	0	0	0	0	0

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 18: Übersicht zu den beschäftigten Technischen Assistentinnen und Assistenten an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

[illegible]

1.1.11 Wie viele Stellen für Technische Assistentinnen und Assistenten sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Tabelle 19: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für Technische Assistentinnen und Assistenten an den staatlichen Gesundheitsämtern jeweils zum 01.01.

Regierung	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern	0,3	0,1	0	0,05	0
Niederbayern	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Oberpfalz	0	0	0	0	0
Oberfranken	0	0	0	0,5	0,3
Mittelfranken	0	0	0	0	0
Unterfranken	0	0	0	0	0
Schwaben	0	0	0	0	0

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 20: Übersicht zu den unbesetzten Stellen für Technische Assistentinnen und Assistenten an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

[illegible]

1.1.12 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen technischen Assistentinnen und Assistenten mit einer für den ÖGD einschlägigen Aus- oder Weiterbildung und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Für den Aufgabenbereich einer Technischen Assistentin bzw. eines Technischen Assistenten wurden in der Regel Bewerberinnen bzw. Bewerber mit einer Ausbildung als medizinisch-technische Assistentin bzw. als medizinisch-technischer Assistent oder einer sonstigen geeigneten Ausbildung eingestellt und für die Tätigkeit im ÖGD fortgebildet.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 21: Übersicht über den Anteil an Technischen Assistentinnen und Assistenten mit einschlägiger Aus- oder Weiterbildung an den kommunalen Gesundheitsämtern (in VZÄ)

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Ingolstadt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Memmingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
München	0,03	0	0	0,02	0,01	0	0,01	0,1	0	0,01
Nürnberg	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

1.1.13 Wie viele Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Aufgrund der Haushaltsvermerke zu Kap. 03 08 Tit. 422 01 f und Tit. 428 01 h sowie zu Kap. 03 09 Tit. 422 01 c und Tit. 428 01 b können die bei den Regierungen und Landratsämtern ausgebrachten Stellen für sozialpädagogische Fachkräfte gegenseitig in Anspruch genommen sowie die Stellen für sozialpädagogische Fachkräfte mit FdS besetzt werden (vgl. Erläuterungen in der Stellenübersicht der sozialpädagogischen Fachkräfte).

Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 aufgeführt sind.

Tabelle 22: Übersicht zu den beschäftigten Sozialpädagoginnen und -pädagogen (VZÄ) an den staatlichen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberbayern					
Altötting	0,38	0,38	0,38	0,46	0,46
Bad Tölz	0,32	0,32	0,32	0,37	0,36
Berchtesgadener Land	0,29	0,34	0,34	0,34	0,33
Dachau	0,30	0,32	0,32	0,32	0,32
Ebersberg	0,23	0,23	0,23	0,27	0,27
Eichstätt	0,26	0,26	0,26	0,26	0,28
Erding	0,33	0,33	0,33	0,33	0,32
Freising	0,23	0,23	0,23	0,25	0,25
Fürstenfeldbruck	0,19	0,19	0,20	0,23	0,23
Garmisch-Parten- kirchen	0,41	0,41	0,41	0,41	0,41
Landsberg a. Lech	0,27	0,27	0,31	0,30	0,30
Miesbach	0,36	0,36	0,36	0,37	0,37
Mühldorf a. Inn	0,37	0,41	0,41	0,41	0,40
München (Lkr.)	0,17	0,17	0,17	0,20	0,20
Neuburg-Schroben- hausen	0,32	0,32	0,43	0,43	0,42
Pfaffenhofen a. d. Ilm	0,24	0,24	0,27	0,31	0,31
Rosenheim	0,18	0,18	0,19	0,19	0,18
Starnberg	0,33	0,33	0,33	0,33	0,32
Traunstein	0,24	0,24	0,24	0,24	0,24
Weilheim	0,35	0,35	0,35	0,34	0,34
Niederbayern					
Deggendorf	0,34	0,34	0,36	0,35	0,34
Dingolfing	0,31	0,31	0,15	0,25	0,3
Freyung-Grafenau	0,33	0,33	0,38	0,32	0,22
Kelheim	0,28	0,28	0,32	0,31	0,31
Landshut	0,29	0,32	0,27	0,25	0,29
Passau	0,25	0,29	0,3	0,35	0,27
Regen	0,37	0,32	0,32	0,32	0,38
Rottal-Inn	0,29	0,29	0,27	0,27	0,26
Straubing-Bogen	0,28	0,31	0,31	0,31	0,31
Oberpfalz					
Amberg-Weizsach	0,3	0,24	0,32	0,27	0,33
Cham	0,31	0,27	0,37	0,29	0,29
Neumarkt i. d. OPf.	0,29	0,3	0,29	0,29	0,29
Neustadt a. d. Waldnaab	0,27	0,19	0,19	0,17	0,31
Regensburg	0,29	0,27	0,32	0,33	0,33
Schwandorf	0,3	0,3	0,33	0,33	0,32
Tirschenreuth	0,36	0,36	0,4	0,4	0,39
Inanspruchnahme für Reg OPf	1	1	3,5	2,5	2

Gesundheitsamt	Stellen zum 01.01.2019	Stellen zum 01.01.2020	Stellen zum 01.01.2021	Stellen zum 01.01.2022	Stellen zum 01.01.2023
Oberfranken					
Bamberg	0,31	0,32	0,33	0,34	0,31
Bayreuth	0,23	0,29	0,34	0,34	0,31
Coburg	0,31	0,31	0,31	0,39	0,33
Forchheim	0,28	0,28	0,34	0,34	0,22
Hof	0,24	0,22	0,18	0,36	0,24
Kronach	0,45	0,45	0,45	0,45	0,45
Kulmbach	0,49	0,49	0,49	0,49	0,56
Lichtenfels	0,45	0,56	0,56	0,71	0,52
Wunsiedel i. Fichtel- gebirge	0,41	0,55	0,56	0,56	0,47
Mittelfranken					
Ansbach	0,33	0,34	0,31	0,27	0,33
Erlangen-Höchstadt	0,3	0,34	0,39	0,38	0,33
Fürth	0,32	0,32	0,35	0,35	0,35
Neustadt a. d. Aisch	0,32	0,24	0,33	0,33	0,33
Nürnberger Land	0,3	0,28	0,3	0,3	0,3
Roth	0,28	0,3	0,31	0,28	0,33
Weißenburg-Gunzen- hausen	0,39	0,37	0,26	0,34	0,33
Unterfranken					
Aschaffenburg	0,36	0,36	0,32	0,32	0,32
Bad Kissingen	0,38	0,38	0,38	0,47	0,38
Bad Neustadt a. d. Saale	0,37	0,37	0,37	0,49	0,49
Haßberge	0,58	0,58	0,58	0,58	0,58
Kitzingen	0,42	0,42	0,42	0,53	0,53
Main-Spessart	0,31	0,31	0,31	0,31	0,31
Miltenberg	0,3	0,3	0,38	0,38	0,38
Schweinfurt	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29
Würzburg	0,34	0,34	0,34	0,34	0,34
Schwaben					
Aichach-Friedberg	0,34	0,33	0,26	0,33	0,33
Augsburg (Lkr.)	0,36	0,36	0,35	0,35	0,38
Dillingen a. d. Donau	0,36	0,36	0,36	0,36	0,35
Donau-Ries	0,33	0,34	0,34	0,33	0,33
Günzburg	0,4	0,39	0,39	0,39	0,38
Lindau	0,34	0,34	0,34	0,46	0,45
Neu-Ulm	0,34	0,34	0,34	0,34	0,39
Oberallgäu	0,4	0,4	0,4	0,4	0,39
Ostallgäu	0,37	0,36	0,36	0,36	0,35
Unterallgäu	0,28	0,28	0,27	0,28	0,33

Hinweis zur Tabelle: Im Nachtragshaushalt 2018 wurden 38 neue Stellen für sozialpädagogische Fachkräfte ausgebracht. Davon sind 14,5 Stellen zur Verrechnung mit FdS bestimmt.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Die Zahlen der zur Verfügung gestellten Planstellen werden in VZÄ pro 10 000 Einwohner angegeben.

Tabelle 23: Übersicht zu den beschäftigten Sozialpädagoginnen und -pädagogen an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,25	0,19	0,2	0,21	0,22	0,21	0,24	0,22	0,19	0,19
Ingolstadt	0,38	0,29	0,29	0,26	0,26	0,25	0,32	0,34	0,31	0,35
Memmingen	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38	0,38
München	0,22	0,18	0,18	0,2	0,21	0,2	0,011	0,21	0,23	0,26
Nürnberg	0,15	0,16	0,16	0,16	0,16	0,22	0,22	0,21	0,19	0,27

1.1.14 Wie viele Stellen für Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

Es wird auf die in der Einleitung aufgeführte fünfjährige Aufbewahrungspflicht verwiesen, weshalb nur die haushaltsrechtlich vorzuhaltenden Daten für die Jahre 2019 bis 2023 aufgeführt sind.

Dem StMI liegen lediglich die erfragten Zahlen auf der Basis der Regierungen und nicht je nach Gesundheitsamt vor.

a. Staatliche Gesundheitsämter

Tabelle 24: Übersicht über die unbesetzten Stellen für Sozialpädagoginnen und -pädagogen an den staatlichen Gesundheitsämtern jeweils zum 01.01.

Regierung	2019	2020	2021	2022	2023
Oberbayern	10,48	11,05	12,36	12,6	6,44
Niederbayern	0	0	0	0	0
Oberpfalz	4,37	5,61	3,34	6,68	2,56
Oberfranken	9,25	11,79	4,59	7,62	7,32
Mittelfranken	3,83	7,87	2,53	6,41	4,06
Unterfranken	2,75	6	3,5	1,34	0,05
Schwaben	15,32	12,67	14,04	19,54	17,89

b. Kommunale Gesundheitsämter**Tabelle 25: Übersicht zu den unbesetzten Stellen der Sozialpädagoginnen und -pädagogen an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner**

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0	0,02	0,02	0,02	0,07	0,09	0,06	0,06	0,13	0,13
Ingolstadt	0	0	0	0	0,025	1,051	0,051	0	0,151	0
Memmingen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
München	0,01	0,01	0,01	0,03	0,05	0,03	0,01	0,03	0,03	0,04
Nürnberg	0,01	0	0	0	0,04	0	0,02	0,04	0,05	0,04

1.1.15 Wie hoch ist der Anteil der in den bayerischen Gesundheitsämtern tätigen Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit einer für den ÖGD einschlägigen Aus- oder Weiterbildung und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Bei den Gesundheitsämtern, auch bei den kommunalen Gesundheitsämtern, werden für die Tätigkeit im sozialpädagogischen Dienst Absolventinnen und Absolventen eingestellt, die einen Studiengang belegt haben, der die für diese Tätigkeiten erforderlichen Kenntnisse vermittelt. Diese Anforderungen werden von Bewerberinnen und Bewerbern erfüllt, die den früheren Fachhochschulstudiengang Diplom-Sozialpädagogik (FH) oder einen Studiengang der Sozialen Arbeit mit einem einschlägigen Diplom- bzw. Bachelorabschluss absolviert haben.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Aufgrund des kommunalen Selbstverwaltungsrechts können die Kommunen selbst über die jeweilige Personalplanung und -besetzung entscheiden.

Tabelle 26: Übersicht zu den Sozialpädagoginnen und -pädagogen mit einschlägiger Aus- oder Weiterbildung an den kommunalen Gesundheitsämtern (in VZÄ)

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,25	0,19	0,2	0,21	0,22	0,21	0,24	0,22	0,19	0,19
Ingolstadt	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
Memmingen	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
München	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Nürnberg	0,05	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05

1.1.16 Wie viele Verwaltungsfachkräfte sind derzeit je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner in den bayerischen Gesundheitsämtern beschäftigt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben, bitte nach Qualifikationsebene aufschlüsseln)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Das staatliche Verwaltungspersonal bei den Landratsämtern wird nicht für bestimmte Aufgaben zugewiesen. Vielmehr legen die Landrätinnen und Landräte aufgrund ihrer Organisationshoheit die Verwendungsbereiche fest. Daher liegen zum staatlichen Verwaltungspersonal keine Zahlen vor. Außerdem werden in den staatlichen Gesundheitsämtern auch kommunale Mitarbeiter eingesetzt; so wurde insbesondere bei der Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter das Verwaltungspersonal kommunalisiert.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Die Zahlen der zur Verfügung gestellten Planstellen werden in VZÄ pro 10 000 Einwohner angegeben.

Tabelle 27: Übersicht über beschäftigte Verwaltungskräfte an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

Gesundheitsamt	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	2. QE: 0,28 3. QE: 0,17 4. QE: 0	2. QE: 0,31 3. QE: 0,2 4. QE: 0	2. QE: 0,28 3. QE: 0,03 4. QE: 0	2. QE: 0,23 3. QE: 0,23 4. QE: 0,03	2. QE: 0,1 3. QE: 0,2 4. QE: 0,03
Ingolstadt	2. QE: 0,17 3. QE: 0,18	2. QE: 0,19 3. QE: 0,18	2. QE: 0,19 3. QE: 0,18	2. QE: 0,17 3. QE: 0,18	2. QE: 0,17 3. QE: 0,18
Memmingen	2. QE: 0,54	2. QE: 0,54	2. QE: 0,54 3. QE: 0,25	2. QE: 0,54 3. QE: 0,25	2. QE: 0,54 3. QE: 0,25
München	1. QE: 0,01 2. QE: 0,52 3. QE: 0,47 4. QE: 0,1	1. QE: 0 2. QE: 0,56 3. QE: 0,45 4. QE: 0,11	1. QE: 0 2. QE: 0,52 3. QE: 0,75 4. QE: 0,12	1. QE: 0 2. QE: 0,53 3. QE: 0,45 4. QE: 0,13	1. QE: 0 2. QE: 0,63 3. QE: 0,64 4. QE: 0,16
Nürnberg	1. QE: 0,43 2. QE: 0,32 3. QE: 0,08 4. QE: 0,12	1. QE: 0,5 2. QE: 0,36 3. QE: 0,08 4. QE: 0,13	1. QE: 2,17 2. QE: 0,41 3. QE: 0,08 4. QE: 0,09	1. QE: 3,28 2. QE: 0,57 3. QE: 0,08 4. QE: 0,14	1. QE: 0,75 2. QE: 0,67 3. QE: 0,61 4. QE: 0,09

1.1.17 Wie viele Stellen für Verwaltungsfachkräfte sind gemäß den kommunalen Stellenplänen derzeit in den bayerischen Gesundheitsämtern unbesetzt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte für jedes Jahr und jedes Gesundheitsamt einzeln und in Vollzeitstellen angeben)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Das staatliche Verwaltungspersonal bei den Landratsämtern wird nicht für bestimmte Aufgaben zugewiesen. Vielmehr legen die Landräte aufgrund ihrer Organisationshoheit die Verwendungsbereiche fest. Daher liegen zum staatlichen Verwaltungspersonal keine Zahlen vor. Außerdem werden in den staatlichen Gesundheitsämtern auch

kommunale Mitarbeiter eingesetzt, so wurde insbesondere bei der Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter das Verwaltungspersonal kommunalisiert.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 28: Übersicht über die unbesetzten Stellen für Verwaltungskräfte an den kommunalen Gesundheitsämtern je 10 000 Einwohner

Gesundheitsamt	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Augsburg	0,03	0,06	0,05	0,05	0,05	0,06	0,06	0,13	0,26	0,06
Ingolstadt	0,2	0,1	0,01	0,1	0	0	0	0	0,01	0,01
Memmingen	0	0	0	0	0	0	0	0,28	0,12	0,12
München	0,23	0,22	0,37	0,32	0,11	0,08	0,1	0,06	0,38	0,31
Nürnberg	0,03	0,08	0,13	0,06	0,06	0,07	-0,01	-1,55	-2,38	-0,03

1.1.18 Welche Standards zieht die Staatsregierung heran, um die Angemessenheit der Personalausstattung der Gesundheitsämter in Bayern zu beurteilen, und wie beurteilt die Staatsregierung die bevölkerungsbezogenen Berechnungsschlüssel für die Personalausstattung von Gesundheitsämtern im Schlussbericht Teil II des Projektes „Umsetzung des Gesundheitsdienstgesetzes (Mustergesundheitsamt)“?

Ein allgemeiner Standard zur Beurteilung der Angemessenheit der Personalausstattung ist nicht vorgegeben. Es haben sich im Laufe der Zeit jedoch Richtwerte für die Verteilung der zur Verfügung stehenden Stellen auf die einzelnen Gesundheitsämter herausgebildet. Grundsätzlich erfolgt für den staatlichen Bereich eine auf die Einwohnerzahl des jeweiligen Regierungsbezirks bezogene Stellenzuweisung an die sieben Regierungen. Die Regierungen sind sowohl zuständig für die Bewirtschaftung der Stellen für das nichtärztliche Fachpersonal unterhalb der 4. QE, die im Epl. 03 des StMI ausgebracht sind, als auch der Stellen des Fachpersonals der 4. QE im Epl. 14 des StMGP an den Gesundheitsämtern. Die einwohnerbasierten Schlüssel garantieren eine bayernweit gleichmäßige Personalausstattung.

Die konkrete Stellenzuweisung und Besetzung an den einzelnen staatlichen Gesundheitsämtern obliegt den Regierungen, welche bedarfsabhängig von den Schlüsseln abweichen können. Der tatsächliche Einsatz innerhalb der Gesundheitsämter fällt unter die Organisationshoheit der jeweiligen Landrätin bzw. des jeweiligen Landrats. Dies ermöglicht innerhalb des zur Verfügung stehenden Personals eine fachliche Schwerpunktbildung des einsetzbaren Fachpersonals.

Aufgrund der zahlreichen Aufgabenmehrungen und teils deutlich gestiegenen Vorgaben in der Umsetzung während der vergangenen Jahre, insbesondere in den Bereichen Krankenhaushygiene, Heimhygiene/-aufsicht, Infektionsschutz, Prävention sowie der Trinkwasserüberwachung, ist der grundsätzliche Personalbedarf für den ÖGD zu evaluieren. Hierbei sind auch regionale Rahmenbedingungen, welche zu erheblichen Mehraufwendungen führen können, in besonderer Weise zu berücksichtigen.

Das StMGP beabsichtigt angesichts der zahlreichen neuen Aufgaben, im Rahmen der gerade laufenden Organisationsuntersuchung auch den Personalbedarf im ÖGD zu erheben.

Die im Schlussbericht des Projekts „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG)“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin – Teil II aufgezeigte „Detaillierte Darstellung der Grundlagen des Mustergesundheitsamtes und des Gesundheitlichen Verbraucherschutzes“ kommt der in Bayern praktizierten Personalverteilung durchaus sehr nahe, ist aber ausschließlich auf die Belange großstädtischer Gesundheitsämter der Berliner Stadtbezirke bezogen. Insbesondere muss darauf aufmerksam gemacht werden, dass die landesrechtlichen Grundlagen und die sich hieraus ergebenden Dienstaufgaben teils deutliche Abweichungen aufzeigen. So ist in den staatlichen Gesundheitsämtern Bayerns beispielsweise weder ein expliziter kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst noch ein zahnärztlicher Dienst vorgesehen, da diese Aufgaben in bewährter Weise durch andere Träger umfassend wahrgenommen werden.

1.1.19 Nach welchen Kriterien wurde bzw. wird der durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst initiierte Personalaufwuchs im bayerischen ÖGD realisiert, welchem Konzept folgt die Staatsregierung bei dem Personalaufwuchs und wurde dazu vorab eine Organisationsanalyse in Auftrag gegeben?

Zur Berechnung des bayerischen Anteils am bundesweiten Personalaufwuchs von insgesamt 5000 Stellen für die Paktlaufzeit zwischen 2021–2026 wird entsprechend des Anteils Bayerns an der vertikalen Umsatzsteuerverteilung nach den länderspezifischen Finanzzuweisungen gemäß ÖGD-Pakt ein Anteil von 15,8 Prozent zugrunde gelegt. Hieraus ergeben sich über die Paktlaufzeit insgesamt 790 auf den Freistaat entfallende Stellen. Unter Zugrundelegung des Bevölkerungsanteils im Zuständigkeitsbereich entfallen 649 Stellen auf den staatlichen Bereich und 141 Stellen auf die fünf kreisfreien Städte mit eigenem Gesundheitsamt.

Der Personalaufwuchs ist entsprechend den Vorgaben des ÖGD-Paktes in eine 1. Tranche für das Jahr 2021 (bundesweit 1500 unbefristete Stellen, für den Freistaat Bayern 237 Stellen) und eine 2. Tranche für die Jahre 2022 bis 2026 (bundesweit 3500 Stellen, für den Freistaat Bayern 553 Stellen) aufgeteilt.

Von den 237 bayerischen Stellen für 2021 entfallen 195 Stellen auf die staatlichen und 42 Stellen auf die kommunalen Gesundheitsbehörden.

Die staatlichen Stellen teilen sich in 171 zu schaffende Stellen an Landratsämtern und Regierungen, 17 zu schaffende Stellen am LGL und sieben zu schaffende Stellen am StMGP. Bei der Verteilung auf die Berufsgruppen wurden zunächst die im Rahmen der Pandemie am stärksten geforderten Gruppen der Ärztinnen und Ärzte, Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sowie FdS annähernd gleichmäßig verstärkt.

Des Weiteren werden Bereiche des LGL, die Bezug zu den pandemiebedingten Aufgaben der Gesundheitsämter haben, wie z. B. das Landesinstitut für Gesundheit und die Task-Force Infektiologie (TFI), ausgebaut. In diesem Zusammenhang wurden 172 zusätzliche Stellen im Staatshaushalt 2021 ausgebracht, die über die Soll-Vorgaben des Paktes hinausgehen.

Mit den Kommunen, die Träger eines Gesundheitsamtes sind, wurden Verwaltungsvereinbarungen zur Umsetzung der Stellenschaffung nach dem ÖGD-Pakt geschlossen. Ihnen wurde es im Rahmen der Aufteilung auf Ärzte, Fachpersonal und Verwaltungspersonal freigestellt, in welchen Bereichen die über den ÖGD-Pakt finanzierten Stellen paktkonform ausgebracht werden.

Hinsichtlich des Personalaufwuchses ab 2022 ist zu berücksichtigen, dass abgesehen von der Mund- und Zahngesundheit, Teilen der Kinder- und Jugendgesundheit sowie der Gesundheitskonferenzen (in Bayern: Gesundheitsregionen^{plus}), alle im ÖGD-Leitbild definierten Kernaufgaben bei den bayerischen Gesundheitsämtern angesiedelt sind. Mit einzubeziehen sind die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA), die zwar nicht direkt den Gesundheitsämtern, sondern den Kreisverwaltungsbehörden zugeordnet sind, denen gegenüber aber die Gesundheitsämter eine umfangreiche fachliche Mitwirkungspflicht mit entsprechenden Auswirkungen auf ihren Personalbedarf haben. Die Gesundheitsregionen^{plus} basieren auf einem Förderprogramm des StMGP und haben Aufbau und Betrieb von fachlich kompetenten Gesundheitsnetzwerken auf kommunaler Ebene zum Ziel. Die Aufgaben der Gesundheitsregionen^{plus} wurden im Rahmen des Leitbildes für einen ÖGD als Aufgaben des ÖGD beschrieben; eine gesetzliche Verankerung der Gesundheitsregionen^{plus} und deren künftige Verknüpfung mit dem ÖGD sind daher angedacht.

Die zusätzlichen Stellenzuweisungen sollen zu einer gleichmäßigen Stärkung der Personalressourcen bei der Erfüllung aller Fachaufgaben dienen.

Diese erfolgt regelhaft nach den Einwohnerschlüsseln an den Regierungen und von dort entsprechend auf die Gesundheitsämter; regionale Erfordernisse können ggf. von den Regierungen berücksichtigt werden. Die Zuteilung zu einzelnen Berufsgruppen und Laufbahnen richtet sich außerhalb der in Rede stehenden Stellen aus dem ÖGD-Pakt entsprechend der fachlich begründeten Bedarfsanmeldungen im Rahmen der jährlichen Haushaltsverhandlungen nach fachlicher Bewertung durch das StMGP und bei nichtärztlichem Personal in Abstimmung mit dem StMI.

Neben dem bei den Gesundheitsämtern liegenden Schwerpunkt dienen die beim LGL zusätzlich ausgebrachten ärztlichen, wissenschaftlichen, pflegfachlichen, labor-technischen, Verwaltungs- und IT-Stellen der fachwissenschaftlichen und organisatorischen Stärkung zur Begleitung und punktuellen Unterstützung des ÖGD in seiner ganzen Breite.

1.1.20 Welche Aufgaben werden die beiden im StMGP vorgesehenen neuen Abteilungen für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. für Gesundheitssicherheit genau erfüllen und wie werden die dafür vorgesehenen zusätzlichen 163 Stellen genau eingesetzt?

Für die Verlagerung des StMGP an den Dienstsitz Nürnberg wurden vom StMFH aus dem Stellenpool zur Behördenverlagerung (Epl. 13) insgesamt 90 Stellen kw (künftig wegfallend) zugewiesen. Im Jahr 2021 trat der kw-Vermerk für diese 90 Stellen, auf denen bereits Personal vor der Pandemie tätig war, am StMGP in Kraft. Das auf diesen 90 Stellen eingewiesene Stammpersonal musste auf die 156 (nicht 163) Stellen des Haushalts 2021 übernommen werden. Eine tatsächliche Personal-/Stellenmehrung fand also nur im Umfang von 66 Stellen statt. Diese wurden insbesondere zum Auf- und Ausbau der neuen Abteilungen „Gesundheitssicherheit“ und „Öffentlicher Gesundheitsdienst“, zur Finanzierung von Unterstützungskräften anderer Ressorts sowie anteilig für den pandemiebedingten Bedarf in allen Abteilungen des StMGP verwendet.

Im September 2020 wurden im StMGP die Abteilungen 6 und 7 mit den folgenden Referaten und Aufgaben eingerichtet:

- Abteilung 6 „Gesundheitssicherheit“:
 - Referat 61 „Gesundheitssicherheit, Pandemieplanung“ (seit 16.01.2023: „Gesundheitssicherheit, Pandemieplanung, Lage und Information“)
 - Referat 62 „Persönliche Schutzausrüstung, Pandemiezentrallager“ (seit 16.01.2023: „Pandemiezentrallager, Controlling“)
 - Referat 63 „Sicherstellung Materialversorgung“
 - Referat 64 „Testungen, Organisation und Durchführung“ (seit 16.01.2023: „Anerkennung von ausländischen Berufsabschlüssen in der Pflege, Integration ausländischer Pflegekräfte, Testungen“)
- Abteilung 7 „Öffentlicher Gesundheitsdienst“:
 - Referat 71 „Grundsatzangelegenheiten des ÖGD, Aus- und Fortbildung“
 - Referat 72 „Personal des ÖGD“
 - Referat 73 „Digitale Fachanwendungen des ÖGD“
 - Referat 74 „Gesundheitsnetzwerke, medizinische Rehabilitation, Kur- und Heilbäder, integrative Medizin“

Dabei übernehmen diese Referate u. a. Aufgaben wie Informationsmanagement, Mitwirkung bei der Erstellung von Pandemieplänen, Aufsicht über die Verwaltung des Pandemiezentrallagers sowie dessen Bedarfs- und Verteilungskonzept, Fachaufsicht über Aufgaben des ÖGD, Planungs- und Steuerungskonzepte zur Stärkung des ÖGD, ÖGD-Quote, Personalverwaltung und -entwicklung sowie Stellenbewirtschaftung, Betreuung digitaler Fachanwendungen des ÖGD, Umsetzung ÖGD-Paktes, Koordinierung von Post-COVID/Long-COVID sowie die Förderinitiative zur Versorgungsforschung zum Post-COVID-Syndrom.

1.1.21 Wie werden die im LGL vorgesehenen zusätzlichen 200 Stellen für die Task-Force Infektiologie genau eingesetzt?

Für die TFI waren entsprechend des Haushalts für das Jahr 2021 insgesamt 100 Stellen (nicht wie in der Fragestellung „200“ Stellen) vorgesehen. Diese neuen Stellen sind für die Wahrnehmung folgender Aufgaben in den fünf Sachgebieten TFI1–TFI5 des Landesinstituts TFI vorgesehen:

- Beratung und Unterstützung der Gesundheitsämter im Infektionsschutz insbesondere bei komplexen Ausbruchslagen und bei Infektionsereignissen an den bayerischen Flughäfen und Grenzübergangsstellen
- Infektionsepidemiologie und Surveillance
- Ausbruchsmodellierung, epidemiologische Ausbruchsuntersuchung
- Beratung des StMGP, der Regierungen und der Gesundheitsämter in Fachfragen
- Beratung von Pflegeheimen zum Ausbruchsmanagement, inklusive Vor-Ort-Begehungen über die Steuerungsstelle Pflegeheime und zu notwendigen Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Prävention von Ausbrüchen.

Für Einsätze vor Ort standen landesweit drei operative Einheiten TFI3–TFI5 zur Verfügung, eingeteilt in die Operative Einheit Süd (Standort Oberschleißheim/München), die Operative Einheit West (Standort Memmingen) und die Operative Einheit Nord (Standort Erlangen/Nürnberg/Bad Kissingen), jeweils mit den Funktionsbereichen „Infektionshygiene/Pflege“ sowie „Infektionshygiene/Ausbruch“, auf welche die Steuerungsstelle Pflegeheime ihre Beratung zum Ausbruchsmanagement und zu notwendigen Maßnahmen zur Eindämmung bzw. Prävention von Ausbrüchen stützt.

1.1.22 An welchen Gesundheitsämtern wurden wie viele der im Rahmen des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst bis 2026 vorgesehenen 569 zusätzlichen Planstellen bereits eingerichtet?

Seitens des StMGP kann die Ausweisung der in die Bewirtschaftungskompetenz fallenden Stellen für die 4. Qualifikationsebene (QE) dargestellt werden. Dabei handelt es sich überwiegend um Ärztinnen und Ärzte. Dargestellt werden die jeweils zusätzlich ausgebrachten Planstellen(-anteile) in VZÄ in den Jahren 2021 und 2022.

Für die 2. und 3. QE, die in der personalrechtlichen Zuständigkeit des StMI liegen, wurde aufgrund des hohen Aufwands und der anhaltenden Belastung durch die Bewältigung der Folgen der Coronapandemie und des Ukraine-Krieges von einer umfangreichen Abfrage bei den sieben Regierungen und den Gesundheitsämtern abgesehen.

Tabelle 29: Übersicht über die Anzahl an zusätzlichen Planstellen der 4. QE im Rahmen des ÖGD-Paktes

Gesundheitsamt	2021	2022
Oberbayern		
Altötting	0,45	0,5
Bad Tölz	0,95	0,5
Berchtesgadener Land	0,5	0,25
Dachau	1	0,75
Ebersberg	0	0,5
Eichstätt	1	0,5
Erding	0,95	0,5
Freising	0,75	0,5
Fürstenfeldbruck	0,4	0,75
Garmisch-Partenkirchen	1	0,25
Landsberg a. Lech	0	0,5
Miesbach	0,75	0,5
Mühldorf a. Inn	0,65	0,25
München (Lkr.)	0,4	1,75
Neuburg-Schrobenhausen	1,05	0,25
Pfaffenhofen a.d. Ilm	1	0,5
Rosenheim	1	1,5
Starnberg	1	0,75
Traunstein	0,5	0,75
Weilheim-Schongau	0,7	0,75
Niederbayern		
Deggendorf	0	0,5
Dingolfing-Landau	0,75	0,25
Freyung-Grafenau	0,25	0,25
Kelheim	1,75	0,5
Landshut	1	0,75
Passau	1	1
Regen	0,25	0,25
Rottal-Inn	1,25	0,5
Straubing-Bogen	1	0,5

Gesundheitsamt	2021	2022
Oberpfalz		
Amberg-Sulzbach	0,45	0,5
Cham	1,2	0,5
Neumarkt i. d. OPf.	0,8	0,5
Neustadt a. d. Waldnaab	0,5	0,75
Regensburg	0	2
Schwandorf	0,75	0,5
Tirschenreuth	1,05	0,25
Oberfranken		
Bamberg	0	0,75
Bayreuth	0,75	0,75
Coburg	1,25	0,5
Forchheim	1,25	0,25
Hof	0,75	0,5
Kronach	1	0,25
Kulmbach	1	0,5
Lichtenfels	1	0,25
Wunsiedel i. Fichtelgebirge	1,25	0,25
Mittelfranken		
Ansbach	0	0,75
Erlangen-Höchstadt	0,75	1
Fürth	0,25	0,75
Neustadt a. d. Aisch	1,25	0,5
Nürnberger Land	0,5	0,5
Roth	0,25	0,75
Weißenburg-Gunzenhausen	1,25	0,5
Unterfranken		
Aschaffenburg	0,75	1
Bad Kissingen	0,75	0,5
Haßberge	1,5	0,25
Kitzingen	1,1	0,5
Main-Spessart	1	0,25
Miltenberg	1,25	0,5
Rhön-Grabfeld	0,65	0,25
Schweinfurt	0	0,5
Würzburg	0	1
Schwaben		
Aichach-Friedberg	1	0,5
Augsburg (Lkr.)	1,5	0,75
Dillingen a. d. Donau	1,25	0,25
Donau-Ries	0	0,5
Günzburg	0	0,5
Lindau	0,75	0,5
Neu-Ulm	1	0,75
Oberallgäu	0	0,75

Gesundheitsamt	2021	2022
Ostallgäu	0,75	0,75
Unterallgäu	0,5	0,5

1.1.23 In welchem Umfang werden an den Gesundheitsämtern Honorarkräfte oder externes Personal eingesetzt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Es werden weder Honorarkräfte noch externes Personal eingesetzt.

1.1.24 Welchen Besoldungs- bzw. Entgeltgruppen sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern zugeordnet (bitte für jedes Gesundheitsamt und für jede Berufsgruppe [Ärztinnen und Ärzte, Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure, Fachkräfte für Sozialmedizin, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Technische Assistentinnen und Assistenten, Verwaltungsfachkräfte] gesondert anführen)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

- Ärztinnen und Ärzte
Ärztinnen und Ärzte werden regelmäßig in der Entgeltgruppe 14 TV-L eingestellt. Nach Erwerb der Qualifikation für die Fachlaufbahn Gesundheit erfolgt die Übernahme entweder in Besoldungsgruppe A 13 oder A 14 (in Abhängigkeit von der zu diesem Zeitpunkt nachgewiesenen ärztlichen Berufserfahrung). Es bestehen funktionsabhängige Beförderungsmöglichkeiten in die Besoldungsgruppen A 14 mit Amtszulage, A 15, A 15 mit Amtszulage und A 16. Soweit eine Verbeamtung (insbesondere wegen Überschreitens der Altersgrenze) nicht möglich ist, können tarifbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte nach erfolgreichem Abschluss des Amtsarztlehrganges (Erwerb des Facharztes für ÖGW) in die Entgeltgruppe 15 TV-L höhergruppiert werden.
- Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure
Die Beamtinnen und Beamten des fachlichen Schwerpunkts Hygienekontrolldienst steigen in der 2. QE in einem Amt der BesGr A 6 ein und können bis zur BesGr A 9 befördert werden. Es besteht die Möglichkeit der modularen Qualifizierung mit einer Beförderung bis zur BesGr A 11. Die Stellen der BesGr A 9 + AZ wurden nach BesGr A 10 gehoben, um mehr Stellen für die modulare Qualifizierung zu schaffen.
- FdS
Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erfolgt die Eingruppierung abhängig von der ausgeübten Tätigkeit in die Entgeltgruppe 6, 7 oder 8 TV-L.
- Sozialpädagogische Fachkräfte
Die sozialpädagogischen Fachkräfte im Arbeitnehmersverhältnis sind je nach ausgeübter Tätigkeit in Entgeltgruppe S 11 b oder S 12 TV-L eingruppiert. Die verbeamteten Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen steigen in der 3. QE in einem Amt der BesGr A 9 ein und können bis zur BesGr A 13 befördert werden.
- Verwaltungsfachkräfte
Verbeamtete Verwaltungskräfte gehören entweder der 2. oder der 3. QE an. Je nach Organisation gibt es auch Abteilungsleitungen in der 4. QE des nicht-technischen Dienstes (Juristen). Tarifbeschäftigte werden nach den ausgeübten Tätigkeiten eingruppiert. Hierbei handelt es sich um kommunale Beschäftigte, die nicht den staatlichen besoldungsrechtlichen Grundsätzen unterliegen.

Diese Besoldungs- und Eingruppierungsgrundsätze gelten für alle staatlichen Gesundheitsämter gleichermaßen. Eine weiter gehende Aufschlüsselung auf die Gesundheitsämter ist nicht aussagekräftig, da sich die Daten aufgrund von Beförderungen und Höhergruppierungen laufend ändern. Zudem bestehen datenschutzrechtliche Bedenken, wenn möglicherweise Rückschlüsse auf die einzelnen Bediensteten und damit auf deren zu schützende personenbezogene Daten gezogen werden können. Unabhängig davon müsste auch unter Berücksichtigung der hohen Teilzeitquote bei diesen Berufsgruppen eine enorm große Datenmenge erhoben werden, um die Besoldungs- und Vergütungsgruppen den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zuordnen zu können. Aufgrund des hohen Arbeitsaufwands wurde hiervon abgesehen.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Eine detaillierte Aufschlüsselung auf die kommunalen Gesundheitsämter kann aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht dargestellt werden, da Rückschlüsse auf die einzelnen Bediensteten gezogen werden können.

- Ärztinnen und Ärzte
Beamtete Ärztinnen und Ärzte haben Statusämter der BesGr A 14 bis A 16, angestellte Ärztinnen und Ärzte sind in E 14 und E 15 TVöD eingruppiert.
- Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure
Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer des Hygienekontrolldienstes sind in den Entgeltstufen E 5 bis E 9 TVöD eingestuft. Verbeamtete Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure finden sich in den BesGr A 6 bis A 9.
- FdS
Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erfolgt die Eingruppierung abhängig von der ausgeübten Tätigkeit in die Entgeltgruppe 6, 7 oder 8 TVöD.
- Sozialpädagogische Fachkräfte
Die sozialpädagogischen Fachkräfte im Arbeitnehmerverhältnis werden je nach ausgeübter Tätigkeit in Entgeltgruppe S 11 b bis S 17 TVöD eingruppiert. Verbeamtete Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen werden derzeit in BesGr A 9 und A 10 eingestuft.
- Verwaltungsfachkräfte
Verbeamtete Verwaltungskräfte werden je nach Tätigkeit in den BesGr A 6 bis A 16 eingestuft. Tarifbeschäftigtes Verwaltungspersonal wird nach den ausgeübten Tätigkeiten eingruppiert; dies variiert von Entgeltgruppe E 4 bis E 14 TVöD.
- Weiteres Personal
An den kommunalen Gesundheitsämtern arbeiten, neben dem oben genannten Personal, noch weitere Tarifangestellte. Hierunter fallen z. B. Psychologinnen und Psychologen, Zahnarzthelferinnen und -helfer, Medizinische Fachangestellte, Sportlehrkräfte und wissenschaftliches Personal. Ihre Bezahlung bewegt sich, je nach ausgeübter Tätigkeit, von Entgeltgruppe E 3 bis E 14 TVöD.

1.2 Personalgewinnung

1.2.1 Wie lange dauern Besetzungsverfahren in den Gesundheitsämtern im Durchschnitt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Das Ausschreibungs- und Auswahlverfahren für die Besetzung von Stellen des ärztlichen und nichtärztlichen Fachpersonals nimmt in der Regel ca. sechs bis acht

Wochen in Anspruch. Abhängig von den Kündigungsfristen können die Stellen dann nach ca. drei Monaten, im Falle einer erneuten Ausschreibung der Stelle in der Regel nach ca. sechs Monaten besetzt werden. Bei den Berufsgruppen der Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure und der FdS besteht eine gute Bewerberlage. Bei den sozialpädagogischen Fachkräften kann in Einzelfällen eine zweite Ausschreibung erforderlich sein, insbesondere wenn kein Hochschulstandort in der Nähe der zukünftigen Beschäftigungsbehörde liegt.

Da über die Dauer der Besetzungsverfahren keine Statistiken geführt werden, liegen hierzu keine konkreten Daten vor.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Tabelle 30: Durchschnittliche Dauer von Besetzungsverfahren an den kommunalen Gesundheitsämtern

Gesundheitsamt	Durchschnittliche Dauer in Monaten
Augsburg	4
Ingolstadt	4
Memmingen	4
München	4,48
Nürnberg	4

1.2.2 Wie lange verbleiben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter durchschnittlich in den Gesundheitsämtern (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Da über die Verbleibdauer der Mitarbeitenden mangels Rechtsgrundlage keine Statistiken geführt werden, liegen hierzu weder für die staatlichen noch für die kommunalen Gesundheitsämter Daten vor.

1.2.3 Welche Maßnahmen zu Personalentwicklung und Führungskräfteentwicklung sind für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den bayerischen Gesundheitsämtern derzeit vorgesehen (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln beantworten)?

Eine amtsbezogene Beantwortung der Frage ist nicht möglich, da auch die staatlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern dem Personalkörper des jeweiligen Landratsamtes bzw. der kreisfreien Stadt mit eigenem Gesundheitsamt angehören. Auf einzelne Personen bezogene Maßnahmen werden durch die jeweilige Dienststelle beantragt. Fortbildungsmittel für staatliches Personal stehen an den Regierungen zur Verfügung.

Allgemein ist die Aussage zu treffen, dass neben den Dienstposten der Amtsleitungen seit 2021 auch die Dienstposten der stellvertretenden Leitungen der staatlichen Gesundheitsämter als Funktionsdienstposten ausgestaltet sind. Damit werden nicht nur die Leitungen, sondern auch die stellvertretenden Leitungen der staatlichen Gesundheitsämter geschäftsbereichsweit ausgeschrieben. Darüber hinaus werden seitdem auch tarifbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte in den Kreis der potenziellen Bewerber einbezogen. Es haben alle an den staatlichen Gesundheitsämtern tätigen Ärztinnen und Ärzte die Möglichkeit, sich auf frei werdende Funktionsdienstposten zu bewerben.

und sich weiterzuentwickeln. Soweit im Falle einer positiven Berücksichtigung der Bewerbung noch keine abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für ÖGW vorliegt, wird die Teilnahme am sog. Amtsarztlehrgang ermöglicht.

Ebenso besteht Durchgängigkeit für Personal der nachgeordneten Behörden, sich auf Dienstposten in den Regierungen, im LGL oder in einem Staatsministerium zu bewerben.

Für den nichtärztlichen Bereich besteht für die Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie die Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure die Möglichkeit der modularen Qualifizierung.

Für die Personalentwicklung an kommunalen Gesundheitsämtern ist die Staatsregierung aufgrund des kommunalen Selbstverwaltungsrechts der kreisfreien Städte nicht zuständig.

1.2.4 Wie sichert die Staatsregierung Weiterbildungsmöglichkeiten für Amtsärztinnen und Amtsärzte, Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure, Fachkräfte für Sozialmedizin, Technische Assistentinnen und Assistenten, Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen sowie Verwaltungsfachkräfte und IT-Fachkräfte?

Obwohl die Fragestellung explizit nur auf eine Ausführung zu Weiterbildungsmöglichkeiten der vier großen Berufsgruppen des ÖGD und weiteren Personals abzielt, werden in die Beantwortung auch die Bereiche Aus- und Fortbildung einbezogen. Eine entsprechende Unterscheidung ist wichtig, da sich die inhaltliche Tiefe und Breite deutlich unterscheiden, die jeweiligen Maßnahmen unterschiedlich finanziert und ggf. durch verschiedene Institutionen angeboten werden.

Unter Ausbildung ist die erstmalige umfassende berufliche Qualifizierung zu verstehen, welche die Voraussetzung für die Einstellung bzw. Verbeamtung ist. Eine Fortbildung beschränkt sich auf eine konkrete Anforderung im Rahmen der aktuellen beruflichen Tätigkeiten, wohingegen die Weiterbildung dazu dient, zusätzliche Qualifikationen zu erwerben. Eine Weiterbildung ist meist umfassender, umfangreicher und zeitlich länger andauernd als eine Fortbildung.

Das LGL nimmt die Aufgaben einer zentralen Bildungseinrichtung für den Bereich Gesundheit im Geschäftsbereich des StMGP und den Bereich Lebensmittelsicherheit im Geschäftsbereich des Staatsministeriums für Umwelt und Verbraucherschutz (StMUV) wahr. Dabei übernimmt die Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (AGL) das Management der Aus-, Fort- und Weiterbildung des öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienstes und der Lebensmittelkontrolle in Bayern sowie die Weiterbildung in den Fachgebieten Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin.

Acht verschiedene Ausbildungslehrgänge nach den einschlägigen Qualifikationsverordnungen stehen regelmäßig auf dem Programm der AGL. Konkret für den Geschäftsbereich des StMGP sind dies die folgenden drei Lehrgänge:

- Lehrgang für Amtsärztinnen und Amtsärzte:
 - Durch eine Kooperation mit der LMU besteht zugleich die Möglichkeit, im Rahmen einer ergänzenden Weiterbildung auch den Master of Science (M. Sc.) in Public Health mit der Spezialisierung Health Administration und Management (HAM) zu erwerben.
 - Ebenfalls ist der Amtsarztlehrgang Teil der Facharztqualifikation ÖGW nach der WBO-ÖGW.

- Lehrgang für den Hygienekontrolldienst für zukünftige Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure
- Lehrgang für zukünftige Fachkräfte der Sozialmedizin (FdS)

Für neu eingestellte Sozialpädagoginnen und -pädagogen wird die Grundqualifizierung für die soziale Arbeit im ÖGD in Form einer Fortbildung angeboten.

Darüber hinaus stehen über 200 Fortbildungsveranstaltungen in unterschiedlichen Formaten (Präsenz, Online, Live-Online oder Blended Learning) für alle Berufsgruppen des ÖGD jährlich auf dem Programm; darunter auch Fachtagungen (z. B. die Jahrestagungen für Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure und für FdS). Hinzu kommen Kongresse (namentlich der ÖGD-Kongress sowie der Kongress Lebensmittelsicherheit und Tiergesundheit, die jeweils zweijährlich im Wechsel stattfinden).

Über eine Bedarfsabfrage bei allen beteiligten Berufsgruppen wird das Angebot an Fortbildungen jährlich an die Bedarfe angepasst und mit den entsprechenden Fachbehörden abgestimmt. Die AGL bietet zusätzlich interdisziplinäre Fortbildungen sowie Veranstaltungen an, die speziell nach den Bedürfnissen der Berufsgruppen des ÖGD ausgerichtet sind, wovon insbesondere auch Verwaltungs- und IT-Kräfte profitieren. Überfachliche Fortbildungsangebote bietet die AGL zu den Themenbereichen Barrierefreiheit, Führung, Kommunikation, Homeoffice, Gesundheitsmanagement, Arbeitstechniken und Selbstmanagement sowie zu allgemeinen EDV-Anwendungen an. Unter anderem stehen zu den genannten Themen mehr als 130 asynchrone E-Trainings zur Verfügung.

Zudem besteht die Möglichkeit der Teilnahme an ausgewählten weiteren fachlichen Fortbildungsmöglichkeiten anderer Bildungsinstitutionen. Speziell für Ärztinnen und Ärzte besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen des Curriculums Krankenhaushygiene z. B. bei der Bayerischen Landesärztekammer oder der Universitätsklinik Augsburg bzw. am Klinikum Nürnberg. Besonders an Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure richtet sich die Nordbayerische Trinkwassertagung, welche in Kooperation mit dem Berufsverband der Bayerischen Hygieneinspektoren angeboten und durchgeführt wird. Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie FdS im Bereich der FQA können an der Bayerischen Verwaltungsschule die Grundqualifizierung zum Auditor und weitere Vertiefungskurse absolvieren. Weitere externe Fortbildungsmöglichkeiten speziell für Sozialpädagoginnen und -pädagogen sind z. B. Grundqualifizierung zur Fachkraft für Suchtprävention durch die Landesarbeitsstelle Bayern der Aktion Jugendschutz (AJ) und Fortbildungen zu Themen rund um Abhängigkeitserkrankungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten der Bayerischen Akademie für Suchtfragen in Forschung und Praxis (BAS).

Durch die von der Staatsregierung in den Epl. 03 des StMI und Epl. 14 des StMGP zu Fortbildungszwecken des staatlichen Fachpersonals des ÖGD zur Verfügung gestellten Finanzmittel wird auch die vom StMGP fachlich befürwortete Teilnahme an unterschiedlichen Fachkongressen (Teilnahmegebühren und Reisekosten) finanziert, z. B.

- der Nürnberger-Erlanger Hygienetag des Vereins für Infektionsprävention, Hygiene im Gesundheitswesen,
- die Veranstaltung „Hygiene im Fadenkreuz“ der München Kliniken in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI),
- der Freiburger Infektiologie- und Hygienekongress des Deutschen Beratungszentrums für Hygiene,
- das Meningokokken-Symposium der Universität Würzburg,

- die Regensburger Tuberkulosestage des Universitätsklinikums Regensburg sowie
- das Ulmer Symposium Krankenhausinfektionen der Universität Ulm,

welche Ärztinnen und Ärzten, aber auch Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleuren bzw. entsprechend eingesetzten FdS freistehen. Zudem wird die Möglichkeit zur Teilnahme an Veranstaltungen der jeweiligen Berufsverbände großzügig gehandhabt. Die nachgeordneten Regierungen sind für die Erstattung der Reisekosten zuständig.

Zur Finanzierung der oben beschriebenen Fortbildungsmaßnahmen für das ÖGD-Personal wird jährlich vom StMGP im Haushaltsplan ein ausreichendes Budget zur Verfügung gestellt. Die Höhe der bereitgestellten Mittel richtet sich zum einen nach den Mittelanforderungen der Regierungen für die Ärztinnen und Ärzte der Regierungen, der Gesundheitsämter und des gerichtsärztlichen Dienstes, zum anderen nach den Forderungen der AGL für das gesamte ÖGD-Personal. Für das Jahr 2022 betrugen die bereitgestellten Mittel rund 473.000 Euro. Für das Jahr 2023 wurden die bereitgestellten Mittel um 317.000 Euro auf rund 790.000 Euro erhöht. Die starke Zunahme ist zum einem dem 2023 stattfindenden ÖGD-Kongress geschuldet, zum anderen können nach der Coronapandemie wieder vermehrt Präsenzveranstaltungen stattfinden und das ÖGD-Personal hat wieder freie Kapazitäten, um an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen zu können. Darüber hinaus kann die Staatsregierung im Bedarfsfall das seitens des StMI zur Verfügung stehende Budget für die Teilnahme an Fortbildungen der AGL des nichtärztlichen Personals noch ergänzen.

Für die Finanzierung der Fortbildungen des nichtärztlichen Personals ist das StMI verantwortlich, welches ebenfalls für die Fortbildung des Fachpersonals bis einschließlich der 3. QE der Veterinärverwaltung und der Lebensmittelüberwachung zuständig ist. Die Höhe der finanziellen Mittel kann, abhängig von der Haushaltsgesetzgebung, jährlich variieren. Im Jahr 2022 wurden ausschließlich für den ÖGD 300.000 Euro ausgewiesen. Hieraus wird den nachgeordneten Regierungen durch das StMI ein jährliches Fortbildungsbudget zur eigenständigen Bewirtschaftung zugewiesen. Dieses dient u. a. der Erstattung von Reisekosten für die Teilnahme an den beschriebenen Fachseminaren der AGL. Ab einer bestimmten Ausgabengrenze werden die erforderlichen Mittel für die Reisekosten aus dem Jahresfortbildungsprogramm der AGL durch das StMGP verstärkt. Des Weiteren wird aus diesem Budget ein Teil der Teilnehmer-, Referenten- und Sachkosten für Fortbildungen der AGL getragen.

Das StMI stellt ebenfalls finanzielle Mittel für Fortbildungen der Verwaltungs- und IT-Fachkräfte zur Verfügung und weist den nachgeordneten Regierungen aus dem entsprechenden Haushaltstitel ein jährliches Fortbildungsbudget zur eigenständigen Bewirtschaftung zu.

Die durch den ÖGD-Pakt ermöglichten umfangreichen zusätzlichen Einstellungsmöglichkeiten führen zu einem deutlich höheren Aus- und Weiterbildungsbedarf. Aus diesem Grund sieht der ÖGD-Pakt vor, dass die Bildungsinstitutionen für das ÖGW strukturell gestärkt werden. Die Länder haben sich im Rahmen des ÖGD-Paktes verpflichtet, eine adäquate personelle und sachliche Ausstattung der Bildungsinstitutionen für das ÖGW zu Beginn der Förderperiode aus dem Paktvolumen in Höhe von 35 Mio. Euro für fünf Jahre bereitzustellen, damit diese den vermehrten Bedarf für Aus- und Weiterbildung erfüllen können. Auf den Freistaat entfallen hiervon entsprechend der Umsatzsteuerverteilung nach dem Gesetz über den Finanzausgleich zwischen Bund und Ländern 5,53 Mio. Euro. Das StMGP hat sich mit dem 11. Umlaufbeschluss der 93. GMK verpflichtet, diesen Betrag zur Stärkung der Kapazitäten der AGL zu verwenden.

Die entsprechenden Finanzmittel aus dem ÖGD-Pakt zur Stärkung der Aus- und Weiterbildungskapazitäten der AGL werden auf zweierlei Wegen eingesetzt:

- Erstens werden die deutlichen Sachaufwandsmehrungen der AGL im Zusammenhang mit den gestiegenen Einstellungen im Rahmen des ÖGD-Paktes und den damit einhergehenden höheren Ausbildungsbedarfen gedeckt. Die bislang nur zweijährlich durchgeführten Lehrgänge für den Hygienekontrolldienst sowie für FdS finden nunmehr jährlich statt. Diese beiden Lehrgänge sowie der Lehrgang für Amtsärztinnen und Amtsärzte wurden zudem in wesentlichen Teilen auf ein Onlineformat umgestellt. Durch die Umstellung wird nicht nur die Attraktivität der Lehrgänge im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie deutlich verbessert, sondern gleichzeitig die Anzahl der möglichen Teilnehmenden jeweils etwa um das 2,5-Fache erhöht.
- Zweitens wurden der AGL entsprechend des mit dem StMGP abgestimmten Personalkonzeptes befristete Einstellungsmöglichkeiten zur temporären personellen Verstärkung zur Verfügung gestellt. In das Tätigkeitsfeld der zusätzlichen Akademiereferenten fällt im Wesentlichen die Überarbeitung der Lehrgangskonzeptionen, die Fortführung der Digitalisierung, der Lehrgangsinhalte sowie die Anpassung des Lehrgangs für Amtsärztinnen und Amtsärzte auf Grundlage des mit Unterstützung Bayerns erarbeiteten bundeseinheitlichen Curriculums. Letzteres soll neben einer flexibleren Belegung einzelner Module zudem die nur anteilige Teilnahme von Ärztinnen und Ärzten, welche nicht mehr zur Verbeamtung anstehen, zu Fortbildungszwecken ermöglichen.

1.2.5 Wie viele Personen haben in den vergangenen zehn Jahren den Amtsarztlehrgang erfolgreich abgeschlossen und die Amtsarztprüfung bestanden (bitte nach den Bundesländern aufschlüsseln, in denen die Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Staatsregierung beschäftigt sind)?

In den letzten zehn Jahren haben insgesamt 293 Personen den bayerischen Amtsarztlehrgang erfolgreich absolviert. Die Absolventen kamen überwiegend aus Bayern, jedoch auch aus Baden-Württemberg (17 Absolventen), dem Saarland (3 Absolventen), Sachsen-Anhalt (1 Absolvent), Rheinland-Pfalz (4 Absolventen), Thüringen (2 Absolventen) und Berlin (1 Absolvent). Darüber hinaus nahmen regelmäßig Angehörige der Bundeswehr am Lehrgang teil. In den letzten zehn Jahren waren es 15 Absolventen.

In welchen Bundesländern die Ärztinnen und Ärzte derzeit beschäftigt sind, ist für die Staatsregierung nicht nachvollziehbar. Die Teilnehmenden werden für den Amtsarztlehrgang durch die jeweiligen Beschäftigungsbehörden entsandt und kehren dorthin zurück. Eine Erfassung von Daten über den weiteren Werdegang der Teilnehmenden ist nicht vorgesehen.

1.2.6 Wie hat sich die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in den Lehrgängen für Amtsärztinnen bzw. Amtsärzte, Hygienekontrolleurinnen bzw. -kontrolleure sowie Fachkräfte für Sozialmedizin der Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (AGL) in den letzten zehn Jahren entwickelt (bitte nach den Bundesländern aufschlüsseln, in denen die Ärztinnen und Ärzte nach Kenntnis der Staatsregierung beschäftigt sind)?

In allen drei Lehrgängen konnte insbesondere durch umfangreiche Umstellung auf hybride Unterrichtsformen die Lehrgangskapazität entsprechend den steigenden Ein-

stellungsmöglichkeiten im Rahmen des ÖGD-Paktes seit 2021/2022 deutlich erhöht werden (siehe Tabelle 31).

Tabelle 31: Lehrgang für Amtsärztinnen und Amtsärzte

Bundesländer	2013/2014	2014/2015	2015/2016	2016/2017	2017/2018	2018/2019	2019/2020	2020/2021	2021/2022	2022/2023
Bayern	17	15	18	29	34	25	20		55	58
Baden-Württemberg	7	2	1		1	1			3	2
Saarland									1	2
Sachsen-Anhalt					1					
Rheinland-Pfalz		2	2							
Thüringen									1	1
Berlin		1								
Bundeswehr	1	1	2	1		1	2		6	1
Teilnehmer Gesamt	25	21	23	30	36	27	22	0*	66	64
Absolventen	25	21	23	30	36	26	22	0*	50**	60**

* 2020/2021 wurde der Lehrgang pandemiebedingt storniert.

** Nur die Vollzeitteilnehmenden haben 2022 den Lehrgang abgeschlossen.

Der Amtsarztlehrgang 2020/2021 konnte pandemiebedingt nicht durchgeführt werden. Die angemeldeten Teilnehmer des geplanten Amtsarztlehrgangs 2020/2021 wurden, soweit noch Interesse bestand, im Folgelehrgang 2021/2022 mit seitdem erheblich erhöhter Kapazität aufgenommen.

Im Amtsarztlehrgang verdoppelte sich die Zahl der Teilnehmenden ab dem Jahr 2021/2022 im Vergleich zu den bisherigen Spitzenjahren 2016 bis 2018 und somit auch die der Absolventinnen und Absolventen. Im Vergleich zu den anderen Vorjahren ergibt sich eine noch viel höhere Steigerung.

In den beiden Lehrgängen Hygienekontrolldienst und FdS vervierfachte sich die jährliche Zahl der Kursteilnehmenden sowie der Absolventinnen und Absolventen.

Diese Lehrgänge fanden vor Beginn der Pandemie vorwiegend im zweijährigen Turnus (mit durchschnittlich 20 bis 30 Teilnehmern) statt; seit 2020 finden sie aufgrund des hohen Bedarfs an Ausbildungsplätzen im jährlichen Turnus mit jeweils 50 bis 60 Teilnehmenden statt. Die überwiegende Anzahl der Absolventinnen und Absolventen kam aus Bayern.

Der Staatsregierung ist nicht bekannt, in welchen Bundesländern derzeit die Absolventinnen und Absolventen beschäftigt sind. Diesbezüglich ergibt sich keine Änderung zur Beantwortung der Frage 1.2.5.

1.2.7 Nach welchen Kriterien werden von den Bezirksregierungen die anrechenbaren Vordienstzeiten bei Neueinstellungen in den ÖGD berücksichtigt?

Die Anrechnung richtet sich nach Art. 31 Abs. 2 Bayerisches Besoldungsgesetz (BayBesG) bzw. § 16 TV-L oder § 16 TVöD.

1.2.8 Wie oft, für welche Stellen und in welcher Höhe wurde bislang der Gesundheitsdienstzuschlag gemäß Art. 60b Bayerisches Besoldungsgesetz (BayBesG) gewährt?

Bei dem Gesundheitsdienstzuschlag gemäß Art. 60b BayBesG handelt es sich um einen Personalgewinnungszuschlag im Beamtenbereich. Die Einstellung von Nachwuchskräften im ÖGD, bei denen eine Verbeamtung vorgesehen ist, erfolgt aber regelmäßig in einem Beschäftigungsverhältnis, aus dem heraus sie üblicherweise nach Abschluss einer Aus- bzw. Weiterbildung in das Beamtenverhältnis übernommen werden. Dementsprechend wird die Zahlung einer sog. außertariflichen Fachkräftezulage deutlich häufiger in Betracht kommen als die Zahlung des Gesundheitsdienstzuschlags.

Bislang erhalten insgesamt fünf Ärztinnen und Ärzte an den Gesundheitsämtern einen Gesundheitsdienstzuschlag. Darüber hinaus erhalten vier Ärztinnen und Ärzte bei den gerichtsärztlichen Diensten an den drei OLG-Bezirken und eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter am LGL den Gesundheitsdienstzuschlag. Im Bereich des nicht-ärztlichen Fachpersonals des ÖGD wurde bislang in keinem Fall ein Gesundheitsdienstzuschlag gewährt.

Der Zuschlag kann bis zu einer Höhe von 500 Euro monatlich gewährt werden. Im Regelfall wird der Zuschlag bei vollzeitbeschäftigten Beamtinnen und Beamten in dieser Höhe gewährt, bei teilzeitbeschäftigten entsprechend des Verhältnisses der individuellen Arbeitszeit zur vollen regelmäßigen Arbeitszeit.

1.3 Digitalisierung

Einführung

Bereits vor Beginn der Fördermaßnahmen des Bundes im Rahmen des ÖGD-Paktes konnte Bayern im Bereich der Digitalisierung des ÖGD wesentliche Fortschritte erzielen, welche sich insbesondere aus der pandemischen Herausforderung der Jahre 2020 bis 2022 ergeben haben. Zu nennen ist in diesem Zusammenhang insbesondere schon im Jahr 2020 die Bereitstellung von BaySIM als Instrument einer umfangreichen Fall- und Kontaktpersonennachverfolgung. Zudem bestanden bereits vor Ausbruch der Pandemie zahlreiche digitale Fachanwendungen im Bereich des ÖGD, welche von den bayerischen Gesundheitsämtern umfangreich genutzt wurden und werden und deren Funktionsumfang während der Pandemie stetig gesteigert werden konnte. Die Gesundheitsämter hatten bereits präpandemisch die infektionsschutzrechtlichen Meldungen an die Landesmeldestelle auf digitalem Wege zugeleitet. Auf diesen Grundlagen wurde rasch eine effektive und effiziente Kontaktpersonennachverfolgung ermöglicht. Damit waren die bayerischen Gesundheitsämter auch im Ländervergleich gut mit digitalen Anwendungen aufgestellt. Dies zeigt sich im Folgenden in der Systematik des Reifegradmodells, hierzu wird auch auf die Antwort zu Frage 1.3.11 verwiesen.

Bund und Länder haben im ÖGD-Pakt das Ziel formuliert, den ÖGD insgesamt und besonders im Hinblick auf den Infektionsschutz zu stärken und zu modernisieren. Die unterschiedlichen Institutionen des ÖGD sollen darin unterstützt werden, künftig gesundheitlichen Problemlagen wie beispielsweise Pandemien effizienter entgegenzutreten zu können. In diesem Rahmen soll auch die Digitalisierung des ÖGD gefördert werden. Innerhalb des ÖGD-Paktes werden insgesamt 800 Mio. Euro für die Digitalisierung des ÖGD bereitgestellt. Hiervon sind 180 Mio. Euro für zentrale Dienste des Bundes reserviert. Weitere Mittel wurden seitens des Bundes als Finanzhilfen bereitgestellt, während der Großteil in Höhe von 555 Mio. Euro im Rahmen eines Förderprogramms zur Steigerung der digitalen Reife des ÖGD als Projektmittel ausgereicht

wird. Bei der Verteilung der Mittel unter den Ländern konnte Bayern durchsetzen, dass als Verteilungskriterium u. a. die Anzahl der Gesundheitsämter herangezogen wurde, sodass der Anteil Bayerns an den Fördermitteln im Ergebnis höher ausfällt als nach dem sog. Königsteiner Schlüssel. Bislang hat der Bund zwei Förderaufrufe (2022 und 2023) veröffentlicht, ein weiterer Förderaufruf ist für 2024 geplant. Der Digitalisierungsgrad der Einrichtungen des ÖGD und dessen Weiterentwicklung innerhalb der Laufzeit 2021–2026 soll gemäß dem ÖGD-Pakt anhand eines Reifegradmodells zur Digitalisierung auf Basis einer Selbsteinstufung der Gesundheitsämter dargestellt werden. Damit soll das Reifegradmodell nicht primär als Instrument für eine statische Darstellung des Ist-Zustands, sondern als Maßstab für die durch die Förderung angestrebten und erreichten Digitalisierungsziele im Förderzeitraum dienen. Das Reifegradmodell wurde innerhalb des Forschungsprojektes „Reifegradmodell für die Unterstützung des „Pakts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ReDiGe)“ unter Beteiligung des Fraunhofer-Instituts für Angewandte Informationstechnik, der Technischen Universität Dresden und der Freien Universität Berlin entwickelt. Die Einstufung in das Reifegradmodell erfolgt dabei ausschließlich auf Basis einer Selbsteinschätzung der Gesundheitsbehörden anhand eines umfassenden Kriterienkatalogs. Der digitale Reifegrad wird dabei in acht Dimensionen gemessen, die wiederum in Subdimensionen unterteilt sind. Innerhalb dieser Dimensionen und Subdimensionen kann jeweils eine von fünf Stufen (Stufen 0 bis 4) erreicht werden. Sobald 80 Prozent der Kriterien einer Stufe mit „trifft zu“ gekennzeichnet werden können, gilt die betreffende Stufe als erreicht. Werden weniger als 80 Prozent der Kriterien einer Stufe erfüllt, gilt die gesamte Stufe als nicht erreicht. Dies gilt für Stufe 0 und alle nachfolgenden Stufen gleichermaßen. Werden also z. B. 75 Prozent der Kriterien einer Stufe erfüllt, genügt dies dennoch nicht, die betreffende Stufe als „erreicht“ zu bezeichnen. Dabei bedeutet ein Reifegrad der Stufe 0 (oder auch ein Nichterreichen von Stufe 0) nicht, dass keine digitalen Anwendungen genutzt werden. So setzt das Erreichen der Stufe 0 bereits die parallele Erfüllung von verschiedenen relevanten Kriterien voraus. So ist etwa in der Dimension „Digitalisierungsstrategie“ Stufe 0 hinterlegt mit dem Item „Eine Digitalisierungsstrategie liegt für das Gesundheitsamt vor oder ist mindestens in Planung“. In der Dimension „Mitarbeitende“ finden sich auf Stufe 0 die Kriterien „Es existieren einzelne Schulungen zu Kommunikation und Zusammenarbeit, Office-Anwendungen (z. B. Word, Outlook), Fachanwendungen, IT-Sicherheit und zum Datenschutz“. In der Dimension „IT-Bereitstellung“ wird Stufe 0 beschrieben mit der Zurverfügungstellung notwendiger Hardware und der Ausstattung eines jeden Arbeitsplatzes mit LAN- oder WLAN-Verbindung. Hingegen führt zum Beispiel eine vorhandene Anbindung an DEMIS, welche bei den Gesundheitsämtern flächendeckend gegeben ist, nicht allein zu einer Einstufung innerhalb des Reifegradmodells. Analog gilt dies für den Einsatz von Fachanwendungen, die ebenso in sämtlichen Gesundheitsämtern bereits zum Einsatz kommen (siehe Tabelle 41), wobei die Kriterien zur Erreichung der Stufe 0 in der Dimension „Software, Daten, Interoperabilität“ dadurch alleine noch nicht hinreichend erfüllt sind.

Aus diesen Beispielen wird ersichtlich, dass das seitens des Bundes zu Förderzwecken bereitgestellte Reifegradmodell nicht geeignet ist, den tatsächlichen Digitalisierungsstand einzelner Behörden vollumfänglich abzubilden, sondern sich auf Teilbereiche konzentriert und in diesem Zusammenhang insbesondere Stufe 0 des Reifegradmodells bereits eine Reihe von bestehenden Digitalisierungsmaßnahmen umfasst. Hintergrund des Reifegradmodells im Rahmen des Förderprogramms des Bundes ist, den Projektfortschritt innerhalb einzelner Förderprojekte skalierbar und messbar zu machen, weshalb es sich beim Reifegradmodell um ein theoretisches Konstrukt zur Projektbegleitung handelt. Aufgrund der hohen Komplexität des von Hochschulen entwickelten Reifegradmodells kann diesem nur eine begrenzte Aussagekraft für andere Zwecke bescheinigt werden. Damit geht die Gefahr einer Fehlinterpretation des

Reifegradmodells einher, dass Stufe 0 des Modells gleichzusetzen sei mit noch nicht vorhandenen Digitalisierungsmaßnahmen.

Unbeschadet dieser grundlegenden Ausgangslage wurden für die bayerischen Gesundheitsämter im Rahmen der Selbsteinschätzung in verschiedenen Subdimensionen im Median höhere Reifegradstufen als Stufe 1 ermittelt, was im Ländervergleich die Einstufung vieler Länder übertrifft.

Eine Reifegradstufe einer Subdimension gilt als erreicht, wenn mindestens 80 Prozent der Kriterien der betreffenden Subdimension erfüllt sind; analog gilt eine Dimensionsstufe als erreicht, wenn 80 Prozent der Kriterien der Dimension erfüllt sind. Das Erreichen einer Dimensionsstufe ist nicht an das Erreichen einer Subdimensionsstufe gebunden. Eine dimensionenübergreifende Gesamteinstufung der digitalen Reife einer Gesundheitsbehörde erfolgt nicht.

Mit der Förderung soll erreicht werden, dass sich der digitale Reifegrad der geförderten Einrichtungen, ausgehend von dem individuellen Basiswert, verbessert. Bis zum Ende der Laufzeit des Paktes wird angestrebt, dass die Antragstellenden in allen Dimensionen einen Reifegrad mindestens der Stufe 3 erreichen. Im Rahmen des Förderprogramms gilt die Zielerreichung als erfolgreich, wenn in mindestens drei Dimensionen eine Verbesserung um zwei Stufen erreicht worden ist. Sofern die Dimensionsstufe 0 in der Ausgangserhebung nicht erreicht wurde, entspricht eine Verbesserung um zwei Stufen somit einem Erreichen der Stufe 1 des Reifegradmodells.

Das Reifegradmodell ist so gestaltet, dass nahezu alle Gesundheitsämter zum ersten Förderaufruf (Bestandsaufnahme vor Beginn der Maßnahmen ab 01.10.2022) im Rahmen der Projektförderung in den verschiedenen Dimensionen noch ausreichend Steigerungspotenzial um – mindestens – zwei Stufen haben. Dies ist gegeben, wenn bei einer Einordnung in das Reifegradmodell höchstens Stufe 2 erreicht wird, da das Gesundheitsamt bei Einstufung in eine höhere Stufe keine Steigerung um zwei Stufen mehr erreichen kann.

Gemäß dem Förderleitfaden des BMG zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland haben Einrichtungen des ÖGD im Rahmen der Fördermaßnahme jährlich zum Erhebungsstichtag 31.12. eine Selbsteinschätzung anhand des Reifegradmodells durchzuführen und das Ergebnis spätestens bis zum 31.01. des Folgejahres anhand eines durch den Projektträger bereitgestellten Online-Tools an diesen zu übermitteln. Aktuelle aussagekräftige Reifegradeinstufungen der bayerischen Gesundheitsämter liegen mithin frühestens Ende Januar 2024 vor. Die Ergebnisse der initialen Selbsteinstufung der Gesundheitsämter im Reifegradmodell (sog. erste Erhebungswelle zum Stichtag 31.12.2021) werden hingegen aufgrund der o.g. förderrechtlichen Rahmenbedingungen sowie insbesondere auch vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich stattgefundenen Digitalisierungsmaßnahmen innerhalb der verschiedenen Förderprojekte nicht mehr als aussagekräftig erachtet, um den Digitalisierungsstand in den Gesundheitsämtern vollumfänglich abzubilden. Weiterführende Informationen über die Ergebnisse der ersten Erhebungswelle können allerdings im entsprechenden Bericht des mit der Auswertung befassten Konsortiums abgerufen werden.¹

¹ Vgl. Bericht zu den Ergebnissen der ersten Erhebungswelle zur Erfassung der digitalen Reife der deutschen Gesundheitsämter und anderer Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes (https://gesundheitsamt-2025.de/fileadmin/Reifegradmodell/Erster_Zwischenbericht_EvalDiGe_bf.pdf).

Die bayerischen Gesundheitsämter haben rechtzeitig, im Bundesvergleich rasch und umfassend die Aufgabe erfüllt, ihren digitalen Reifegrad zu bestimmen und zu dokumentieren. Alle bayerischen Gesundheitsämter haben sich an der Ausgangserhebung des digitalen Reifegrads des Projektträgers beteiligt.

Grundsätzlich ist zusammenfassend anzumerken, dass selbst eine niedrige Dimensionseinstufung eines Gesundheitsamtes oder auch ein Verfehlen der Stufe 0 nicht bedeutet, dass in dem entsprechenden Gesundheitsamt bislang keinerlei Digitalisierungsmaßnahmen ergriffen wurden. Dies spiegelt sich u. a. in der Tatsache wider, dass im Reifegradmodell explizit auch Subdimensionsstufen ausgewiesen werden, die besonders für das Projektmanagement und das Fortschritts-Monitoring relevant sind. Hierbei wird auch auf die Antwort zu Frage 1.3.11 verwiesen.

1.3.1 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe² für ihre Digitalisierungsstrategie (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Das in der Frage angesprochene Projektmodell ReDiGe betrifft das „Reifegradmodell für die Umsetzung des Förderprogrammes Digitalisierung im Rahmen des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst“. Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor. Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen.

Das StMGp hat im Dezember 2022 – als erstes Bundesland – den Gesundheitsämtern eine Rahmenstrategie (Landesmaßnahme „Rahmenstrategie für die Digitalisierung des ÖGD“) zur Verfügung gestellt. Anhand dieser können die Gesundheitsämter eine an die jeweils lokalen Gegebenheiten angepasste Digitalisierungsstrategie entwickeln, die sämtliche Subdimensionen der Dimension Digitalisierungsstrategie adressiert und damit dem Zielbild „Digitales Gesundheitsamt 2025“ gerecht wird.

1.3.2 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für den Einbezug, die Sensibilisierung sowie den Aufbau von Wissen und Kompetenzen der Mitarbeitenden (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen. Die Rahmenstrategie für die Gesundheitsämter enthält einen Leitfadens, um auch in diesem Bereich eine Stufenerhöhung zu erzielen.

2 Projektvorhaben „Reifegradmodell für die Umsetzung des Förderprogrammes Digitalisierung im Rahmen des Pakts für den öffentlichen Gesundheitsdienst“

1.3.3 Welche Weiterbildungen für Softwarepakete werden in den bayerischen Gesundheitsämtern regelmäßig angeboten (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zu den angebotenen Weiterbildungen für Softwarepakete bei den Gesundheitsämtern. Die Angaben beruhen auf einer dahin gehenden Abfrage bei den Gesundheitsämtern mit Stichtag (Verwendungsstand) 01.10.2022.

Dabei zeigt sich, dass die Gesundheitsämter regelmäßig mindestens Weiterbildungen aus einem der drei Bereiche „Weiterbildungen zu Office-Standardsoftware“, „Weiterbildungen zu Fachanwendungen“ und „sonstige Weiterbildungen“ anbieten, darunter acht Gesundheitsämter, die Weiterbildungen in allen drei Bereichen anbieten, und 23 Gesundheitsämter, die nicht regelmäßig entsprechende Weiterbildungen für Softwarepakete anbieten.

Tabelle 32: Übersicht über die Gesundheitsämter unter Angabe der Softwarepakete der regelmäßig angebotenen Weiterbildungen

Gesundheitsamt	Softwarepakete			
	Weiterbildungen zu Office-Standardsoftware	Weiterbildungen zu Fachanwendungen	Keine Weiterbildungen	Sonstige Weiterbildungen (z. B. digitale Aktenführung/ Dokumentenmanagement, Arbeitsschutzunterweisung)
Oberbayern				
Altötting	X	X		
Bad Tölz-Wolfratshausen			X	
Berchtesgadener Land		X		X
Dachau	X	X		X
Ebersberg	X			
Eichstätt			X	
Erding			X	
Freising		X		
Fürstenfeldbruck		X		
Garmisch-Partenkirchen		X		
Ingolstadt	X	X		X
Landsberg a. Lech	X	X		
Miesbach			X	
Mühldorf a. Inn	X	X		X
München (Lkr.)	X	X		X
München (Stadt)	X	X		
Neuburg-Schrobenhausen			X	
Pfaffenhofen a. d. Ilm			X	
Rosenheim	X			

Gesundheitsamt	Softwarepakete			
	Weiterbildungen zu Office-Standard-software	Weiterbildungen zu Fach-anwendungen	Keine Weiter-bildungen	Sonstige Weiter-bildungen (z. B. digitale Aktenführung/ Dokumenten-management, Arbeitsschutz-unterweisung)
Starnberg		X		
Traunstein	X	X		X
Weilheim-Schongau	X	X		
Niederbayern				
Deggendorf			X	
Dingolfing	X	X		
Freyung-Grafenau			X	
Kelheim	X	X		
Landshut			X	
Passau	X			
Regen	X	X		X
Rottal-Inn	X			
Straubing-Bogen		X		
Oberpfalz				
Amberg-Weizsach	X	X		X
Cham	X	X		
Neumarkt			X	
Neustadt a. d. Waldnaab	X	X		
Regensburg	X	X		
Schwandorf	X	X		
Tirschenreuth			X	
Oberfranken				
Bamberg		X		
Bayreuth			X	
Coburg	X	X		
Forchheim	X	X		
Hof			X	
Kronach			X	
Kulmbach	X	X		
Lichtenfels			X	
Wunsiedel				X
Mittelfranken				
Ansbach	X	X		X
Erlangen-Höchststadt	X	X		
Fürth	X	X		
Neustadt a. d. Aisch			X	
Nürnberg Stadt	X	X		
Nürnberger Land			X	

Gesundheitsamt	Softwarepakete			
	Weiterbildungen zu Office-Standard-software	Weiterbildungen zu Fach-anwendungen	Keine Weiter-bildungen	Sonstige Weiter-bildungen (z. B. digitale Aktenführung/ Dokumenten-management, Arbeitsschutz-unterweisung)
Roth			X	
Weißenburg-Gunzenhausen	X	X		
Unterfranken				
Aschaffenburg	X	X		
Bad Kissingen			X	
Haßberge		X		
Kitzingen		X		
Main-Spessart	X			
Miltenberg	X	X		
Rhön-Grabfeld	X			
Schweinfurt	X			X
Würzburg				X
Schwaben				
Aichach-Friedberg			X	
Augsburg (Lkr.)		X		
Augsburg (Stadt)	X	X		
Dillingen			X	
Donau-Ries	X	X		
Günzburg	X	X		
Lindau	X			
Memmingen			X	
Neu-Ulm	X			X
Oberallgäu	X	X		
Ostallgäu	X			
Unterallgäu			X	
Summe	41	41	23	13

1.3.4 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für IT-Prozesse (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor. Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen.

Zahlreiche Gesundheitsämter nutzen die Möglichkeit, im Rahmen des Förderprogramms zur Steigerung der digitalen Reife die ÖGD-Prozesse zu erheben und deren Anpassung bei der weiteren digitalen Transformation mit zu berücksichtigen. Dieses Vorgehen

wird durch eine koordinierte Landesmaßnahme des LGL („Empfehlungen für effiziente digitale Prozesse“) ergänzt.

1.3.5 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die IT-Sicherheit (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen. Im Rahmen des Förderprogramms zur Steigerung der digitalen Reife des ÖGD sind Maßnahmen im Bereich der IT-Sicherheit als notwendige Voraussetzung für die Förderfähigkeit vorgegeben, sodass mit allen bewilligten Anträgen eine Steigerung in diesem Bereich erzielt werden kann.

1.3.6 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die IT-Bereitstellung (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreichen Ausführungen in der Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen.

1.3.7 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für die Interaktion mit Bürgerinnen und Bürgern (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen. Durch die koordinierte Landesmaßnahme ÖGD-Bürgerportal soll ein einheitlicher Kommunikationskanal zwischen Bürgerinnen und Bürgern, aber auch von Einrichtungen und Unternehmen mit dem ÖGD etabliert werden.

1.3.8 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für Zusammenarbeit (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen.

1.3.9 Wie viele Gesundheitsämter in Bayern entsprechen jeweils den Reifegradstufen 0 bis 4 des Projektes ReDiGe für Software, Daten und Interoperabilität (bitte auch für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Zum Verständnis und zur Einordnung der Reifegradstufen wird im Übrigen auf die umfangreiche Vorbemerkung zu Frage 1.3 verwiesen. Für die Einstufung eines Gesundheitsamtes in dieser Dimension sind die Subdimensionen „Fachanwendungen“, „Technische Interoperabilität“, „Datenanalyse, Berichterstattung“, „Anforderungen und Dokumentation“ und „Datenschutz“ zu berücksichtigen. Vor dem Hintergrund dieser komplexen Kriterien gewährleistet auch die Implementierung einer Fachanwendung wie SORMAS oder DEMIS nicht automatisch eine Einstufung in einer höheren Stufe des Reifegradmodells, da die Implementierung von Fachanwendungen allein nicht Gegenstand des Kriterienkatalogs ist und darüber hinaus auch Fachanwendungen außerhalb des Infektionsschutzes bei einer Gesamtbetrachtung entsprechend des Kriterienkatalogs betroffen sind. Durch die Durchführung der eigenen Modellprojekte sowie durch die koordinierten ELFA-Maßnahmen (Trinkwasserfachanwendung, SHAPTH, Interoperabilität) und Landesmaßnahmen (u. a. SORMAS, Digitale Ereignismeldungen) sollen interoperable und einheitliche Datenbanken und Fachanwendungen eingeführt und die digitale Reife in den entsprechenden Dimensionen gesteigert werden.

1.3.10 Welche Schnittstellen bei der Datenübermittlung sind für den ÖGD in Bayern relevant und welche Kenntnisse hat die Staatsregierung zur Interoperabilität dieser Schnittstellen?

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die für den ÖGD relevanten Schnittstellen sowie die Kenntnisse zur Interoperabilität dieser Schnittstellen. Die Angaben beruhen insbesondere auf einer Abfrage bei den Gesundheitsämtern auf Basis einer Selbsteinschätzung der Gesundheitsämter.

Tabelle 33: Für den ÖGD relevante Schnittstellen bei der Datenübermittlung

Für den ÖGD relevante Schnittstellen bei der Datenübermittlung	Erläuterung	Kenntnisse zur Interoperabilität
DEMIS	Das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) ist ein Instrument zur Unterstützung der epidemiologischen Überwachung (Surveillance) nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.
SEBAM	Die Datenformat SEBAM unterstützt das Erfassen der Mess- und Untersuchungsergebnisse im Trinkwasserbereich.	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.
SORMAS zu SORMAS	Die Schnittstelle ermöglicht die Fallübergabe zwischen zwei SORMAS-nutzenden Gesundheitsämtern.	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.

Für den ÖGD relevante Schnittstellen bei der Datenübermittlung	Erläuterung	Kenntnisse zur Interoperabilität
SORMAS zu SurvNet (über RKI-Webservice)	Die Schnittstelle ermöglicht die Datenübergabe von einer SORMAS-Instanz in eine SurvNet-Instanz.	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.
RKI-Webservice	Der Webservice des RKI dient der Weiterleitung meldepflichtiger Infektionsdaten gemäß IfSG zwischen den verschiedenen Anwendungen.	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.
HUM-Auto	Mit der Anwendung ist eine Übermittlung von Untersuchungsaufträgen von Gesundheitsämtern und Justizvollzugsanstalten (JVA) in Bezug auf Infektionskrankheiten an das Labor im LGL möglich.	Die Interoperabilität ist mehrheitlich gegeben.
Fachanwendung zu Dokumentenmanagementsystem (DMS)	Hierbei handelt es sich um verschiedene Systeme zur datenbankgestützten Verwaltung elektronischer Dokumente.	Die Interoperabilität ist teilweise gegeben, da nicht zu jedem im Einsatz befindlichen DMS eine Schnittstelle zur Fachanwendung zur Verfügung steht.
Daten der Schuleingangsuntersuchung (an LGL)	-	Die Interoperabilität ist über Import-Export gegeben (Übermittlung im csv-Format).

1.3.11 Wie weit sind die Arbeiten gemäß dem Konzept „Digitales Gesundheitsamt 2025“ des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in den bayerischen Gesundheitsämtern vorangeschritten und wie beurteilt die Staatsregierung die digitale Reife der Gesundheitsämter in Bayern?

Das Konzept „Digitales Gesundheitsamt 2025“ beschreibt die Inhalte, welche sich im Reifegradmodell in den einzelnen Dimensionen und Subdimensionen wiederfinden. Die digitale Reife, wie auch der Fortschritt in Bezug auf das Konzept, gehen somit gemeinsam einher.

Alle bayerischen Gesundheitsämter haben sich initial anhand des Reifegradmodells selbst eingestuft und damit ihre Bereitschaft zur Steigerung ihrer digitalen Reife bekundet. Damit einher ging die im Bundesvergleich höchste Zahl an Förderanträgen für digitale Modellprojekte im Rahmen des ÖGD-Paktes. Sofern ein entsprechender Modellprojektantrag bewilligt wurde, sind die Maßnahmen selbstständig durch die Gesundheitsämter umzusetzen. Die Maßnahmen beginnen mit der Bereitstellung der Fördergelder, die seit 30.11.2022 bei positivem Bescheid zur Verfügung gestellt werden.

Es obliegt den Gesundheitsämtern selbst, die Steigerung in einer Dimension als Ziel zu definieren. Die angestrebte Steigerung ist in den aktuellen Reifegradeinordnungen nicht ersichtlich. Zentrale Vorgaben der Staatsregierung wären an dieser Stelle nicht sachdienlich, da die Gesundheitsämter unterschiedliche Vorarbeiten und Ausgangssituationen vorweisen und sich daher auch die Schwerpunkte der Digitalisierungsprojekte der Gesundheitsämter voneinander unterscheiden können.

Während für die Förderung durch den ÖGD-Pakt insbesondere die Dimensionen des Reifegradmodells relevant sind, zeigen sich Status quo und Steigerung der digitalen

Reife vor allem in den ebenfalls ausgewiesenen Subdimensionen. Dies spiegelt sich unter anderem darin wieder, dass im Ländervergleich im Mittel kaum höhere Werte als Stufe 0 in den jeweiligen Dimensionen erreicht wurden.³ Demgegenüber wurden in Bayern in diversen Subdimensionen im Median höhere Reifegradstufen als Stufe 1 ermittelt. Dies betrifft Schlüsselbereiche wie die Ausstattung des IT-Arbeitsplatzes, die Organisation der IT-Beschaffung, die Zusammenarbeit mit externen Stakeholdern (z. B. Labore, RKI etc.), die Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern oder die Sensibilisierung der Mitarbeitenden für Sinn und Zweck der digitalen Transformation und der damit verbundenen Möglichkeiten. So wird an dieser Stelle etwa deutlich, dass sämtliche Gesundheitsämter in Bayern an das bundesweite DEMIS angebunden sind oder bereits in verschiedenen Bereichen digitale Kommunikationswege im Kontakt mit Bürgerinnen und Bürgern (Austausch per E-Mail, Onlineterminvergabe, Chat-Bots etc.) an den jeweiligen Gesundheitsämtern etabliert sind.

Zusammenfassend kristallisiert sich heraus, dass bei dem Großteil der Gesundheitsämter in allen Dimensionen, bis auf die Prozessdigitalisierung, eine Basis vorhanden ist, auf welcher in den kommenden zwei Jahren aufgebaut werden kann und eine Steigerung gemäß den Förderrichtlinien zu erwarten ist. Vor diesem Hintergrund kann die digitale Reife der bayerischen Gesundheitsämter – insbesondere im Ländervergleich – in Teilbereichen (IT-Ausstattung der Arbeitsplätze, flächendeckende Anbindung an DEMIS) bereits als sehr gut fortgeschritten bezeichnet werden. In anderen Bereichen sind weitere Fortschritte erforderlich, aber durch die Teilnahme am Förderprogramm des Bundes wird angestrebt, die digitale Reife der bayerischen Gesundheitsämter dann über alle Dimensionen des zugrunde liegenden Reifegradmodells zu steigern. Aktuelle aussagekräftige Daten zu den Reifegradstufen der Gesundheitsämter auf Grundlage von deren Selbsteinstufung liegen frühestens Ende Januar 2024 vor.

Auch über das Förderprogramm des Bundes hinaus wird die Staatsregierung die Gesundheitsämter auf ihrem Weg der digitalen Transformation unterstützend begleiten, etwa im Hinblick auf den Anschluss der bayerischen Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur.

1.3.12 Wie unterstützt die Staatsregierung die Digitalisierung der Gesundheitsämter in Bayern?

Die Staatsregierung hat in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen ergriffen, um die Digitalisierung des ÖGD zu fördern. Organisatorisch können die Einrichtung einer eigenen Abteilung „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ (Abt. 7) im Jahr 2020 im StMGP mit einem eigenen Fachreferat „Digitale Fachanwendungen des ÖGD“ (Referat 73) und zugleich die Einrichtung eines eigenen Sachgebiets „Digitalisierung und Qualitätssicherung im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)“ (GP2) im LGL hervorgehoben werden.

Inhaltlich hat die Staatsregierung bereits in der Vergangenheit eigene Projekte zur stärkeren Digitalisierung des ÖGD initiiert (z. B. BaySIM) und bei bundesweiten Projekten (z. B. SORMAS) eine Führungsrolle übernommen.

Für die digitale Zukunft des ÖGD setzt Bayern auf die inzwischen zugesagten Förderungen im Rahmen des „Programms zur Förderung von Maßnahmen zur Steigerung und Weiterentwicklung des digitalen Reifegrades des ÖGD in Deutschland“. Das Pro-

3 Eymann, T., Heidmann, N., Kauffmann, A. et al.: Bericht zu den Ergebnissen der ersten Erhebungswelle zur Erfassung der digitalen Reife der deutschen Gesundheitsämter und anderer Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. https://gesundheitsamt-2025.de/fileadmin/Reifegradmodell/Erster_Zwischenbericht_EvalDiGe_bf.pdf (abgerufen am 24.05.2023).

gramm ist Teil des ÖGD-Paktes. Hier konnten die Gesundheitsämter und Regierungen bei der Antragstellung für ihre Projekte auf umfassende Unterstützung des StMGP und des LGL zurückgreifen. Diese hatten gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsbehörden Vorschläge für Projekte ausgearbeitet und Ausfüllhilfen für die Antragstellung zur Verfügung gestellt, Informationsveranstaltungen angeboten und eine digitale Wissens- und Vernetzungsplattform eingerichtet. Damit konnte erreicht werden, dass im Bundesvergleich die meisten beantragten und bewilligten Modellprojekte aus Bayern stammen und die für Bayern im ersten Förderaufruf 2022 vorgesehenen Fördermittel vollständig genutzt werden. Mit den Modellprojekten werden dezentrale Digitalisierungsvorhaben umgesetzt. Diese adressieren individuelle Bedarfe vor Ort. Für Digitalisierungsschritte, die für alle bayerischen Gesundheitsämter gleichermaßen sinnvoll sind, führen das StMGP und das LGL insgesamt 16 zentrale Digitalisierungsmaßnahmen auf Landesebene oder gemeinsam mit anderen Ländern durch. Zu diesen zentral koordinierten Landesmaßnahmen zählen u. a. die Weiterbildungsoffensive Digitalisierung ÖGD Bayern, die Einrichtung eines ÖGD-Bürgerportals als Möglichkeit der durchgängig medienbruchfreien, digitalen Kommunikation zwischen Gesundheitsämtern, Bürgerinnen und Bürgern, Einrichtungen und Unternehmen sowie das Projekt „Gestaltung effizienter digitaler Prozesse“ mit dem Ziel einer einheitlichen Grundlage für eine optimierte, prozessorientierte Organisation des ÖGD. Bayern setzt mit sowohl dezentralen als auch zentralen Maßnahmen auf ein Vorgehen auf allen Ebenen des ÖGD.

1.3.13 Welche fachspezifischen Softwareanwendungen kommen in den bayerischen Gesundheitsämtern zum Einsatz (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Zu den Tabellen bei den Fragen 1.3.13, 4.1 und 4.3:

Unterschiede in den Tabellen sind darauf zurückzuführen, dass bei Frage 1.3.13 nach den fachspezifischen Softwareanwendungen in den Gesundheitsämtern gefragt wird, während sich die Fragen 4.1 und 4.3 nur auf den Bereich des Infektionsschutzes beziehen. Anwendungen wie ISGA oder Äskulab können für mehrere Aufgabenbereiche eines Gesundheitsamtes eingesetzt werden, es handelt sich um themenübergreifende Anwendungen. So kann ein Gesundheitsamt bspw. ISGA für die Schuleingangsuntersuchung nutzen, für die Aufgaben im Infektionsschutz aber auf eine andere Anwendung zurückgreifen. Zudem können auch innerhalb des Infektionsschutzes von ein und demselben Amt unterschiedliche Anwendungen genutzt werden (z. B. für Indexpersonen einerseits, für Kontaktpersonenermittlung andererseits).

Folgende Tabelle gibt einen Überblick über den Einsatz fachspezifischer Softwareanwendungen in den 76 bayerischen Gesundheitsämtern. Die Angaben beruhen auf einer Abfrage bei den Gesundheitsämtern mit Stichtag (Verwendungsstand) 01.10.2022.

Auch wird hier das zeitweise eingesetzte digitale Meldeportal zur einrichtungsbezogenen Impfpflicht BayImNa nicht aufgeführt, da es sich bei BayImNa nur um ein Datenportal handelt, nicht um eine fachspezifische Softwareanwendung.

Tabelle 34: Übersicht über fachspezifische Softwareanwendungen

Gesundheitsamt	Fachspezifische Softwareanwendung										
	Hauptanwendungen (wahlweise mit Meldefunktion für Infektionsschutz)					Reine Infektionsschutz- anwendungen		Coronakontaktschnitt- stelle zu betroffenen Bürgern		Anwendungen für Wasserhygiene	
	Äskulab 21	ISGA	Mikropro	Octo WareTN	R23	SORMAS	SurvNet	CISS	Climedo	GW- Manager	Wald wasser
Oberbayern											
Altötting		X				X	X				
Bad Tölz-Wolfratshausen		X				X	X				
Berchtesgadener Land		X				X					
Dachau		X				X	X				X
Ebersberg				X		X	X			X	
Eichstätt		X				X					
Erding	X					X					
Freising						X	X				
Fürstenfeldbruck	X					X		X			
Garmisch Partenkirchen	X										
Ingolstadt						X	X				
Landsberg a. Lech	X										
Miesbach			X			X	X				
Mühldorf a. Inn		X				X	X	X			
München (Lkr.)	X					X	X				
München (Stadt)				X							
Neuburg-Schrobenhausen					X	X	X				
Pfaffenhofen a.d. Ilm		X				X	X				
Rosenheim		X				X	X				
Starnberg					X		X				
Traunstein		X				X	X				
Weilheim-Schongau					X	X	X			X	

Gesundheitsamt	Fachspezifische Softwareanwendung										
	Hauptanwendungen (wahlweise mit Meldefunktion für Infektionsschutz)					Reine Infektionsschutz- anwendungen		Coronakontaktschnitt- stelle zu betroffenen Bürgern		Anwendungen für Wasserhygiene	
	Äskulab 21	ISGA	Mikropro	Octo WareTN	R23	SORMAS	SurvNet	CISS	Climedo	GW- Manager	Wald wasser
Niederbayern											
Deggendorf		X				X					
Dingolfing		X				X	X		X		
Freyung-Grafenau			X			X	X		X		
Kelheim	X						X				
Landshut	X	X				X	X				
Passau		X				X					
Regen	X					X	X				
Rottal-Inn		X				X	X				
Straubing-Bogen	X										
Oberpfalz											
Amberg-Weizbach						X	X				
Cham				X							
Neumarkt	X										
Neustadt a. d. Waldnaab		X									
Regensburg	X						X				
Schwandorf				X							
Tirschenreuth		X				X					
Oberfranken											
Bamberg	X										
Bayreuth		X				X	X				
Coburg	X						X				
Forchheim					X	X	X				
Hof	X					X	X				
Kronach		X				X					
Kulmbach						X	X				

[illegible]

Gesundheitsamt	Fachspezifische Softwareanwendung										
	Hauptanwendungen (wahlweise mit Meldefunktion für Infektionsschutz)					Reine Infektionsschutz- anwendungen		Coronakontaktschnitt- stelle zu betroffenen Bürgern		Anwendungen für Wasserhygiene	
	Äskulab 21	ISGA	Mikropro	Octo WareTN	R23	SORMAS	SurvNet	CISS	Climedo	GW- Manager	Wald wasser
Dillingen		X				X	X				
Donau-Ries		X				X	X				
Günzburg						X	X			X	
Lindau				X		X	X				X
Memmingen						X	X				
Neu-Ulm	X					X	X				
Oberallgäu			X			X					X
Ostallgäu					X		X				
Unterallgäu			X			X	X				X
Summe	29	24	4	5	9	46	45	2	2	5	5

1.3.14 Existieren Vorgaben oder Empfehlungen zur Anschaffung spezifischer Softwareanwendungen in den Gesundheitsämtern vonseiten der Regierungen oder des StMGP?

Bund und Länder haben sich am 16.11.2020 für eine Vereinheitlichung der Softwarelandschaft an den Gesundheitsämtern ausgesprochen. So wurde unter anderem ein 90-prozentiger Anschluss der Gesundheitsämter an SORMAS und DEMIS bis Jahresende 2020 als Zielmarke vorgegeben.

Die Staatsregierung hat daraufhin am 06.12.2020 beschlossen, dass die Gesundheitsämter verpflichtet werden, umgehend bayernweit einheitlich das digitale Programm SORMAS zum Pandemiemanagement und zur Kontaktnachverfolgung zu verwenden. Das StMGP hat mit Schreiben vom 17.12.2020 die unteren Gesundheitsbehörden angewiesen, zum frühestmöglichen Zeitpunkt die Einführung von SORMAS vorzunehmen. Die Einführung und Anwendung ist unter der Voraussetzung verpflichtend, dass die Version SORMAS X mit den entsprechenden Funktionen, insbesondere die Schnittstelle zu der bisher genutzten Fachanwendung zur Arbeitsentlastung der Gesundheitsämter, vorliegt. Aufgrund des Nachlassens der Pandemie und der damit einhergehenden bundesweiten Vorgaben zur Kontaktpersonennachverfolgung und der Beendigung des Projekts SORMAS durch das BMG zum 31.12.2022 wurde diese Vorgabe am 01.03.2023 durch das StMGP wieder aufgehoben. Den SORMAS-nutzenden Gesundheitsämtern wird aber durch eine bayerische Landesmaßnahme SORMAS weiterhin kostenlos zur Verfügung gestellt.

Um für Meldungen im Rahmen der einrichtungsbezogenen Impfpflicht auch einen digitalen Meldeweg anzubieten, hat das StMGP in kürzester Zeit das bayerische Meldeportal BayImNa geschaffen, über das Einrichtungen das betroffene Personal melden konnten. Den betroffenen Personen war es nach einem entsprechenden Anschreiben durch das jeweils zuständige Gesundheitsamt grundsätzlich möglich, über dieses Portal Unterlagen wie den Impfpass vorzulegen. BayImNa wurde mit der Ausnahme der Landeshauptstadt München (LHM) für alle bayerischen Gesundheitsämter verpflichtend eingeführt. Bei der Entscheidung zur LHM wurde die besondere Situation vor Ort berücksichtigt.

Weitere Empfehlungen des StMGP an die Gesundheitsämter bestehen zudem vor dem Hintergrund der im Rahmen von OZG-Leistungen entwickelten einheitlichen digitalen Lösungen. So werden im OZG-Kontext in Abstimmung mit anderen Ländern Lösungen z. B. für eine digitale Infektionsschutzbelehrung oder für Anzeigepflichten nach der Trinkwasserverordnung entwickelt, welche flächendeckend auch in den bayerischen Gesundheitsämtern zum Einsatz kommen sollen. Die genannten Lösungen befinden sich derzeit in der finalen Prüfung vor dem flächendeckenden Roll-out.

1.3.15 Wie gut sind die Außendienstbereiche der Gesundheitsämter (z. B. kinder- und jugendärztlicher Dienst, Hygienekontrollen) mit Tablets und Laptops ausgestattet (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

In den Gesundheitsämtern ist durchgängig und flächendeckend eine technische Ausstattung mit den genannten Geräten vorhanden, was sich bereits aus der während der Pandemie bestehenden Homeoffice-Pflicht sowie der Aufgabe der Kontaktpersonennachverfolgung ergibt. Insbesondere für die wichtige Tätigkeit des Außendienstes stehen Tablets und Laptops überall ausreichend zur Verfügung.

2. Finanzierung der Gesundheitsämter in Bayern

2.1 Wie haben sich die staatlichen Gesamtausgaben für den ÖGD in Bayern in den letzten zehn Jahren entwickelt und in welcher Relation stehen diese Zahlen zur Entwicklung der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen?

Das ÖGW in Bayern umfasst neben dem ÖGD eine vielfältige Varianz an Beteiligten: Die kommunale und staatliche Kliniklandschaft, kommunale und staatliche Einrichtungen für Prävention, Bevölkerungsaufklärung, Monitoring etc. Eine Zusammenstellung aller beteiligten staatlichen und kommunalen Stellen und die Ermittlung ihrer für das reine Gesundheitswesen entstandenen Ausgaben für die letzten zehn Jahre ist nicht valide möglich. Die Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen sind nur bundesweit erfasst, da z. B. bundesunmittelbare Krankenversicherungsträger keine länderbezogenen Daten zur Verfügung stellen. Insofern ist bereits eine Ableitung auf Landesebene und damit eine Vergleichbarkeit mit landesbezogenen Ausgaben für den ÖGD nicht aussagekräftig.

Die Aufgaben des ÖGD werden in Bayern von verschiedenen Stellen gemäß Art. 1 Abs. 1 und 2 GDG wahrgenommen. Neben den Landratsämtern, den Gesundheitsämtern der Landeshauptstadt München und der kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg sowie dem ausschließlich für Jugendgesundheitspflege zuständigen Gesundheitsamt der Stadt Fürth gehören zu diesen Stellen die Regierungen als höhere Gesundheitsbehörden und das StMGP als oberste Gesundheitsbehörde. Hinzu kommt das LGL als dem StMGP in dessen Geschäftsbereich unmittelbar nachgeordnete Fachbehörde.

Das StMGP, die Regierungen sowie das LGL nehmen die Aufgabe des ÖGD wie auch die Landratsämter und die fünf o. g. kreisfreien Städte jeweils nur als Teil ihrer Dienstaufgaben wahr. Eine Aufteilung der Personal- und Sachkosten des bayerischen ÖGD der letzten zehn Jahre auf die einzelnen Zuständigkeitsbereiche ist daher nur dann möglich, wenn die Kosten entsprechenden eindeutigen Bereichen zuzuordnen sind.

Die staatlichen Gesundheitsämter wurden mit Wirkung vom 01.01.1996 in die Landratsämter eingegliedert (Gesetz über die Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter und der staatlichen Veterinärämter in die Landratsämter – Eingliederungsgesetz – vom 23.12.1995, GVBl S. 843). Seit 01.01.2000 trägt der Freistaat nur noch den Aufwand für das Fachpersonal (§ 6 Abs. 2 Eingliederungsgesetz). Den Sachaufwand tragen – mit Ausnahme der dem Freistaat Bayern weiterhin obliegenden Aufgaben – die Landkreise, die dafür durch Finanzausgleichsgesetz (Art. 53 Abs. 2 Landkreisordnung [LkrO], Art. 7 und 9 Bayerisches Finanzausgleichsgesetz [BayFAG]), durch Überlassung der Einnahmen aus Sachverständigen- und Zeugenentschädigungen sowie durch Einnahmen aus der Benutzung verwaltungseigener Geräte, Fahrzeuge usw. entschädigt werden.

Über die allgemeinen Finanzausgleichszuweisungen nach Art. 7 BayFAG wird der Verwaltungsaufwand für die Landratsämter in ihrer Funktion als Staatsbehörde innerhalb der Einheitsverwaltung abgegolten. Dies betrifft u. a. auch die Aufwände zur Sicherstellung von Querschnittsbereichen wie z. B. die der IT-Ausstattung und des IT-Betriebs. Die Landkreise erhalten zu dem Aufwand als staatliche Gesundheitsämter nach Art. 9 Abs. 1 BayFAG zusätzlich jährlich eine Zuweisung in Höhe von 3,04 Euro je Einwohner (bis 2018: 2,76 Euro je Einwohner), wobei Einwohner von kreisfreien Gemeinden und anderen Landkreisen, für deren Gebiet das Landratsamt die Aufgabe des staatlichen Gesundheitsamts wahrnimmt, bei der Berechnung der Zuweisungen hinzugerechnet werden. Im Jahr 2022 erhielten die Landkreise auf diese Weise eine Finanzausgleichszuweisung

in Höhe von insgesamt 32,3 Mio. Euro, gegenüber dem Jahr 2012 ist dies eine Erhöhung um 4,1 Mio. Euro oder 14,5 Prozent.

Die Landkreise müssen gemäß Art. 53 Abs. 2 LKrO die zur Erledigung der staatlichen Aufgabe eines Gesundheitsamts erforderlichen Einrichtungen in eigener Zuständigkeit zur Verfügung stellen. Sie haben mittels der ihnen zugewiesenen Mittel die Verwaltungs- und Sachkosten für die Einrichtung und die Aufrechterhaltung eines Gesundheitsamts zu tragen. Näheres regelt die Verordnung zur Ausführung des Art. 53 Abs. 2 LKrO für den Freistaat Bayern. Die Landratsämter entscheiden im Wege der Organisationhoheit im eigenen Ermessen, wie sie die erhaltenen Mittel einsetzen.

Der Staat weist den Landratsämtern zudem staatliches Personal zu, das in den Epl. 03 und 14 der staatlichen Haushaltsgesetze der jeweiligen Jahre abschließend aufgeführt ist.

Die o. g. kreisfreien Städte müssen aus den vom Staat zur Verfügung gestellten Mitteln als Rechtsträger der kommunalen Gesundheitsämter sämtliche anfallende Kosten (Verwaltungs-, Sach- und Personalkosten) decken. Hierunter fallen auch die Zweckkosten (z. B. Erstattungszahlungen an Betroffene gemäß § 69 Abs. 1 IfSG), sofern diese nicht durch den Freistaat Bayern für alle Gesundheitsämter getragen werden. Über die Finanzaufweisungen nach Art. 7 BayFAG werden sämtliche Sachaufwände abgegolten, die zur Erfüllung von Aufgaben des jeweils übertragenen Wirkungskreises anfallen. Zusätzlich erhalten die fünf kreisfreien Städte als Träger eines Gesundheitsamtes jährlich eine Zuweisung in Höhe von 8,36 Euro je Einwohner (bis 2018: 7,60 Euro je Einwohner). Die Stadt Fürth, deren Gesundheitsamt nur die Aufgaben der Jugendgesundheitspflege wahrnimmt, erhält jährlich eine Zuweisung in Höhe von 2,51 Euro je Einwohner (bis 2018: 2,25 Euro je Einwohner). Im Jahr 2022 erhielten die sechs kreisfreien Städte auf diese Weise eine Finanzaufweisung in Höhe von insgesamt 21,1 Mio. Euro, gegenüber 2012 ist dies eine Erhöhung um 3,4 Mio. Euro oder 19,3 Prozent. Die kreisfreien Städte entscheiden im Wege der Organisationhoheit im eigenen Ermessen, wie sie die im Rahmen der Finanzaufweisungen erhaltenen Mittel einsetzen. Eine Zweckbindung ist nicht vorgesehen. Dies ermöglicht den kreisfreien Städten eine größtmögliche individuelle Ausgestaltung der Aufgaben innerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches und somit auch der Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter.

Die Personal- und Sachaufwände der Regierungen, des LGL und des StMGP sind in den jeweiligen Einzelplänen aufgeführt. Außer bei den Regierungen mit den Sachgebieten Gesundheit sind die Aufgaben des ÖGD nicht eindeutig zuzuordnenden einzelnen Organisationseinheiten zugewiesen. Es gibt auf Ebene des LGL starke Überschneidungen z. B. im Bereich der Prävention zwischen ÖGD und Arbeitsschutz. Auf Ebene des StMGP sind die relevanten Fachreferate gleichsam für den ÖGD wie auch für Einrichtungen der kurativen Versorgung (z. B. Hygiene, Impfung) fachlich zuständig. Weder die Stellenpläne noch die Sachaufwandsmittel lassen sich abschließend dem ÖGD zuordnen.

Der Staatsregierung ist aufgrund der nicht zusammenfassend darstellbaren Gesamtausgaben des Gesundheitswesens und der nicht durchgängig eindeutig dem ÖGD zurechenbaren Personal- und Sachkosten ein belastbarer Vergleich daher nicht möglich.

2.2 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass die durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst ausgereichten Finanzmittel auch über das Jahr 2026 hinaus zur Verfügung stehen und wie hoch sind die von der Staatsregierung über das Jahr 2026 hinaus veranschlagten Mittel für den ÖGD?

Aufgrund der regelmäßig durch den Bund im Rahmen seiner gesetzgeberischen Kompetenz auf Bundesebene dem ÖGD neu übertragenen oder umfangreich erweiterten Aufgaben ist eine dauerhafte und umfassende Beteiligung durch Finanzmittel des Bundes am ÖGD im Rahmen einer unbefristeten Fortschreibung des ÖGD-Paktes aus Sicht der Staatsregierung unabdingbar. Eine Weiterentwicklung des ÖGD-Paktes über die bisherige Paktlaufzeit hinaus ist dem Grundsatz nach im Pakt angelegt. Alternative Finanzierungswege, wie sie z. B. im Rahmen der Frage 2.11 aufgeworfen wurden, sind dagegen nicht geeignet.

Die aus dem Pakt zu schaffenden insgesamt 648 Stellen für den staatlichen ÖGD in Bayern sind allesamt unbefristet in den Stellenplänen der Einzelpläne 03 (StMI) und 14 (StMGP) aufgeführt. Zur Unterstützung von deren dauerhafter Finanzierung aus dem Staatshaushalt sind ebenso entsprechende Finanzierungszusagen des Bundes erforderlich wie auch für die entsprechenden Zuweisungen an die Landeshauptstadt München sowie die kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg hinsichtlich deren Ausbringung von insgesamt 141 Stellen aus dem ÖGD-Pakt. Eine Zusage der Staatsregierung hinsichtlich einer künftigen, ggf. auch dauerhaften Zuweisung an die fünf genannten Städte nach Ende der Paktlaufzeit kann zum jetzigen Zeitpunkt bereits aus haushaltsrechtlichen Gründen noch nicht erfolgen. Der ÖGD-Pakt sah einen Austausch zwischen Bund und Ländern zu einer verstetigten Finanzierung des Personalaufwuchses des ÖGD nach Ende der Paktlaufzeit für Mitte 2023 vor. Da der Bund als Grundlage des Austausches den gemeinsam mit den Ländern erarbeiteten Zwischenbericht festgelegt hat, verzögert sich der Austausch voraussichtlich auf Anfang 2024. Diese Verhandlungen sind abzuwarten. Trotz mehrfacher Bestrebungen der Länder (erstmalig mit Beschluss der 94. GMK am 16.06.2021 als TOP 7.1 „Nachhaltige Finanzierung des Personalaufbaus in den Gesundheitsämtern“), insbesondere unter Hinweis auf die Schwierigkeiten kommunaler Gesundheitsämter, einen nachhaltigen Personalaufwuchs sicherzustellen, lehnte das BMG ein Vorziehen entsprechender Verhandlungen ab. Eine einheitliche Haltung der Bundesregierung zu den Inhalten der kommenden Gespräche ist aktuell nicht bekannt. Auf Initiative der Fraktionen der Ampelkoalition hat der Haushaltsausschuss im März 2023 entgegen des Koalitionsvertrages beschlossen, die finanzielle Beteiligung des Bundes am ÖGD-Pakt nicht über 2026 hinaus zu verlängern. Dieser Beschluss mit – nachdem ein Beschluss über den Bundeshaushalt 2027 nicht anstand – deklaratorischem Charakter widerspricht der von Bund und Ländern im ÖGD-Pakt gemeinsam vereinbarten Zielsetzung: „Bund und Länder sind sich darüber einig, dass die Finanzierung des Personalaufwuchses nachhaltig sein muss und über das Jahr 2026 hinaus verstetigt wird. Bund und Länder werden sich hierzu Mitte 2023 austauschen.“ Zu Art und Umfang einer etwaigen zukünftigen finanziellen Unterstützung der genannten Kommunen über die grundsätzlichen Finanzzuweisungen nach Art. 9 BayFAG kann daher nach jetzigem Stand keine Aussage getroffen werden.

2.3 Wie hoch wären die jährlich erforderlichen zusätzlichen Haushaltsmittel, wenn das Gehaltsniveau der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD an das Niveau von Ärztinnen und Ärzten in Krankenhäusern angepasst würde?

Eine Hochrechnung von zusätzlich benötigten Haushaltsmitteln ist aufgrund fehlender Vergleichbarkeit nicht ohne Weiteres zu erstellen.

Für den Bereich der Länderbediensteten findet der TV-L Anwendung. Diesem Tarifvertrag unterfallen auch die Bediensteten der Gesundheitsämter, soweit sie im staatlichen Bereich tätig sind. Die Städte, die über eigene Gesundheitsämter verfügen, sind Mitglied des kommunalen Arbeitgeberverbandes und somit an den TVöD gebunden. Bereits in diesen beiden Tarifverträgen gelten unterschiedliche Wochenarbeitszeiten. Im staatlichen klinischen Bereich (Universitätsklinik) gilt für Ärztinnen und Ärzte der TV-Ä/TdL. Auch hier gilt nochmals ein anderer Arbeitszeitumfang.

Im Geltungsbereich von TV-L und TVöD richtet sich die Vergütung nach Entgeltgruppen: Die Eingruppierung erfolgt in die Entgeltgruppen 14 und 15. Die Stufenlaufzeiten betragen zwischen einem Jahr und fünf Jahren ununterbrochener Tätigkeit innerhalb der Entgeltgruppe. Für die Eingruppierung sind Kriterien wie die Ausübung einer fachärztlichen Tätigkeit oder ein Unterstellungsverhältnis maßgeblich.

Die Tarifverträge für die Ärztinnen und Ärzte unterscheiden dagegen zwischen vier Entgeltgruppen. Die Zuordnung zu den Entgeltgruppen richtet sich nach den auszuübenden Tätigkeiten als Arzt, Facharzt, Oberarzt oder Facharzt als ständiger Vertreter des Chefarztes. Der Aufstieg in den Stufen ist von bestimmten Zeiten einer ärztlichen bzw. fachärztlichen Tätigkeit abhängig.

Eine Einbeziehung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD in die Tarifverträge für die Ärzte könnte im Rahmen künftiger Tarifverhandlungen auf Ebene der Tarifgemeinschaft deutscher Länder bzw. auf Ebene der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeberverbände erfolgen. Ausschließlich auf die Höhen der Tabellenentgelte bezogen ist festzustellen, dass das gesamte pauschale durchschnittliche Vergütungsniveau nach den Tarifverträgen für Ärzte über dem nach TV-L/TVöD liegt. Hierbei sind allerdings die unterschiedlichen Wochenarbeitszeiten außer Acht gelassen.

2.4 In welchen Verdienstgruppen sind die Fachkräfte der Sozialmedizin in den Gesundheitsämtern eingereiht und wie hoch sind die sich daraus ergebenden Jahresbruttogehälter bei einer Vollzeitbeschäftigung?

Nach erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erfolgt die Eingruppierung abhängig von der auszuübenden Tätigkeit in die Entgeltgruppe 6, 7 oder 8 TV-L. Je nach Eingruppierung ergeben sich daraus unterschiedliche Jahresbruttogehälter, die in den Entgelttabellen zum TV-L einsehbar sind.

2.5 Welche Möglichkeiten hat die Staatsregierung, dafür zu sorgen, dass die staatlichen Haushaltsmittel für den ÖGD auf kommunaler Ebene auch tatsächlich für den ÖGD eingesetzt werden?

Für die Beantwortung wird vorausgesetzt, dass in den Begriff des ÖGD auf kommunaler Ebene die kommunalen und staatlichen Gesundheitsämter impliziert sind. Die Landratsämter bzw. kreisfreien Städte erhalten für die Aufgabe des Gesundheitsamts Finanzaufweisungen nach dem BayFAG (vgl. Beantwortung der Frage 2.1).

Die Finanzzuweisungen für die Sach- und Personalkosten zum Betrieb der kommunalen Gesundheitsämter werden als pauschale Zuweisungen ohne Verwendungsnachweis gewährt und können von den Landratsämtern und kreisfreien Städten als allgemeine Deckungsmittel frei verwendet werden. Bezüglich der staatlichen Gesundheitsämter erfolgt neben den Finanzzuweisungen nach dem BayFAG auch eine Personalzuteilung über die Regierungen; hier ist sichergestellt, dass die ausgebrachten Stellen für das Fachpersonal des ÖGD entsprechend eingesetzt werden.

2.6 Wird die Staatsregierung gegenüber den Kommunen eine Zusage abgeben, dass sie die aus dem Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst entstehenden kommunalen Mehrausgaben vollständig und dauerhaft ausgleicht (bitte um Begründung der Antwort)?

Die Fragen 2.2 und 2.6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet (Antwort siehe Frage 2.2).

2.7 Wie beurteilt die Staatsregierung eine Zweckbindung von staatlichen Mitteln für den ÖGD?

Im rein staatlichen Bereich des ÖGD (dem StMGP, den Regierungen und dem LGL) ist die Zweckbindung von staatlichen Mitteln für den ÖGD über die Zweckbestimmungsvermerke und Erläuterungen in den staatlichen Haushaltsplänen sichergestellt. Für den gesamten Bereich der unteren Gesundheitsbehörden stellt sich die Finanzierung nicht nur im Bereich der kommunalen, sondern auch der staatlichen Gesundheitsämter abweichend dar:

Bei den staatlichen Gesundheitsämtern besteht eine unmittelbare Zweckbindung von staatlichen Mitteln für den ÖGD nur über die von den Regierungen erfolgten Stellenzuweisungen im Rahmen der Personal- und Stellenbewirtschaftung. Somit kann staatliches Personal an den Landratsämtern nur im Rahmen der mit der jeweiligen Stelle zu erfüllenden Aufgaben zweckgebunden eingesetzt werden.

Hinsichtlich der Finanzzuweisungen nach Art. 7 und 9 Abs. 1 und 2 BayFAG ergibt sich die Zweckbindung der Mittelverwendung im Bereich der kommunalen und der staatlichen Gesundheitsämter unmittelbar aus dem Gesetzestext. Die zweckgebundene Verwendung dieser staatlichen Mittel ist durch die jeweilige Haushaltssatzung seitens der Landkreise nach Art. 55 ff LKrO und seitens der kreisfreien Städte nach Art. 61 ff Gemeindeordnung (GO) sicherzustellen. Es wird ergänzend auf die Ausführungen im Rahmen der Beantwortung der Fragen 2.1 und 2.5 verwiesen.

Die Verwaltungspraxis zeigt, dass die Träger der staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter ihre Organisationshoheit und damit die Verwendung der für den ÖGD vom Staat erhaltenen Mittel sachgerecht vornehmen. Der Staatsregierung liegen keine Erkenntnisse seitens der jeweils zuständigen Rechnungsprüfungsstellen vor, dass Finanzzuweisungen nach Art. 9 Abs. 1 und 2 BayFAG zur Abgeltung der Aufwände der Gesundheitsämter nicht zweckgebunden verwendet werden.

2.8 Wie haben sich die staatlichen Haushaltsmittel für das Personal der 1. Qualifikationsebene an den Gesundheitsämtern in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

An den staatlichen Gesundheitsämtern ist kein Personal der 1. QE vorhanden.

2.9 Wie haben sich die staatlichen Haushaltsmittel für das Personal der 2. und 3. Qualifikationsebene an den Gesundheitsämtern in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Für die Beantwortung der Frage ist die VV Nr. 10 zu Art. 34 BayHO nicht anzuwenden, da lediglich die Zahlen zur Bewirtschaftung (Stellenbesetzung etc.) unter die Aufbewahrungsfrist fallen.

Die tatsächlich gezahlten Personalausgaben für die 2. und 3. QE können nur mit unverhältnismäßig großem Aufwand ermittelt werden. Die Kosten für das Fachpersonal lassen sich jedoch näherungsweise anhand der jeweils geltenden durchschnittlichen Stellengehälter und der im Haushaltsplan veranschlagten Stellen ermitteln. Der Berechnung wurden die in den jeweiligen Erläuterungen zum Kap. 03 09 beschriebenen und für die Gesundheitsverwaltung im Epl. 03 veranschlagten Stellen zugrunde gelegt. Die übrigen Stellen für das Fachpersonal der Gesundheitsverwaltung sind in den Epl. 12 bzw. 14 veranschlagt und der 4. QE zuzuordnen. Die Kosten für das Verwaltungspersonal können nicht anhand des Stellenplans ermittelt werden. Bei der Berechnung blieben die tatsächliche Besetzung und tatsächliche Besetzbarkeit unbeachtet.

Tabelle 35: Übersicht über die Entwicklung der staatlichen Haushaltsmittel für das Personal in der 2. und 3. QE an den Gesundheitsämtern

Jahr	Kosten in Mio. Euro
2012	30,7
2013	32,9
2014	34,3
2015	35,1
2016	35,7
2017	36,6
2018	37,2
2019	42,2
2020	43,7
2021	50,7
2022	62,7

2.10 Wie haben sich die den Landkreisen nach Art. 9 Bayerisches Finanzausgleichsgesetz (BayFAG) zur Verfügung stehenden Mittel für den Sachaufwand und die Verwaltungskräfte in den vergangenen zehn Jahren entwickelt?

Die pauschalen Zuweisungen an die Landkreise nach Art. 9 BayFAG zum Aufwand der Landratsämter haben sich im Zeitraum von 2012 bis 2022 von rd. 28,2 Mio. Euro auf rund 32,3 Mio. Euro und damit um 14,5 Prozent erhöht. Daneben erhalten die Landkreise für Aufgaben im übertragenen Wirkungskreis allgemeine Finanzausgleichszuweisungen nach Art. 7 BayFAG. Die Finanzausgleichszuweisungen müssen dabei nicht kostendeckend sein. Für die Erfüllung ihrer Aufgaben als Gesundheitsämter können die Landkreise auch auf andere Finanzausgleichsleistungen wie die Schlüsselzuweisungen zurückgreifen. Die Landkreisschlüsselzuweisungen sind im Zeitraum von 2012 bis 2022 um rund 474 Mio. Euro bzw. 49 Prozent auf 1,44 Mrd. Euro gestiegen. Zudem stehen den Landkreisen auch eigene Einnahmen wie die Kreisumlage zur Verfügung.

2.11 Wie beurteilt die Staatsregierung eine Aufnahme des ÖGD in die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes nach Art. 74 Grundgesetz (GG), um eine dauerhafte Finanzierung des ÖGD durch Bundesmittel zu ermöglichen?

Die Staatsregierung sieht keinen Handlungsbedarf für eine dahin gehende Verfassungsänderung auf Bundesebene. Die Struktur und die Aufgaben des ÖGD sind grundsätzlich landesrechtlich normiert, was sich insbesondere in der Pandemie bewährt hat.

In allen Bereichen, in denen der Bund im Rahmen seiner gesetzgeberischen Kompetenz bundeseinheitliche Rechtsnormen setzt, hat sich insbesondere in der Pandemie gezeigt, dass die Länder nicht immer ausreichend einbezogen wurden. Die verbleibenden Gestaltungsmöglichkeiten, auf Landesebene noch ausreichend tätig zu werden, beziehen sich letztlich regelhaft nur auf den verwaltungsseitigen Vollzug, aber selten auf die für die Umsetzung tatsächlich relevanten fachlichen Vorgaben. Die Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten ist für den Bund sowohl im Rahmen der abstrakten Gesetzgebung als auch auf Vollzugsebene durch die fehlende Sach- und Ortsnähe nur schwer möglich. Gerade aus diesem Grund haben die föderalen Strukturen ihre Berechtigung, um auf Landesebene auf individuelle Besonderheiten angemessen eingehen zu können.

Einzig in Bereichen des ÖGD, bei denen entweder eine Gefahrenabwehr aufgrund potenziell länderübergreifender Infektionsereignisse oder der besondere Schutz bestimmter Bevölkerungsgruppen im Vordergrund stehen, sind bundeseinheitliche Rechtsnormen sinnvoll und zweckmäßig. Dies trifft insbesondere auf das IfSG zu, bei dem der Bund durch seine gesetzgeberische Kompetenz, beginnend bei der statistischen Erfassung hochansteckender Infektionserkrankungen und Impfnebenwirkungen, über die zur Gefahrenabwehr durch die zuständigen Behörden zu veranlassenden Maßnahmen, die hygienische Überwachung sensibler Einrichtungen und der Trinkwasserversorgung bis zum Umgang mit Lebensmitteln und der Tätigkeit mit Krankheitserregern, bundeseinheitliche Vorgaben macht. Weitere Beispiele sind das Betäubungsmittelgesetz (BtMG), das eine bundeseinheitliche Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs durch die zuständigen Stellen sicherstellt, und das Prostituiertenschutzgesetz (ProstSchG) zur Verhinderung von Zwangsprostitution und Reduzierung potenzieller Ansteckungsrisiken.

Bei der überwiegenden Mehrzahl der Dienstaufgaben des ÖGD besteht demgegenüber keine Notwendigkeit einer (zusätzlichen) bundesgesetzlichen Normierung. Der ÖGD soll entsprechend seines Leitbildes neben dem Gesundheitsschutz vor allem eine Beratung und Information, Begutachtung, Gesundheitsförderung und Prävention, niedrigschwellige Angebote und aufsuchende Gesundheitshilfen anbieten. Die unterschiedlichen Lebenswirklichkeiten in der Bundesrepublik Deutschland würden diese Aufgabe durch bundeseinheitliche Vorgaben eher erschweren als durch eine Vereinheitlichung einen substanziellen Impuls zum Ausbau entsprechender Angebote bringen. Gerade im Bereich der dienstrechtlichen Begutachtung, aber auch der Schulgesundheitspflege, insbesondere der Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist eine enge Verzahnung mit landesrechtlichen Normen – wie dem Beamtendienstrecht und Regelungen zum Erziehungs- und Unterrichtswesen – essenziell. Auch hier werden bundesrechtliche Vorgaben für den ÖGD als nicht hilfreich angesehen. Letztlich ist es nach dem ÖGD-Leitbild Aufgabe des ÖGD, die Koordination, Kommunikation, Moderation, Politikberatung sowie Qualitätssicherung sicherzustellen.

Darüber hinaus ist schwer erkennbar, wie der Bund sich zukünftig und dauerhaft an der Finanzierung des ÖGD durch Bundesmittel beteiligen sollte, wenn seine gesetz-

geberischen Kompetenzen erweitert werden würden. Die bisherigen Erfahrungen, insbesondere beim IfSG und dem ProstSchG zeigen, dass Personal- und Sachaufwände durch zusätzliche Aufgaben, die dem ÖGD in den Ländern durch Bundesnormen zugewiesen werden, grundsätzlich vollständig durch die Länder bzw. Kommunen selbst zu tragen sind, sofern aufgrund der Verwaltungsmaßnahmen keine Gebührenerhebung möglich ist, nachdem eine dem in Bayern geltenden Konnexitätsprinzip entsprechende Regelung auf Bundesebene fehlt. Ein dauerhafter finanzieller Beitrag des Bundes in Form einer Fortführung des ÖGD-Paktes würde die durch den Bund verursachten Aufwendungen ausreichend gegenfinanzieren und gleichzeitig den föderal strukturierten ÖGD in seiner bewährten Form erhalten. Die Aufnahme des ÖGD in die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes nach Art. 74 GG ist hierfür nicht notwendig.

2.12 In welchen Abteilungen und Referaten werden die insgesamt im Haushaltsplan 2022 vorgesehenen zusätzlichen 156 ÖGD-Stellen im StMGP eingesetzt?

Im Haushalt 2022 wurden bei Kap. 14 01 insgesamt 23 Stellen (nicht 156 Stellen) mit Besetzbarkeit im Jahr 2022 neu ausgebracht. Diese wurden zur Bewältigung der Coronapandemie im StMGP, insbesondere zur Finanzierung von Unterstützungskräften anderer Ressorts, überwiegend in der Stabsstelle Recht des StMGP verwendet. Ohne die Verwendung dieser Stellen für Unterstützungskräfte anderer Ressorts wäre die Abordnung dieser Kräfte an das Staatsministerium nicht möglich gewesen. Weitere zehn Stellen sind in den Jahren 2023–2026 besetzbar.

2.13 Welche Aufgaben sind für die insgesamt im Haushaltsplan 2022 zusätzlich zur Stärkung der Task-Force Infektiologie (TFI) vorgesehenen 73 neuen Stellen im LGL vorgesehen?

Im Haushalt 2022 wurden bei Kap. 14 23 keine Stellen für die TFI neu ausgebracht

Hingegen wurden im Haushalt 2021 entsprechend der Erläuterungen im Stellenplan zur Stärkung der TFI insgesamt 100 Stellen bei Kap. 14 23 ausgebracht. Weitere Ausführungen dazu sind der Antwort auf die Frage 1.1.21 zu entnehmen.

2.14 Wie viele der insgesamt im Haushaltsplan 2022 vorgesehenen zusätzlichen 156 Stellen für die Gesundheitsämter wurden bereits besetzt (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Für das Jahr 2022 wurden insgesamt 146 Stellen im Rahmen des ÖGD-Paktes ausgebracht. Diese Stellen entfallen auf die Epl. 03 und 14. Innerhalb des Epl. 14 entfallen 32 in Kap. 14 40 ausgebrachte Stellen auf die Gesundheitsämter. Diese Stellen wurden vollständig auf die Gesundheitsämter in Bayern verteilt. Hierbei entfällt auf das einzelne Landratsamt im Regelfall ein Stellenbruchteil im Umfang zwischen 0,25 bis 0,75 VZÄ. Nur bei wenigen großen Ämtern wurden ganze Stellen zugewiesen.

Die zusätzlich zugewiesenen Stellen(-bruchteile) erhöhen die jeweiligen, am konkreten Amt ausgebrachten Soll-Stellen. Sie werden damit nicht separat besetzt, sondern in die bisher vorhandenen Stellen einbezogen. Die Besetzung aller offenen Stellen erfolgt fortlaufend im Rahmen von Ausschreibungsverfahren, die von den Regierungen durchgeführt werden. Im Übrigen wird auf die Antworten zu Fragen 1.1.1, 1.1.2 sowie 1.1.22 verwiesen; in Bezug auf die im Epl. 03 ausgebrachten Stellen zudem auf die Antworten zu 1.1.4, 1.1.7, 1.1.10, 1.1.13 und 1.1.16.

Die im Haushaltsplan 2022 bei Kap. 03 09 ausgewiesenen Stellen beinhalten die aufgrund des ÖGD-Paktes von 2021 bis 2026 zu schaffenden Stellen, die bis 2026 in jährlichen Tranchen entsperrt werden, sodass nicht alle Stellen sofort besetzbar sind. Bei den Einstellungen wird grundsätzlich nicht zwischen neuen und bereits länger vorhandenen Stellen unterschieden.

3. Aufgaben der Gesundheitsämter in Bayern

3.1 Rechtliche Grundlagen

3.1.1 Welche Pflichtaufgaben des übertragenen Wirkungskreises erfüllen die Gesundheitsämter in Bayern und auf welchen gesetzlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben?

Dienstaufgaben des ÖGD (also dem ÖGD gesetzlich zugewiesene Aufgaben) ergeben sich gegenüber den Gesundheitsämtern aus dem Gesundheitsdienstgesetz (GDG) sowie spezialgesetzlichen Regelungen.

Die fünf kreisfreien Städte mit eigenem Gesundheitsamt (kommunale Gesundheitsämter) erfüllen diese Aufgaben als Pflichtaufgaben des übertragenen Wirkungskreises. Die 71 staatlichen Gesundheitsämter führen die Aufgaben des ÖGD hingegen nicht als Pflichtaufgaben im übertragenen Wirkungskreis aus, sondern erfüllen diese als Teil der Landratsämter unmittelbar in ihrer Funktion als staatliche Behörde. Eine Zusammenstellung der Pflichtaufgaben ist in der beigelegten Anlage zu den Pflichtaufgaben zu finden. Die dort genannten Pflichtaufgaben der kommunalen Gesundheitsämter führen die staatlichen Gesundheitsämter demnach ebenso aus, jedoch entsprechend als staatliche Aufgaben in ihrer Funktion als staatliche Behörde.

In Bezug auf die konkreten Aufgaben und Rechtsgrundlagen wird ebenfalls auf die Anlage zu den Pflichtaufgaben verwiesen. In dieser findet sich neben der Aufgabenbenennung und den entsprechenden Rechtsgrundlagen auch eine Aufgabenbeschreibung, ergänzt um etwaige beispielhafte Ausführungen von Einzelmaßnahmen.

Bei den in der Anlage zu den Pflichtaufgaben durch Fettdruck vorgehobenen Aufgaben handelt es sich um hoheitliche Aufgaben (siehe auch Antwort zu Frage 3.1.4). Soweit Aufgaben nur von einzelnen Gesundheitsämtern (GÄ) wahrgenommen werden, ist dies in der Spalte „nur an ausgewählten GÄ“ kenntlich gemacht.

Nachfolgend wird der rechtliche Hintergrund ausgeführt, weshalb die kenntlich gemachten Aufgaben nur bei einzelnen Gesundheitsämtern anfallen bzw. in deren Zuständigkeit liegen.

1. Infektionshygienische Überwachung von Häfen und Schiffen

Die örtliche Zuständigkeit der Gesundheitsämter für die Überwachung nach Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GDG der internationalen Binnenhäfen Lindau und Passau richtet sich nach Art. 1 Abs. 1 Nr. 3 i. V. m. Abs. 2 Nr. 2 GDG.

2. Infektionshygienische Überwachung von Flughäfen

Für die Überwachung nach Art. 14 Abs. 1 Satz 1 GDG des Flughafens München ist gemäß Art. 1 Abs. 3 Satz 1 GDG das Landratsamt Erding das örtlich zuständige Gesundheitsamt. Für die Flughäfen Nürnberg und Memmingen sind jeweils die kommunalen Gesundheitsämter nach Art. 1 Abs. 2 Nr. 1 GDG zuständig.

3. Gesundheitliche Beratung von Prostituierten nach § 10 ProstSchG

Gemäß § 64a Satz 2 Zuständigkeitsverordnung (ZustV) sind für den Vollzug des § 10 ProstSchG in Bayern die Gesundheitsämter zuständig. Gemäß § 1 Satz 1 der Verordnung über das Verbot der Prostitution ist es in Gemeinden bis zu 30 000 Einwohnern verboten, der Prostitution nachzugehen. Nach Satz 2 können die Regierungen jedoch durch Rechtsverordnung in besonders begründeten Fällen einzelne Gemeinden mit deren Zustimmung ganz oder teilweise von dem Verbot ausnehmen. Von diesem grundsätzlichen Verbot wurde z. B. für die Städte Kitzingen und Bad Kissingen durch die Regierung von Unterfranken mit Rechtsverordnung vom 07.06.2004 Nr. 200-A-2125.00-1/88 über eine Ausnahme vom Verbot der Prostitution in der Stadt Bad Kissingen und Rechtsverordnung vom 19.05.1989 Nr. 201-A 2125.00-1/88 über eine Ausnahme vom Verbot der Prostitution in der Großen Kreisstadt Kitzingen sowie Rechtsverordnung vom 03.09.2008 Nr. 10-A 2125.00-1/88 über die Änderung einer Verordnung über eine Ausnahme vom Verbot der Prostitution in der Großen Kreisstadt Kitzingen Gebrauch gemacht.

4. Kenntnisüberprüfung von Bewerberinnen und Bewerbern für die Heilpraktikererlaubnis

In § 3 Abs. 10 Heilberufezuständigkeitsverordnung wird geregelt, welches Gesundheitsamt in dem jeweiligen Regierungsbezirk das zuständige Gesundheitsamt ist, sofern nicht eines der fünf kommunalen Gesundheitsämter örtlich zuständig ist.

3.1.2 Welche Pflichtaufgaben im eigenen Wirkungskreis erfüllen die Gesundheitsämter in Bayern und auf welchen gesetzlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben (bitte für jedes Gesundheitsamt einzeln anführen)?

Die Aufgabenbereiche des eigenen Wirkungskreises von Gebietskörperschaften werden durch Art. 83 BV und Art. 57 GO hinsichtlich der Gemeinden sowie Art. 51 LKrO hinsichtlich der Landkreise normiert. Sowohl die Gemeinden als auch die Landkreise sollen in den Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit öffentliche Einrichtungen schaffen und erhalten, die nach den örtlichen Verhältnissen für das u. a. soziale Wohl ihrer Einwohner erforderlich sind. Zu den aufgezählten Bereichen zählen z. B. das Gesundheitswesen sowie die öffentliche Wohlfahrtspflege. Bei den Landkreisen kommt die öffentliche Fürsorge hinzu. Eine Pflichtaufgabe liegt dann vor, wenn die Gebietskörperschaften durch ein förmliches Gesetz zur Wahrnehmung verpflichtet werden.

Aufgaben des ÖGD ergeben sich gegenüber den Gesundheitsämtern insbesondere aus dem GDG und nachfolgenden Rechtsnormen sowie durch bundesrechtlich entweder unmittelbar den Gesundheitsämtern zugewiesene Aufgaben oder mittelbar, sofern im Rahmen des Bundesrechts die zuständige Behörde landesrechtlich bestimmt werden kann.

Die fünf kreisfreien Städte mit eigenem Gesundheitsamt erfüllen diese Dienstaufgaben als Aufgaben des übertragenen Wirkungskreises. Im Rahmen der Organisationshoheit der jeweiligen Oberbürgermeisterin bzw. des Oberbürgermeisters kreisfreier Städte mit eigenem Gesundheitsamt können Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises ggf. auch dem Gesundheitsamt zugewiesen werden. Ob und in welchem Umfang dies durch die Landeshauptstadt München sowie die kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg umgesetzt wird, entzieht sich der Kenntnis des StMGP mangels Zuständigkeit.

Die 71 staatlichen Gesundheitsämter erfüllen sämtliche Dienstaufgaben als Teil der Landratsämter unmittelbar in ihrer Funktion als staatliche Behörde. Sie erfüllen daher grundsätzlich keine Aufgaben im eigenen Wirkungskreis. Pflichtaufgaben des eigenen Wirkungskreises der Landkreise können allerdings im Rahmen der Organisationshoheit der jeweiligen Landrätin bzw. des Landrates der gleichen Organisationseinheit zugewiesen werden, in der die Aufgaben des Gesundheitsamtes angesiedelt sind; diese dürfen allerdings nicht durch staatliches Fachpersonal des ÖGD wahrgenommen werden.

3.1.3 Welche Aufgaben des örtlichen Gesundheitswesens gemäß Art. 83 Abs. 1 Bayerische Verfassung (BV) werden in Bayern von den Gemeinden im eigenen Wirkungskreis erfüllt?

Die Frage wird dahin gehend verstanden, dass in Abgrenzung zu Frage 3.1.2 nicht Pflichtaufgaben, sondern Sollaufgaben und freiwillige Aufgaben gemeint sind.

Die Aufgaben des Gesundheitswesens lassen sich in drei Bereiche gliedern: Gesundheitsförderung, -erhaltung und -versorgung. Von diesen sind Aufgaben aus anderen Bereichen wie der öffentlichen Wohlfahrtspflege klar abzugrenzen. Die Aufgaben des Gesundheitswesens werden durch ihre drei Säulen erfüllt: durch die stationäre und die ambulante Versorgung sowie durch das ÖGW.

Dem Sachzusammenhang der Interpellation gemäß beschränken sich die Ausführungen ausschließlich auf örtliche Aufgaben des ÖGW. Die Aufgaben des ÖGW können hierbei von unterschiedlichen Akteuren, wie z.B. freien Trägern, aber auch öffentlich-rechtlichen Einrichtungen, wahrgenommen werden. Der ÖGD zählt zum ÖGW, ist aber mit diesem nicht gleichzusetzen.

Lediglich bei den fünf kommunalen Gesundheitsämtern werden Aufgaben des ÖGD auf Gemeindeebene wahrgenommen. Bei den Aufgaben des ÖGD handelt es sich gegenüber diesen kreisfreien Städten mit eigenem Gesundheitsamt grundsätzlich – wie bei den im Rahmen der Beantwortung der Frage 3.1.2 genannten Dienstaufgaben – ausschließlich um solche aus dem übertragenen Wirkungskreis, weshalb sich diese der Fragestellung entziehen.

Darüber hinaus können sich Sollaufgaben und freiwillige Aufgaben im Bereich des ÖGW außerhalb des ÖGD ergeben, welche dem Bereich des örtlichen Gesundheitswesens i. S. d. Art. 83 BV sowie Art. 57 GO zuzuordnen sind.

Im Freistaat Bayern bestehen 25 kreisfreie Städte sowie 2031 kreisangehörige Städte und Gemeinden. Auf eine Abfrage bei diesen 2056 kommunalen Gebietskörperschaften hinsichtlich einer Aufzählung der von ihnen im oben genannten Rechtsrahmen übernommenen freiwilligen Aufgaben im Bereich des örtlichen Gesundheitswesens wurde verzichtet, da kein Zusammenhang mit den Aufgaben des ÖGD gesehen wird, zumal lediglich fünf der 25 kreisfreien Städte über ein eigenes Gesundheitsamt verfügen und sämtliche andere 2031 Städte und Gemeinden hinsichtlich der Aufgaben des ÖGD in den Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Landratsamtes in seiner Funktion als staatliche Behörde nach Art. 1 GDG fallen.

3.1.4 Welche hoheitlichen Aufgaben üben die Gesundheitsämter in Bayern aus und auf welchen rechtlichen Grundlagen beruhen diese Aufgaben?

Unter hoheitlichen Aufgaben versteht die Staatsregierung in diesem Zusammenhang solche, die durch das Gesundheitsamt einseitig und unter Inanspruchnahme besonderer, exklusiver Befugnisse ausgeübt werden. Hierbei ist ein Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen dem Gesundheitsamt und dem betroffenen Adressaten charakteristisch.

Beispiele für hoheitliche Aufgaben sind die infektionshygienische Überwachung (bspw. von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen usw.), Anordnungen im Rahmen des IfSG (z. B. Quarantäne- und Isolationsanordnungen oder Anordnung von Tätigkeits- und Betretungsverboten) sowie Maßnahmen im Rahmen der Berufsaufsicht (insbesondere bei Angehörigen der sonstigen gesetzlich geregelten Heilberufe).

In Abgrenzung zu den hoheitlichen Tätigkeiten werden von den Gesundheitsämtern u. a. beratende, aufklärende und gesundheitsfördernde Aufgaben wahrgenommen. Hierbei sind exemplarisch die Durchführung von allgemeinen Impfberatungen (einschließlich Reiseimpfberatung), die Mitwirkung in regionalen Gesundheitsregionen^{plus} und themenspezifischen Arbeitskreisen, Sexualaufklärung und Sexualpädagogik, Öffentlichkeitsarbeit (z. B. im Rahmen der gesundheitlichen Aufklärung der Bevölkerung und Risikokommunikation) und die Bereitstellung von Hilfen bei der Bewältigung psychosozialer Problemlagen zu nennen.

Die hoheitlichen Aufgaben, die durch die Gesundheitsämter ausgeübt werden, sind in der beiliegenden Anlage zu den Pflichtaufgaben im Rahmen der Aufzählung der Pflichtaufgaben des übertragenen Wirkungskreises aufgeführt und durch Fettdruck hervorgehoben.

3.1.5 Welche Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens erfüllen die Landkreise als Aufgaben im eigenen Wirkungskreis gemäß Art. 51 Abs. 1 und 2 Landkreisordnung (LKrO)?

Zunächst wird hinsichtlich der grundsätzlichen Einschränkungen der Begriffe des eigenen Wirkungskreises sowie des Gesundheitswesens und dessen Abgrenzung zur Wohlfahrtspflege auf die Ausführungen im Rahmen der Beantwortung der Frage 3.1.3 verwiesen.

Wie auch bei der Beantwortung der Frage 3.1.3 wird zunächst ein Blick auf Aufgaben und Maßnahmen des ÖGD geworfen. Nach Art. 1 Abs. 1 i. V. m. Abs. 2 GDG sind die Landratsämter nicht nur für die kreisangehörigen Städte und Gemeinden, sondern auch für die kreisfreien Städte (mit Ausnahme der Landeshauptstadt München sowie der kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg) zuständiges Gesundheitsamt. Sie erfüllen die Aufgaben des ÖGD – wie bei den im Rahmen der Beantwortung der Frage 3.1.2 genannten Dienstaufgaben – unmittelbar in ihrer Funktion als staatliche Behörde und daher grundsätzlich nicht im eigenen Wirkungskreis.

Aufgaben des eigenen Wirkungskreises der Landkreise als kommunale Behörde auf Grundlage von Art. 51 LKrO können allerdings im Rahmen der Organisationshoheit der jeweiligen Landrätin bzw. des Landrates der gleichen Organisationseinheit zugewiesen werden, in der die Aufgaben des Gesundheitsamtes angesiedelt sind; diese dürfen allerdings nicht durch staatliches Fachpersonal des ÖGD wahrgenommen werden.

Eine Abfrage bei den 71 Landratsämtern im Freistaat Bayern hinsichtlich einer Aufzählung der von ihnen im oben genannten Rechtsrahmen übernommenen Aufgaben im eigenen Wirkungskreis im Bereich des Gesundheitswesens ergab nachfolgende Ergebnisse:

Zu den Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, welche die Landkreise als Aufgabe im eigenen Wirkungskreis erfüllen, zählen vor allem die staatlich geförderten Gesundheitsregionen^{plus} mit ihrer Vernetzungsfunktion unterschiedlicher Akteure im Bereich der Gesundheitsversorgung und -förderung sowie Prävention und Pflege. Darüber hinaus nehmen die Landkreise auch vergleichbare Aufgaben außerhalb der Gesundheitsregionen^{plus} wahr, insbesondere hinsichtlich der besonderen Bedürfnisse von Senioren, aber auch bzgl. der Beratung und Koordination im Bereich Pflege für pflegende Angehörige, der Koordinierung und Organisation bei Versorgungsproblemen im niedergelassenen kurativ-ärztlichen ebenso wie im pflegerischen Bereich und im Hospiz- und Palliativwesen. Mehrere Landkreise nehmen sich insbesondere der Koordination der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen sowie deren psychosozialer Betreuung an.

Einige Landkreise initiieren und betreiben eigene Projekte auf dem Gebiet der allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung wie Ernährung oder Bewegung teilweise im Rahmen von regionalen Gesundheitstagen bzw. -wochen. Einige dieser Projekte richten sich an spezielle Zielgruppen wie Frauen aus benachteiligten sozialen Gruppen.

Mehrere Landkreise bieten Schwangeren und Müttern von Neugeborenen unterschiedliche Beratungs- und Unterstützungsangebote, bspw. in Form von offenen Hebammen-sprechstunden oder einer Hebammenkoordination, sowie Präventionsangebote zur Vorbeugung psychischer Belastungen von jungen Eltern mit Neugeborenen und Kleinkindern. Hinzu kommen Fachstellen für werdende Eltern und Eltern mit Kindern bis zum dritten Lebensjahr, Beratungs- und Koordinationsstellen für Familien, Familienförderung, Familienplanung sowie diverse Kinderschutzangebote.

Mehrere Landkreise engagieren sich im Rahmen der Suchtprävention mit gezielten Drogen- und Alkoholpräventionsangeboten, insbesondere der Frühintervention bei ersttauffälligen Drogenkonsumierenden.

Einige Landkreise bieten zudem eine freiwillige Kostenübernahme für Verhütungsmittel an.

3.1.6 Wie übt die Staatsregierung die Fachaufsicht über die Gesundheitsämter zur Durchführung der Pflichtaufgaben im übertragenen Wirkungskreis aus?

Soweit gesetzlich keine besonderen Vorschriften hinsichtlich einer Fachaufsicht bestehen, obliegt den Rechtsaufsichtsbehörden auch die Führung der Fachaufsicht (Art. 115 Abs. 1 Satz 2 GO). Demnach ist bei den kreisfreien Städten mit eigenem Gesundheitsamt die Regierung die Fachaufsichtsbehörde, soweit nichts anderes geregelt ist (Art. 110 Satz 2 GO). Im Rahmen des dreistufigen Behördenaufbaus, der sich für den Gesundheitsdienst aus Art. 1 GDG ergibt, besteht eine Weisungsgebundenheit der staatlichen Behörden gegenüber nächsthöheren Behörden. Das StMGP kann daher im Rahmen der Dienstaufsicht und der Weisungsberechtigung gegenüber den Regierungen wiederum Zweck- und Rechtmäßigkeitsprüfungen vornehmen.

Die staatlichen Gesundheitsämter führen die Aufgaben des ÖGD nicht als Pflichtaufgaben im übertragenen Wirkungskreis aus, sondern erfüllen diese als Teil der Landratsämter unmittelbar in ihrer Funktion als staatliche Behörde. Sie stehen daher gegenüber den Regierungen und auf nächster Stufe dem StMGP in einem uneingeschränkten Weisungsverhältnis. Hierbei findet weder die Rechts- noch Fachaufsicht Anwendung, da es sich bei den Aufgaben weder um Aufgaben des eigenen noch des übertragenen Wirkungskreises handelt. Die Zweck- und Rechtmäßigkeitsprüfungen erfolgen vielmehr aufgrund der Behördenhierarchie und der Weisungsgebundenheit der nachgeordneten Behörden im Rahmen der Dienstaufsicht.

Im Rahmen der Aufsichtsfunktion steht das StMGP den Regierungen nicht nur beratend zur Seite, sondern unterstützt diese durch Verwaltungsvorschriften, Handlungsempfehlungen, Weisungen, Abfragen und Informationsmaterial zu typischen bzw. häufigen Fragestellungen zu einem Thema mit entsprechenden Antworten. Auch führt das StMGP mit den Regierungen regelmäßig Dienstbesprechungen durch, in welchen die Regierungen über die Aufgabenerfüllung im Rahmen der Dienst- bzw. Fachaufsicht berichten. Soweit beim StMGP Bürgereingaben eingehen, die im Zuständigkeitsbereich der fachaufsichtsführenden Regierungen liegen und nach zuständigkeitshalber Übernahme durch diese beantwortet werden, wird das StMGP ausnahmslos über das Ergebnis der Anfrage in Kenntnis gesetzt.

Hinsichtlich bei den Regierungen eingehenden Eingaben bzgl. der Aufgabenwahrnehmung durch Gesundheitsämter ist das StMGP nächsthöhere Beschwerdeinstanz, falls die betroffene Bürgerin oder der Bürger (bzw. Einrichtung/Organisation) zu der Stellungnahme der jeweils zuständigen Regierung noch Einwendungen vorbringt.

3.2 Ressourcen

- 3.2.1 Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend den Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention gemäß Art. 9 Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz (GDVG; bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?**
- 3.2.2 Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend den Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung gemäß Art. 10 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?**
- 3.2.3 Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend der Ausstellung von Gutachten, Zeugnissen und Bescheinigungen gemäß Art. 11 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?**

-
- 3.2.4** Wie viele Personen widmen sich in den bayerischen Gesundheitsämtern ausschließlich oder überwiegend der Vermeidung der unerlaubten Ausübung der Heilkunde gemäß Art. 12 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.5** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Familienberatung gemäß Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.6** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Beratung von Menschen, die an einer Sucht, psychischen Krankheit, chronischen Krankheit oder Behinderung leiden, gemäß Art. 13 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.7** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in der Schulgesundheitspflege gemäß Art. 14 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.8** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im umweltbezogenen Gesundheitsschutz gemäß Art. 15 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.9** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im Bereich des Infektionsschutzes gemäß Art. 16 GDVG und Art. 17 GDVG (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.10** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern im Bereich der Prüfung, Auswertung und Weiterleitung der ärztlichen Todesbescheinigungen (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?
- 3.2.11** Wie viele Personen arbeiten in den bayerischen Gesundheitsämtern in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildungen und Informationsveranstaltungen (bitte für Bayern insgesamt und für jedes Gesundheitsamt aufführen, bitte auf der Basis von Vollzeitstellen anführen)?

Die Fragen 3.2.1 bis 3.2.11 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Aufgrund von Mehrfachzuteilungen der Beschäftigten war den Gesundheitsämtern eine klare Zuordnung nicht möglich. Dabei war unter den Umständen des im Erhebungs-

zeitraum auf dem Höhepunkt befindlichen Pandemiegeschehens eine Fokussierung auf die Aufgaben des Infektionsschutzes gegeben, weshalb die Abfrage der Gesundheitsbehörden kein repräsentatives Ergebnis für die Fülle der sich aus dem GDG (vormals GDVG) ergebenden Aufgaben der Gesundheitsämter erbrachte.

3.3 Aufgabenerfüllung

Die folgenden Fragen zur Aufgabenerfüllung wurden jeweils kumuliert auf Ebene der Regierungsbezirke beantwortet. Ohne Kenntnis der unterschiedlichen Ausgangsbedingungen wie Anzahl der zu überwachenden Einrichtungen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich sind Darstellungen auf Ebene einzelner Landkreise bzw. Gesundheitsämter auch weniger aussagekräftig als kumulative Aussagen. Im speziell abzufragenden Jahr 2020 war der ÖGD mit dem Ausbruch und der Bewältigung der Pandemie so stark beansprucht, dass bezogen auf die jeweiligen Gesundheitsämter auch keine durchgängig belastbaren Ergebnisse vorliegen. Aufgrund der ganz erheblichen Belastung der Gesundheitsämter und der damals geltenden Kontaktbeschränkungen war die fachliche Aufgabenerfüllung nur unter erschwerten Bedingungen in diesem Jahr möglich. Gleichzeitig konnten unter den besonderen Bedingungen der Kontaktbeschränkungen bestimmte Maßnahmen im öffentlichen Raum nicht durchgeführt werden oder es bestand keine entsprechende Nachfrage, sodass Daten für das Jahr 2020 eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Dabei wurde gerade im Jahr 2020 unter Abwägung zwischen einer lückenlosen statistischen Erfassung aller zu erfüllenden fachlichen Aufgaben und der Erfüllung dieser Aufgaben der Fokus auf die für die Bevölkerung und den öffentlichen Gesundheitsschutz wesentlichere, tatsächliche Aufgabenerfüllung gerichtet. Dabei wird die bereits genannte Organisationsuntersuchung des StMGP weitere Ergebnisse, auch hinsichtlich der Aufgabenerfüllung der Gesundheitsämter, aufzeigen. In der Folge wird das StMGP entsprechende Vorgaben entwickeln, welche ein ausgeglichenes Verhältnis von erforderlichen Dokumentationspflichten und dem möglichst unbürokratischen Ressourceneinsatz für die tatsächliche Aufgabenerfüllung unter Beibehaltung einer notwendigen Flexibilität für eine regionale Schwerpunktsetzung anstreben.

3.3.1 Wie viele Überprüfungen zur Trinkwasserhygiene führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Eine gewisse Spannweite der Datenangaben ist durch die Auslegungsbedürftigkeit der Frage zu erklären. So haben einige Gesundheitsämter nur die selbst genommenen Proben, andere hingegen alle eingegangenen Trinkwasserbefunde und die selbst genommenen Proben gezählt. Die Anzahl der Proben hängt auch z. B. davon ab, wie viele Einzelwasserversorger, Krankenhäuser bzw. Heilquellen ein Landkreis hat. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Überprüfungen pandemiebedingt geringer als im Vorjahr.

Tabelle 36: Überprüfungen der Trinkwasserhygiene im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	11 030
Niederbayern	7 209
Oberpfalz	3 814
Oberfranken	3 748
Mittelfranken	3 320
Unterfranken	17 451
Schwaben	4 244

3.3.2 Wie viele Überprüfungen zur Badewasser- bzw. Badegewässerhygiene führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die jeweilige Anzahl der Proben hängt wesentlich davon ab, wie viele Badegewässer ein Landkreis hat. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Überprüfungen pandemiebedingt geringer als im Vorjahr.

Tabelle 37: Überprüfungen Badewasser- bzw. Badegewässerhygiene im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	2 416
Niederbayern	672
Oberpfalz	543
Oberfranken	621
Mittelfranken	820
Unterfranken	962
Schwaben	1 025

3.3.3 Wie viele Überprüfungen zur Krankenhaushygiene inkl. Arztpraxen und Rettungswachen führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die jeweilige Anzahl der Überprüfungen hängt wesentlich davon ab, wie viele krankenhaushygienisch zu überwachende Einrichtungen inkl. Arztpraxen und Rettungswachen im jeweiligen Zuständigkeitsbereich liegen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger. Für das Jahr 2020 ist zu berücksichtigen, dass für diese Einrichtungen 2020 spezielle infektionsschutzrechtliche Vorgaben galten und anstatt Regelüberprüfungen vor allem anlassbezogen bei Ausbruchsgeschehen gezielte Maßnahmen der Gesundheitsämter auch mit Unterstützung der TFI des LGL erfolgten. Gerade in Einrichtungen mit besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten wie Krankenhäusern erfolgten intensive Information und zahlreiche anlassbezogene Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden.

Tabelle 38: Überprüfungen Krankenhaushygiene inkl. Arztpraxen und Rettungswachen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	399
Niederbayern	88
Oberpfalz	16
Oberfranken	121
Mittelfranken	113
Unterfranken	19
Schwaben	76

3.3.4 Wie viele Überprüfungen zur Hygiene von öffentlichen Einrichtungen (z. B. Gemeinschaftsunterkünfte, Kitas, Alten- und Pflegeheime) führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Für das Jahr 2020 ist zu berücksichtigen, dass für diese Einrichtungen 2020 spezielle infektionsschutzrechtliche Vorgaben galten und anstatt Regelüberprüfungen vor allem anlassbezogen bei Ausbruchsgeschehen gezielte Maßnahmen der Gesundheitsämter auch mit Unterstützung der TFI des LGL erfolgten. Gerade in Einrichtungen mit besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten wie Alten- und Pflegeheimen erfolgten intensive Information und zahlreiche anlassbezogene Maßnahmen durch die Gesundheitsbehörden. Die Zahl der zu überprüfenden öffentlichen Einrichtungen divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 39: Überprüfungen zur Hygiene von öffentlichen Einrichtungen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	1 211
Niederbayern	932
Oberpfalz	100
Oberfranken	238
Mittelfranken	2 714
Unterfranken	154
Schwaben	774

3.3.5 Wie oft ergriffen die einzelnen Gesundheitsämter in den Jahren 2015 bis 2019 Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und um welche Krankheiten handelte es sich dabei?

Die Zahl der zu Maßnahmen Anlass gebenden Vorgänge divergiert in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 40: Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten 2015–2019

Regierungsbezirk	2015	2016	2017	2018	2019
Oberbayern	62 339	75 970	70 706	88 801	86 697
Niederbayern	9 236	8 913	12 452	19 260	14 319
Oberpfalz	9 332	8 213	10 507	38 461	13 384
Oberfranken	5 735	5 314	6 882	11 016	8 327
Mittelfranken	19 863	17 713	20 328	25 496	22 741
Unterfranken	7 484	6 835	7 719	10 761	9 375
Schwaben	5 507	6 632	6 429	8 951	8 842

Hinweis:

In Tabelle 41 werden auch weitere seltene und schwerwiegende Erkrankungen genannt, die in diesen Jahren in Bayern nicht als Fälle (mit Erregernachweis) dem LGL gemeldet wurden. Dabei ist zu berücksichtigen, dass den Gesundheitsämtern auch Verdachtsfälle von schweren Erkrankungen wie Marburgvirus, Pocken, Tollwutexposition oder Ebola gemeldet wurden. Die Gesundheitsämter überprüfen diese Meldungen anhand der Falldefinitionen des RKI. Nur wenn die Ereignisse den Falldefinitionen des RKI entsprechen, erfolgt eine Weiterleitung der Daten nach § 11 IfSG über das LGL an das RKI. Die Prüfung der Verdachtsmeldungen verursacht bei den Gesundheitsämtern aber Ermittlungsaufwand, auch wenn sich der Verdacht im Nachhinein als unbegründet erweist.

Tabelle 41: Übersicht über Infektionskrankheiten, zu welchen Maßnahmen ergriffen wurden

Infektionskrankheiten	
Hepatitis	Hepatitis B
	Hepatitis C
	Hepatitis E
	Hepatitis A
	Hepatitis D
	Hepatitis Non A-E
	Sonstige
Pathogene E.coli-Erreger	
Tuberkulose	
Norovirus	
Influenza	
Campylobacter	
Salmonellen	
Varicella-Zoster-Virus-Infektion (Varizellen, Herpes zoster)	
Pertussis	
Frühsommer-Meningoenzephalitis	
Legionellose	
Rotavirus	
Giardiasis	
Borreliose	

Infektionskrankheiten
Haemophilus influenzae
Meningokokken
Masern
Mumps
Yersiniose
Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus
Skabies
Clostridium difficile
Listeriose
Denguefieber
Shigellose
Enterobacteriaceae-Infektion/-Kolonisation (nicht weiter spezifiziert)
Kryptosporidiose
Röteln
Scharlach
Leptospirose
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
Adenovirus
Hantavirus
Acinetobacter-Infektion/-Kolonisation (nicht weiter spezifiziert)
Hämolytisch-urämisches Syndrom (enteropathisch)
Pediculus
Tularämie
Hand-Fuss-Mund-Krankheit
Q-Fieber
Typhus abdominalis
Brucellose
Ringelröteln
Tollwut
Chikungunya
Diphtherie
Paratyphus
Botulismus
Gonorrhoe
HIV/AIDS
Zikavirus-Erkrankung
Impetigo Contagiosa
Keratokonjunktivitis
Respiratorisches Synzytial-Virus
Adenokonjunktivitis
Enterovirus
Amoebiasis
Arbovirus
Chlamydia trachomatis
Cholera

Infektionskrankheiten
Malaria
Multiresistente gramnegative Bakterien (nicht weiter spezifiziert)
Ornithose
Pneumokokken
Virale hämorrhagische Fieber
Astrovirus
Gelbfieber
Infektiöse Mononukleose
Lassafieber
Meningoenzephalitis
Streptokokken Gruppe B
Trichinellose
Affenpocken
Clostridiale Myonekrose
Cryptosporidien
Cytomegalie
Ebolafieber
Enterobius vermicularis
Fleckfieber
Lambliasis
Legionella sp.
Lepra
Marburgfieber
Meningokokkenmeningitis
Milzbrand
Mykoplasma
Pocken
Poliomyelitis
Pseudomonasinfektion
SARS-assoziiertes Coronavirus
Streptokokken-Angina
Syphilis

3.3.6 Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Beobachtungen, Bewertungen und Beurteilungen von Umwelteinwirkungen auf Menschen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Beobachtungen, Bewertungen und Beurteilungen von Umwelteinwirkungen auf Menschen fallen anlassbezogen an. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Überprüfungen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr. Die Zahl der dazu Anlass gebenden Vorgänge divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 42: Beobachtungen, Bewertungen und Beurteilungen von Umwelteinwirkungen auf Menschen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	244
Niederbayern	44
Oberpfalz	27
Oberfranken	115
Mittelfranken	116
Unterfranken	35
Schwaben	6

3.3.7 Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Begutachtungen im Rahmen der Bauleitplanung, von Bauvorhaben und Emittenten durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Begutachtungen im Rahmen der Bauleitplanung fallen anlassbezogen an. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Begutachtungen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr.

Der Begriff der Begutachtungen ist auslegungsbedürftig. Die Zahl der zu Maßnahmen Anlass gebenden Vorgänge divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 43: Begutachtungen von Bauvorhaben und Emittenten im Rahmen der Bauleitplanung, im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	711
Niederbayern	748
Oberpfalz	255
Oberfranken	246
Mittelfranken	201
Unterfranken	309
Schwaben	400

3.3.8 Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Begutachtungen im Rahmen von Altlasten und Bodenverunreinigungen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Begutachtungen im Rahmen von Altlasten und Bodenverunreinigungen fallen anlassbezogen an. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Begutachtungen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr. Die Zahl der zu Maßnahmen Anlass gebenden Vorgänge divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 44: Begutachtungen im Rahmen von Altlasten und Bodenverunreinigungen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	197
Niederbayern	88
Oberpfalz	74
Oberfranken	27
Mittelfranken	55
Unterfranken	28
Schwaben	100

3.3.9 Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Beurteilungen und Begutachtungen von Innenräumen durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Beurteilungen und Begutachtungen von Innenräumen fallen anlassbezogen an. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Begutachtungen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr. Die Zahl der zu Maßnahmen Anlass gebenden Vorgänge divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 45: Beurteilungen und Begutachtungen von Innenräumen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	409
Niederbayern	48
Oberpfalz	23
Oberfranken	45
Mittelfranken	58
Unterfranken	9
Schwaben	2

3.3.10 Wie oft führten im Jahr 2020 die einzelnen Gesundheitsämter Bewertungen bei Unfällen mit Freisetzung von Gefahrstoffen und Strahlung sowie im Rahmen des Katastrophenschutzes durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Bewertungen bei Unfällen mit Freisetzung von Gefahrstoffen und Strahlung sowie im Rahmen des Katastrophenschutzes fallen anlassbezogen an. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Bewertungen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr. Die Zahl der zu Maßnahmen Anlass gebenden Vorgänge divergiert auch in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 46: Bewertungen bei Unfällen mit Freisetzung von Gefahrstoffen und Strahlung sowie im Rahmen des Katastrophenschutzes im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	5
Niederbayern	1
Oberpfalz	6
Oberfranken	22
Mittelfranken	3
Unterfranken	3
Schwaben	9

3.3.11 Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen der Gesundheitsförderung durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?

Zunächst ist darauf hinzuweisen, dass die Gesundheitsämter im eigenen Ermessen anhand der regionalen Bedarfe entscheiden können, inwieweit bzw. in welchem Umfang sie diese fachlich grundsätzlich sinnvollen und gesundheitspolitisch zu begrüßenden Maßnahmen durchführen. Seitens des StMGP (Art. 7 GDG) werden diese Maßnahmen vielfältig durch spezifische Kampagnen und Fortbildungsangebote sowie themenbezogene Informationen und Aktionsmittel unterstützt.

Maßnahmen der Gesundheitsförderung an den Gesundheitsämtern sind z. B. „Sonne(n) mit Verstand“, Suchtprävention, Seniorenschwimmen, Impf-Fortbildungen, Schwangerenberatungen, Gesundheitstage sowie Infokampagnen zu diversen Erkrankungen wie HIV-Info-Wochen. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr, da auch die Durchführung von Veranstaltungen allenfalls sehr eingeschränkt möglich war. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbemerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 47: Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	112
Niederbayern	15
Oberpfalz	777
Oberfranken	17
Mittelfranken	513
Unterfranken	50
Schwaben	899

3.3.12 Welche sozialkompensatorischen Aktivitäten zur Reduzierung der gesundheitlichen Ungleichheit entfaltet der ÖGD in Bayern, um so die gesundheitliche Chancengleichheit sicherzustellen?

In Art. 7 Abs. 2 Satz 4 GDG wird sozial benachteiligten, besonders belasteten oder schutzbedürftigen Bürgerinnen und Bürgern sowie der Förderung und dem Schutz von älteren Menschen ein besonderer Stellenwert gegeben. Bereits vor Inkrafttreten des GDG gehörte die gesundheitliche Chancengleichheit als ein sehr bedeutendes und allgegenwärtiges Ziel für das bevölkerungsmedizinische Tätigkeitsfeld zum Aufgabenbereich des ÖGD. Sie ist als eines von vier vorrangigen Handlungsfeldern und übergeordnetes Ziel im Bayerischen Präventionsplan verankert. Nähere Ausführungen zum Bayerischen Präventionsplan finden sich auch im Rahmen der Beantwortung der Fragen 5.2.6 und 5.2.8.

Mit der Initiative Gesund.Leben.Bayern., dem zentralen Förderinstrument zur Umsetzung des Bayerischen Präventionsplans, fördert die Staatsregierung qualitätsgesicherte Modellprojekte im Bereich der Primärprävention mit dem Potenzial bayernweiter Ausweitung. Ein besonderer Fokus liegt dabei, neben der Befähigung der bayerischen Bürgerinnen und Bürger zur eigenverantwortlichen Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Lebensweise, auf der Förderung der Verhältnisprävention, mit der die Verhältnisse, also z. B. die Lebens- und Arbeitsbedingungen, gesundheitsförderlich gestaltet werden sollen. Verhältnispräventive Maßnahmen erreichen die Menschen unabhängig von deren sozialer Lage und können so zu einem Abbau sozialer Ungleichheit in der Gesundheit beitragen.

Mit jährlichen Schwerpunkten stellt das StMGP gesundheitspolitisch besonders relevante Themen in den Fokus der Öffentlichkeit und fördert damit die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung. 2022 stand die Herzinfarktprävention im Vordergrund, 2023 betrifft das Schwerpunktthema die gesundheitlichen Folgen von Einsamkeit.

Die im Jahr 2006 initiierte Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit (KGC) Bayern (ehemals Regionaler Knoten Bayern) ist seit dem Jahr 2013 am Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) im LGL angesiedelt. Sie informiert, sensibilisiert und fördert im Rahmen verschiedener Fach- und Fortbildungsveranstaltungen auf kommunaler Ebene über das Thema Gesundheitliche Chancengleichheit in Bayern. Die KGC setzt sich gemeinsam mit der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V. (LZG) mit unterschiedlichen Aktivitäten für gesundheitsbezogene Prävention von Menschen in schwierigen Lebenslagen ein. Ein zentraler Schwerpunkt des Aufgabenbereiches am ZPG ist die Beratung und Begleitung der bayerischen Kommunen im bundesweiten Partnerprozess „Gesundheit für alle“, der die Gesundheitsförderung und Prävention von Menschen jeden Alters zum Ziel hat. Mittlerweile beteiligen sich 20 Kommunen in Bayern an diesem Partnerprozess und setzen sich für eine stärkere Verzahnung von sozialen und gesundheitlichen Fragen sowie die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit ein. Zur fachlichen Unterstützung werden sog. „Lernwerkstätten“ in den Kommunen zu den zwölf Kriterien guter Praxis des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit regelmäßig durchgeführt. In diesen werden Akteurinnen und Akteure aus Gesundheits- und Sozialwesen in der praktischen Umsetzung von qualitätsgesicherten Maßnahmen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung geschult.

Im Jahr 2015 wurde seitens des StMGP das Förderprogramm Gesundheitsregionen^{plus} eingerichtet. Es dient dem Aufbau und Betrieb von fachlich kompetenten Gesundheitsnetzwerken auf kommunaler Ebene. 79 der 96 bayerischen Landkreise und kreisfreien Städte haben zwischenzeitlich eine solche Gesundheitsregion^{plus} eingerichtet (Stand:

25.04.2023). Ein großer Anteil der Geschäftsstellen der Gesundheitsregionen^{plus} ist dabei an der jeweiligen Kreisverwaltungsbehörde bei der Organisationseinheit angesiedelt, die die Aufgaben des Gesundheitsamtes wahrnimmt. Die Gesundheitsregionen^{plus} sind ein erfolgreiches Koordinierungs- und Förderinstrument mit den Schwerpunkten u. a. in den Handlungsfeldern Prävention und Gesundheitsförderung, wobei die Bereiche gesundheitliche Ungleichheit bzw. Chancengleichheit unter Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten, Bedürfnissen und entsprechenden Schwerpunktsetzungen mit inbegriffen sind. Die oberste Zielsetzung der Gesundheitsregionen^{plus} ist es, den Gesundheitszustand der Bevölkerung auch im Hinblick auf die gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern und die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erhöhen. Die Gesundheitsregionen^{plus} dienen der Optimierung der regionalen Gesundheitsvorsorge und -versorgung sowie der Pflege in Bayern. Sie leisten einen maßgeblichen Beitrag im Sinne der Fragestellung.

Durch eine geplante Verstetigung des bayerischen Konzepts der Gesundheitsregionen^{plus} an den Gesundheitsämtern soll diesem Thema künftig ein noch höherer Stellenwert gegeben werden. Ergänzende Informationen zu den Gesundheitsregionen^{plus} werden in der Antwort zu Frage 5.2.1 ausgeführt.

3.3.13 Welche Gesundheitsämter agierten im Jahr 2020 auf der Basis von lokalen oder regionalen Gesundheitszielen und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?

Die Gesundheitsämter können in eigenem Ermessen anhand der regionalen Bedarfe entscheiden, inwieweit bzw. in welchem Umfang sie diese fachlich sinnvollen und gesundheitspolitisch zu begrüßenden Maßnahmen durchführen (vgl. Art. 7 ff GDG). Seitens des StMGP werden diese Maßnahmen vielfältig unterstützt, siehe Antwort zu Frage 3.3.11.

Von den Gesundheitsämtern durchgeführte Maßnahmen zu lokalen und regionalen Gesundheitszielen sind z. B. Einrichtung von Gesundheitsregionen^{plus}, Sexualpädagogik an Schulen oder die thematischen Jahresschwerpunktaktionen des StMGP. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr, da auch die Durchführung von Veranstaltungen allenfalls sehr eingeschränkt möglich war. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 48: Übersicht über durchgeführte Maßnahmen zu lokalen und regionalen Gesundheitszielen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	76
Niederbayern	10
Oberpfalz	11
Oberfranken	2
Mittelfranken	37
Unterfranken	2
Schwaben	3

3.3.14 Welche Gesundheitsämter koordinierten im Jahr 2020 regionale Gesundheitskonferenzen und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Aufgrund inhaltlicher Überschneidungen mit den Fragen 3.3.11, 3.3.13 und 3.3.15 liegen von einigen Gesundheitsämtern hierzu keine differenzierten Antworten vor. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber wesentlich geringer als im Vorjahr, da auch die Durchführung von Veranstaltungen allenfalls sehr eingeschränkt möglich war. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 49: Übersicht über koordinierte regionale Gesundheitskonferenzen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	7
Niederbayern	2
Oberpfalz	10
Oberfranken	5
Mittelfranken	2
Unterfranken	2
Schwaben	55

3.3.15 Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen zur allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung und Prävention durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?

Standardmäßige Maßnahmen zur allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung und Prävention sind z.B. Alkohol- und Drogenprävention, Sexualpädagogik und „Sonne(n) mit Verstand“, Impf-Fortbildung, Discofieber sowie Kindertage, Vorträge für Seniorenbegegnungen und Stadtfeste. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 50: Übersicht über Maßnahmen zur allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung und Prävention im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	258
Niederbayern	302
Oberpfalz	249
Oberfranken	18
Mittelfranken	12
Unterfranken	53
Schwaben	82

3.3.16 Welche Gesundheitsämter haben im Jahr 2020 Maßnahmen im Zusammenhang mit Impfungen (z. B. Impfkationen in Schulen, Impfberatung, Durchführung von Impfungen, Impftage) durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?

Seitens des StMGP werden diese Maßnahmen vielfältig unterstützt, siehe auch die Antwort zu Frage 3.3.11. Im Hinblick auf die Daten für 2020 ist auf die Sondersituation der Pandemie hinzuweisen.

Regelhaft erfolgen in allen Gesundheitsämtern Impfpasskontrollen der 6. Klassen sowie (Reise-)Impfberatung. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen in Settings wie Schulen oder öffentlichen Impftage pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr, da auch die Durchführung von Veranstaltungen allenfalls sehr eingeschränkt möglich war. Dagegen erfolgten sehr häufig anlassbezogene subsidiäre Impfungen in vulnerablen Einrichtungen. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 51: Übersicht über Maßnahmen im Zusammenhang mit Impfungen inkl. Beispiele im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	8 227
Niederbayern	5 688
Oberpfalz	4 705
Oberfranken	3 813
Mittelfranken	10 388
Unterfranken	4 838
Schwaben	1 196

3.3.17 Wie viele Bescheinigungen zum Umgang mit Lebensmitteln gemäß § 42 und § 43 IfSG haben die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 ausgestellt und wie hat sich diese Zahl in den letzten zehn Jahren entwickelt?

Im Hinblick auf die Daten und Zahlen für das Jahr 2020 ist auf die Sondersituation der Pandemie – auf Ebene der potenziellen Bescheinigungsempfänger sowie auch auf der Ebene der Gesundheitsämter – hinzuweisen und der damit einhergehenden Entwicklung des kaum vorhandenen Bedarfs an Bescheinigungen zum Umgang mit Lebensmitteln gemäß § 42 und § 43 IfSG. In den letzten zehn Jahren zuvor wurden je nach Bedarf und Anfragen im Einzelfall entsprechende Bescheinigungen seitens der Gesundheitsämter ausgestellt. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Tabelle 52: Übersicht über die Anzahl der ausgestellten Bescheinigungen zum Umgang mit Lebensmitteln gemäß §§ 42 und 43 IfSG im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	9 295
Niederbayern	2 206
Oberpfalz	2 281
Oberfranken	2 442
Mittelfranken	10 174
Unterfranken	5 750
Schwaben	7 125

3.3.18 Wie viele psychosoziale Beratungen psychisch kranker und suchtkranker Menschen sowie deren Angehöriger führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Hierbei ist zu beachten, dass diese Leistung durch die Gesundheitsämter ergänzend oder subsidiär zu Beratungen anderer zuständiger Träger erfolgt (vgl. Art. 7 ff GDG). Je nach örtlichen Gegebenheiten resultiert ein lokal unterschiedlicher Bedarf.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 53: Anzahl psychosozialer Beratungen psychisch kranker und suchtkranker Menschen sowie deren Angehöriger im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	14 173
Niederbayern	915
Oberpfalz	3 505
Oberfranken	496
Mittelfranken	9 083
Unterfranken	2 457
Schwaben	2 356

3.3.19 Wie viele Beratungen von Menschen mit Behinderungen und von deren Angehörigen führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Hierbei ist zu beachten, dass diese Leistung durch die Gesundheitsämter ergänzend oder subsidiär zu Beratungen anderer zuständiger Träger erfolgt (vgl. Art. 7 ff GDG). Je nach örtlichen Gegebenheiten resultiert ein lokal unterschiedlicher Bedarf.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Beratungen pandemiebedingt aber gerin-

ger als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 54: Anzahl an Beratungen von Menschen mit Behinderungen und deren Angehörigen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	169
Niederbayern	113
Oberpfalz	114
Oberfranken	192
Mittelfranken	393
Unterfranken	241
Schwaben	528

3.3.20 Wie viele Prüfungen im Rahmen der Heimaufsicht führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Für das Jahr 2020 ist zu berücksichtigen, dass für diese Einrichtungen 2020 spezielle infektionsschutzrechtliche Vorgaben galten und anstatt Regelüberprüfungen der Heimaufsicht vor allem anlassbezogen gezielte Begehungen der FQA mit Unterstützung der Gesundheitsämter sowie der TFI des LGL erfolgten. In Einrichtungen mit besonders vulnerablen Patientinnen und Patienten wie Alten- und Pflegeheimen erfolgten intensive Information und zahlreiche anlassbezogene Maßnahmen durch die Heimaufsichts- und Gesundheitsbehörden. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 55: Übersicht über die Anzahl an Prüfungen im Rahmen der Heimaufsicht im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	186
Niederbayern	115
Oberpfalz	112
Oberfranken	68
Mittelfranken	208
Unterfranken	55
Schwaben	97

3.3.21 Welche spezifischen Aufgaben und Funktionen übernehmen die Gesundheitsämter bei der Heimaufsicht in Abgrenzung zu den Aufgaben der Fachstellen für Qualitätsentwicklung und Aufsicht?

Die FQA ist gemäß Art. 24 Abs. 1 Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWoqG) die zuständige Behörde für die Durchführung dieses Gesetzes und der darauf beruhenden Rechtsverordnung. Aufgabe der FQA ist es, darauf hinzuwirken, dass die Interessen und Bedürfnisse der alten, behinderten und pflegebedürftigen Menschen erkannt, beachtet und geschützt werden. Neben Beratungs- und Informationsaufgaben hat die

FQA auch die Möglichkeit, beim Vorliegen von Mängeln Anordnungen zu erlassen. Diese können von Auflagen zur Abstellung einzelner Mängel bis hin zu einem Aufnahmestopp, Beschäftigungsverboten und zur Betriebsuntersagung reichen. Sofern die FQA bei ihrer Begehung oder aufgrund von Beschwerden Hinweise auf Verstöße gegen Rechtsvorschriften, die der Zuständigkeit des Gesundheitsämter unterfallen, erhält, ist die zuständige Behörde zu informieren. Die Gesundheitsämter unterstützen die FQA bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben. Nach Art. 7 Abs. 3 Nr. 1 GDG wirken die Gesundheitsämter als fachkundige Stellen bei der Überwachung von Heimen und ähnlichen Einrichtungen im Hinblick auf die Gesundheit der Bewohner mit. Eine darüber hinausgehende spezielle Regelung zur Zusammenarbeit mit dem ÖGD enthält das PflWoqG derzeit nicht.

Im Hinblick auf die Hygieneüberwachung nehmen die Gesundheitsämter die spezifische Dienstaufgabe der Hygieneüberwachung von Einrichtungen wahr. Gemäß § 35 IfSG unterliegen Pflegeeinrichtungen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt mit dem Ziel, dass die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und der Pflegewissenschaft erforderlichen Maßnahmen getroffen werden, um Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern zu vermeiden. Der Fokus liegt dabei auf der personellen, baulichen und funktionellen sowie betrieblich-organisatorischen Ausstattung und bezieht sich auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Die in § 35 Abs. 1 IfSG genannten Einrichtungen und Unternehmen müssen beispielsweise in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Infektionshygiene festlegen. Die Gesundheitsämter prüfen neben der Einhaltung der Hygieneanforderungen die Hygienepläne sowie die spezifischen Vorgaben zur Pandemiebewältigung, die gemäß § 35 Abs. 1 IfSG bis zum 07.04.2023 von den Einrichtungen vorzunehmen waren, z. B. Benennung von verantwortlichen Personen für die Festlegung von Organisations- und Verfahrensabläufen in Zusammenhang mit dem Impfen und Testen von Bewohnern und Gästen sowie zu Maßnahmen zur Versorgung der Bewohner mit antiviralen COVID-19-Arzneimitteln.

In Bayern existiert seit 2011 ein Konzept für den ÖGD zur standardisierten infektionshygienischen Überwachung. Hierzu gehört u. a. der vom LGL veröffentlichte „Bayerische Rahmenhygieneplan für Infektionsprävention in Heimen und Einrichtungen“: <https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/hygiene/doc/rahmenhygieneplan.pdf>

3.3.22 Wie viele Maßnahmen der Individualhilfe und Individualprävention für Kinder, Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte wurden 2020 von den einzelnen Gesundheitsämtern durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Hierbei ist zu beachten, dass diese Leistung durch die Gesundheitsämter ergänzend oder subsidiär zu Beratungen anderer zuständiger Träger erfolgt (vgl. Art. 7 ff GDG). Je nach örtlichen Gegebenheiten resultiert hier ein lokal unterschiedlicher Bedarf.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 56: Übersicht über Maßnahmen der Individualhilfe und -prävention für Kinder, Jugendliche und deren Erziehungsberechtigte im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	8 504
Niederbayern	83
Oberpfalz	370
Oberfranken	105
Mittelfranken	1 174
Unterfranken	541
Schwaben	43

3.3.23 Wie viele Schuleingangsuntersuchungen wurden im Jahr 2020 von den einzelnen Gesundheitsämtern durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Das Ziel war stets die flächendeckende Durchführung der Schuleingangsuntersuchungen (SEU) durch die Gesundheitsämter. Während dies 2020 in Einzelfällen pandemiebedingt noch nicht möglich war, wurde ab 2021 zumindest eine SEU in reduzierter Form flächendeckend durchgeführt. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 57: Übersicht über die Anzahl an durchgeführten SEU im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	41 918
Niederbayern	12 605
Oberpfalz	10 117
Oberfranken	9 010
Mittelfranken	14 668
Unterfranken	10 736
Schwaben	16 772

3.3.24 Wie viele Beratungen zu Fragen der Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung, Empfängnis und Schwangerschaft führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Hierbei ist zu beachten, dass diese Leistung durch die Gesundheitsämter ergänzend oder subsidiär zu Beratungen anderer zuständiger Träger erfolgt (vgl. Art. 7 ff GDG). Je nach örtlichen Gegebenheiten resultiert ein lokal unterschiedlicher Bedarf.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 58: Übersicht über die Anzahl der durchgeführten Beratungen zum Thema Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung, Empfängnis und Schwangerschaft im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	8 016
Niederbayern	1 077
Oberpfalz	2 070
Oberfranken	3 469
Mittelfranken	1 828
Unterfranken	2 222
Schwaben	615

3.3.25 Wie viele weitere Maßnahmen zur Sexualpädagogik und Sexualaufklärung (z. B. Gruppen- und Projektarbeit an Schulen, Informationsveranstaltungen, Multiplikatorenschulungen, Kampagnen, Öffentlichkeitsarbeit) führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt (bitte Beispiele nennen)?

Diese Leistungen erfolgen durch die Gesundheitsämter ergänzend oder subsidiär zu Beratungen anderer zuständiger Träger (vgl. Art. 7 ff GDG). Je nach örtlichen Gegebenheiten resultiert ein lokal unterschiedlicher Bedarf. Im Hinblick auf die Daten für 2020 ist auf die Sondersituation der Pandemie hinzuweisen und der damit einhergehenden Einschränkungen für die Durchführung von Veranstaltungen in Präsenz. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbermerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Von den Gesundheitsämtern durchgeführte Maßnahmen zur Sexualpädagogik und -aufklärung sind z. B. Workshops zum Thema Frauengesundheit für Migrantinnen, Schulbesuche, sexualpädagogische Elternabende und AIDS-Kampagnen.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr.

Tabelle 59: Übersicht über durchgeführte Maßnahmen zur Sexualpädagogik und Sexualaufklärung im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	257
Niederbayern	59
Oberpfalz	126
Oberfranken	42
Mittelfranken	59
Unterfranken	64
Schwaben	56

3.3.26 Wie viele Beratungen von Schwangeren und Schwangerschaftskonfliktberatungen führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aufgrund der Sondersituation geringer als im Vorjahr. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben, die aber unter den oben und in der Vorbemerkung zu Frage 3.3 dargestellten Rahmenbedingungen eine nur begrenzte allgemeine Aussagekraft aufweisen.

Zudem ist zu beachten, dass die Leistung der angefragten Beratungen durch die Gesundheitsämter oder auch durch andere zuständige, qualifizierte Träger erfolgen kann.

Tabelle 60: Übersicht über durchgeführte Beratungen von Schwangeren und Schwangerenkonfliktberatungen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	11 561
Niederbayern	4 483
Oberpfalz	1 852
Oberfranken	3 025
Mittelfranken	2 617
Unterfranken	3 537
Schwaben	3 723

3.3.27 Wie viele Maßnahmen der nachgehenden Betreuung von Frauen und Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr, von Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch, von Frauen nach Fehl- oder Totgeburt und von Frauen mit einer postpartalen Krise haben die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durchgeführt und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Maßnahmen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 61: Übersicht über durchgeführte Maßnahmen der nachgehenden Betreuung von Frauen und Familien etc. im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	3 924
Niederbayern	837
Oberpfalz	668
Oberfranken	1 079
Mittelfranken	970
Unterfranken	1 676
Schwaben	1 105

3.3.28 Liegen in Bayern Fachempfehlungen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Gesundheitsämtern vor und liegen Personalempfehlungen für diesen Bereich vor?

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Gesundheitsämtern in Bayern können auf eine Vielzahl von Fachempfehlungen und -informationen (u. a. Leitfäden, Arbeitshilfen, Checklisten, Instrumente) zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention zurückgreifen. Im „ÖGD-Handbuch“ werden die Aufgaben der Gesundheitsämter zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Kapitel 4: Gesundheitsförderung, Prävention) dargestellt. Das Handbuch bietet Anleitungen für die Ausführung sowie Arbeitshilfen und wird kontinuierlich weiterentwickelt.

Das LGL hat zahlreiche Fachpublikationen zur Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention herausgegeben, die sich u. a. an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Gesundheitsämter richten:

- Die Schriftenreihe „Materialien zur Gesundheitsförderung“ befasst sich mit Themen wie der Planung eines gesundheitsförderlichen Gemeindeprogramms, dem Aufbau und der Aufrechterhaltung von Partnerschaften und Strukturen in der gemeindenahen Gesundheitsförderung oder der Evaluation eines Gesundheitsförderungsprogramms.
- Der Handlungsleitfaden „Fünf Schritte zur gesunden Gemeinde“ ist im Rahmen des vom StMGP geförderten Modellprojekts „Gesunder Landkreis – Runde Tische zur Regionalen Gesundheitsförderung“ entstanden und thematisiert die wichtigsten Inhalte, um kommunale Gesundheitsförderung zu realisieren.
- Der Band „Qualität in Gesundheitsförderung und Prävention“ dokumentiert eine vom Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZPG) angebotene Workshopreihe, die dazu beitragen soll, Qualitätsentwicklung und -sicherung weiter in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung zu tragen.

Diese und weitere Informationsmaterialien zu den Themenbereichen Gesundheitsförderung und Prävention, Suchtprävention, gesundheitliche Chancengleichheit und Qualitätsentwicklung sind wie folgt abrufbar: <https://www.zpg-bayern.de/publikationen.html>.

Weitere Orientierungsmöglichkeiten bieten u. a. auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) mit „Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention“, einem Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung (<https://leitbegriffe.bzga.de/>), oder der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) z. B. mit dem „Leitfaden Prävention“ oder der Veröffentlichung „Strategien der Erreichbarkeit vulnerabler Gruppen in der Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen – Handlungsempfehlungen für die Praxis“.

Als Ideen-Pool und erste Orientierung bei der Planung und Umsetzung qualitätsgesicherter Angebote stehen zudem verschiedene Projektdatenbanken zur Verfügung, u. a.:

- Netzwerk Prävention des ZPG (<https://www.zpg-bayern.de/netzwerk-praevention.html>),
- Initiative Gesund.Leben.Bayern. (www.stmgp.bayern.de/service/foerderprogramme/gesund-leben-bayern/),
- Praxisdatenbank des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit (<https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/praxisdatenbank/>),
- Grüne Liste Prävention (www.gruene-liste-praevention.de/nano.cms/datenbank/information).

Aufgrund der regional unterschiedlichen Bedarfe der Aufgabenwahrnehmung gibt es keine Personalempfehlungen des StMGP für den Bereich Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in den Gesundheitsämtern.

3.3.29 Wie viele Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen erstellten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 und wie viele dieser Gutachten entfielen jeweils auf: Gutachten im Dienst- und Versorgungsrecht, Gutachten nach Sozialgesetzbuch (SGB) II–XII, Gutachten nach Spezialvorschriften, gerichtsärztliche Gutachten, Gutachten im Ausländer- und Asylrecht, sonstige Gutachten, und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Einleitend ist darauf hinzuweisen, dass nicht jedes Gesundheitsamt Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen im Sinne der oben genannten Bereiche erstellt. Daher sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben. In den einzelnen Gesundheitsämtern wurden Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen im Jahr 2020 in den oben genannten Bereichen erstellt. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr.

Tabelle 62: Übersicht über erstellte Gutachten, Zeugnisse und Bescheinigungen im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	
Dienst- und Versorgungsrecht	4 888
SGB II–XII	323
Spezialvorschriften	142
gerichtsärztliche Gutachten	62
Ausländer- und Asylrecht	934
sonstige Gutachten	1 507
gesamt	7 856
Niederbayern	
Dienst- und Versorgungsrecht	2 163
SGB II–XII	63
Spezialvorschriften	92
gerichtsärztliche Gutachten	215
Ausländer- und Asylrecht	4 038
sonstige Gutachten	763
gesamt	7 334
Oberpfalz	
Dienst- und Versorgungsrecht	2 189
SGB II–XII	368
Spezialvorschriften	710
gerichtsärztliche Gutachten	164

Regierungsbezirk	2020
Ausländer- und Asylrecht	414
sonstige Gutachten	451
gesamt	4296
Oberfranken	
Dienst- und Versorgungsrecht	1 183
SGB II–XII	114
Spezialvorschriften	116
gerichtsärztliche Gutachten	73
Ausländer- und Asylrecht	836
sonstige Gutachten	334
gesamt	2656
Mittelfranken	
Dienst- und Versorgungsrecht	2 565
SGB II–XII	636
Spezialvorschriften	488
gerichtsärztliche Gutachten	37
Ausländer- und Asylrecht	459
sonstige Gutachten	605
gesamt	4790
Unterfranken	
Dienst- und Versorgungsrecht	1 963
SGB II–XII	219
Spezialvorschriften	1 265
gerichtsärztliche Gutachten	122
Ausländer- und Asylrecht	423
sonstige Gutachten	473
gesamt	4465
Schwaben	
Dienst- und Versorgungsrecht	1 634
SGB II–XII	111
Spezialvorschriften	76
gerichtsärztliche Gutachten	13
Ausländer- und Asylrecht	353
sonstige Gutachten	509
gesamt	2696

3.3.30 Wie viele Maßnahmen und Überprüfungen im Zusammenhang mit dem Einhalten der gesetzlichen Anforderungen durch Angehörige der Heilberufe und der sonstigen gesetzlich geregelten Heilberufe führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Begriffe der Maßnahmen und Überprüfungen sind auslegungsbedürftig, daher ist die Beantwortung durch die Gesundheitsämter differenziert erfolgt. Nachdem die Anzahl der Angehörigen der Heilberufe in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen divergiert, sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen.

Im Rahmen der Pandemie erfolgte eine sehr enge Zusammenarbeit des StMGP zur gemeinsamen erfolgreichen Bekämpfung der Pandemie z. B. mit den Krankenhäusern und Verbänden.

Tabelle 63: Übersicht über durchgeführte Maßnahmen im Zusammenhang mit dem Einhalten der gesetzlichen Anforderungen durch Angehörige der Heilberufe und der sonstigen gesetzlich geregelten Heilberufe im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	11 552
Niederbayern	408
Oberpfalz	1 627
Oberfranken	244
Mittelfranken	874
Unterfranken	539
Schwaben	344

3.3.31 Wie viele und welche Gesundheitsämter erheben regelmäßig Daten zur Ermittlung umweltepidemiologischer Zusammenhänge und Ableitung von Handlungsempfehlungen im umweltbezogenen Gesundheitsschutz und welche Daten werden dabei typischerweise erhoben?

Die regelmäßige Erhebung von Daten zur Ermittlung umweltepidemiologischer Zusammenhänge ist keine Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter, sondern diese kann erforderlichenfalls anlassbezogene Datenerhebungen ergänzen (vgl. Art. 7 ff GDG).

Im Wesentlichen wurden an bestimmten Gesundheitsämtern aus lokalem Anlass Daten zu den Trinkwassergehalten erhoben, so z. B. in Altötting, Amberg-Weizsach und Traunstein. Daneben gibt es Ermittlungen zu Altlastenbefunden. Im kommunalen Gesundheitsamt München gab es Handlungsempfehlungen und einen Hitzemaßnahmenplan für vulnerable Personen und deren Angehörige sowie in Alten- und Pflegeheimen.

3.3.32 Wie viele und welche Gesundheitsämter führen eine Datenbank zur Trinkwasserqualität und zur Qualität der Badegewässer?

In Abgrenzung zu den Daten über verpflichtende Kontrollen zur Trinkwasserqualität und Qualität von Badegewässern wird auf die diesbezüglichen Antworten zu den Fragen 3.3.1 und 3.3.2 verwiesen.

In den bayerischen Gesundheitsämtern werden die Kontrollen zur Qualität des Trinkwassers und der Badegewässer regelhaft mithilfe digitaler Unterstützung (Datenbank) durchgeführt. Oftmals werden die Ergebnisse auch der Bevölkerung zugänglich gemacht.

3.3.33 Wie viele und welche Gesundheitsämter erstellen regelmäßig Gesundheitsberichte nach den Kriterien der Handlungshilfen zur Gesundheitsberichterstattung des LGL?

3.3.34 Wie viele und welche Gesundheitsämter verwenden die Ergebnisse ihrer Gesundheitsberichte zur Planung und Koordination ihrer Maßnahmen, insbesondere in den Bereichen von Prävention und Gesundheitsförderung?

Die Beantwortung der Fragen 3.3.33 und 3.3.34 erfolgt aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam.

Die regelmäßige Erstellung von Gesundheitsberichten ist keine Pflichtaufgabe der Gesundheitsämter, sondern diese kann erforderlichenfalls anlassbezogene oder themenbezogene Gesundheitsberichte bzw. entsprechende Erhebungen ergänzen. Zur fachlichen Unterstützung der Gesundheitsberichterstattung stehen den Gesundheitsämtern die in der Fragestellung erwähnten Handlungshilfen sowie die Beratung des LGL zur Verfügung.

Aufgrund dessen werden nicht an allen Gesundheitsämtern Gesundheitsberichte regelmäßig erstellt. In jedem Regierungsbezirk in Bayern nutzen jedoch einige Gesundheitsämter freiwillig die Möglichkeit der Erstellung von Gesundheitsberichten.

Die folgenden Gesundheitsämter nutzen die Ergebnisse zur Planung und Koordination ihrer Maßnahmen: im Regierungsbezirk Oberbayern die Gesundheitsämter Berchtesgadener Land, Dachau, Landsberg a. Lech, München (Stadt), Neuburg-Schrobenhausen, Pfaffenhofen a. d. Ilm, Starnberg, Traunstein und Weilheim-Schongau; im Regierungsbezirk Niederbayern die Gesundheitsämter Landshut und Passau; im Regierungsbezirk der Oberpfalz die Gesundheitsämter Amberg-Weizsäckchen, Neumarkt i. d. OPf., Neustadt a. d. Waldnaab, Regensburg und Schwandorf; im Regierungsbezirk Oberfranken die Gesundheitsämter Forchheim, Kronach, Kulmbach und Lichtenfels; im Regierungsbezirk Mittelfranken die Gesundheitsämter Ansbach, Erlangen-Höchstädt, Nürnberg (Stadt), Roth und Weißenburg-Gunzenhausen; im Regierungsbezirk Unterfranken die Gesundheitsämter Miltenberg und Schweinfurt; im Regierungsbezirk Schwaben die Gesundheitsämter Augsburg (Lkr.) und Günzburg.

3.3.35 Welche Daten über Strukturen, Prozesse und Ergebnisse der Arbeit des ÖGD in Bayern werden regelmäßig, flächendeckend und zentral erhoben, aufbereitet, ausgewertet und veröffentlicht?

Dahin gehende Daten werden zentral durch das LGL erhoben, aufbereitet und ausgewertet sowie im Rahmen seiner Jahresberichte sowie Fachpublikationen veröffentlicht.

3.3.36 Wie viele und welche Gesundheitsämter betrieben in den letzten fünf Jahren eine aktive Öffentlichkeitsarbeit (z. B. Flyer, Plakate, Broschüren, Pressemitteilungen, Beiträge in Social Media, Interviews, Rundfunkbeiträge), um ihre Dienstleistungen in einer breiteren Öffentlichkeit präsent zu machen oder zu halten, und gab es in diesem Bereich Kooperationen zwischen mehreren Kommunen (bitte Beispiele anführen)?

Im Wesentlichen haben alle Gesundheitsämter in Bayern entsprechende Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt. Es wird darauf hingewiesen, dass die eigene Öffentlichkeitsarbeit häufig ergänzend oder zusätzlich zu zentral koordinierten, themenbezogenen Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit erfolgt.

Beispiele für durchgeführte Maßnahmen sind z. B. HIV-Testwochen, Schwangerenberatung, Fachvorträge, Impfkationen, Flyer für Arztpraxen und Behörden, Gesundheitstage. Zudem wurden Jahresschwerpunktthemen im Rahmen von Gesundheitstagen und Fachvorträgen aufgegriffen, zuletzt zum Jahresschwerpunktthema Einsamkeit.

3.3.37 Wie viele und welche Gesundheitsämter führten in den letzten fünf Jahren Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für Entscheidungsträger durch und gab es in diesem Bereich Kooperationen zwischen mehreren Kommunen (bitte Beispiele anführen)?

In den letzten fünf Jahren führten die folgenden 42 Gesundheitsämter Fortbildungen und Informationsveranstaltungen durch:

Bad Tölz, Berchtesgadener Land; Freising; Fürstenfeldbruck; Garmisch-Partenkirchen, Ingolstadt, Mühldorf a. Inn; Neuburg-Schrobenhausen; Pfaffenhofen a. d. Ilm, Rosenheim, Traunstein, Freyung-Grafenau, Kelheim, Landshut, Passau, Regen, Amberg-Weizbach; Neumarkt i. d. OPf., Regensburg, Schwandorf, Bamberg, Coburg, Forchheim, Hof, Kronach, Erlangen-Höchstädt, Fürth (Stadt), Neustadt a. d. Aisch, Nürnberger Land, Roth, Weißenburg-Gunzenhausen, Aschaffenburg, Haßberge, Kitzingen, Main-Spessart, Miltenberg, Rhön-Grabfeld, Schweinfurt, Würzburg, Augsburg (Lkr.), Günzburg, Oberallgäu.

Beispiele für die durchgeführten Fortbildungen und Informationsveranstaltungen sind Fortbildungen für Heimaufsichten und Schulleitungen, Workshop demenzfreundliche Kommune für Entscheidungsträger und Seniorenbeiräte in Kommunen, Vorträge im Rahmen der Kreistagssitzungen, Gesundheitstage.

3.3.38 Wie viele Überprüfungen zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Überprüfungen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachdem die Anzahl der zu überwachenden Einrichtungen bzw. Angehörigen der Heilberufe in den jeweiligen Zuständigkeitsbereichen divergiert, sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke aussagekräftiger.

Tabelle 64: Übersicht über durchgeführte Überprüfungen zur Überwachung des Betäubungsmittelverkehrs im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	321
Niederbayern	151
Oberpfalz	105
Oberfranken	83
Mittelfranken	172
Unterfranken	287
Schwaben	41

3.3.39 Wie viele Überprüfungen zur Überwachung von dezentralen Blutspendeterminen führten die einzelnen Gesundheitsämter 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Aufgabe der Überprüfung zur Überwachung von dezentralen Blutspendeterminen dient der ordnungsgemäßen Durchführung der Gewinnung von Blutprodukten, die wiederum einen wertvollen Dienst für die Gemeinschaft darstellt. Zuständig für den Vollzug des Transfusionsgesetzes sind die Regierungen von Oberbayern bzw. Oberfranken. Dies folgt aus § 5 Abs. 1 Arzneimittelüberwachungszuständigkeitsverordnung (ZustVAMÜB). Bei der Überwachung der dezentralen Blutspendetermine beteiligen die Regierungen die Gesundheitsabteilungen der Kreisverwaltungsbehörden. Dabei müssen u. a. die Vorschriften über die Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen (Zweiter Abschnitt des Transfusionsgesetzes) beachtet werden. Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Überprüfungen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr.

Insgesamt wurden im Jahr 2020 zur Überwachung dezentraler Blutspendetermine bayernweit insgesamt 16 Überprüfungen durchgeführt, dies z. B. in Fürth, Fürstentfeldbruck, Ingolstadt, Lichtenfels, Main-Spessart, Nürnberger Land, Nürnberg Stadt und Weilheim-Schongau.

3.3.40 Wie viele Beratungen zu HIV und AIDS führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Inanspruchnahme von diesbezüglichen Beratungen der Gesundheitsämter hängt vom jeweiligen Bedarf vor Ort sowie auch von der regionalen Inanspruchnahme alternativer Beratungsangebote ab.

Die Entwicklung der Zahlen im Zeitverlauf der vergangenen fünf Jahre war inhomogen; in der Regel war im Jahr 2020 die Zahl der Beratungen pandemiebedingt aber geringer als im Vorjahr. Nachfolgend sind kumulative Aussagen auf Ebene der Regierungsbezirke wiedergegeben.

Tabelle 65: Übersicht über durchgeführte Beratungen zu HIV und AIDS im Jahr 2020

Regierungsbezirk	2020
Oberbayern	321
Niederbayern	151
Oberpfalz	105
Oberfranken	83
Mittelfranken	172
Unterfranken	287
Schwaben	41

3.3.41 Wie viele Beratungen nach dem Prostituiertenschutzgesetz führten die einzelnen Gesundheitsämter im Jahr 2020 durch und wie hat sich diese Zahl in den vergangenen fünf Jahren entwickelt?

Die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Beratungen der Gesundheitsämter nach dem ProstSchG hängt wesentlich vom jeweiligen Bedarf vor Ort ab. In Bezug auf Daten für das Jahr 2020 ist auch auf die damalige Pandemiesituation und auf damit zeitweise verbundene Einschränkungen der Ausübung der Prostitution zu verweisen.

Es wird darauf hingewiesen, dass nur folgende Gesundheitsämter in Bayern Beratungen zum ProstSchG durchführen:

- Oberbayern: Dachau, Fürstenfeldbruck, Rosenheim, Landeshauptstadt München, Ingolstadt
- Niederbayern: Landshut, Passau
- Oberpfalz: Amberg-Weizsach, Regensburg, Neumarkt i. d. Oberpfalz
- Oberfranken: Bamberg, Bayreuth, Coburg, Hof
- Mittelfranken: Erlangen-Höchststadt, Fürth, Nürnberg
- Unterfranken: Aschaffenburg, Bad Kissingen, Kitzingen, Schweinfurt, Würzburg
- Schwaben: Augsburg, Neu-Ulm, Oberallgäu

Diese Gesundheitsämter haben 2020 insgesamt 2831 Beratungen nach dem ProstSchG durchgeführt.

4. Die Gesundheitsämter in der Coronapandemie

4.1 Mit welchen Softwarelösungen zur Fallverwaltung arbeiten die Gesundheitsämter Berchtesgadener Land, Eichstätt, Starnberg, Fürstenfeldbruck, Regen, Lindau, Unterallgäu, Bayreuth und Miltenberg?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Softwarelösungen zur Fallverwaltung in den genannten Gesundheitsämtern. Die Angaben beruhen auf einer Abfrage bei den Gesundheitsämtern mit Stichtag (Verwendungsstand) 01.10.2022. Aufgrund des Sachzusammenhangs wird auch auf die Erläuterung zu Frage 1.3.13 verwiesen.

Der Begriff der Fallverwaltung ist auslegungsbedürftig im Hinblick auf Anwendung für SARS-CoV-2 isoliert oder auch andere Bereiche, daher ist die Beantwortung durch die Gesundheitsämter differenziert erfolgt.

Tabelle 66: Softwarelösungen zur Fallverwaltung in ausgewählten Gesundheitsämtern

Softwarelösung zur Fallverwaltung in den neun genannten Gesundheitsämtern	SORMAS	ISGA,	R23	SurvNet	Äskulab 21	COV-IT/CISS
Berchtesgadener Land	X					
Eichstätt	X	X				
Starnberg			X	X		
Fürstenfeldbruck	X				X	X
Regen	X			X		
Lindau	X			X		
Unterallgäu	X					
Bayreuth	X			X		
Miltenberg				X		
Summe	7	1	1	5	1	1

4.2 Wie beurteilt die Staatsregierung die Funktionalität der Softwarepakete Äskulab, SurvNet, ISGA, R23, BaySIM und SORMAS im Hinblick auf deren Eignung zur Fallverwaltung, Kontaktnachverfolgung und zum Datenaustausch beim Ausbruch infektiöser Erkrankungen?

Bereits vor der Coronapandemie waren Gesundheitsämter verpflichtet, meldepflichtige Infektionskrankheiten an die Landesmeldestellen zu übermitteln (§ 11 IfSG). Entsprechend sind diverse Fachanwendungen im Rahmen des Infektionsschutzes an den Gesundheitsämtern im Einsatz, am häufigsten SurvNet, das vom RKI zur Verfügung gestellt wird. Für SARS-CoV-2 bietet SORMAS in vielen Fällen eine spezifische Ergänzung. Die darüber hinaus eingesetzten Softwareprodukte dienen den Gesundheitsämtern zur Erfüllung verschiedener Aufgaben (z. B. Anbindung Trinkwasserdatenbank).

Im Rahmen der Coronapandemie wurde neben der nach IfSG verpflichtenden Meldung und Übermittlung von COVID-19-Fällen auch die Kontaktpersonennachverfolgung zu einem zentralen und arbeitsintensiven Teil der Ermittlungsarbeit an den Gesundheitsämtern und auch fester Bestandteil der in der Frage genannten Anwendungen.

Seit 2001 erfolgt der Datenaustausch vom Gesundheitsamt zum LGL als Landesmeldestelle und RKI als Bundesmeldestelle in der Regel auf elektronischem Weg. Mit der verpflichtenden Einführung von DEMIS für die Labore ab 01.01.2021 wurde auch für Meldende der elektronische Meldeweg erstmalig verpflichtend etabliert und wird aktuell durch das RKI auf weitere Meldende stetig ausgeweitet. DEMIS ist bei den Gesundheitsämtern in Bayern flächendeckend eingeführt. Die genannten Anwendungen verfügen über eine entsprechende DEMIS-Schnittstelle.

Im Folgenden wird auf weitere Funktionalitäten der einzelnen Fachanwendungen in Bezug auf die Fallverwaltung, die Kontaktpersonennachverfolgung und den Datenaustausch bei infektiösen Krankheiten eingegangen. Da die Fachanwendungen unterschiedliche Einsatzbereiche und Bedarfe bedienen, ist ein direkter Vergleich der Funktionalitäten der o. g. Fachanwendungen in den drei Teilbereichen Fallverwaltung, Kontaktpersonennachverfolgung und Datenaustausch nur eingeschränkt möglich.

a. Eignung zur Fallverwaltung

SurvNet: Die seit 2001 vom RKI angebotene Software „SurvNet@RKI“ wurde bereits vor der Coronapandemie durch die Mehrheit der Gesundheitsämter im Bundesgebiet als Meldesoftware für die meldepflichtigen Infektionskrankheiten eingesetzt. Die Fachanwendung ermöglicht es, alle relevanten Sachverhalte digital zu erfassen und zu verwalten, die gemäß IfSG von Ärztinnen und Ärzten, Laboren und anderen zur Meldung verpflichteten Personen gemeldet werden. Außerdem ermöglicht SurvNet, diese Meldedaten über die zuständigen Landesbehörden an das RKI medienbruchfrei zu übermitteln. In SurvNet werden die im IfSG definierten Anforderungen und bundesweit verbindlichen Spezifikationen des RKI umgesetzt. SurvNet und alle weiteren Softwareprodukte wurden im Rahmen der Pandemie permanent weiterentwickelt und ausgebaut, um alle neu anfallenden Anforderungen abbilden zu können. Alle o. g. Fachanwendungen haben zum Webservice des RKI eine entsprechende Schnittstelle etabliert, über die Daten der meldepflichtigen Infektionskrankheiten und entsprechende Erregernachweise einheitlich an das LGL und RKI übermittelt werden. Den anderen Fachanwendungsherstellern neben dem RKI werden in der Regel erst mit der Veröffentlichung eines Updates von SurvNet Anpassungsbedarfe in der eigenen Fachanwendung mitgeteilt. Hieraus resultieren regelmäßig divergierende Datenbestände, da die erhobenen Parameter voneinander abweichen.

SORMAS: SORMAS ist ein Open-Source-Produkt unter freier Lizenzierung und damit beliebig an die Bedürfnisse der Nutzenden anpassbar. SORMAS ist durch ein umfangreiches Fallverzeichnis für die Fallverwaltung von SARS-CoV-2 geeignet. Das Fallverzeichnis bietet beispielsweise umfangreiche Filtermöglichkeiten, zeigt farblich den Status der Nachverfolgung und welcher Fall ein digitales Symptomtagebuch nutzt, ermöglicht einen Datenexport von Fällen und einen automatisierten Fallabschluss. Durch eine offene Schnittstelle besteht die Möglichkeit, die Anwendung derart zu erweitern, dass die automatisierte Kontaktaufnahme von Indexfällen und Kontaktpersonen erfolgen kann. SORMAS kann als browserbasierte Fachanwendung grundsätzlich auch vom Diensthandy oder aus dem Homeoffice heraus bedient werden.

ÄSKULAB21: Diese modular aufgebaute Fachanwendung ist in vielen Bereichen eines Gesundheitsamts einsetzbar. Das Modul „Infektionsschutz“ ist in der Lage, im Rahmen meldepflichtiger Erkrankungen personenbezogene Daten zu erfassen und weiterzuverarbeiten sowie die dazugehörigen Kontaktpersonen und Infektionsausbrüche zu erfassen. Die Datenerfassung orientiert sich an Personen und erfolgt weniger in Bezug zu einzelnen Fällen. Der Versand von Isolationsbescheiden ist möglich. Über weitere Plug-ins sind z. B. Symptomtagebücher vollständig integriert. Auch in ÄSKULAB21 müssen die nach IfSG vorgegebenen Spezifikationen des RKI eigens umgesetzt werden. Die Weitermeldung an die SurvNet-Instanz der Landesbehörde findet mittels einer speziellen SurvNet-Komponente statt.

ISGA: Das „Informationssystem Gesundheitsamt ISGA“ ist, ähnlich wie ÄSKULAB21, eine in vielen Bereichen eines Gesundheitsamts einsetzbare Software, die die Erfassung und Verarbeitung vielfältiger Daten ermöglicht. Zusätzlich zu dem Modul „Infektionsschutz“, welches alle meldepflichtigen Infektionskrankheiten abdeckt, ermöglicht ISGA durch die Web-Anwendung ISGA-COVID eine vereinfachte Eingabe von SARS-CoV-2-Fällen. Hinzu kommt das Modul „ISGA-Kontakt“, in dem Bürgerinnen und Bürger selbst ein Symptomtagebuch führen können. Diese Integration der drei Module ermöglicht den ISGA nutzenden Gesundheitsämtern eine einfache und schnelle Dateneingabe und Fallverwaltung. Die nach IfSG vorgegebenen Spezifikationen des RKI müssen hier eigens umgesetzt werden; die Daten werden dann anhand entsprechender Schnittstellen zu SurvNet an das RKI weitergegeben.

R23: Die Softwarelösung R23 ist, ähnlich wie die beiden vorher beschriebenen Fachanwendungen ÄSKULAB21 und ISGA, in vielen Bereichen des Gesundheitsamtes einsetzbar. Durch die automatisiert angelegte Fallakte anhand von DEMIS-Meldungen ist hier eine effiziente Fallverwaltung möglich. Die nach IfSG vorgegebenen Spezifikationen des RKI müssen auch in R23 eigens umgesetzt werden, die Daten werden dann anhand entsprechender Schnittstellen zu SurvNet an das RKI weitergegeben.

BaySIM: BaySIM kann nicht mehr genutzt werden, weshalb an dieser Stelle keine neue Bewertung erfolgt.

b. Eignung zur Kontaktpersonennachverfolgung

SurvNet: Zusätzlich zur Fallverwaltung ist SurvNet auch in der Lage, die Kontaktpersonennachverfolgung im Zusammenhang mit meldepflichtigen Infektionskrankheiten zu übernehmen.

SORMAS: SORMAS kann Kontakte und Fälle digital und in Echtzeit nachverfolgen und dokumentieren und ist daher für die Kontaktnachverfolgung von SARS-CoV-2 geeignet. Durch die offene Schnittstelle von SORMAS können Anwendungen wie Climedo oder CISS seit Beginn der Bereitstellung im Jahr 2020 angebunden werden, wodurch es Bürgerinnen und Bürgern ermöglicht wird, neben ihren COVID-19-Symptomen via Symptomtagebuch auch potenzielle Informationen zu Kontaktpersonen direkt an das zuständige Gesundheitsamt zu melden. Die „Kontaktübersicht“ innerhalb von SORMAS zeigt die Verteilung und Statistiken zu hinterlegten Kontaktpersonen und dem jeweiligen Quarantänestatus. Zur Bewertung der Ausbreitung und der zu treffenden Maßnahmen führt SORMAS eine automatische Darstellung der Infektionsketten und diesbezüglicher Indikatoren durch. Statistiken und Daten von Fällen können in der „Überwachungsübersicht“ in Echtzeit eingesehen werden. Hier berechnet SORMAS automatisch verschiedene Indikatoren. Die epidemiologische Kurve zeigt – aufgeschlüsselt in Kategorien – wie sich die Fälle insgesamt und über ein Zeitfenster zusammensetzen. Die Fallstatuskarte zeigt die geografische Verteilung der Fälle.

ÄSKULAB21: Grundsätzlich eignet sich ÄSKULAB21 für die Kontaktnachverfolgung. Die Kategorisierung und Erfassung der Kontaktpersonen unter anderem nach Art der Beziehung sowie das Hinterlegen und der Import von Kontaktpersonenlisten ist möglich. Weiterleitung von Kontaktpersonen außerhalb des Zuständigkeitsbereichs via vordefiniertem Formular und Versand über außerhalb der Anwendung bestehende Kommunikationskanäle ist gegeben.

ISGA: Durch das Modul „ISGA-Kontakt“ können Bürgerinnen und Bürger selbst ein Symptomtagebuch führen. Zudem unterstützt das Modul auch die Kontaktpersonennachverfolgung.

R23: Nahtlos von der oben beschriebenen Fallverwaltung geht es bei R23 in die Kontaktnachverfolgung über. Zusätzlich ist hier der verwaltungsrechtliche Prozess (Bußgeldverfahren, Verwaltungszwang) einbezogen und abgebildet.

BaySIM: BaySIM kann nicht mehr genutzt werden, weshalb an dieser Stelle keine Bewertung erfolgt.

c. Eignung zum Datenaustausch beim Ausbruch infektiöser Erkrankungen

In Bezug auf den Datenaustausch können drei Hauptbereiche unterschieden werden, der übliche Meldeweg von den Meldenden an das Gesundheitsamt, bedarfsweise

Meldungen zwischen Gesundheitsämtern sowie vom jeweils zuständigen Gesundheitsamt in Richtung LGL und RKI:

- Der Datenaustausch von Laboren, Arztpraxen und Krankenhäusern in Richtung Gesundheitsämter wird durch das DEMIS-System sichergestellt, das durch das RKI kontinuierlich ausgebaut und verbessert wird.
- Der spezifische, ununterbrochene Datenaustausch zwischen verschiedenen Gesundheitsämtern ist mittlerweile für diejenigen Ämter, die das SORMAS-System verwenden, möglich. Bei der Verwendung von SurvNet können lediglich anonymisierte Daten zwischen den Gesundheitsämtern ausgetauscht werden. Gesundheitsämter, die weder SORMAS noch SurvNet verwenden, können nur über manuelle Verfahren, wie z. B. über E-Mail, Informationen austauschen.
- Die Datenübermittlung von Gesundheitsämtern an LGL und RKI ist durch spezifische Schnittstellen zwischen den jeweiligen Anwendungen des IfSG gewährleistet.

4.3 Welche und wie viele Gesundheitsämter verwenden inzwischen welches der in Frage 4.2 genannten Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch?

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick zum Einsatz von Software zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch. Die Angaben beruhen auf einer Abfrage bei den Gesundheitsämtern mit Stichtag (Verwendungsstand) 01.10.2022. Aufgrund des Sachzusammenhangs wird auch auf die Erläuterung zu Frage 1.3.13 verwiesen.

Tabelle 67: Übersicht über die verwendeten Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch

Gesundheitsämter	Softwarepakete					
	Äskulab	SurvNet	ISGA	R23	BaySIM	SORMAS
Oberbayern						
Altötting						X
Bad Tölz-Wolfratshausen						X
Berchtesgadener Land						X
Dachau		X				X
Ebersberg						X
Eichstätt			X			X
Erding	X				X	X
Freising		X				X
Fürstentfeldbruck	X					X
Garmisch Partenkirchen	X					
Ingolstadt		X				X
Landsberg a. Lech**	X					
Miesbach		X				X
Mühldorf a. Inn		X				X
München (Lkr.)		X				X
München (Stadt)**						
Neuburg-Schrobenhausen		X		X		X
Pfaffenhofen a. d. Ilm		X			X	X

Gesundheitsämter	Softwarepakete					
	Äskulab	SurvNet	ISGA	R23	BaySIM	SORMAS
Rosenheim		X				X
Starnberg		X		X		
Traunstein		X				X
Weilheim-Schongau		X				X
Niederbayern						
Deggendorf			X			X
Dingolfing		X				X
Freyung-Grafenau		X				X
Kelheim	X					
Landshut		X				X
Passau			X			X
Regen		X				X
Rottal-Inn			X			X
Straubing-Bogen	X					
Oberpfalz						
Amberg-Weizsach		X				X
Cham**						
Neumarkt**	X					
Neustadt a. d. Waldnaab			X			
Regensburg	X	X				
Schwandorf**						
Tirschenreuth			X			X
Oberfranken						
Bamberg	X					
Bayreuth		X			X	X
Coburg	X	X			X	
Forchheim						X
Hof		X				X
Kronach						X
Kulmbach		X			X	X
Lichtenfels		X				X
Wunsiedel			X			
Mittelfranken						
Ansbach		X		X		
Erlangen-Höchststadt		X		X		
Fürth	X					
Neustadt an der Aisch	X					
Nürnberg (Stadt)	X					X
Nürnberger Land	X					
Roth				X		
Weißenburg-Gunzenhausen		X				X
Unterfranken						
Aschaffenburg		X		X		
Bad Kissingen**						

Gesundheitsämter	Softwarepakete					
	Äskulab	SurvNet	ISGA	R23	BaySIM	SORMAS
Haßberge	X					
Kitzingen		X				X
Main-Spessart	X					
Miltenberg		X			X	
Rhön-Grabfeld	X					
Schweinfurt		X				X
Würzburg	X					
Schwaben						
Aichach-Friedberg				X		
Augsburg (Lkr.)	X					X
Augsburg (Stadt)**			X			
Dillingen		X				X
Donau-Ries		X				X
Günzburg		X				X
Lindau		X				X
Memmingen						X
Neu-Ulm						X
Oberallgäu						X
Ostallgäu				X		
Unterallgäu						X
Summe	19	34	8	8	6	46

** Die sieben entsprechend gekennzeichneten Gesundheitsämter (Augsburg Stadt, Bad Kissingen, Cham, Landsberg am Lech, München Stadt, Neumarkt, Schwandorf) setzen auch andere als die in der Tabelle genannten Anwendungen (OctoWareTN oder Eigenentwicklung) ein.

4.4 Welche Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch sollen nach Auffassung der Staatsregierung in der Coronapandemie, aber auch zur Prävention und zur Kontrolle von anderen infektiösen Erkrankungen eingesetzt werden und plant die Staatsregierung hier eine einheitliche Ausstattung der Gesundheitsämter?

Den Gesundheitsämtern steht es frei, welche Anwendungen zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch zum Einsatz kommen. Ausnahme ist die Weisung zur Nutzung von SORMAS (siehe Antwort zu Frage 1.3.14). Grundsätzlich ist es das Ziel, dass in Bayern zwischen den Anwendungen zur Fallverwaltung, zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum Datenaustausch, die in den Einrichtungen des ÖGD zum Einsatz kommen, Interoperabilität besteht. Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass der Bund die für eine weitere Vereinheitlichung der bestehenden Anwendungen erforderlichen Schnittstellen nicht bereitgestellt hat. Dies betrifft insbesondere auch SORMAS, wo der Bund nur eine einzige Schnittstelle (zu SurvNet) bereitstellte und zum 31.12.2022 das Projekt gänzlich beendete.

Zu diesem Zweck und auch weil das technische Gerüst der Meldesoftware SurvNet Restriktionen unterliegt, die eine Neuentwicklung erforderlich machen, hat der Bund vor rund einem Jahr angekündigt, eine Kernanwendung, zuletzt auch durch das BMG als Zielarchitektur bezeichnet, für den Infektionsschutz im ÖGD zu entwickeln. Diese Kernanwendung soll die Vorteile aus SurvNet (Unterstützung aller Meldetatbestände,

Datenmodell mit Versionierung) und SORMAS (Open-Source-Ansatz, webbasiert) kombinieren und auf DEMIS aufbauen. Die erste Fassung der Kernanwendung soll laut Bund Ende 2024 verfügbar sein. Inwieweit bereits in dieser Ausbaustufe die Bedarfe der Gesundheitsämter für den Infektionsschutz erfüllt sein werden, ist aber noch nicht absehbar. Da die Kernanwendung bundesweit ausgerollt und eingesetzt werden soll, ist hier die zukünftig einheitliche Ausstattung der Gesundheitsämter mit einer interoperablen IfSG-Kernanwendung verortet. Die Möglichkeit der einheitlichen Nutzung durch die Bereitstellung und Pflege der Kernanwendung des Bundes ermöglicht eine medienbruchfreie, bundesweite Lösung für die Belange des Infektionsschutzes. Dies wird auch von den Ländern grundsätzlich begrüßt. In der Zwischenzeit, d. h. bis die Kernanwendung des Bundes zur Verfügung steht, wird Bayern den Einsatz von SORMAS ermöglichen. Dazu soll SORMAS, aufbauend auf den Vorarbeiten durch das bundesweite Projekt SORMAS@DEMIS, schrittweise weiterentwickelt werden.

4.5 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass die von den Gesundheitsämtern verwendeten Softwarepakete zur Fallverwaltung, zur Kontaktnachverfolgung und zum Datenaustausch nicht nur im Rahmen der Coronapandemie, sondern auch zur Prävention und Kontrolle von anderen infektiösen Erkrankungen eingesetzt werden kann?

Meldepflichtige Infektionskrankheiten sind in §§ 6 und 7 IfSG, Meldeinhalte in §§ 9 und 10 IfSG sowie die Übermittlungspflicht der Gesundheitsämter in § 11 IfSG geregelt. Grundsätzlich erfolgen Meldungen an das RKI bundesweit einheitlich durch SurvNet, wodurch jedes Gesundheitsamt, unabhängig von der eingesetzten IfSG-Fachanwendung, entweder eine eigene SurvNet-Instanz hat, die an die am LGL angesiedelte Landesinstanz oder aus der IfSG-Fachanwendung direkt an die am LGL angesiedelte Landesinstanz meldet. Diese Infrastruktur steht nicht nur für SARS-CoV-2, sondern für alle meldepflichtigen Erkrankungen zur Verfügung.

4.6 Wie viele und welche Gesundheitsämter haben inzwischen die Möglichkeit, das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) außer für Meldungen über SARS-CoV-2 auch für die elektronische Meldung weiterer Erregernachweise einzusetzen?

Die Gesundheitsämter sind flächendeckend an DEMIS angeschlossen und können grundsätzlich hierüber neben Meldungen zu SARS-CoV-2 auch Labormeldungen weiterer Erregernachweise empfangen. Im Übrigen wird auf die Ausführungen zu Frage 4.2 verwiesen.

4.7 Wie viele von den befristet im Zusammenhang mit der Bewältigung der Coronapandemie bei den Gesundheitsämtern eingestellten Personen stehen seit dem 31.12.2021 nicht mehr zu Verfügung?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Durch Beschluss des Ministerrates im November 2021 wurden die befristeten Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kontaktpersonennachverfolgung (sog. Grundstockkräfte) auf insgesamt 3000 erhöht. Die befristeten Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kontaktnachverfolgung waren bis zum 30.06.2023 befristet. Aufgrund der Beendigung der Pandemie war eine Verlängerung nicht angezeigt.

Weiterhin standen für die Landratsämter zum 31.12.2021 insgesamt 925 Beschäftigungsmöglichkeiten für die zusätzliche befristete Einstellung von Fachkräften zur Verfügung. Diese Beschäftigungsmöglichkeiten verringerten sich bis Anfang 2023 auf 570. Die Reduzierung steht damit im Zusammenhang, dass im Umfang dieser Reduzierungen entsprechende Planstellen ausgebracht wurden, sodass erfreulicherweise in diesem Umfang qualifizierte befristete Mitarbeiter dauerhaft übernommen und auf Planstellen überführt werden konnten. Die Möglichkeit zur befristeten Beschäftigung von Fachpersonal endet zum 31.12.2023.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Nach Mitteilung der kommunalen Gesundheitsämter handelt es sich um 248,91 Personen (VZÄ).

4.8 Wie viele der bisher befristet eingestellten Personen konnten in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis überführt werden?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Von den im Zusammenhang mit der Bewältigung der Coronapandemie befristet eingestellten Personen konnten bis zum 10.01.2023 insgesamt 233 Personen in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis überführt werden.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Nach Mitteilung der kommunalen Gesundheitsämter handelt es sich um 24,4 Personen (VZÄ).

4.9 Welche Personalreserve für Contact-Tracing-Teams plant die Staatsregierung mittel- und langfristig für mögliche weitere Coronawellen, aber auch für die Bewältigung von Ausbrüchen anderer Infektionskrankheiten bei den Gesundheitsämtern bereitzuhalten?

4.10 Wie hoch sind die bisher durch das Management der Coronapandemie für die Gesundheitsämter entstandenen zusätzlichen Kosten und wie hoch ist der Anteil der pandemiebedingten Mehraufwendungen der Gesundheitsämter, die vom Staat getragen werden?

Die Fragen 4.9 und 4.10 werden aus Gründen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Gesundheitsämter sind grundsätzlich auf Kontaktpersonennachverfolgungen gut vorbereitet; diese gehören für verschiedene Erkrankungen wie beispielsweise Tuberkulose seit Jahrzehnten zu ihren Kernaufgaben. In welchem Ausmaß Kontaktpersonennachverfolgungen im Verlauf einer Pandemie erforderlich sind, kann nicht pauschal beantwortet werden. Pandemien können, je nach den Eigenschaften des Erregers und der Gesellschaft, auf die er trifft, unterschiedlich ablaufen. Insbesondere von der Art der Übertragung eines Erregers ist die Zahl der generierten Kontaktpersonen abhängig. Zu Beginn einer Pandemie sind zunächst wenige Einzelfälle und entsprechend wenige Kontaktpersonen anzunehmen. Bei der Aufnahme und ggf. einem anschließenden Ausbau der Kontaktpersonennachverfolgung kann auf die Erfahrungen und digitalen Strukturen der Coronapandemie zurückgegriffen werden, die bei Bedarf eine zügige Aufstockung und Einweisung von Verstärkungspersonal ermöglichen. Eine dauerhafte

Vorhaltung von Personal zur Kontaktnachverfolgung in der Stärke, wie dies in den Hochphasen der Coronapandemie zum Einsatz kam, erscheint aus infektionsschutzfachlicher Sicht nicht notwendig.

Unter Berücksichtigung der Struktur des ÖGD in Bayern ist zwischen dem kommunalen und dem staatlichen Bereich zu unterscheiden. Im rechtlichen Sinne entstehen den Gesundheitsämtern keine Kosten, sondern deren Trägern. Träger der fünf kommunalen Gesundheitsämter sind die kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen, München und Nürnberg. Diese Städte haben sich entschieden, ihr Gesundheitsamt in eigener Trägerschaft beizubehalten. Damit sind diese Kommunen verantwortlich für die Erledigung der Aufgaben, die sich für die Gesundheitsämter insbesondere aus den Regelungen des GDG, aber auch aus anderen Rechtsvorschriften ergeben. Dazu zählt insbesondere der Infektionsschutz, der im Zusammenhang mit der Pandemiebekämpfung von herausragender Bedeutung ist.

Diese Städte erhalten für die Erfüllung dieser Aufgaben Finanzaufweisungen des Staates nach den Regelungen des BayFAG, bleiben aber selbst für die ausreichende Personal- und Sachausstattung ihres Gesundheitsamtes verantwortlich. Nähere Ausführungen finden sich im Rahmen der Beantwortung der Frage 2.1. Im Rahmen einer freiwilligen Kooperation hat der Freistaat Bayern bis Ende Mai 2022 für Zwecke der Kontaktpersonennachverfolgung allerdings in teils bedeutendem Umfang staatliches Personal an die Städte Augsburg, Memmingen, München und Nürnberg abgeordnet.

Im staatlichen Bereich sind die Gesundheitsämter Teil des Landratsamtes als Staatsbehörde. Für den entstehenden Sachaufwand erhalten die Landkreise Finanzaufweisungen nach dem BayFAG. Das erforderliche Fachpersonal wird den Landratsämtern durch den Freistaat Bayern zur Verfügung gestellt und ist in den Epl. 03 und 14 des Staatshaushaltes ausgewiesen.

Infolge der Erfahrungen durch die Coronapandemie wurden ab dem Jahr 2021 in erheblichem Umfang zusätzliche Stellen für die Gesundheitsämter bzw. den ÖGD in Bayern ausgebracht. Dieses Stellenprogramm ist Teil des ÖGD-Paktes. Im Rahmen des ÖGD-Paktes werden u. a. auch umfangreiche Sachmittel in Höhe von insgesamt 3,1 Mrd. Euro an alle Länder für insbesondere den Personalaufbau sowie weitere Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD zur Verfügung gestellt. Insgesamt stehen im Freistaat Bayern nach jetzigem Stand (Änderungen können sich aufgrund des einwohnerbasierten vertikalen Umsatzsteuerverteilungsschlüssels ergeben) hierfür Mittel des Bundes in Höhe von 489,8 Mio. Euro über die gesamte Paktlaufzeit zur Verfügung; hierin eingeschlossen sind auch die kommunalen Gesundheitsämter. Die in diesem Zusammenhang ausgebrachten Stellen bzw. Sachmittel sind auf Dauer angelegt und sollen die Gesundheitsämter insgesamt stärken und krisenresistenter machen. Insofern sind diese Ausgaben nicht als pandemiebedingte Ausgaben zu bewerten.

Darüber hinaus wurden die Gesundheitsämter in erheblichem Umfang durch zusätzliche befristete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Verstärkung des Fachpersonals und zum Aufbau eines Grundstockes an Personal für die Gewährleistung der Kontaktpersonennachverfolgung ausgestattet. Dabei wurden bis zu 3 000 befristete Beschäftigungsmöglichkeiten für die Kontaktnachverfolgung sowie bis zu 1 000 befristete Beschäftigungsmöglichkeiten für Fachkräfte geschaffen. Die jährlichen Kosten hierfür in den Jahren 2020, 2021 und 2022 stellen sich wie folgt dar:

Tabelle 68: Jährliche Kosten zur Kontaktpersonennachverfolgung 2020–2022

	Kosten CTT-Personal (Grundstock)	Kosten Fachpersonal
2020	12,52 Mio. Euro	6,15 Mio. Euro
2021	75,2 Mio. Euro	41,1 Mio. Euro
2022	108 Mio. Euro	24,6 Mio. Euro
gesamt	195,72 Mio. Euro	71,85 Mio. Euro

5. Weiterentwicklung des ÖGD in Bayern

5.1 Personal

5.1.1 Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um die Gesundheitsämter in Bayern als Arbeitgeber attraktiver zu machen?

5.1.2 Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen bzw. unterstützen, um im Rahmen eines Personalmanagements Qualifikation, Arbeitskraft und Motivation der im ÖGD Tätigen zu erhalten und zu steigern?

Die Fragen 5.1.1 und 5.1.2 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet. Hierbei sind die Gesundheitsämter nicht isoliert, sondern der gesamte ÖGD zu betrachten. Seit dem Jahr 2020 wurden hierfür bereits zahlreiche Maßnahmen umgesetzt:

- Stellenhebungen nach A 16, A 15 + AZ und A 14 + AZ bei Funktionsstellen der Leitungen und stellvertretenden Leitungen der Gesundheitsämter.
- Gewährung einer Fachkräftezulage für Ärztinnen und Ärzte; tarifliche Zulagen für die Wahrnehmung der Leitung oder Stellvertretung eines Gesundheitsamtes.
- Gewährung eines Gesundheitsdienstzuschlages in der Fachlaufbahn Gesundheitsdienst; vereinfachte Verbeamtung von Ärztinnen und Ärzten.
- Weitestgehende Durchführung des Amtsarztkurses im Onlineformat; Schaffung einer Teilzeitvariante für den Amtsarztkurs; aktuell nochmalige Überarbeitung des Kurskonzepts im Rahmen der Umsetzung des bundeseinheitlichen Curriculums (siehe auch Frage 1.2.4).
- Schaffung einer ÖGD-Quote bei den Medizinstudienplätzen: 1 Prozent der Medizinstudienplätze geht an Studienbewerber, die sich außerhalb des üblichen Zulassungsverfahrens zu einer zehnjährigen Tätigkeit im ÖGD verpflichten.
- Das Bayerische Beamten-gesetz (BayBG) und der TV-L bieten bereits jetzt umfangreiche Möglichkeiten hinsichtlich der Work-Life-Balance (zahlreiche Teilzeitformen, Beurlaubungen), die im ÖGD offensiv genutzt werden.
- Neufassung der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte Bayerns; das Facharztgebiet ÖGW wird zu einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung. Dadurch sind Weiterbildungszeiten im ÖGD/ÖGW künftig bei einer Reihe von Facharztbezeichnungen anrechenbar (z. B. Facharzt für Allgemeinmedizin). In weiteren Gebieten (Hygiene und Umweltmedizin, Innere Medizin, Infektiologie, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie) wird die Anrechenbarkeit

von sechs bzw. zwölf Monaten Weiterbildung im ÖGD/ÖGW explizit aufgeführt. Außerdem werden 27 Zusatzbezeichnungen für Fachärztinnen und Fachärzte für ÖGW bzw. für Ärztinnen und Ärzte mit Weiterbildungszeiten im ÖGD erwerbbar. Zudem sind im Bereich des ÖGD abgeleistete Weiterbildungszeiten in all jenen Gebieten bzw. Facharzt- und Zusatzweiterbildungen anrechenbar, in denen Weiterbildungen „in anderen Gebieten“ in einem festgelegten zeitlichen Umfang abgeleistet werden können. Hierdurch ist es möglich, sich bis zu zwölf Monate Weiterbildung im Bereich des ÖGD auf die Weiterbildungszeit von 17 verschiedenen Facharztbezeichnungen anrechnen zu lassen (z. B. Chirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie).

- Zwischen dem LGL und der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) bestehen drei sog. Brückenprofessuren („ÖGW – Public Health Policy & Administration“, „Toxikologie“ und „Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Prävention“). Zwischen dem LGL und der Julius-Maximilians-Universität (JMU) in Würzburg besteht eine Brückenprofessur in „Prävention und Gesundheitsförderung“.
- Verschränkung des Amtsarztlehrgangs (Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung zum Erwerb der Qualifikation für den fachlichen Schwerpunkt Gesundheitsdienst in der Fachlaufbahn Gesundheit) mit dem Public-Health-Studiengang an der LMU.
- Angebot eines Studiengangs M. Sc. Public Health mit Ausrichtung Health Administration and Management (HAM) speziell für Amtsärztinnen und -ärzte an der LMU (siehe auch Frage 5.2.1).
- Die Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (AGL) bietet ein an den Bedarf angepasstes Fortbildungsprogramm an (siehe Frage 1.2.4).
- Möglichkeit zur Teilnahme an den Modulen I, IV und VI der curricularen Fortbildung Krankenhaushygiene für Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsämtern.
- Möglichkeit der modularen Qualifizierung für die Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure sowie die Sozialpädagoginnen und -pädagogen.

5.1.3 Plant die Staatsregierung eine Erhöhung der Vergütung für die Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern auf das Niveau der Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern (bitte um Begründung der Antwort)?

5.1.4 Hält die Staatsregierung die Einführung arztspezifischer Tarifverträge in den Gesundheitsämtern für ein wichtiges Mittel, um deren Attraktivität als Arbeitgeber zu verbessern?

5.1.5 Welche Maßnahmen plant die Staatsregierung zur Einführung arzt-spezifischer Tarifverträge auch in den Gesundheitsämtern?

Die Fragen 5.1.3, 5.1.4 und 5.1.5 werden wegen des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Selbstverständlich begrüßt die Staatsregierung Bemühungen um eine leistungsgerechte Vergütung der Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern. Verbesserungen können aber nur im Rahmen künftiger Tarifverhandlungen auf Ebene der Tarifgemeinschaft deutscher Länder bzw. der Vereinigung der kommunalen Arbeitgeber erreicht werden. Dabei werden die erheblichen Unterschiede zwischen den Gesundheitsämtern und den Kliniken zu berücksichtigen sein (siehe Antwort zu Frage 2.3).

5.1.6 Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, dass Famulatur und Praktisches Jahr auch beim ÖGD absolviert werden können?

Mit Inkrafttreten der neuen Approbationsordnung für Ärztinnen und Ärzte (ÄApprO) zum 22.09.2021 besteht gemäß § 7 Abs. 3 Nr. 4 ÄApprO für Studierende der Humanmedizin die Möglichkeit, eine einmonatige Wahlfamulatur an einer Einrichtung des ÖGW abzuleisten. Gemäß § 3 Abs. 2a ÄApprO können Einrichtungen des ÖGW seit 01.05.2022 von den Universitäten in die Ableistung eines Wahltertials des Praktischen Jahres (PJ) einbezogen werden. Die Staatsregierung begrüßt diese Neuregelung ausdrücklich, zumal sie zur Stärkung der Attraktivität des ÖGD beiträgt und Medizinstudierende so stärker an das Berufsfeld des ÖGD herangeführt werden.

Von dieser Neuregelung umfasst sind die staatlichen und kommunalen Gesundheitsämter sowie einzelne Sachgebiete des LGL, die dem ÖGD als Teil des ÖGW entsprechend § 3 Abs. 2 Satz 3 der Weiterbildungsordnung für Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ (WBO-ÖGW) angehören. Das StMGP hat im April 2022 den staatlichen Gesundheitsämtern die Möglichkeit eröffnet, entsprechend Famulaturen anzubieten, aber zunächst die Durchführung von PJ-Tertialen zurückzustellen, um zunächst die Erfahrungen im Rahmen von Famulaturen zu gewinnen. Weiterhin ist aus Sicht des StMGP zu gewährleisten, dass Gesundheitsämter nur dann ein PJ-Wahltertial anbieten, wenn dort den Studierenden sämtliche relevanten ärztlichen Berufs- und Tätigkeitsfelder des ÖGD nähergebracht werden können und der Erwerb von (nunmehr prüfungsrelevanten) Kenntnissen zum öffentlichen Gesundheitswesen sichergestellt werden kann. Insbesondere vor dem Hintergrund der noch im Jahr 2022 durch die Coronapandemie und die Mehraufwendungen in Bezug auf geflüchtete Personen im Rahmen des Krieges in der Ukraine bestehende Situation waren seitens der Gesundheitsämter auch kaum Kapazitäten für eine ausreichende ärztliche Betreuung der Studierenden gegeben.

Famulaturen nach § 7 Abs. 3 Nr. 4 ÄApprO können prinzipiell an jedem bayerischen Gesundheitsamt und mehreren Sachgebieten des LGL durchgeführt werden, sofern diese unter der Leitung einer approbierten Ärztin oder eines approbierten Arztes abgeleistet werden. Eine gesonderte Vereinbarung zwischen der durchführenden Einrichtung, der Universität der bzw. des Studierenden oder dem zuständigen Prüfungsamt ist nicht erforderlich. Nach § 7 Abs. 5 ÄApprO ist sie lediglich im Rahmen der Anmeldung zum Zweiten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung durch eine Bescheinigung nach vorgegebenem Muster nachzuweisen.

Die Durchführung eines PJ-Wahltertials an einer Einrichtung des ÖGW nach § 3 Abs. 2a ÄApprO bedarf hingegen einer bilateralen Vereinbarung (Kooperationsvertrag) zwischen der jeweiligen Universität mit medizinischer Fakultät mit der den praktischen Ausbildungsabschnitt anbietenden Einrichtung, welche insbesondere darauf abzielt, dass die Einrichtung gewährleistet, das Logbuch der Universität einzuhalten. Im Zuge dieser Vereinbarung ist das grundsätzliche Einvernehmen mit der nach Landesrecht zuständigen Gesundheitsbehörde (für den Freistaat Bayern ist die Regierung von Oberbayern das zuständige Landesprüfungsamt) sowie dem Prüfungsamt der jeweiligen Universität (in Bayern sind dies die FAU in Erlangen-Nürnberg, die LMU in München, die TUM ebenfalls in München, die UR in Regensburg sowie die JMU in Würzburg) einzuholen.

Grundsätzlich können auch außerbayerische Universitäten entsprechende Vereinbarungen mit bayerischen Gesundheitsämtern abschließen.

Am 08.02.2023 fand auf Einladung des StMGP ein erster runder Tisch zur Durchführung des PJ im ÖGD statt, zu dem neben interessierten Gesundheitsämtern auch das LGL

eingeladen war. Neben einem ersten Erfahrungsaustausch, insbesondere hinsichtlich gesammelter Erfahrungen einzelner Gesundheitsämter wie dem der Landeshauptstadt München in der Vorbereitung der erstmaligen Durchführung im Wintersemester 2023/2024, diente die Auftaktveranstaltung der inhaltlichen Ausgestaltung des geforderten Logbuches. Weitere Folgeveranstaltungen sind vorgesehen.

5.1.7 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass Personalausstattung und Personalentwicklung im ÖGD auch längerfristig an seinen fachlichen Aufgaben und nicht nur an finanz- und verwaltungspolitischen Vorgaben ausgerichtet werden?

Die Formulierung eines Personalbedarfs zur Erfüllung fachlicher Aufgaben richtet sich stets nach den Gesichtspunkten der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit.

Als Notwendigkeit wird im Zusammenhang mit der Personalbedarfsermittlung ein objektiv nachvollziehbarer Bedarf einer bestimmten Aufgabenerfüllung verstanden. Die Notwendigkeit ergibt sich regelhaft durch Vollzugshinweise der gesetzlich normierten Dienstaufgaben. Im nächsten Schritt ist stets zu prüfen, welcher Berufsgruppe diese Aufgabe zweckmäßigerweise zugeordnet wird. Hierbei wird festgestellt, welche bereits etablierte Berufsgruppe des ÖGD die mit der Aufgabenerfüllung einhergehenden fachlichen Voraussetzungen am besten erfüllen kann. Aufgrund des Grundsatzes eines sparsamen Verwaltungshandelns wird zudem festgelegt, in welcher Höhe die mit der Aufgabenerfüllung und der hierzu erforderlichen Qualifizierung einhergehende tarifrechtliche bzw. besoldungsrechtliche Eingruppierung bzw. Einstufung erfolgen soll. Die finale Festlegung erfolgt im Haushaltsplan durch den Gesetzgeber.

Die Staatsregierung ist in diesem Zusammenhang nur für das in den Stellenplänen des StMI und StMGP geführte Personal der staatlichen Gesundheitsverwaltung verantwortlich. Anpassungen in Form von Stellenmehrungen bzw. Stellenhebungen sowie die Ausbringung von Stellen neuer Berufsgruppen erfolgen im Rahmen der jährlichen Haushaltsverhandlungen mit dem StMFH auf Grundlage fachlich begründeter Personalforderungen. Die Stellenpläne werden durch den Landtag haushaltsrechtlich normiert.

Das StMGP erhebt angesichts der zahlreichen neuen Aufgaben im Rahmen der eingeleiteten Organisationsuntersuchung den Personalbedarf des ÖGD. Zum aktuellen Zeitpunkt stehen Ergebnisse aus der Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern sowie auch aus der eingerichteten AG Stärkung ÖGD in Bayern noch aus.

5.1.8 Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung umsetzen, um das Verwaltungsverfahren bei Stellenbesetzungen zu vereinfachen?

Hinsichtlich der Stellenbesetzung im ÖGD besteht ein stringentes Verfahren der Verantwortlichkeit zwischen den für die Personalverwaltung zuständigen Regierungen und dem StMGP sowie dem StMI, wie es in vergleichbarer Form von vielen Ressorts gehandhabt wird.

5.1.9 Wie beurteilt die Staatsregierung die Personalempfehlungen des Thüringer Ministeriums für Soziales und Gesundheit an die Landräte der Landkreise und Oberbürgermeister der kreisfreien Städte?

Eine Bewertung von Personalempfehlungen der obersten Landesgesundheitsbehörde eines anderen Landes steht der Staatsregierung nicht zu, zumal sich die strukturellen Rahmenbedingungen deutlich unterscheiden. Die nachfolgenden Aussagen sind ausschließlich dem Bericht „Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken“ der Technischen Universität Darmstadt für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie aus dem Jahr 2018 entnommen. Wie dort hinlänglich ausgeführt, bestehen wesentliche Unterschiede mit Blick auf die Zuständigkeit im Verwaltungsaufbau (Landes- oder Kommunalebene) und auf den Aufgabenbestand (Umfang und Vielfalt der Aufgaben sowie Rechts- und Fachaufsicht) zwischen den Ländern. Der Freistaat Thüringen bildet insofern eine Besonderheit im Ländervergleich, als er als einziges Land kein ÖGD-Gesetz hat. Die relevante Rechtsgrundlage bildet demnach bis heute die Verordnung über den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten (VO-ÖGD). Besondere Strukturvorgaben zur Planung, Koordination und Steuerung des ÖGD sind in der Verordnung nicht zu finden. Die thüringischen Gesundheitsämter unterstehen als untere Verwaltungsbehörden in 17 Landkreisen und fünf kreisfreien Städten der kommunalen Organisationshoheit, wobei die Rechts- und die Fachaufsicht beim Land liegt.

Im Weiteren wird auf die Ausführungen im Rahmen der Antwort zu Frage 5.1.10 verwiesen.

5.1.10 Beabsichtigt die Staatsregierung, Empfehlungen für den Personalstand in den Gesundheitsämtern zu erlassen (bitte um Begründung der Antwort)?

Der bayerische ÖGD ist überwiegend staatlich strukturiert, was letztlich dazu führt, dass die in den jeweiligen Einzelplänen hinterlegten Stellen bedarfsgerecht begründet ausgebracht sind. Nähere Erläuterungen hierzu sind der Antwort auf die Frage 1.1.18 zu entnehmen.

Bei längerer Vakanz einzelner Stellen ist eine Aufgabenverteilung innerhalb der betroffenen Organisationseinheit zwingend erforderlich. Insbesondere bei dem Ausscheiden erfahrener Leistungsträger oder einer Leitungsperson bedarf es erfahrungsgemäß einer längeren Einarbeitungszeit und kollegialer Unterstützung der Nachfolgerin bzw. des Nachfolgers im Amt. Daher verhält es sich so, dass über einen längeren Zeitraum betrachtet die Aufgabenerfüllung einer Organisationseinheit nicht gleichmäßig ist, sondern entsprechend der Personallage Schwankungen unterliegt, welche sich grundsätzlich ausgleichen. Wichtig ist die Fähigkeit der jeweiligen Vorgesetzten, Aufgaben zu priorisieren und im begründeten Ausnahmefall zeitgerecht eine Überlastungsanzeige zu stellen.

Über die Mindestbesetzung, wie in der Einleitung für bestimmte Bereiche des ÖGD genannt, hinaus ist aus Sicht der Staatsregierung die Festlegung eines mindestens vorzuhaltenden Personalstands fachlich nur bedingt zweckmäßig, um die Aufgabenerfüllung der einzelnen Gesundheitsämter gewährleisten zu können. Entsprechende zentrale Vorgaben können in den seltensten Fällen die regionalen Begebenheiten be-

4 Behnke, N., Zimmermann, M (2019): Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.

rücksichtigen und führen mehr zu einer Verunsicherung als zu einer konkreten Abhilfe. Dies trifft insbesondere auf die fünf kommunalen Gesundheitsämter zu.

5.1.11 Wird die Staatsregierung finanzielle Mittel vorsehen, um an einer oder an mehreren medizinischen Fakultäten in Bayern Lehrstühle für den ÖGD einzurichten (bitte um Begründung der Antwort)?

Bislang fehlt deutschlandweit die eigenständige universitäre Vertretung des Fachgebietes ÖGW an den medizinischen Fakultäten. In Bayern bestehen aber bereits vier Brückenprofessuren des LGL und bayerischer Hochschulen mit zumindest teilweise Bezug zum ÖGW; im Falle der Munich School of Public Health mit einer Brückenprofessur des LGL an der LMU München ist diese auch für die Amtsarztweiterbildung in Bayern relevant (siehe auch Antwort zu Frage 5.2.2). Eine zukünftig eigenständige universitäre Vertretung ist bundesweit in Diskussion. Um den grundsätzlichen Bedarf zu decken, ist die Auslobung von entsprechenden Professuren an bayerischen Universitäten mit medizinischen Fakultäten sinnvoll und zweckmäßig. Die medizinischen Fakultäten entscheiden allerdings im Rahmen ihrer verfassungsrechtlich in Art. 5 Abs. 3 GG und Art. 108 BV garantierten Wissenschaftsfreiheit selbst über die Einrichtung von Professuren und Lehrstühlen sowie Inhalt und Gegenstände ihrer Forschung, sodass die Staatsregierung hier lediglich werbend tätig werden kann.

Entsprechende Abstimmungen innerhalb der Staatsregierung zwischen dem StMGP und dem fachlich zuständigen StMWK sollen zeitnah beginnen. Auch eine mögliche „Anschubfinanzierung“ durch Finanzmittel aus dem ÖGD-Pakt soll in diesem Zusammenhang näher beleuchtet werden. Aufgrund der befristeten Laufzeit des ÖGD-Paktes wären aber für eine nachhaltige Schaffung zusätzlicher Strukturen an den Hochschulen absehbar Haushaltsmittel des Freistaates Bayern erforderlich.

5.1.12 Welche Maßnahmen wird die Staatsregierung ergreifen, um den ÖGD stärker in die Ausbildung medizinischer Berufe zu integrieren?

Auf die Ausführungen zu Frage 5.1.6 wird verwiesen. Die Aufgabenbereiche des ÖGD insbesondere in den Kompetenzen des Infektionsschutzes und der Hygiene sind durch die Auswirkungen der Coronapandemie in allen medizinischen Berufen, damit auch während der Ausbildung von medizinischem Personal, präsenter geworden und werden bewusster wahrgenommen. Gleichzeitig ist zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung während gesundheitlicher Notlagen auch bei allen anderen Aufgabenbereichen des ÖGD gut qualifiziertes Personal unabdingbar.

Der ÖGD spielt bisher sowohl im Medizinstudium als auch in anderen gesundheitswissenschaftlichen, medizinischen, technischen oder sozialwissenschaftlichen Studiengängen und Ausbildungen nur eine untergeordnete Rolle. So findet die Ausbildung der akademischen Studiengänge zwar an den Hochschulen statt, ÖGD-spezifische Inhalte werden dort im Normalfall jedoch nur randständig vermittelt. Der am 09.02.2023 veröffentlichte ergänzende Bericht des Beirates zum Thema „Wissenschaft und Forschung im und für einen zukunftsfähigen ÖGD“ liefert nochmals detaillierte Impulse, welche nun in der speziell zu dieser Thematik eingeführten Unterarbeitsgruppe ausgewertet werden. Grundsätzlich empfiehlt der Beirat nicht nur, den ÖGD stärker in die Ausbildung medizinischer Berufe zu integrieren, sondern auch, den ÖGD interdisziplinär zu gestalten und für weitere Berufsgruppen zu öffnen.

Bereits jetzt ermöglicht die aus der Pandemie resultierende Änderung der ÄApprO den Studierenden, während der Famulatur und dem PJ eine praktische Ausbildung an

einem Gesundheitsamt zu absolvieren. Studierende der Humanmedizin erhalten damit die Möglichkeit, den ÖGD als attraktives Praxisfeld kennenzulernen. Dies geschieht durch geeignete Unterrichtsinhalte wie auch durch Famulaturen und Angebote zum PJ.

Zudem wurde mithilfe des ÖGD-Paktes die Möglichkeit eröffnet, Professuren mit ÖGD-spezifischen Lehr- und Forschungsinhalten einzurichten. Diese werden als Novum bereits zeitnah in einzelnen Bundesländern eingerichtet. In Bayern werden die Notwendigkeit und Möglichkeit zur Einrichtung solcher Professuren über die vorbestehenden Brückenprofessuren des LGL hinaus derzeit geprüft. Hierzu wird auf die Ausführungen zu Frage 5.1.11 verwiesen.

Zweckmäßigerweise sollten solche Professuren und die damit zusammenhängende Forschung im Themenfeld des ÖGD Impulse für die Akademien des ÖGD setzen. Diese Akademien (in Bayern die AGL) sind aktuell für den überwiegenden Teil der Aus- und Fortbildung im ÖGD zuständig.

5.1.13 Wie beurteilt die Staatsregierung die Durchführung einer Imagekampagne zur Steigerung der Attraktivität des ÖGD als Arbeitgeber?

Der ÖGD-Pakt sieht eine öffentlichkeitswirksame Imagekampagne der Länder vor, die den ÖGD bekannter und als Arbeitgeber attraktiver machen soll. Die diesbezüglichen Abstimmungen sind bereits fortgeschritten und setzen auf Vorüberlegungen aus dem Jahr 2019 auf, welche zwischenzeitlich pandemiebedingt nicht weiter vorangetrieben werden konnten.

Die angedachte Durchführung einer gemeinsamen Imagekampagne des ÖGD u. a. zur Erhöhung der Sichtbarkeit des ÖGD und einer Steigerung der Attraktivität wird vonseiten der Staatsregierung positiv bewertet. Insbesondere durch die beabsichtigte Entwicklung eines ländereinheitlichen Logos soll eine bundesweit wiedererkennbare „Marke“ geschaffen werden. Für eine positive Wahrnehmung ist es wichtig, dass die Tätigkeit und Maßnahmen des ÖGD sichtbar sind. Ziel dieser Imagekampagne soll es daher sein, die Bedeutung des ÖGD für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung hervorzuheben. Der Freistaat Bayern wird sich an dieser Kampagne aus Mitteln des ÖGD-Paktes beteiligen. Daran aufbauend und ergänzend beabsichtigt der Freistaat Bayern, mit Finanzmitteln aus dem ÖGD-Pakt eigene Image- und Werbekampagnen zu entwickeln.

Grundsätzlich muss bei entsprechenden Planungen stets berücksichtigt werden, dass Image- und Werbekampagnen alleine die Attraktivität eines Arbeitgebers nicht steigern können, sondern maßgeblich nur dessen Bekanntheit. Studien belegen, dass man mit entsprechenden Kampagnen keine Personengruppen für eine Beschäftigung gewinnen kann, welche sich grundsätzlich nicht für diese Tätigkeit interessieren. Vielmehr sollten sich Image- und Werbekampagnen für den ÖGD auf jene Personengruppen fokussieren, welche sich eine berufliche Verwendung zwar vorstellen können, aber aufgrund unzureichenden Hintergrundwissens oder fehlenden persönlichen Bezugs bisher von einer Tätigkeit im oder einer Bewerbung für den ÖGD Abstand genommen hatten.

5.1.14 Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer Bündelung der Zuständigkeit für die Stellenbesetzungen auch der 2. und 3. Qualifikationsebene und des Verwaltungspersonals beim StMGP?

Bisher sind die personellen Zuständigkeiten zwischen dem StMI (für die 2. und 3. QE) und dem StMGP (für die 4. QE) aufgeteilt. Das vorhandene staatliche Verwaltungs-

personal wurde im Rahmen der Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter 1996 kommunalisiert. Für die Ausstattung der Gesundheitsämter mit den notwendigen Verwaltungskräften sind die Landkreise zuständig, die hierfür Erstattungen im Rahmen des Bayerischen Finanzausgleichsgesetzes (BayFAG) erhalten.

Die Aufteilung der Zuständigkeit zwischen den beiden betroffenen Ressorts beruht auf dem Prinzip, möglichst viele Fachbereiche auf der unteren Ebene in den Landratsämtern unter der Personalzuständigkeit des StMI zu vereinen. Die Staatsregierung hat sich dabei entschieden, die personelle Zuständigkeit für das Fachpersonal der 4. QE aber dem jeweiligen Fachressort zuzuweisen. Gleiche Regelungen bestehen auch für Bedienstete aus der Veterinär- oder Umweltverwaltung.

Eine zusammengefasste Zuständigkeit des StMGP für das gesamte Personal der Gesundheitsämter innerhalb der Behörden der allgemeinen inneren Staatsverwaltung hätte organisatorische Vorteile, insbesondere wäre weniger Abstimmungsbedarf gegeben, würde aber den vorgenannten Ordnungsprinzipien widersprechen.

5.1.15 Wie wird die Staatsregierung künftig die Verfügbarkeit von sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Kompetenz im ÖGD sichern?

5.1.16 In welchen Bereichen und für welche Aufgaben der Gesundheitsämter sieht die Staatsregierung die Möglichkeit und die Notwendigkeit, akademisch ausgebildetes Personal – etwa aus dem Bereich Public Health – für nichtärztliche Tätigkeiten einzusetzen?

Die Fragen 5.1.15 und 5.1.16 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Bund und Länder unterstreichen die herausragende Bedeutung des ÖGD gerade in Verbindung mit einem umfassenden Public-Health-Ansatz für einen wirksamen Schutz der Gesundheit der Bevölkerung insbesondere durch das im Jahr 2018 durch die GMK beschlossene ÖGD-Leitbild. Neben den klassischen Aufgaben des ÖGD (z. B. Infektionsschutz) haben auch die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Bereiche im ÖGD in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung gewonnen. Verstärkt und beschleunigt durch die Coronapandemie ging mit dem ÖGD-Pakt der gestalterische Wille für eine nachhaltige Stärkung auch dieser Kompetenzen einher. Verschiedene Gremien auf Landes- und Bundesebene arbeiten bereits im Bereich der Neuausrichtung bzw. der Umstrukturierung des ÖGD auf Basis dieses ÖGD-Leitbildes. Hier sind z. B. der Beirat Pakt ÖGD und die AG ÖGD zu nennen.

Die verstärkte Einbeziehung von nichtärztlichem akademischen Personal mit Qualifikationen aus dem Bereich Public Health auch im bayerischen ÖGD wird derzeit gerade in der AG Stärkung ÖGD in Bayern intensiv erörtert. Aktuell wird hier der Bedarf innerhalb der staatlichen Gesundheitsämter ausschließlich in den Bereichen gesehen, bei denen es regional schwierig ist, sämtliche ärztliche Stellen adäquat zu besetzen. Durch differenzierte Aufgabenzuweisung kann es hier im bedarfsbegründeten Einzelfall auch zu einer Einstellung nichtärztlichem akademischen Personals kommen. Die konkrete Aufgabenzuweisung erfolgt individuell nach konkret vorliegender Qualifikation und wird sich regelhaft im Schwerpunkt auf die Themenfelder Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung/Gesundheitshilfe/Prävention und Umweltmedizin beschränken.

Tätigkeitsfelder für Absolventinnen und Absolventen des Bereiches Public Health werden nach Auffassung der Staatsregierung vielmehr an anderen Stellen der Landrats-

ämter, aber auch der kreisfreien Städte bei Aufgaben des eigenen Wirkungskreises wie im Bereich des Gesundheitswesens sowie der Wohlfahrtspflege gesehen (siehe hierzu auch die Ausführungen zu der Frage 3.1.2).

Die Staatsregierung sieht dennoch eine grundsätzliche Expertise im Bereich von Public Health auch für staatliche Gesundheitsämter als förderlich an. Daher haben seit 2008 in Bayern die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des Amtsarztlehrgangs bereits die Möglichkeit, in Verbindung mit diesem auch den M. Sc. in Public Health mit der Spezialisierung HAM zu erwerben. Das Studium vermittelt über den Amtsarztlehrgang hinaus theoretische Grundlagen, praktische Fähigkeiten und Kompetenzen für Aufgaben im Bereich der Gesundheitswissenschaften, des Gesundheitswesens und der Bevölkerungsmedizin (hierbei z. B. in Forschung, Bildung, Management, Verwaltung, Politik und Industrie). Durch diese Zusatzqualifikation, welche bereits seit 2013 von 27 Ärztinnen und Ärzten in bayerischen Gesundheitsämtern erworben wurde, ist der Einzug von tiefer gehenden Kompetenzen im Bereich Public Health im bayerischen ÖGD bereits erfolgt. Aktuell befinden sich 32 Studierende in Ausbildung. Es wird erwartet, dass die Zahl der Absolventinnen und Absolventen in den nächsten zwei bis vier Semestern deutlich steigt.

5.1.17 Die modulare Qualifizierung nach dem Leistungslaufbahngesetz (LlbG) ist ein Instrument der Steigerung der Qualität im ÖGD – welche Berufsgruppen wurden nach dem LlbG bisher qualifiziert und wie vielen Beschäftigten wurde die modulare Qualifizierung angeboten, wie vielen seit 2019?

a. Staatliche Gesundheitsämter

Seit 2019 wurde im Bereich des nichtärztlichen Fachpersonals bei den Gesundheitsämtern neun Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleuren die modulare Qualifizierung angeboten.

b. Kommunale Gesundheitsämter

Seit 2019 wurde im Bereich des nichtärztlichen Fachpersonals bei den Gesundheitsämtern sieben Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleuren die modulare Qualifizierung angeboten.

5.1.18 Für wie viele Beschäftigte ist das Angebot der modularen Qualifizierung in den Jahren 2022 und 2023 geplant und sind die Kosten für eine modulare Qualifizierung über den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst finanzierbar?

In den Jahren 2022 und 2023 ist im Bereich des nichtärztlichen Fachpersonals bei den staatlichen Gesundheitsämtern für 11 Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure das Angebot der modularen Qualifizierung geplant. Bei den kommunalen Gesundheitsämtern wurde in den gleichen Jahren vier Hygienekontrolleurinnen und Hygienekontrolleure das Angebot der modularen Qualifizierung gemacht.

5.2 Konzeption

5.2.1 Wie sichert die Staatsregierung den Wandel des ÖGD von einer hoheitlichen Einrichtung mit Schutz- und Überwachungsaufgaben hin zu einer Agentur mit partizipativen, steuernden und gesundheitsförderlichen Aufgaben?

Die Staatsregierung orientiert sich bei der grundlegenden Weiterentwicklung der Aufgaben und Arbeitsweise des ÖGD an dem im Jahr 2018 von der GMK beschlossenen ÖGD-Leitbild, das auch dem ÖGD-Pakt zugrunde liegt. Das ÖGD-Leitbild dient auch der auf Landesebene seit 2018 existierenden AG Stärkung des ÖGD in Bayern als Arbeitsgrundlage, um über die weitere Entwicklung des ÖGD in Bayern zu diskutieren und entsprechende Zukunftskonzepte zu erarbeiten.

Im Text des Leitbildes heißt es u. a.: „Dabei sind die traditionellen Aufgaben des Gesundheitsschutzes sowie der Fürsorge und die in den letzten Jahren verstärkt hinzugekommenen planerischen und koordinativen Aufgaben gleichermaßen bedeutsam. Vom ÖGD werden heute sowohl hoheitliche Funktionen als auch das Gemeinwesen unterstützende und beratende Leistungen erwartet. (...) Das genannte Aufgabenspektrum erfordert vom ÖGD verschiedene Kompetenzen. Seine Tätigkeit ist sowohl:

- risikoorientiert (pathogenetischer Ansatz) als auch ressourcenorientiert (salutogenetischer Ansatz),
- hoheitlich als auch partizipativ bzw. partnerschaftlich,
- bevölkerungs- bzw. sozialraum- als auch einzelfallbezogen.

Die Arbeitsweise umfasst dabei untersuchende, analysierende, planende, beratende, vernetzende, moderierende, koordinierende, steuernde, überwachende, kontrollierende und eingreifende Funktionen.“ In der Literatur wird in diesem Zusammenhang vom Ansatz der „doppelten Kompetenz“ des ÖGD gesprochen. Demnach geht es weniger um einen „Wandel des ÖGD von einer hoheitlichen Einrichtung mit Schutz- und Überwachungsaufgaben hin zu einer Agentur mit partizipativen, steuernden und gesundheitsförderlichen Aufgaben“, sondern um die Wahrnehmung beider Aufgabenfelder in einer zeitgemäßen Form, sodass auch die unverzichtbaren Schutz- und Überwachungsaufgaben auf wissenschaftlicher Basis und wo nötig in Kooperation mit anderen Akteuren wahrgenommen werden.

Die dazu nötigen Voraussetzungen stellt die Staatsregierung über verschiedene Ansätze sicher: Seit vielen Jahren ist eine Verzahnung zwischen dem Amtsarztlehrgang (Lehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung zum Erwerb der Qualifikation für den fachlichen Schwerpunkt Gesundheitsdienst in der Fachlaufbahn Gesundheit) mit dem Public-Health-Studiengang an der LMU etabliert, verbunden mit dem Angebot eines M. Sc. in Public Health mit Ausrichtung HAM speziell für Amtsärztinnen und Amtsärzte. Darüber hinaus existiert eine gute Public-Health-Wissenschaftsinfrastruktur in Bayern. Letztlich ermöglicht aber auch die bereits vor der Coronapandemie eingeleitete und mit dem ÖGD-Pakt verstärkte Verbesserung der Personalausstattung der Gesundheitsämter in Bayern eine deutliche inhaltliche Weiterentwicklung des ÖGD.

Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention umfassen die Aufgaben der Gesundheitsämter Beratungs- und Unterstützungsangebote (z. B. zur Kindergesundheit, Suchtberatung, psychischen Gesundheit, HIV/AIDS, Impfungen), die Durchführung bzw. Koordination von Projekten und Aktionen auf lokaler Ebene (z. B. Gesundheitstage) sowie Netzwerkarbeit in größeren Zusammenhängen (z. B. Netzwerke der Suchtprävention oder psychischen Gesundheit). Dazu vernetzt an den Gesundheits-

ämtern ein multiprofessionelles, interdisziplinäres Team die verschiedenen im ÖGD vorhandenen Strukturen mit der Bürgergesellschaft. Die Gesundheitsregionen^{plus}, die koordinierenden Sozialpädagoginnen und -pädagogen der Regierungen und das ZPG am LGL tragen hierzu bei.

Entsprechend dem ÖGD-Leitbild ist die Arbeitsweise der in Bayern seit 2015 existierenden Gesundheitsregionen^{plus} an den prioritären Bedarfen der Bevölkerungsgesundheit ausgerichtet und ist entsprechend multiprofessionell, sektorenübergreifend und partnerschaftlich. Darüber hinaus wird auch auf die Ausführungen zu Frage 3.3.12 verwiesen.

In einer Gesundheitsregion^{plus} sollen alle lokalen Akteure der Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege sowie die Kommunalpolitik vertreten sein. Nach einer Bedarfsanalyse und Priorisierung der Themen zu Beginn werden gemeinsam Projekte und Maßnahmen initiiert und durchgeführt. Themen aus den Handlungsfeldern „Gesundheitsförderung und Prävention“, „Gesundheitsversorgung“ und „Pflege“ sind dabei verpflichtend zu bearbeiten. Die eigentliche Arbeit findet in Arbeitsgruppen, bestehend aus den Akteuren vor Ort, statt. Ziel ist es, passgenaue Lösungen für die Probleme vor Ort zu finden.

Der erste Bericht des Beirats Pakt ÖGD vom 28.10.2021 unterstreicht die Bedeutung der Gesundheitsregionen^{plus}. Er hält fest, dass auf kommunaler Ebene feste, flächendeckende Leit- und Koordinierungsstellen, wie die Gesundheitsregionen^{plus}, benötigt werden, um eine Zusammenarbeit mit staatlichen Partnern und Organisationen der Zivilgesellschaft zu ermöglichen.

Die Gesundheitsregionen^{plus} sind ein wichtiges Instrument der strategischen Weiterentwicklung des ÖGD in Bayern mit Schwerpunkten in den Handlungsfeldern Prävention, Gesundheitsförderung, Versorgung und Pflege. Durch eine geplante Verstetigung des erfolgreichen bayerischen Konzepts der Gesundheitsregionen^{plus} soll diesem Thema künftig ein noch höherer Stellenwert gegeben werden.

5.2.2 Wie kann nach Auffassung der Staatsregierung die Zusammenarbeit zwischen Public-Health-Forschung und dem ÖGD in Bayern gestärkt werden?

Public Health nimmt im bayerischen ÖGD bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen großen Stellenwert ein. Dies gilt insbesondere auch für die Zusammenarbeit mit der Public-Health-Forschung, bei der der Freistaat Bayern im Bundesvergleich führend ist.

Hierzu werden exemplarisch einige Kooperationen aufgeführt:

- Das Helmholtz-Zentrum München, die LMU München und das LGL sind gemeinsame Träger der Munich School of Public Health.
- Am LGL sind in Rahmen strategischer Kooperationen mit dem Hochschulsektor Brückenprofessuren angesiedelt, die in Forschung und Lehre aktiv sind. Vier Brückenprofessuren mit Bezug zum ÖGW sind derzeit etabliert. Der Amtsarztlehrgang in Bayern ist eng mit dem Public-Health-Studiengang an der LMU München verschränkt.
- Für Amtsärztinnen und Amtsärzte, die einen Masterabschluss anstreben, gibt es an der LMU zudem einen eigenen Masterstudiengang HAM.
- Der alle zwei Jahre stattfindende ÖGD-Kongress des LGL findet regelmäßig gemeinsam mit der Jahrestagung einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft aus dem Public-Health-Bereich statt.

- Der jährlich stattfindende Zertifizierungskurs „Prävention und Gesundheitsförderung“ des ZPG für Sozialpädagoginnen und -pädagogen der bayerischen Gesundheitsämter verknüpft Wissenschaft und Praxis⁵.

Über dieses bereits bestehende tragfähige Fundament hinaus werden aktuell in der laufenden Arbeit der AG Stärkung des ÖGD in Bayern die potenziellen Einsatzmöglichkeiten neuer Berufsgruppen, insbesondere mit Public-Health-Abschlüssen, in den Gesundheitsämtern diskutiert. Die diesbezüglichen Ergebnisse sind abzuwarten. Möglicherweise eröffnen sich hieraus noch weitere Ansatzpunkte, die bereits etablierte und fortgeschrittene Zusammenarbeit zwischen Public-Health-Forschung und dem ÖGD in Bayern auf der Ebene der Gesundheitsämter noch weiter zu vertiefen.

5.2.3 Wie können nach Auffassung der Staatsregierung Evidenzbasierung und Wirkungsmessung im Zusammenhang mit Maßnahmen des ÖGD in Bayern gestärkt werden?

Evidenzbasierung und Wirkungsmessung sind in allen medizinischen Bereichen von großer Bedeutung, dementsprechend wird diesen – wo immer möglich – auch im bayerischen ÖGD ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Grundsätzlich muss aber auch festgestellt werden, dass Evidenzbasierung und Wirkungsmessung im Zusammenhang mit Maßnahmen des ÖGD herausfordernde Forschungsgebiete darstellen, da viele Maßnahmen des ÖGD auf gesetzlicher Basis für alle Adressaten stattfinden und somit unter Umständen keine für eine aussagekräftige Wirkungsmessung notwendige Kontrollgruppe gegeben ist. In diesen Fällen kann dann ggf. nur eine Begleitevaluation mit einem angemessenen Studiendesign erfolgen.

Dem LGL kommt bei der Einführung neuer Maßnahmen und Evaluation oder Ausweitung bereits bestehender Maßnahmen im bayerischen ÖGD durch seine große und seit seiner Gründung im Jahr 2002 stetig gestärkte bzw. ausgebaut wissenschaftliche Kompetenz eine herausragende Rolle zu. Als Beispiel für eine Evidenzbasierung und Wirkungsmessung bereits vor Einführung einer Maßnahme durch den ÖGD ist exemplarisch die Pilotierung der reformierten Schuleingangsuntersuchung (rSEU) im Rahmen des GESiK-Projektes an einzelnen Gesundheitsämtern zu nennen. Auch nach zukünftiger bayernweiter Einführung der rSEU wird eine weitere fachliche Begleitung durch das LGL erfolgen.

Durch die in Bayern seit vielen Jahren etablierte Verschränkung des Amtsarztlehrgangs mit dem Public-Health-Studiengang an der LMU München und das Angebot eines Master-Abschlusses Public Health mit Ausrichtung HAM speziell für Ärztinnen und Ärzte an Gesundheitsämtern wurden und werden zudem bereits vertiefte wissenschaftliche Kompetenzen auf Ebene der Gesundheitsämter geschaffen und aufrechterhalten. Dies trägt bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt einen zusätzlichen und entscheidenden Teil im Sinne der Fragestellung bei. Mit Gründung eines neuen Sachgebietes zur Digitalisierung und Qualitätssicherung im ÖGD im Jahr 2021 hat das LGL eine zusätzliche Koordinierungsstelle für entsprechende Aufgaben geschaffen. Die Staatsregierung verfügt somit bereits über ein auf Landesebene etabliertes und sehr bewährtes Fundament.

Dem Koalitionsvertrag der Bundesregierung entsprechend wurde seitens des BMG der Aufbau eines aus der BZgA hervorgehenden Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit angekündigt. Aufgaben des entstehenden neuen Bundesinstituts sollen u. a. die Erarbeitung evidenzbasierter, fachlicher Standards (evidenzbasierte Leitlinien) und Qualitätssicherungsmaßnahmen für alle relevanten Aufgabenfelder des ÖGD sein. Aus Sicht der Staatsregierung könnte hierdurch dem bundesweit bestehenden Be-

darf an Evidenz für Handeln und Maßnahmen des ÖGD entgegengekommen werden, vorausgesetzt, den Ankündigungen des BMG folgen tatsächliche entsprechende Umsetzungen und die bewährte wissenschaftliche Arbeit kann mit Synergien an die Tätigkeiten des neuen Bundesinstitutes anknüpfen.

5.2.4 Welche Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit wird die Staatsregierung ergreifen, um die Bekanntheit des ÖGD zu stärken und seine Vorteile ins Licht der Öffentlichkeit zu rücken?

Die Hintergründe und der aktuelle Stand zur Durchführung einer gemeinsamen Imagekampagne des Bundes und der Länder werden ausführlich im Rahmen der Beantwortung der Frage 5.1.13 dargestellt.

Im Kern sieht das Konzept die Erstellung eines ländereinheitlichen Logos für die Prägung des ÖGD als unverwechselbare Marke sowie einen gemeinsamen Internetauftritt der Länder als „Schaufenster des ÖGD“ vor. Anhand des Internetauftrittes sollen insbesondere die Aufgaben des ÖGD dargestellt, aber auch weiterführende Informationen verständlich und transparent transportiert werden. Außerdem enthält das Konzept gemeinsam festgelegte Ziele der Länder hinsichtlich durchzuführender Werbemaßnahmen. Diese Ziele sollen möglichst ländereinheitlich umgesetzt werden. Ergänzend ist es aber auch möglich, mit eigenen landespezifischen Themen und Besonderheiten auf den ÖGD aufmerksam zu machen. Möglich wären demnach unter anderem gemeinsame Werbeaktionen an dem am 19.03.2019 durch das RKI ins Leben gerufenen Tag des Gesundheitsamts oder Aktionstage unter Beteiligung der Gesundheitsämter, um eine Umsetzung mit regionalem Bezug zu ermöglichen. Sobald deren Rahmen abschließend durch die GMK gebilligt ist, werden seitens des StMGP bayernrelevante Beiträge eigenständig ergänzt.

Bereits jetzt verfügt das StMGP über entsprechende Erfahrung mit Image- und Werbekampagnen, z. B. durch die Bewerbung der ÖGD-Quote in Umsetzung des Bayerischen Land- und Amtsarztgesetzes (BayLARztG). Die erstmalig für das Wintersemester 2022/2023 initiierte Kampagne mit digitalen Flyern an Gymnasien sowie modernen Auftritten in sozialen Medien wurden für das Wintersemester 2023/2024 um Imagefilme ergänzt, bei denen Studierende aus der ÖGD-Quote über ihre individuelle Motivation berichtet haben.

5.2.5 Welchen Handlungsbedarf sieht die Staatsregierung hinsichtlich der Weiterentwicklung der rechtlichen Grundlage für den ÖGD in Bayern?

Im Mai 2022 trat das aus dem bisherigen GDVG hervorgehende neu geschaffene GDG als rechtliche Grundlage für den ÖGD in Bayern in Kraft. Der bis dahin im GDVG normierte Bereich des Veterinärwesens und des Verbraucherschutzes wird seither im GVVG geregelt. Wesentliche normative Änderungen für den ÖGD haben sich hierdurch nicht ergeben.

Im Rahmen der durch die Staatsregierung beauftragten und mittlerweile begonnenen Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern erfolgen eine Aufgaben- und Strukturbeschreibung sowie eine Analyse des derzeitigen Ist-Zustandes des bayerischen ÖGD. Unter anderem wird die noch laufende Arbeit der AG Stärkung ÖGD in Bayern bezüglich der aktuellen Aufgaben der Gesundheitsämter im Sinne einer Aufgabenkritik einfließen. Hierbei gilt es, streng zu prüfen, ob neue Aufgaben tatsächlich sinnvoll, zweckmäßig und wirtschaftlich durch die Gesundheitsverwaltung oder ggf. effektiver und effizienter durch andere Akteure im ÖGW wie Träger der Freien Wohlfahrtspflege

wahrgenommen werden können. Zu näheren Ausführungen hierzu wird auf die Antwort zu Frage 5.4.1 verwiesen.

Zum aktuellen Zeitpunkt stehen die jeweiligen Ergebnisse aus der Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern und der AG Stärkung ÖGD in Bayern noch aus. Zur abschließenden Beurteilung einer ggf. notwendigen Anpassung bzw. Weiterentwicklung der landesrechtlichen Grundlagen für den ÖGD in Bayern sind deren Ergebnisse abzuwarten.

5.2.6 Wie wird die Staatsregierung den bevölkerungsmedizinischen Ansatz des ÖGD im Vergleich zu den stationären und ambulanten Bereichen des Gesundheitswesens stärken?

5.2.8 Wie wird die Staatsregierung künftig den ÖGD bei der Realisierung des Grundsatzes „Health in all Policies“ unterstützen?

Die Fragen 5.2.6 und 5.2.8 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Der ÖGD gehört neben der ambulanten und stationären Versorgung zur Basis des Gesundheitswesens und ist unverzichtbarer Bestandteil eines modernen Sozialstaats. Er steht somit nicht in einer Konkurrenz zu den anderen Bereichen des Gesundheitswesens, sondern ergänzt diese.

Traditionell ist der ÖGD bevölkerungsmedizinisch ausgerichtet und wirkt vielfach an Gesundheitsthemen, die auch andere Politikbereiche betreffen, wie z. B. der Kindergesundheit, mit. Eine Stärkung von Public-Health-Ansätzen im ÖGD sehen sowohl das ÖGD-Leitbild als auch der darauf Bezug nehmende ÖGD-Pakt vor. Auch die Gesundheitsberichterstattung, die geschlechterdifferenzierte und bevölkerungsbezogene Datenauswertungen liefert, ist ein Baustein der Infrastruktur des ÖGD. In diesem Zusammenhang wird die Staatsregierung ihre Aktivitäten und Bestrebungen aufrechterhalten und weiterentwickeln. Zur umfangreichen Gremienarbeit des StMGP im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung des ÖGD wird auf die Ausführungen zu den Fragen 5.4.1 und 5.4.7 verwiesen.

Der von allen Ressorts der Staatsregierung und den relevanten Präventionsakteuren getragene Bayerische Präventionsplan stellt das Rahmenkonzept für Prävention und Gesundheitsförderung im Freistaat dar und umfasst vier zentrale Handlungsfelder:

1. Gesundes Aufwachsen in Familie, Kindertageseinrichtungen, sonstigen Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe und in der Schule,
2. Gesundheitskompetenz in der Arbeitswelt und betriebliche Präventionskultur,
3. Gesundes Altern im selbstbestimmten Lebensumfeld und
4. Gesundheitliche Chancengleichheit.

Der Bayerische Präventionsplan betont die Ausrichtung der gesundheitsförderlichen Aktivitäten an den Lebenswelten der bayerischen Bürgerinnen und Bürger. Sie sollen dabei in ihrer Eigenverantwortung für eine gesundheitsförderliche Lebensweise unterstützt und die Vermeidung und Früherkennung der häufigsten Zivilisationskrankheiten gefördert werden. Weitere Ausführungen zum Bayerischen Präventionsplan finden sich im Rahmen der Beantwortung der Frage 3.3.12.

Ein weiterer wichtiger Schritt ist die geplante Verstetigung der Gesundheitsregionen^{plus}, die in verschiedenen Handlungsfeldern vernetzende und koordinierende Funktionen wahrnehmen. Zur Arbeitsweise und Zusammensetzung der Akteure einer Gesundheitsregion^{plus} wird auf die Beantwortung der Fragen 3.3.12 und 5.2.1 verwiesen. Ergänzend kann hinzugefügt werden, dass eine Beteiligung von weiteren Akteuren außerhalb des Gesundheitsbereichs im übergeordneten Bereich „health in all policies“ möglich ist und themenbezogen bereits erfolgt. Die Aufgaben der Gesundheitsregionen^{plus}, wie die Steuerung, Koordination sowie Vernetzung und Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit, wurden bereits im Rahmen des ÖGD-Leitbildes als Aufgaben des ÖGD festgelegt.

Durch die bereits zu Frage 5.2.1 aufgeführte Verschränkung des Amtsarztlehrgangs mit dem Public-Health-Studiengang an der LMU und das Angebot eines M. Sc. Public Health mit Ausrichtung HAM speziell für Amtsärztinnen und Amtsärzte wurde bereits und wird weiterhin die Public-Health-Kompetenz in den Gesundheitsämtern maßgeblich gestärkt. Die bereits zu Frage 5.2.2 aufgeführte etablierte Public-Health-Wissenschaftsinfrastruktur in Bayern trägt zusätzlich ihren Teil bei.

5.2.7 Wird die Staatsregierung künftig die Ergebnisorientierung und Transparenz des ÖGD fördern?

Ergebnisorientierung und Transparenz sind aus Sicht der Staatsregierung bereits etablierte und elementare Bestandteile der Arbeit des bayerischen ÖGD.

Der ÖGD ist seit seiner Entstehung ständiger Anpassung und dem Fortschritt unterworfen. Er nimmt heute ein sehr breites Aufgabenspektrum wahr.

Das Ziel des Erhalts sowie der Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ist stets Grundlage in allen Aufgabenfeldern des ÖGD und wird grundsätzlich als Ergebnisorientierung im Sinne der Fragestellung angesehen.

Aussagekräftige Gesundheitsberichterstattungen auf Landkreis- und Landesebene und Einordnung gesundheitswissenschaftlicher Evidenz sowie die Außenwirkung seiner Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekte in Schulen, Kindergärten und anderen öffentlichen Einrichtungen bzw. für die Gesamtbevölkerung sind nur Teile der bisherigen öffentlichkeitswirksamen Transparenz des bayerischen ÖGD. Zusätzlich wird im Sinne der Transparenz auch dem Bereich der Kommunikation mit Bürgerinnen und Bürgern durch den ÖGD ein hoher Stellenwert gegeben.

Ergänzend und unterstützend bringt die Staatsregierung Transparenz und Ergebnisorientierung in Umsetzung des ÖGD-Paktes, in der begonnenen Organisationsuntersuchung des ÖGD und in der laufenden Arbeit der AG Stärkung des ÖGD in Bayern auf aktuellen Stand.

5.2.9 Wie wird die Staatsregierung künftig die Umsetzung des „Leitbilds für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ der Gesundheitsministerkonferenz aus dem Jahr 2018 unterstützen?

Nach einem intensiven Diskussionsprozess im Rahmen einer länderoffenen Arbeitsgruppe unter Beteiligung Bayerns auf Fachebene mit Fach- und Berufsverbänden, den zuständigen Gremien sowie der Wissenschaft wurde das aktuell gültige ÖGD-Leitbild der 91. GMK im Jahr 2018 durch die Gesundheitsministerinnen und Gesundheitsminister der Länder nach fast zweijähriger Erarbeitung verabschiedet.

Das Leitbild zeigt den ÖGD als ein professionelles Netzwerk, das mit und in allen Gesundheitsbereichen von der Prävention und Gesundheitsförderung, dem Gesundheitsschutz bis zur Versorgung kooperativ und koordinierend tätig ist. Es sieht den ÖGD als einen zentralen Akteur der öffentlichen Sorge um die Gesundheit aller Personen (Public Health) und schlägt eine Brücke zwischen Theorie und Praxis ebenso wie zwischen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung. Das ÖGD-Leitbild gibt allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im bayerischen ÖGD Orientierung, um anstehende notwendige Weiterentwicklungen erfolgreich zu meistern.

Die im ÖGD-Leitbild beschriebenen Aufgaben finden bereits jetzt ihre vollständige Entsprechung im GDG bzw. in Rechtsverordnungen auf Grundlage der in Art. 31 GDG normierten Verordnungsermächtigungen. Auf diese landesrechtlichen Rechtsnormen wird detaillierter im Rahmen der Beantwortung der Frage 3.1.1 eingegangen.

Gemäß Forderung des ÖGD-Paktes sollen die im Leitbild beschriebenen Aufgaben des ÖGD maßgeblich für die Schaffung der bundesweit insgesamt 5000 neuen Stellen im ÖGD sein. Entsprechend dieser Forderung verteilen sich die in den Epl. 03 und 14 ausgebrachten insgesamt 649 durch den ÖGD-Pakt finanzierten Stellen der Staatsverwaltung nicht nur auf alle vier großen Berufsgruppen des ÖGD. Vielmehr wurde mit der Schaffung von Stellen für Hygiene- und Umweltingenieure an den Regierungen bereits eine deutliche fachliche und zukunftsorientierte Neuausrichtung im Bereich der Trinkwasserhygiene eingeleitet. Durch die zukünftig geplante Integration der Gesundheitsregionen^{plus} als Vernetzungsstrukturen in den ÖGD werden die im ÖGD-Leitbild genannten Aufgaben der Koordination, Kommunikation und Moderation im Freistaat Bayern deutlich gestärkt. Auch die fünf kreisfreien Städte mit eigenen Gesundheitsämtern werden auf Grundlage der zur Finanzierung der dort auszubringenden 141 Paktstellen geschlossenen Verwaltungsvereinbarungen auf die Vorgaben des ÖGD-Paktes und somit auf die im ÖGD-Leitbild aufgezeigten Aufgaben verwiesen.

Auf Basis des ÖGD-Leitbildes sollen entsprechend des ÖGD-Paktes Bund und Länder gemeinsam Bereiche für weitere strukturelle Anpassungen definieren. Hierzu findet derzeit auch auf Fachebene ein intensiver Austausch sowohl im Beirat Pakt ÖGD als auch der AG ÖGD sowie auf bayerischer Ebene in der AG Stärkung ÖGD in Bayern statt. In diesen Gremien werden Empfehlungen für die strukturelle und zukunftsorientierte Weiterentwicklung des ÖGD beraten, welche die Staatsregierung intensiv prüfen wird. Im Weiteren wird auf die Antworten zu den Fragen 5.4.1 und 5.4.7 verwiesen.

5.2.10 Plant die Staatsregierung, ähnlich wie in Thüringen, den Abschluss einer Rahmenvereinbarung zur Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, um die Verteilung der zusätzlichen staatlichen Mittel zu regeln, die Finanzierung von neu geschaffenen Stellen über das Jahr 2026 hinaus zu sichern sowie Festlegungen zum Personalaufbau und zur Digitalisierung in den Gesundheitsämtern zu treffen (bitte um Begründung der Antwort)?

Die in Thüringen ggf. geschlossene Rahmenvereinbarung sowie deren Inhalt und Regelungszweck sind hier nicht bekannt.

Der Abschluss einer „Vereinbarung“ kann nur dort geboten sein, wo nichtstaatliche Akteure beteiligt sind. In Bayern betrifft dies lediglich die fünf kreisfreien Städte, die Träger eines kommunalen Gesundheitsamtes sind. Mit diesen Städten wurden jeweils Verwaltungsvereinbarungen über den im Rahmen des ÖGD-Paktes zu leistenden Personalaufbau und die hierfür zu gewährende Förderung (Bundesmittel) geschlossen. Die Regelungen des ÖGD-Paktes umfassen bislang den Zeitraum 2021 bis 2026.

Ob und inwieweit der Bund darüber hinaus Mittel zur Verfügung stellt, ist aktuell nicht bekannt, da es der Bund vorerst abgelehnt hat, vor Mitte 2023 in Gespräche über die Fortführung des ÖGD-Paktes einzutreten. Infolge der fehlenden Finanzierungszusagen seitens des Bundes können auch mit den fünf o.g. Kommunen derzeit keine weiteren Vereinbarungen mit der Staatsregierung getroffen werden. Die Staatsregierung bekennt sich aber weiterhin zu dem im ÖGD-Pakt zwischen Bund und Ländern einstimmig vereinbarten Ziel, dass die Finanzierung des Personalaufwuchses nachhaltig sein muss und über das Jahr 2026 hinaus verstetigt werden soll.

Im staatlichen Bereich bedarf es hierzu keiner Vereinbarungen, da die Regelungen unmittelbar umgesetzt werden können und die durch den ÖGD-Pakt geschaffenen staatlichen Stellen unbefristet sind.

Für die Umsetzung des ÖGD-Paktes im Digitalisierungsbereich ist – einem verbreiteten Wunsch der Gesundheitsbehörden entsprechend – ein zweigleisiges Vorgehen gewählt worden: Die in bestimmten Bereichen – z. B. bei der Einführung neuer Software und bei Empfehlungen zu effizienten digitalen Prozessen – erforderliche landesweite Koordinierung wird dadurch sichergestellt, dass die entsprechenden Projekte zugunsten der Gesundheitsbehörden direkt von der Landesebene, namentlich vom LGL, durchgeführt werden. Andere Digitalisierungsmaßnahmen, wie etwa die Beschaffung neuer Hardware, erzeugen hingegen keinen landesweiten Abstimmungsbedarf und werden deshalb im Rahmen von Modellprojekten der einzelnen Gesundheitsbehörden durchgeführt, die dafür unmittelbar Fördermittel vom Bund erhalten haben. Der Abschluss einer Rahmenvereinbarung ist angesichts dessen weder zur Weiterreichung von Mitteln durch das Land an die kommunalen Sachaufwandsträger noch zur Sicherstellung einer landesweiten Koordinierung geboten.

5.3 Organisation

5.3.1 Wie sollen nach Auffassung der Staatsregierung die Strukturen und Prozesse des ÖGD in Bayern weiterentwickelt werden?

Die staatlichen Gesundheits- und Veterinärämter wurden mit Wirkung zum 01.01.1996 in die Kreisverwaltungsbehörden der Landratsämter eingegliedert. Ausgenommen hiervon sind die fünf kommunalen Gesundheitsämter in Bayern (vgl. Art. 1 Abs. 2 GDG). Durch die Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter wurden Synergieeffekte insbesondere im Bereich der beginnenden Digitalisierung und der Personalverwaltung erzielt.

Die mittlerweile fest etablierte Integration der Gesundheitsverwaltung in den dreistufigen Aufbau der staatlichen Einheitsverwaltung (vgl. Art. 1 Abs. 1 Nrn. 1–3 GDG) hat sich insbesondere in Krisenzeiten wie der Coronapandemie bewährt und dort ihre besondere Stärke bewiesen. Zusätzlich gestärkt und fachlich unterstützt wird der bayerische ÖGD durch das LGL als dem StMGP unmittelbar nachgeordnete Behörde (vgl. Art. 1 Abs. 1 Nr. 4 GDG).

Trotzdem hat sich die Staatsregierung entschieden, mittels einer durch das StMGP beauftragten Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern die aktuelle Struktur vor dem Hintergrund der Coronapandemie zu evaluieren. Teil dieser Untersuchung wird auch die Bewertung von drei alternativen Strukturmodellen sein.

5.3.2 Welche Potenziale bestehen nach Auffassung der Staatsregierung im Hinblick auf die Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug?

Im bayerischen ÖGD gibt es schon lange Bestrebungen, geeignete Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug an die Regierungen oder an das LGL zuzuweisen, um Aufgaben effektiver erfüllen zu können bzw. Fachwissen zu bündeln und für die Gesundheitsämter vorzuhalten.

Seit 2014 besteht am LGL die TFI. Es handelt sich hierbei vom Grundsatz her um eine mobile Einheit mit ständiger Dienstbereitschaft und zwei wesentlichen Aufgabenschwerpunkten. So unterstützt sie fachlich das örtlich zuständige Gesundheitsamt Erding bei dessen Aufgabenerfüllung am Flughafen München in Umsetzung des Gesetzes zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV-DG) auf Dauer sowie im Bedarfsfall auch die zuständigen Gesundheitsämter an den weiteren internationalen Flughäfen Nürnberg und Memmingen sowie den internationalen Binnenhäfen Lindau und Passau. Sie erstellt Notfallkonzepte und Alarmpläne, schreibt diese fort und unterstützt die Gesundheitsämter beim Management von an internationalen Flug- und Binnenhäfen auftretenden Infektionskrankheiten. Die TFI ist zudem neben den sonst zuständigen Behörden landesweit zuständig für Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung schwerwiegender übertragbarer Krankheiten von überregionaler Bedeutung an den bayerischen Flughäfen und den Häfen Passau und Lindau. Darüber hinaus unterstützt die TFI bayernweit im Bedarfsfall die Gesundheitsämter vor Ort z. B. auch bei komplexen Ausbruchsgeschehen sowie schwerwiegenden Infektionsausbrüchen in Pflegeheimen.

An den Regierungen werden ebenfalls Aufgaben überregional für alle Gesundheitsämter im jeweiligen Regierungsbezirk wahrgenommen. Dort sind jeweils mindestens zwei Stellen für ärztliche Fachberater für die Aufgaben der Tuberkulosefürsorge und für die Hygienefachberatung insbes. der Krankenhaushygiene ausgebracht, welche die Gesundheitsämter fachlich beraten und im Bedarfsfall unterstützen. Seit 2022 sind ebenfalls die neu im bayerischen ÖGD eingeführten Hygiene- und Umweltingenieure angesiedelt. Sie sollen die Gesundheitsämter bei der zunehmend komplexeren und v. a. technisch anspruchsvolleren Trinkwasserüberwachung beraten und unterstützen. Mit den Medizinischen Untersuchungsstellen sind des Weiteren jeweils für einen Regierungsbezirk Begutachtungseinheiten für spezielle Untersuchungsanlässe wie z. B. die Begutachtung auf Dienstunfähigkeit etabliert.

Weitere Möglichkeiten für eine regionale Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug werden derzeit sowohl in der AG Stärkung ÖGD in Bayern diskutiert sowie in der vom StMGP beauftragten Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern untersucht. Hierzu zählen auch die Zulassung von Gesundheitsberufen oder das Poolen von speziellen Impf- und Beratungsleistungen.

5.3.3 Welche Potenziale bestehen nach Auffassung der Staatsregierung im Hinblick auf die Zentralisierung von Service- und Koordinationsleistungen auf Landesebene?

Eine zentrale Bereitstellung von Service- und Koordinationsleistungen auf Landesebene bietet in vielen Bereichen die Möglichkeit, Synergieeffekte zu nutzen. Hinsichtlich dieser Service- und Koordinationsleistungen beachtet die Staatsregierung stets die angemessene Balance zwischen den Vorteilen einer Zentralisierung auf Landesebene und der aufgabenabhängigen und in einem großen Teil bestehenden Notwendigkeit der wohnortnahen Leistungserbringung. Vor einer zentralen Bereit-

stellung ist zudem stets zu prüfen, inwiefern es sich hierbei um das wirtschaftlichste und sachlich angemessenste Vorgehen handelt. So können aus vergabe- und haushaltsrechtlicher Sicht auch Gründe für eine dezentrale Bereitstellung vorliegen. In gleicher Weise können divergierende oder individuelle Bedarfe dezentrale Lösungen erforderlich machen. In verschiedenen Teilbereichen ist bereits eine Zentralisierung im Sinne der Fragestellung erfolgt.

Auf Ressortebene ist für den Bereich des ÖGD die zentrale Beratung und Koordination durch die verschiedenen entsprechenden Fachreferate des StMGP und der verschiedenen fachlich zuständigen Vorläuferministerien bereits seit Langem effizient und erfolgreich etabliert. Ein Beispiel für die weitere Zunahme des Stellenwerts des ÖGD in der Pandemie ist unter anderem der 2020 erfolgte Aufbau der Abteilung Öffentlicher Gesundheitsdienst mit den entsprechenden ÖGD-spezifischen Fachreferaten im StMGP.

Bereits seit dessen Gründung im Jahr 2002 übernimmt das LGL bayernweit hochqualifiziert und professionell fachliche Serviceleistungen in verschiedenen für den ÖGD bedeutenden Themenfeldern. Als Beispiel hierfür kann die fachliche Unterstützung in Bereichen wie Umweltmedizin, Trinkwasser, Hygiene und Prävention herangezogen werden.

Nach dem Beschluss des Ministerrats vom 07.10.2014 ist am LGL zusätzlich bereits die TFI als mobile Einheit mit ständiger Dienstbereitschaft eingerichtet. Diese betreut gemeinsam mit dem örtlich zuständigen Gesundheitsamt Erding den Flughafen München. Darüber hinaus unterstützt die TFI bayernweit im Bedarfsfall die Gesundheitsämter vor Ort. Dies betrifft vor allem schwerwiegende oder landkreisübergreifende Infektionsausbrüche. Die TFI ist ein etabliertes und sehr erfolgreiches Beispiel für eine Leistungszentralisierung im ÖGD in Bayern (siehe hierzu auch die Ausführungen zu Frage 5.4.9)

Mit der Schaffung des Sachgebiets GP2 „Digitalisierung und Qualitätssicherung im ÖGD“ im LGL mit der dort angesiedelten IT-Fachgruppe konnte 2021 bereits eine Stelle auf Landesebene eingerichtet werden, die schon jetzt Service- und Koordinierungsaufgaben im ÖGD übernimmt. Mit der geplanten Bereitstellung der digitalen Kooperationsplattform im ÖGD in Bayern wird der Austausch zwischen den Behörden gefördert.

Die fachliche Ausrichtung und Arbeit des LGL wird seit Gründung seitens der Staatsregierung kontinuierlich dem Bedarf angepasst und zielgerichtet gestärkt. Dies hat sich nicht zuletzt in der Zeit der Pandemie eindeutig gezeigt, in der das LGL einen maßgeblichen Beitrag zu deren Eindämmung geleistet hat.

Als weitere Beispiele für die Einführung von zentralen Lösungen können die beiden OZG-Leistungen „Meldung nach § 13 Trinkwasserverordnung“ und „Belehrung nach Infektionsschutzgesetz“ genannt werden. Durch die voranschreitende und durch den Digitalpakt des Bundes angestoßene Digitalisierung der Gesundheitsämter können sich zukünftig ggf. noch weitere Möglichkeiten zur Zentralisierung ergeben. In diesem Zusammenhang ist die weitere Entwicklung abzuwarten. Die Eröffnung weiterer ggf. vorhandener Potenziale bezüglich der Frage nach weiterer Zentralisierung von Leistungen wird von der beauftragten Organisationsuntersuchung des ÖGD Bayern erwartet.

5.3.4 Wie beurteilt die Staatsregierung die Einführung eines Landesgesundheitsamtes, bei dem die Kompetenzen für das Personalwesen mit Besoldung, Rekrutierung, Entwicklung, die Kompetenzen für IT-Lösungen und Beschaffung, die Kompetenzen für Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung sowie für Information und Öffentlichkeitsarbeit gebündelt werden?

Zur Beantwortung dieser Frage wird auf die Antwort zu Frage 5.3.1 verwiesen.

5.3.5 Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Beschaffung der Ausrüstung und Ausstattung im Hinblick auf Mengenrabatte und eine einheitliche Ausstattung?

Die Beschaffung von Ausrüstung und Ausstattung obliegt den Gesundheitsämtern in eigener Zuständigkeit. Dabei überwiegt der Nutzen von passgenauen lokalen Lösungen gegenüber zentralen, bürokratischeren Beschaffungsmaßnahmen für den laufenden Betrieb des ÖGD. Ausnahmen können in der Vorsorge für pandemische Situationssituationen sinnvoll sein, wo das StMGP mit der Einrichtung des Pandemiezentallagers bereits einen relevanten Beitrag für die künftige Pandemic Preparedness leistet.

5.3.6 Wie beurteilt die Staatsregierung die Schaffung einer einheitlichen und zentral verwalteten Dateninfrastruktur mit einer Datenbanklösung, einheitlicher Software und kompatiblen Endgeräten zur Dateneingabe?

Die Staatsregierung befürwortet grundsätzlich die Schaffung einer einheitlichen und zentral verwalteten Anwendungs- und Dateninfrastruktur für den ÖGD mit zentraler Datenhaltung z. B. im IT-Dienstleistungszentrum (IT-DLZ).

5.3.7 Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Organisation von EDV-Weiterbildungen für den ÖGD im Hinblick auf deren Kosteneffizienz?

Den Mitarbeitenden des ÖGD stehen bereits die Angebote von allgemeinen EDV-Schulungen der AGL, der BayLern-Plattform und regionale Angebote zur Verfügung. Darüber hinaus werden von der AGL Schulungen zu spezifischen ÖGD-Fachanwendungen angeboten. Diese Angebote werden laufend erweitert. Im Rahmen eines aktuellen, durch den ÖGD-Pakt Digitalisierung geförderten Projektes „Weiterbildungsoffensive Digitalisierung ÖGD Bayern“ werden zukünftig die Beschäftigten im ÖGD in ihrer Fachkompetenz weiter gestärkt und gefördert. Durch die zentrale Erarbeitung der Inhalte dieser Schulungen wie auch deren Bereitstellung kann kosteneffizient gearbeitet werden, v. a. im Hinblick darauf, den unterschiedlichen Wissensständen und Kompetenzen im Bereich Digitalisierung an den einzelnen Ämtern zielgenau Rechnung zu tragen.

5.3.8 Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit des Austauschs von Personal und die Zusammenlegung von Stellenanteilen über Gesundheitsämter hinweg?

Die nachfolgende Antwort bezieht sich ausschließlich auf den staatlichen Bereich des ÖGD, da die Träger der kommunalen Gesundheitsämter für sich Personalhoheit über ihre Mitarbeiterschaft haben.

Die zur Verfügung stehenden Planstellen werden bereits jetzt landratsamtsübergreifend durch die jeweils zuständige Regierung bewirtschaftet. Soweit erforderlich, kann hierbei durch die Regierung auf regionale Besonderheiten Rücksicht genommen werden.

5.3.9 Wie beurteilt die Staatsregierung die kommunale Organisations-, Finanz- und Personalautonomie im Hinblick auf die Weiterentwicklung des ÖGD?

Im Freistaat Bayern ist der ÖGD nach Art. 1 Abs. 1 und 2 GDG überwiegend staatlich in einem dreistufigen Verwaltungsaufbau organisiert, wobei das StMGP die oberste Landesgesundheitsbehörde darstellt. In seinem Geschäftsbereich liegt das LGL als unmittelbar nachgeordnete Fachbehörde. Die Regierungen als höhere Gesundheitsbehörden und die Landratsämter als untere Gesundheitsbehörden sind Teil der Einheitsverwaltung des Freistaates. Lediglich die Landeshauptstadt München sowie die kreisfreien Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen und Nürnberg haben ein eigenes, kommunales Gesundheitsamt und verfügen daher auch über eine vollständige Organisations-, Finanz- und Personalautonomie.

Die Staatsregierung bewertet diese Parallelität von staatlichen und kommunalen Gesundheitsämtern positiv, da sie sich insbesondere bzgl. der Weiterentwicklung des ÖGD ergänzen.

5.3.10 Wie beurteilt die Staatsregierung die Vorbereitung von einheitlichen Informations- und Schulungsmaterialien auf Landesebene, etwa im LGL?

Durch die Einrichtung eines neuen Sachgebiets „Digitalisierung und Qualitätssicherung im ÖGD“ wurde dazu ein erster wichtiger Schritt unternommen. Dieses unterstützt Gesundheitsämter aktuell bereits bei Digitalisierungsmaßnahmen und entsprechenden Förderprogrammen mit fachlichen Informationen und Hilfestellungen bei Antragsverfahren. Im Rahmen des bereits genannten Projektes „Weiterbildungsoffensive Digitalisierung ÖGD Bayern“, das durch den ÖGD-Pakt Digitalisierung gefördert wird, ist geplant, seitens des LGL die Beschäftigten im ÖGD in ihrer Digital-, Anwender- und Führungskompetenz zu stärken. Dies wird flankiert durch ein weiteres Projekt, welches durch den bundesweiten ÖGD-Pakt Digitalisierung angestoßen wurde: Das derzeit bestehende ÖGD-Handbuch soll auf eine neue Plattform umziehen, die neue Kommunikationswege eröffnet, sowie um weitere Themen und insbesondere Informationen zu den ÖGD-Fachanwendungen und deren Nutzung erweitert werden. Darin sollen auch Schulungen der AGL und weiterer Anbieter verfügbar gemacht werden. Zudem leistet das im Jahr 2020 gegründete Sachgebiet GP2 des LGL den Gesundheitsämtern entsprechende Unterstützung in den Bereichen Digitalisierung und Qualitätssicherung.

5.3.11 Wie beurteilt die Staatsregierung eine erweiterte Kooperation der Gesundheitsämter mit freien Trägern, etwa bei der Schwangeren- und Suchtberatung?

Die Gesundheitsämter in Bayern arbeiten bei einer Vielzahl ihrer Aufgaben bereits umfassend mit freien Trägern zusammen. Da die Mehrzahl an Kooperationen durch die einzelnen Akteure vor Ort geschlossen wird, beschränkt sich die Staatsregierung in der Beantwortung der Frage auf bayernweite Kooperationen und konzeptionelle Rahmenbedingungen.

Beispielsweise ist die Kooperation der Gesundheitsämter im Rahmen der Gremienarbeit wie den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), in denen auch freie Träger vertreten sind, ein sehr wertvoller Beitrag zur Vernetzung der regional vorhandenen Versorgungsstrukturen und Hilfeangebote und dient der Unterstützung von Menschen mit psychischem Hilfebedarf. Betroffene Bürgerinnen und Bürger können durch die Gesundheitsämter gezielt beispielsweise auf gesundheitliche Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen hingewiesen werden. Suchterkrankte werden im Bedarfsfall an Psychosoziale Suchtberatungsstellen (PSBen) freier Träger weitervermittelt. Die ambulanten PSBen spielen auch eine zentrale Rolle im Suchthilfesystem in Bayern. Dabei ist von den 110 PSBen in Bayern die deutliche Mehrheit in der Hand von freien Trägern.

Die Staatsregierung ist bestrebt, die Kooperation zwischen ÖGD und den PSBen freier Träger auf dem erreichten hohen Niveau zu sichern und auszubauen, z. B. im digitalen Bereich. Beispielsweise wird mit dem neuen Projekt „Digisucht“ den PSBen in Bayern trägerübergreifend die notwendige Infrastruktur für eine Onlinesuchtberatung zur Verfügung gestellt.

Gemäß Art. 4 Bayerisches Schwangerenberatungsgesetz (BaySchwBerG) stimmt die zuständige Regierung unter Berücksichtigung des örtlichen Bedarfs mindestens einmal im Jahr die Planung und Durchführung der gesetzlichen Aufgaben, einschließlich der Öffentlichkeitsarbeit, mit den beteiligten anerkannten Beratungsstellen innerhalb der nach Art. 14 BaySchwBerG festgelegten Einzugsbereiche ab.

Dadurch ergibt sich eine enge Zusammenarbeit der Beratungsstellen freier Träger und der Gesundheitsämter; es besteht ein kontinuierlicher Austausch.

Eine Kooperation ist insbesondere gegeben durch

- Vertretungen (z. B. bei personalbedingten Einschränkungen während der Coronapandemie bzw. während der Urlaubszeit oder Feiertagen),
- gemeinsame Arbeitskreise zu Schwerpunktthemen,
- die jährliche gemeinsame Dienstbesprechung im StMAS mit
 1. dem Unterteilbereich Schwangerschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bayern,
 2. dem Vorstand der Landesarbeitsgemeinschaft der staatlich anerkannten Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen der Freien Wohlfahrtspflege Bayern (LAG SSB),
 3. den Koordinierenden Sozialpädagoginnen und -pädagogen der Regierungen,
- gemeinsame Teilnahme am Qualitätsmanagement in der Schwangerschaftsberatung,
- gemeinsame Fortbildungen und
- Zusammenarbeit beim Thema vertrauliche Geburt durch Verweisung an eine Beratungsstelle mit entsprechend fortgebildeter Fachkraft.

Vonseiten der Staatsregierung ist die Kooperation der Gesundheitsämter mit freien Trägern (auch außerhalb der Schwangeren- und Suchtberatung) ausdrücklich erwünscht und zweckmäßig. Diese ist umfangreich auf lokaler Ebene etabliert, unter anderem im Rahmen der Netzwerkarbeit der Gesundheitsämter, z. B. in Gesundheitsregionen^{plus}. Eine Erweiterung der entsprechenden Kooperation kann abhängig von den stets regional zu berücksichtigenden Besonderheiten sinnvoll sein. Eine Notwendigkeit zur weiteren bayernweiten Vereinheitlichung wird vonseiten der Staatsregierung nicht

gesehen, um den örtlichen Behörden und Trägern die Spielräume für die örtlich notwendigen und zielführenden Kooperationen nicht einzuschränken.

5.3.12 Über welche institutionalisierte Kommunikationsstruktur soll künftig ein effizienter Austausch von Informationen zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD in Bayern (StMGP, Regierungen, Gesundheitsämter) sichergestellt werden?

Zwischen den verschiedenen Ebenen des ÖGD in Bayern besteht bereits eine effiziente Kommunikationsstruktur. Beispielhaft seien hier die zusätzlich zu den bisherigen Dienstbesprechungen in Präsenz nun auch im Intervall ergänzend angebotenen Besprechungen in einem virtuellen Format, um den Austausch des StMGP mit den unterschiedlichen Stellen an den Regierungen weiter zu intensivieren genannt. Weitere Möglichkeiten der Weiterentwicklung werden derzeit geprüft. So soll das ÖGD-Handbuch u. a. zu einer Kollaborationsplattform ausgeweitet werden, um die Kommunikation weiter zu fördern (siehe auch Antwort auf Frage 5.3.10).

5.3.13 Welche Voraussetzungen müssen nach Auffassung der Staatsregierung geschaffen werden, um die Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur des ambulanten und stationären Bereichs anzuschließen?

Der Anschluss der bayerischen Gesundheitsämter an die Telematikinfrastruktur (TI) ermöglicht künftig u. a. einen sicheren einrichtungsübergreifenden Datenaustausch und den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und ist daher aus Sicht des StMGP ein wichtiger Schritt im Rahmen der Digitalisierung der Gesundheitsämter. Die wesentliche Voraussetzung eines Anschlusses der Gesundheitsämter an die TI besteht darin, Datenschutz und Datensicherheit zwischen TI einerseits und dem Bayerischen Behördennetz andererseits zu gewährleisten. Die TI wird durch die Bundesebene (gematik) bereitgestellt. Das StMGP sowie das LGL stehen im Kontakt insbesondere mit der gematik, um nicht nur einen Anschluss von Gesundheitsämtern an die TI, sondern Gesundheitsämtern auch sinnvolle TI-Anwendungen zu ermöglichen. Bayern zählt hinsichtlich des TI-Anschlusses der Gesundheitsämter zu den Vorreitern. Mit dem Gesundheitsamt Erlangen-Höchstadt hat sich bundesweit eines der ersten Gesundheitsämter bereits erfolgreich an die TI angeschlossen und kann auch die TI-Anwendung „Kommunikation im Medizinwesen (KIM)“ aktiv nutzen. StMGP und LGL werden die Ämter mit den erforderlichen Informationen und Unterstützungsmaßnahmen begleiten.

5.3.14 Wie beurteilt die Staatsregierung eine kollegiale Führung von Gesundheitsämtern, etwa durch Amtsärztinnen und Amtsärzte und leitende Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter?

Bei der Leitung einer Organisationseinheit innerhalb einer Behörde und insbesondere bei der Gesundheitsverwaltung muss zwischen der fachlichen Gesamtverantwortung und der organisatorisch-administrativen und dienstrechtlichen Führungs- und Leitungsverantwortung unterschieden werden. Letztere ist grundsätzlich bei entsprechender Eignung und Leistung jedem Mitarbeitenden mit der Befähigung für die 4. Qualifikationsebene übertragbar. Hinsichtlich der fachlichen Gesamtverantwortung ist ein ausreichend breites Fachwissen in allen Aufgabenbereichen der zu leitenden Organisationseinheit erforderlich.

Die Ausbildung der nach der Verordnung über den fachlichen Schwerpunkt Gesundheitsdienst (FachV-GesD) zur Verbeamtung anstehenden Ärztinnen und Ärzte in Bayern

beinhaltet neben der universitären Ausbildung und häufiger langjähriger medizinischer Vorerfahrungen ein spezielles Ausbildungsprogramm, um diese auf das breite Aufgabenspektrum in einem Gesundheitsamt vorzubereiten; dies gilt entsprechend auch für tarifbeschäftigte Ärztinnen und Ärzte. Die Ausbildung nach FachV-GesD gliedert sich hierbei in einen berufspraktischen Teil (Praktika) und einen fachtheoretischen Teil (Amtsarztlehrgang).

Der Amtsarztlehrgang gliedert sich dabei in vier Module:

- Modul 1: Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung und Prävention, schul- und jugendärztliche Aufgaben des ÖGD,
- Modul 2: Recht und Verwaltung, Organisation und Einrichtungen des ÖGW,
- Modul 3: Gesundheitsschutz, Infektionsschutz, Hygiene, Wasserhygiene und
- Modul 4: umweltbezogener Gesundheitsschutz, Umweltmedizin, medizinische Begutachtungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Sozialmedizin, sozialpsychiatrische Aufgaben.

Hierbei werden den Ärztinnen und Ärzten auch sämtliche Tätigkeitsfelder der anderen drei Berufsgruppen des ÖGD (der Sozialpädagoginnen und -pädagogen, der FdS und der Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure) nähergebracht. Hinzu kommen Unterrichtsblöcke, die spezielle Führungskompetenzen fördern. So werden die zu verbeamtenden Ärztinnen und Ärzte bereits während des Amtsarztlehrganges auf eine mögliche spätere Leistungsverwendung umfangreich vorbereitet.

Eine Leistungsverwendung nichtärztlicher Berufsgruppen ist in staatlichen Gesundheitsämtern Bayerns hingegen nicht vorgesehen. Die strukturellen Rahmenbedingungen, insbesondere an kleineren Gesundheitsämtern, lassen eine Zwischenebene mit Leitungsfunktionen, wie sie z. B. im Schlussbericht des Projekts „Umsetzung des Gesundheitsdienst-Gesetzes (GDG)“ der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlins – Teil II „Detaillierte Darstellung der Grundlagen des Mustergesundheitsamtes und des Gesundheitlichen Verbraucherschutzes“ dargestellt werden (siehe hierzu auch Frage 1.1.18), nicht sinnvoll, zweckmäßig oder angemessen erscheinen. Diese Zwischenebene (bei der z. B. Aufgaben unter gesetzlich normiertem ärztlichem Vorbehalt wie die medizinische Begutachtung weiterhin unter rein ärztlicher Leitung und andere Bereiche von Mitarbeitenden nichtärztlicher Berufsgruppen geleitet werden könnten) ist aber obligate Voraussetzung, um überhaupt nichtärztliches Personal im ausreichenden Umfang bis in die 4. Qualifikationsebene zu entwickeln, um hieraus geeignete Kandidatinnen und Kandidaten für die Leitung eines Gesundheitsamtes auswählen zu können.

Unter dem Gesichtspunkt der funktionsgerechten Besoldung (Art. 19 Abs. 1 BayBesG) kann die Zuordnung einer Beamtin bzw. eines Beamten der vierten Qualifikationsebene und einer Beamtin bzw. eines Beamten der dritten Qualifikationsebene auf einen gemeinsamen Funktionsdienstposten, welcher bei den Leitungsstellen der Gesundheitsämter den Besoldungsgruppen A15 + AZ bzw. A16 zugeordnet ist, nicht erfolgen.

Auf eine entsprechende Bewertung hinsichtlich der Leitung kommunaler Gesundheitsämter wird aufgrund der Organisationshoheit der jeweiligen Oberbürgermeisterin bzw. des Oberbürgermeisters verzichtet

5.3.15 Wie beurteilt die Staatsregierung die Einführung von Organisationseinheiten für Planung, Koordination und Qualitätsentwicklung, in denen vor allem die Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsförderung sowie der Psychiatrie-, Sucht- und Altenhilfe koordiniert zusammengefasst werden, und mit welchen Stellenanteilen je 10 000 Einwohnerinnen und Einwohner sollten solche Organisationseinheiten ausgestattet werden?

Das StMGP lässt derzeit – wie bereits in der Antwort zur Frage 5.2.5 ausgeführt – eine Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern durchführen, welche den aktuellen Ist-Zustand und Möglichkeiten für zukunftsfähige Strukturen des ÖGD in Bayern untersucht. Hierbei soll es insbesondere um eine Aufgaben- und Strukturbeschreibung und eine entsprechende Analyse gehen. Auch in der AG Stärkung ÖGD in Bayern werden mögliche Reformansätze diskutiert. Zum aktuellen Zeitpunkt stehen Ergebnisse der Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern aber noch aus.

Aussagen zu Stellenanteilen von möglichen zukünftigen Organisationseinheiten können aufgrund des derzeitigen Standes der Überlegungen nicht getroffen werden.

5.3.16 Welche Möglichkeiten der länderübergreifenden Kooperation sieht die Staatsregierung für die Weiterbildungseinrichtungen des ÖGD (Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen, Akademie für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit)?

Bereits seit Jahren besteht ein regelmäßiger und intensiver Kontakt zwischen der AÖGW und der AGL im Hinblick auf den Austausch von Referentinnen und Referenten und der länderübergreifenden Teilnahme einzelner Personen an Fortbildungen.

Bei der AÖGW handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Bildungsinstitution, die von den Bundesländern Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Thüringen finanziert wird. Sie wurde 1971 als bundesweit einzige länderübergreifende Einrichtung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung aller Beschäftigten im ÖGD gegründet. Ferner gehört die angewandte Forschung im Bereich des ÖGW zu ihren Aufgaben.

Die AGL ist eine zentrale staatliche Bildungseinrichtung im Geschäftsbereich des StMUV und StMGP. Ihr obliegen alle Aufgaben der Aus-, Fort- und Weiterbildung für den öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst sowie für die Lebensmittelkontrolle. Als Bayerische Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin führt sie regelmäßig Weiterbildungslehrgänge in den einschlägigen Fachgebieten durch. Sie ist aufbauorganisatorisch in das LGL integriert.

Für den Amtsarztkurs haben alle in Deutschland tätigen Akademien eine Angleichung ihrer Ausbildungsmodule vorgenommen und umgesetzt. Weitere Anpassungen sind in Planung. Das StMGP und die AGL stehen für ggf. in Bayern notwendige weitere Anpassungen in regelmäßigem Austausch.

Auch mit anderen Institutionen der Weiterbildung im ÖGD besteht in diesem Zusammenhang eine langjährige Kooperationserfahrung. Bei der Verabschiedung des bundesweiten Curriculums waren für die theoretische Kursweiterbildung im Rahmen der Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt für ÖGW neben den beiden Akademien und dem StMGP auch die Sozial- und Arbeitsmedizinische Akademie Baden-Württemberg e. V., das Regierungspräsidium Stuttgart, das Landesgesundheitsamt

Baden-Württemberg und das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz beteiligt.

Deutlich differenzierter sind die Ausbildungen der Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure, Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie der FdS, weshalb hier Möglichkeiten einer Angleichung als schwerer umsetzbar erscheinen. Im Gegensatz zu den Ländern, welche ihre Hygienekontrolleurinnen und -kontrolleure in der AÖGW ausbilden, handelt es sich in Bayern nicht um eine Berufsausbildung, sondern um einen Laufbahnlehrgang zur Vorbereitung auf die Prüfung für den Einstieg in der 2. Qualifikationsebene der Fachlaufbahn Gesundheit, fachlicher Schwerpunkt Hygienekontrolldienst, mit dem Ziel der Verbeamtung.

Die Aufgaben der Sozialpädagoginnen und -pädagogen sowie der FdS im ÖGD sind bis auf wenige bundesrechtlich normierte Aufgaben landesrechtlich geregelt, sodass hier eine inhaltliche Angleichung oder Kooperation aus Sicht des StMGP auch nicht als sinnvoll und zweckmäßig angesehen wird.

Aktuell wird die Kooperation zwischen der AGL und der AÖGW im Rahmen des konkreten Projekts „Grundkurs Tuberkulose“ intensiviert. Beide Akademien unterzeichneten im Dezember 2022 einen Kooperationsvertrag für ein webbasiertes Training zum Thema Tuberkulose. Gemeinsam will man von gegenseitigem Know-how im Fortbildungsbereich profitieren, um Synergieeffekte zu nutzen. Im ersten Schritt werden die Inhalte zur Tuberkulosefürsorge, einem Kernthema des ÖGD, nun in der Grundausbildung mit diesem gemeinsamen Onlinekurs bundesweit standardisiert. Das webbasierte Training am PC, Tablet oder Smartphone verknüpft theoretisches Wissen mit praxisnahen Fallbeispielen, interaktiven Lerneinheiten sowie ansprechenden Erklärvideos.

Eine weitere Vertiefung der Zusammenarbeit zwischen AGL und AÖGW ist bereits geplant. Als nächsten Schritt werden sich beide Akademien im Laufe des Jahres 2023 dazu austauschen.

5.4 Aufgaben

5.4.1 Soll das Aufgabenprofil der Gesundheitsämter nach Auffassung der Staatsregierung beibehalten, ausgeweitet oder reduziert bzw. konzentriert werden (bitte um Begründung der Antwort)?

5.4.7 Welche Aufgaben der Gesundheitsämter könnten nach Auffassung der Staatsregierung wegfallen und welche könnten sinnvoll auf andere Behörden verlagert werden?

Die Fragen 5.4.1 und 5.4.7 werden aufgrund des Sachzusammenhangs zusammen beantwortet.

Grundsätzlich ist die Frage, ob eine Aufgabenwahrnehmung sinnvoll durch Behörden erfolgen sollte, stets unter den Gesichtspunkten der Notwendigkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit zu prüfen.

Hierzu wird in diesem Zusammenhang üblicherweise die Notwendigkeit als objektiv nachvollziehbarer Bedarf eines behördlichen Handelns definiert. Sofern bereits andere Akteure sich einer bestimmten Aufgabe in ausreichendem Maße widmen, sollte streng geprüft werden, inwieweit durch behördliche Übernahme eine signifikante Verbesserung in der Aufgabenwahrnehmung erzielt werden kann. Im Weiteren ist zu

prüfen, welchen Behörden die als notwendig erachtete Aufgabe zweckmäßigerweise zugewiesen werden sollte. Unter zweckmäßig ist in diesem Zusammenhang zu verstehen, ob die für die Aufgabenerfüllung erforderlichen strukturellen, personellen und fachlichen Voraussetzungen für eine ausreichende Aufgabenerfüllung überhaupt bei diesen Behörden vorhanden sind bzw. verfügbar gemacht werden können. Letztlich muss gerade aufgrund eines sparsamen Verwaltungshandelns auch untersucht werden, inwieweit die Aufgabenzuweisung wirtschaftlich erfolgen kann, sprich z. B. hierfür vorgesehene Personal- und Sachaufwände bei alternativen Lösungen geringer ausfallen könnten. Dieser Prozess, der stets am Anfang einer erstmaligen Zuweisung einer neuen Aufgabe zwingend zu erfolgen hat, wird regelmäßig, aber auch bedarfsabhängig wiederholt.

Zu diesem Zweck wurde u. a. die AG Stärkung des ÖGD in Bayern gebeten, eine Bewertung bezüglich der aktuellen Aufgaben der Gesundheitsämter im Sinne einer Aufgabenkritik durchzuführen. Hierunter fällt insbesondere die kritische Überprüfung, ob Aufgaben beibehalten, ausgeweitet oder reduziert bzw. konzentriert werden sollten. Bei einer Reduzierung, aber auch einer Konzentration sollen hierbei auch Empfehlungen ausgesprochen werden, wohin diese Aufgabe ggf. alternativ verlagert werden könnte.

Davon unabhängig ist im Dezember 2022 durch das StMGP eine schon während des ersten Jahres der Pandemie geplante Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern beauftragt worden, durch welche der aktuelle Ist-Zustand und Möglichkeiten für zukunftsfähige Strukturen des ÖGD untersucht werden. Hierbei soll es insbesondere um eine Aufgaben- und Strukturbeschreibung und eine entsprechende Analyse gehen. Auch Ergebnisse der AG Stärkung des ÖGD Bayern werden in diese Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern einfließen.

Zum aktuellen Zeitpunkt stehen die Ergebnisse sowohl der diesbezüglichen Arbeit der AG Stärkung des ÖGD Bayern als auch der beauftragten Organisationsuntersuchung des ÖGD in Bayern noch aus. Diese Ergebnisse gilt es abzuwarten.

Gleichzeitig steht das StMGP über die AG ÖGD im regen Austausch mit den anderen Ländern, um dort über deren Erfahrungen mit entsprechenden Aufgabenerweiterungen, -reduzierungen oder -verlagerungen sowie die entsprechenden Empfehlungen des Beirates Pakt ÖGD zu diskutieren.

5.4.2 Wie wird die Staatsregierung die Gesundheitsberichterstattung des ÖGD in Bayern weiterentwickeln und welche sozialen Indikatoren sollten nach Auffassung der Staatsregierung regelmäßig in der Gesundheitsberichterstattung erhoben werden, um die Voraussetzungen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit zu schaffen?

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) ist ein pluralistisches System mit verschiedenen Akteuren, z. B. der staatlichen Gesundheitsverwaltung, den Gesundheitsregionen^{plus}, Krankenkassen und anderen Institutionen. Sie entwickeln die GBE entsprechend ihrer Aufgabenstellungen weiter.

Auf Landesebene wird die GBE fachlich vom LGL wahrgenommen. Die Professionalisierung der GBE auf Landesebene hat damit einen im Bundesvergleich hohen Standard erreicht, hierzu wird auch die Antwort auf Frage 5.4.3 verwiesen. Die Weiterentwicklung orientiert sich hier zum einen an landespolitischen Schwerpunktsetzungen (siehe z. B. die Gesundheitsberichte zu den Schwerpunktaktionen des StMGP oder den Aufbau der Psychiatrieberichterstattung im Sinne des BayPsychKHG), zum anderen an der

innerfachlichen Diskussion zur GBE in den Gremien auf Bundes- und Länderebene sowie in der Wissenschaft (siehe dazu auch die Antwort auf Frage 5.4.3).

Des Weiteren werden Entwicklungen in der Prävention, z. B. Zweiter Nationaler Präventionsbericht, Nationaler Präventionsplan, Bayerischer Präventionsplan, auch auf ihre Relevanz für die Präventionsberichterstattung in Bayern geprüft. Bayern war u. a. aktiv an der Entwicklung eines gemeinsamen Indikatorensatzes für die Präventionsberichterstattung der Länder beteiligt (siehe dazu https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/service/gesundheitsberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapier_praeventionsindikatoren_runde1.pdf).

Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ist vorgesehen, über den ÖGD-Pakt auch die GBE auf kommunaler Ebene zu stärken, dem von der GMK 2018 beschlossenen und maßgeblich von Bayern mitentwickelten Leitbild für den ÖGD folgend. Dazu wird auch eine Anpassung des GDG geprüft.

Soziale Indikatoren spielen in der GBE seit Langem eine wichtige Rolle. Im bayerischen Gesundheitsindikatorensatz werden derzeit regelmäßig z. B. Indikatoren zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund, zur Bildung, zum verfügbaren Einkommen, zu Arbeitslosigkeit oder zu öffentlichen Sozialleistungen geführt (siehe <https://www.lgl.bayern.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>, dort Themenfeld 2). In den Gesundheitsberichten wird regelmäßig die soziale Differenzierung gesundheitlicher Befunde dargestellt. Komplementär dazu wird im Landessozialbericht in vielen Kapiteln auf die Gesundheit der Bevölkerung eingegangen.

5.4.3 Welchen Handlungsbedarf sieht die Staatsregierung hinsichtlich einer Zentralisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung?

Eine Zentralisierung der GBE, etwa beim StMGP oder beim LGL, ist nicht sinnvoll. Die GBE ist, wie in der Antwort auf Frage 5.4.2 beschrieben, ein pluralistisches System, dessen Nutzen davon abhängt, dass die jeweiligen Akteure die für ihre Aufgaben und Zuständigkeiten zielführenden Gesundheitsberichte erstellen und – soweit möglich – die dafür notwendigen Daten vorhalten.

Die Gesundheitsplanung muss die für die konkreten Handlungsfelder gegebenen und rechtlich fixierten Zuständigkeiten berücksichtigen. Eine Zentralisierung ist somit in manchen Bereichen rein rechtlich nicht möglich, etwa in der ambulanten Versorgung, in manchen Bereichen dagegen bereits jetzt vorgeschrieben, etwa in der stationären Versorgung.

Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte wird darüber hinaus im Rahmen der Umsetzung des ÖGD-Paktes eine Stärkung der konzeptionellen bzw. koordinierenden Funktionen auch im Gesundheitsbereich angestrebt, u. a. auch durch den Aufbau gesundheitswissenschaftlicher Ressourcen und durch eine Verstärkung der Gesundheitsregionen^{plus}.

Die Professionalisierung der GBE auf Landesebene hat einen im Bundesvergleich hohen Standard erreicht. Im LGL stehen für die GBE 4 Stellen der 4. QE (zuzüglich einer 0,5 Projektstelle) und 1,5 Stellen der 3. QE zur Verfügung. Als Qualifikationen sind vertreten: Medizin, Zahnmedizin, Psychologie, Sozialwissenschaft, Public Health und Datendokumentation. Spezialisierungen bestehen für die Psychiatrieberichterstattung, die Präventionsberichterstattung sowie die Suchtberichterstattung.

Für die Professionalisierung der GBE ist die Vernetzung mit Fachkreisen und der Wissenschaft von hoher Bedeutung. Das LGL arbeitet daher aktiv in Gremien zur GBE auf Länder- und Bundesebene mit. Hier sind in erster Linie die AG Gesundheitsberichterstattung Prävention, Sozialmedizin und Rehabilitation (AG-GPRS) der AOLG, die Kommission Gesundheitsmonitoring und Gesundheitsberichterstattung des RKI, der Beirat zur Nationalen Mental-Health-Surveillance sowie der Beirat zur NCD-Surveillance am RKI zu nennen. Gemeinsam mit dem RKI hat das LGL auch eine Reihe von Expertenworkshops zur GBE konzipiert und durchgeführt, zuletzt 2019 zu methodischen Fragen der Präventionsberichterstattung (siehe <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Praeventionsberichterstattung.html>). Des Weiteren beteiligt sich das LGL regelmäßig mit Fachbeiträgen zur GBE an Tagungen der Fachgesellschaften. Das LGL verantwortet auch die Vorlesung „Gesundheitsberichterstattung“ im Public-Health-Studiengang an der LMU. Im Ergebnis dieser Einbindung in die wissenschaftliche Diskussion zur GBE haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LGL in den letzten Jahren eine Vielzahl von Fachartikeln zu Methodenfragen der GBE veröffentlicht.

Auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte wird mit Mitteln des ÖGD-Paktes auch die Stärkung der gesundheitswissenschaftlichen Ressourcen für die GBE angestrebt. Seitens des LGL werden die Gesundheitsämter sowie die Gesundheitsregionen^{plus} durch Handlungshilfen zur GBE, Fortbildungen und eine einfach ausfüllbare Berichtsschablone samt Anleitung zur Datenfüllung unterstützt.

Geprüft werden zudem Möglichkeiten der Einrichtung von ÖGD-Professuren, über die weitere Professionalisierungsimpulse auch für die GBE zu erwarten sind, etwa im Zuge von Evaluationsstudien.

5.4.4 Wie beurteilt die Staatsregierung eine zentrale Zusammenführung und Analyse von Daten der Gesundheitsämter im Hinblick auf eine integrierte Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsplanung?

Daten der Gesundheitsämter werden bereits in mehreren Bereichen zentral zusammengeführt, z. B. bei der SEU oder im IfSG-Meldewesen. Die Daten der SEU werden nach § 2 Punkt 2 der Verordnung zur Schulgesundheitspflege explizit für die GBE zusammengeführt und regelmäßig auch in Gesundheitsberichten sowie im bayerischen Gesundheitsindikatorenset aufbereitet (siehe <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/index.htm>).

Das IfSG-Meldewesen hat ein eigenes Berichtswesen mit Print- und Onlineformaten (siehe <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/infektionsschutz/index.htm>). Darüber hinaus werden aber auch kleinere Datenbestände auf Landesebene aggregiert, sofern dies für gesundheitsplanerische Aufgaben notwendig ist. Regelmäßig werden so z. B. wichtige bei den Gesundheitsämtern meldepflichtige Gesundheitsberufe im LGL zentral erfasst.

Eine zentrale Zusammenführung und Auswertung aller Daten der Gesundheitsämter erscheint dagegen weder sinnvoll noch machbar. In den 1980er-Jahren hat man sich beim Aufbau einer modernen GBE in Deutschland bewusst von der alten Medizinalstatistik mit Datensammlungen zu den Leistungen der Gesundheitsämter verabschiedet und die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung in den Mittelpunkt gestellt.

5.4.5 Wie beurteilt die Staatsregierung die Weiterentwicklung des Gutachterwesens als Aufgabe des ÖGD und soll dieser Aufgabenbereich beibehalten oder reduziert werden?

5.4.6 Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer Eingrenzung der gutachterlichen Aufgaben der Gesundheitsämter etwa durch Beschränkung auf hoheitliche Kontexte?

Die Fragen 5.4.5 und 5.4.6 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Zu Begutachtungsanlässen im Aufgabenbereich der Gesundheitsämter steht das StMGP regelmäßig mit den zuständigen Staatsministerien und insbesondere mit dem für das Personalwesen federführenden StMFH im Austausch. Die potenzielle Notwendigkeit zur Weiterentwicklung des Gutachterwesens sowie das Spektrum der gutachterlichen Aufgaben der Gesundheitsämter werden hierbei stets berücksichtigt und unterliegen regelmäßiger Prüfung.

Das StMGP und StMFH stehen zu diesem Thema zudem im fachlichem Austausch mit der AG Stärkung ÖGD in Bayern, deren noch laufende Arbeit u. a. eine Bewertung durch die AG bezüglich der aktuellen Aufgaben der Gesundheitsämter im Sinne einer Aufgabenkritik beinhaltet. Die diesbezüglichen Ergebnisse stehen noch aus und sind abzuwarten, um hieraus einen ggf. vorhandenen Handlungsbedarf ableiten zu können.

5.4.8 In welchen Abständen sollen nach Auffassung der Staatsregierung die Kontrollen der Hygieneüberwachung öffentlicher Einrichtungen durchgeführt werden?

Die FQA prüfen vollstationäre Pflegeeinrichtungen und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe grundsätzlich einmal jährlich, mit der Möglichkeit, bei guten Prüfergebnissen den Prüfzeitraum auf drei Jahre zu erweitern. Davon unberührt können die FQA anlassbezogene Prüfungen durchführen. Die Gesundheitsämter werden in der Regel an diesen Prüfungen für den Qualitätsbereich der Hygiene von der FQA beteiligt.

5.4.9 Wie beurteilt die Staatsregierung die Möglichkeit einer regionalen Konzentration von Aufgaben ohne unmittelbaren Ortsbezug, wie z. B. bei der Zulassung von Gesundheitsberufen oder durch das Poolen von speziellen Impf- und Beratungsleistungen?

Die Frage wird aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam mit der Frage 5.3.2 beantwortet. Grundsätzlich gelten die in der Beantwortung der Frage 5.4.7 getroffenen Feststellungen auch für die Frage 5.4.9.

5.4.10 Welche Aufgaben sollte nach Auffassung der Staatsregierung der ÖGD künftig bei der Koordination, Planung und Steuerung der psychiatrischen Versorgung, der Suchthilfe sowie der Altenhilfe übernehmen?

Die Gesundheitsämter in Bayern sind rechtlich für ein breites und fachlich sehr anspruchsvolles Aufgabenspektrum zuständig.

In diesem Kontext sind sie in vielfältigen Aktivitäten der Suchthilfe eingebunden. In den Gesundheitsämtern sind Suchtpräventionsfachkräfte tätig, die über die Richtlinie zur Förderung von Präventions- und Beratungsangeboten im Suchtbereich vom StMGPF gefördert werden. Sie entwickeln regional in allen Lebenswelten suchtbetonte Ansätze, die übergreifend Institutionen, Organisationen und Aktivitäten zusammenführen, vernetzen Kontakte und sensibilisieren Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie Mediatorinnen und Mediatoren für psychosoziale Probleme von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen. Darüber hinaus bieten Gesundheitsämter Informationen zur Vorbeugung von Suchtentwicklung und leisten im konkreten Fall Beratung und Hilfe bei Suchtgefährdung und -erkrankung. Oft sind aufsuchende Tätigkeiten und eine enge Zusammenarbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen erforderlich. Im Bedarfsfall kann es hierbei auch zu gemeinsamen Hausbesuchen kommen. Nach Klärung des Hilfebedarfs und nach Motivationsarbeit kann auch gegebenenfalls entweder eine Weitervermittlung an eine andere Stelle (z. B. in stationäre Entgiftungs- und Entwöhnungseinrichtungen) oder die Einleitung von Hilfen etwa nach dem BayPsychKHG veranlasst werden. An den Gesundheitsämtern sind vielfältige und etablierte Präventions- und Hilfsangebote verankert, die sich u. a. an besonders gefährdete erwachsene Gruppen, wie z. B. Schwangere, richten, sowie Angebote, die spezifisch auf Kinder und Jugendliche sowie deren Angehörige ausgerichtet sind. Die Staatsregierung ist ebenfalls bestrebt, diese Aufgaben des ÖGD hinsichtlich der Koordination, Planung und Steuerung der Suchthilfe weiterhin auf dem erreichten hohen Niveau zu sichern und auszubauen, z. B. im digitalen Bereich.

Im Bereich der psychiatrischen Versorgung werden beispielsweise gesundheitliche Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen angeboten. Zudem beteiligen sich die Gesundheitsämter in Gremienarbeit wie den Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG), deren Ziel es ist, Vertreter der örtlichen Behörden, der Einrichtungen und Dienste für Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie der psychiatrischen Kliniken und weiterer Versorgungsstrukturen und der Selbsthilfe zu vernetzen. Die Staatsregierung überarbeitet derzeit in einem breit angelegten Beteiligungsprozess mit den verschiedenen Akteuren der psychiatrischen Versorgungslandschaft – unter Einbeziehung des ÖGD – die Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern aus dem Jahr 2007. Mit den neuen Grundsätzen sollen künftige Leitgedanken für die Versorgung von Menschen mit psychischem Hilfebedarf in Bayern definiert und gemeinsame Wege in der Weiterentwicklung der psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen besprochen werden.

Anlage – Trink- und Badewasserhygiene

Aufgabenbenennung	nur an ausgewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Informations- und Meldepflichten Trinkwasser und Badegewässer		x	§§ 67, 69 TrinkwV Art. 10 BayUIG §§ 8, 9, 11, 12, 13 BayBadeGewV	Erfüllung der Informations- und Meldepflichten: Trinkwasser und Badegewässer <u>zu Trinkwasser:</u> – Information der betroffenen Verbraucher, wenn festgestellt wird, dass eine Schädigung der menschlichen Gesundheit zu besorgen ist (§ 67 Abs. 2 TrinkwV), – Übermittlung der Daten nach § 69 Abs. 1 TrinkwV jährlich bis zum 30.04. – Führung einer Trinkwasserdatenbank, Import und Export von Daten über Schnittstellen kontinuierlich. <u>zu Badegewässer:</u> Mitwirkung bei der Meldung der Badegewässer an das LGL und der Information der Öffentlichkeit gemäß BayBadeGewV.
Überwachung von Trinkwasserversorgungsanlagen (Zentrale Wasserversorgungsanlagen, dezentrale Wasserversorgungsanlagen, Eigenwasserversorgungsanlagen und zeitweiligen Wasserversorgungsanlagen gemäß TrinkwV)		x	§§ 37, 39 IfSG §§ 54-66 TrinkwV Richtlinie (EU) 2020/2184 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (Neufassung)	– Regelüberwachung und anlassbezogene Kontrollen, – Besichtigung der Trinkwasserversorgungsanlagen und der Schutzzonen bzw. der Umgebung der Wasserfassungsanlage (u. a. unter Berücksichtigung der allgemein anerkannten Regeln der Technik (aaRdT)), einschließlich Niederschrift, – Festlegung eines Berichtsplans für ein Wasserversorgungsgebiet und Überprüfung der Konzepte für Überwachungsprogramme, – Überwachung hinsichtlich der Erfüllung von Anzeige- und Handlungspflichten der Wasserversorger, insbesondere im Hinblick auf mikrobiologische, chemische Parameter und radioaktive Stoffe gemäß TrinkwV, – Bei Einhaltung der Parameter der TrinkwV, jedoch Abweichungen von den fachlichen Vorgaben: ggf. Anordnung zusätzlicher Untersuchungen (häufigere Probenahme, andere Parameter, andere Probenahmestellen) oder ggf. Anordnungen zur technischen Ertüchtigung (anhand der aaRdT), – bei Nichteinhaltung mikrobiologischer und/oder chemischer Grenzwerte: Beurteilung einer Gesundheitsgefährdung, Unterstützung bei der Ursachensuche, Vorschlägen von Abhilfemaßnahmen, – Beratung zur Kommunikation gegenüber den betroffenen Verbraucherinnen und Verbrauchern, ggf. Anordnung von Maßnahmen (z. B. Abkochanordnung, Desinfektionsmaßnahmen, Festlegung eines anlassbezogenen Beprobungsplans, zur Ursachenbeseitigung, zur technischen Ertüchtigung), ggf. Aussprechen von Verboten (z. B. Nutzungsverbote). Bei chemischen Parametern ggf. Zulassung einer Grenzwertüberschreitung, – ggf. Einleitung von Ordnungswidrigkeitsverfahren.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Überwachung von Trinkwasserinstallationen		x	§§ 37, 39 IfSG §§ 54-66 TrinkwV Richtlinie (EU) 2020/2184 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Ge- brauch (Neufassung)	– Regelüberwachung und anlassbezogene Kontrollen von Trinkwasserinstallationen (Hausinstallationen und zeitweilige Wasserverteilung), – Einsichtnahme in Unterlagen der Eigenkontrolle (Beprobung und Anlagenkontrolle) der Unternehmer oder sonstiger Inhaber (soweit vorhanden), – Überwachung der Meldepflichten gemäß TrinkwV, – Anlagenbegehung im Rahmen der Regelüberwachung (z. B. in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen) und anlassbezogen (z. B. bei Legionellenbelastungen), – Kontrolle und Beratung bezüglich der Einhaltung der aaRdT, – Durchführung bzw. Veranlassung mikrobiologischer und chemischer Trinkwasseruntersuchungen einschl. Indikatorparameter, – Beratung (z. B.: Aufbereitungsmaßnahmen, Speicherungs- und Verteilungssysteme, Sanierung, Desinfektion), – ggf. Anordnungen (z. B. Desinfektionsmaßnahmen, zur Veranlassung einer professionellen Gefährdungsanalyse oder zur technischen Ertüchtigung gemäß der aaRdT) und Verbote (bspw. Duschverbot bei Legionellenbelastungen in Hausinstallationen), – ggf. Einleitung von Ordnungswidrigkeitsverfahren.
Überwachung mobiler Wasserversorgungsanlagen z. B. Tankfahrzeuge, Wasser-, Luft-, Landfahrzeuge		x	§§ 37, 39 IfSG Art. 28 IGV i. V. m. § 16 IGV-DG §§ 54-66 TrinkwV Richtlinie (EU) 2020/2184 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Ge- brauch (Neufassung)	– Besichtigung der Anlagen (bspw. anlassbezogen) und Festlegung des Umfangs und der Häufigkeit der Untersuchungen der Eigenüberwachung, – Einsichtnahme in Unterlagen der Eigenkontrolle (Beprobung und Anlagenkontrolle) der Betreiber (soweit vorhanden), – Überwachung der Meldepflichten gemäß TrinkwV, – Kontrolle und Beratung bezüglich der Einhaltung der aaRdT, – Veranlassung bzw. Durchführung der mikrobiologischen und chemischen Wasseruntersuchungen einschl. Indikatorparameter bzw. Überprüfung der Niederschriften über die Untersuchungen, – Bei Einhaltung der Parameter der TrinkwV, jedoch Abweichungen von den fachlichen Vorgaben: ggf. Anordnung zusätzlicher Untersuchungen (häufigere Probenahme, andere Parameter, andere Probenahmestellen) – bei Nichteinhaltung mikrobiologischer und/oder chemischer Grenzwerte: Beurteilung einer Gesundheitsgefährdung, Vorschlägen von Abhilfemaßnahmen, Beratung zur Kommunikation gegenüber den betroffenen Verbraucherinnen und Verbrauchern, ggf. Anordnung von Auflagen, ggf. Aussprechen von Verboten, – ggf. Einleitung von Ordnungswidrigkeitsverfahren.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Zulassung von Grenzwert- abweichungen (chemische Parameter gemäß TrinkwV)		x	§§ 52, 66 TrinkwV Richtlinie (EU) 2020/2184 über die Qualität von Wasser für den menschlichen Ge- brauch (Neufassung)	– Erteilung der ersten Zulassung für einen maximalen Zeitraum von 3 Jahren, – Meldung an das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), – Überprüfung, ob der Grenzwertüberschreitung abgeholfen wurde, – bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände Erteilung der 2. Zulassung (für maximal 3 Jahre) nach Zustimmung durch das LGL, – Sicherstellung der Information der betroffenen Bevölkerung durch den Betreiber der Wasserversorgungsanlage.
Überwachung von Schwimm- und Badebeckenwasser		x	§§ 16, 37, 39 IfSG	– Ortsbesichtigung (Erstinbetriebnahme, Regelüberwachung und anlassbezogen) unter besonderer Berücksichtigung der Einhaltung der fachlichen und rechtlichen Vorgaben, vor allem hinsichtlich Wasserkreislauf und Aufbereitung, – Einsicht in das Betriebsbuch unter besonderer Berücksichtigung der vollständigen Nachweisführung, insbesondere des Auftretens von Auffälligkeiten, – Probenahme, – Bei hygienisch relevanten Abweichungen von den fachlichen Vorgaben: Ggf. Anordnung zusätzlicher Untersuchungen (z. B. kürzere Probenahmeintervalle, Ausweitung des Parameterumfangs, Einbeziehung weiterer Probenahmestellen), – Bei Abweichungen von den mikrobiologischen, chemischen oder physikalischen Parametern: – Prüfung, ob Gesundheitsgefährdung zu besorgen ist, – Abhilfemaßnahmen vorschlagen, – ggf. Auflagen anordnen, – ggf. Nutzungsverbot aussprechen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Überwachung von Badegewässern (EG)		x	§ 16 IfSG § 3 BayBadeGewV	– Sichtkontrolle auf Verschmutzungen, einschließlich anlassbezogen (z. B. kurzzeitige Verschmutzungen, Ausnahmesituationen, Cyanobakterien), – Probenahme (einschließlich Lagerung und Transport) an der Stelle, an der die meisten Badenden zu erwarten sind oder an der, nach dem Badegewässerprofil, mit der größten Verschmutzungsgefahr zu rechnen ist, – Bewertung der Überwachungsergebnisse, ggf. Einleitung von Maßnahmen, – Erfüllung der Berichtspflichten an das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hinsichtlich Untersuchungsergebnissen, Bewertung der Badegewässerqualität, Bewirtschaftungsmaßnahmen und Aussetzungen des Überwachungszeitplans, – Mitwirkung bei Bewirtschaftungsmaßnahmen insbesondere Information der Öffentlichkeit, – Anlassbezogene Entnahme zusätzlicher Proben, – Bei einer möglichen Gesundheitsgefährdung: Abhilfemaßnahmen vorschlagen, ggf. Auflagen anordnen, ggf. Badeverbot aussprechen.
Überwachung von Kleinbade- teichen		x	§§ 16, 37, 39 IfSG	– Begehung bei Erstinbetriebnahme, Regelüberwachung und anlassbezogen, – Sichtkontrolle auf Verschmutzungen, – Ortsbesichtigung unter besonderer Berücksichtigung der Einhaltung der fachlichen und rechtlichen Vorgaben, vor allem hinsichtlich Wasserkreislauf und Aufbereitung, – Probenahme, – Bei hygienisch relevanten Abweichungen von den fachlichen Vorgaben: ggf. Anordnung zusätzlicher Untersuchungen (z. B.: kürzere Probenahmeintervalle, Ausweitung des Parameterumfangs, Einbeziehung weiterer Probenahmestellen), – Bei Abweichungen von den mikrobiologischen, chemischen oder physikalischen Parametern: – Prüfung, ob Gesundheitsgefährdung zu besorgen ist, – Abhilfemaßnahmen vorschlagen, – ggf. Auflagen anordnen, – ggf. Nutzungsverbot aussprechen.

Anlage – Einrichtungsbezogene Hygiene

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Medizinisch-hygienische Beratung der Kreisverwaltungsbehörde im Zusammenhang mit der Konzessionierung von Privatkrankenanstalten			§ 30 GewO	Auftrags- bzw. anlassbezogene fachliche Beteiligung nach Rechtsgrundlage, insbes. IfSG, MedHygV, z. B. bei Antrag, Inbetriebnahme, Erweiterung, Umbau des Betriebes. z. B.: – fachliche Beurteilung von Bauplänen, – Beurteilung der fachlichen Qualifikationen (Ärzte, Pflegepersonal usw.), – Beurteilung der apparativen Ausstattung und betrieblichen Organisation, Hygienemanagement nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft, – Ortsbesichtigung, – Beratung, Stellungnahmen, fachliche Auflagen und deren Überwachung bezüglich erforderlicher Maßnahme zur Verhütung, Erkennung, Erfassung und Bekämpfung von Infektionen.
Infektionshygienische Überwachung von Rettungsdiensten und Einrichtungen des Zivil- und Katastrophenschutzes, Luftrettungsstationen, Einrichtungen des gewerbl. Krankentransportwesens, Blutspendeeinrichtungen		x	§§ 16, 23 IfSG Art. 14 GDG	Die Gesundheitsämter überwachen in hygienischer Hinsicht. Das Landesamt unterstützt die Gesundheitsämter im Rahmen seiner Zuständigkeit im Bedarfsfall. – Ortsbesichtigung (Einsicht in den Hygieneplan und in weitere Betriebsunterlagen (Gebrauchsanweisungen, Wartungsverträge, Verträge mit externen Dienstleistern)) im Rahmen der Regel- und Schwerpunktüberwachung und anlassbezogen, – Proaktives infektionshygienisches Management: – Regionale Netzwerk- und Gremienarbeit, – Anforderung von Unterlagen, – Bewertung von Bauplänen und Unterlagen, – Fachliche Beteiligung im Baugenehmigungsverfahren, – Beratung, – Untersuchung und/oder Veranlassung der Untersuchung von Proben, – Kontrolle der Eigenüberwachung und der Einhaltung fachlicher Vorgaben und Empfehlungen nach entsprechenden Rechtsgrundlagen (bspw. KRINKO-Empfehlungen, IfSG, MedHygV, sofern für die jeweilige Aufgabenbenennung zutreffend), – Überwachung der Meldepflichten gemäß IfSG, – Beratung, Stellungnahmen/Berichte, fachliche Auflagen und deren Überwachung, – ggf. Auflagen anordnen, Einleitung eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens, Strafanzeige, Einschaltung weiterer Stellen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Infektionshygienische Überwachung von Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitations-einrichtungen, Tageskliniken, Dialyseeinrichtungen, Entbindungseinrichtungen, Einrichtungen für ambulantes Operieren und Arztpraxen, sowie Praxen gemäß § 23 Abs. 6 S. 2		x	§ 23 IfSG Art. 14 GDG § 14 MedHygV	- Beratung und Überwachung im Rahmen der Regel-, Schwerpunkt- sowie der anlassbezogenen Überwachung; - der hygienischen Mindestanforderungen an Bau, Ausstattung und Betrieb der Einrichtungen, - Bestellung, Aufgaben und Zusammensetzung einer Hygienekommission, - der erforderlichen personellen Ausstattung mit Hygienefachkräften und Krankenhaushygienikern und der Bestellung von hygienebeauftragten Ärzten einschließlich bis längstens zum 31. Dezember 2019 befristeter Übergangsvorschriften zur Qualifikation einer ausreichenden Zahl geeigneten Fachpersonals, - Aufgaben und Anforderungen an Fort- und Weiterbildung der in der Einrichtung erforderlichen Hygienefachkräfte, Krankenhaushygieniker und hygienebeauftragten Ärzte, - der erforderlichen Qualifikation und Schulung des Personals hinsichtlich der Infektionsprävention, - Strukturen und Methoden zur Erkennung von nosokomialen Infektionen und resistenten Erregern und zur Erfassung im Rahmen der ärztlichen und pflegerischen Dokumentationspflicht, - den zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben erforderlichen Einsichtnahme der in Nummer 4 genannten Personen in Akten der jeweiligen Einrichtung einschließlich der Patientenakten, - der Information des Personals über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind, - der klinisch-mikrobiologischen und klinisch-pharmazeutischen Beratung des ärztlichen Personals, - der Information von aufnehmenden Einrichtungen und niedergelassenen Ärzten bei der Verlegung, Überweisung oder Entlassung von Patienten über Maßnahmen, die zur Verhütung und Bekämpfung von nosokomialen Infektionen und von Krankheitserregern mit Resistenzen erforderlich sind.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Infektionshygienische Überwachung von Gemeinschaftsunterkünften (Obdachlosenunterkünfte, Gemeinschaftsunterkünfte für Asylbewerber, Spätaussiedler und Flüchtlinge sowie sonstige Massenunterkünfte, JVA)		x	§ 36 IfSG Art. 14 GDG	Die Gesundheitsämter überwachen in hygienischer Hinsicht die im Infektionsschutzgesetz und Hygieneverordnung genannten Einrichtungen. – Ortsbesichtigung (Einsicht in den Hygieneplan und in weitere Betriebsunterlagen (Gebrauchsanweisungen, Wartungsverträge, Verträge mit externen Dienstleistern)) im Rahmen der Regel- und Schwerpunktüberwachung und anlassbezogen, – proaktives infektionshygienisches Management: – Regionale Netzwerk- und Gremienarbeit, – Anforderung von Unterlagen, – Bewertung von Bauplänen und Unterlagen, – fachliche Beteiligung im Baugenehmigungsverfahren, – Untersuchung und/oder Veranlassung der Untersuchung von Proben, – Kontrolle der Eigenüberwachung und der Einhaltung fachlicher Vorgaben, – Überwachung der Meldepflichten gemäß IfSG, – Beratung, Stellungnahmen/Berichte, fachliche Auflagen und deren Überwachung, – ggf. Auflagen anordnen, Einleitung eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens, Strafanzeige, Einschaltung weiterer Stellen.
Infektionshygienische Überwachung von Kindertageseinrichtungen, Schulen und sonstigen Ausbildungseinrichtungen, Gemeinschaftseinrichtungen		x	§§ 33, 34, 36 IfSG Art. 14 GDG	
Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen und Unternehmen der Pflege und Eingliederungshilfe		x	§ 35 IfSG Art. 14 GDG Art. 11 PflWoqG	
Infektionshygienische Überwachung von Einrichtungen und Unternehmen, bei denen die Möglichkeit besteht, dass durch Tätigkeiten am Menschen durch Blut Krankheitserreger übertragen werden (Einrichtungen der Gesundheits- und Körperpflege, von Tätowier- und Piercingstudios, Einrichtungen zum Ohrlochstechen und von Personen, die entsprechend tätig sind), sowie Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33 Nummer 2.		x	§ 36 IfSG Art. 14 GDG § 5 HygV BY	

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Aufgaben im Bereich der Bestattungshygiene		x	§ 28 IfSG § 7 BestV Art. 14 BestG Art. 14 GDG	– Beteiligung im Genehmigungsverfahren von Friedhöfen und Leichenräumen, – Beteiligung beim Erlass von Satzungen der Gemeinden, – Stellungnahme bei der Festlegung von Ruhezeiten für Leichen, – Mitwirkung bei der behördlichen Überwachung, – Zulassung von Ausnahmen im Umgang mit infektiösen Leichen. Erteilung schriftlicher Genehmigungen im Umgang mit hochkontagiösen Leichen, – Stellungnahmen bei Ausnahmen von der gesetzlichen Bestattungsfrist, bei Ausgrabung, Umbettung und Transport.
Infektionshygienische Überwachung von Campingplätzen		x	§ 16 IfSG Art. 14 GDG	– Begehung bei Erstinbetriebnahme, abgestuft nach infektionshygienischem Risiko und in Abhängigkeit vom Hygienestandard (insbesondere der sanitären Einrichtungen) und anlassbezogen, – proaktives infektionshygienisches Management: – Anforderung von Unterlagen, – Fachliche Beteiligung im Baugenehmigungsverfahren, – Beratung, – Ortsbesichtigung, – Einsicht in Betriebsunterlagen, – Beratung, Stellungnahmen/Berichte, fachliche Auflagen und deren Überwachung, – ggf. Auflagen anordnen, Einleitung eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens, Strafanzeige, Einschaltung weiterer Stellen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Infektionshygienische Überwachung von Häfen und Schiffen	x	x	§ 16 IfSG Art. 14 GDG §§ 13, 14, 16 IGV-DG i. V. m. Art. 13, 19, 20, 22, 28 IGV	– In Unterscheidung der Aufgaben, die dem Hafenbetreiber obliegen, sowie in Abhängigkeit vom Hygienestandard und abgestuft nach infektionshygienischem Risiko mindestens alle drei Jahre und anlassbezogen, – bei Schiffen zusätzlich anlassbezogen bei Meldung des Kapitäns nach den Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV, Art. 28, Art. 37), – Untersuchung und/oder Veranlassung der Untersuchung von Personen und Proben, – Schulungen und Beratung vor Ort, Verteilung von Merkblättern, – Einsichtnahme in Unterlagen/Dokumente: a) Schiffe: z. B. Logbuch, "Bescheinigung über die (Befreiung von der) Schiffs-hygienekontrolle" nach IGV, Hygienepläne, Alarmpläne, Maßnahmenpläne sowie Trinkwasserbefunde, HACCP- (Hazard Analysis and Critical Control Points) und Abfall-Konzept, b) Häfen: z. B. Trinkwasserbefunde, – Begehung der Betriebsstätten: a) Schiffe: z. B. Einrichtungen der medizinischen Versorgung nach der Krankenfür-sorgeverordnung und dem Medizinproduktegesetz bzw. dem International Medical Guide for Ships, b) Häfen: z. B. Trinkwasserübergabestellen, Containerladeplatz, – Fachliche Stellungnahme hinsichtlich der Infektionshygiene, 12. Beratung, Stellungnahmen/Mängelbericht, fachliche Auflagen und deren Über-wachung, – ggf. Auflagen anordnen, Einleitung eines Ordnungswidrigkeitsverfahrens, Straf-anzeige, Einschaltung weiterer Stellen, - Schiffe zusätzlich: – Überprüfung der o. g. Bescheinigung und der Seegesundheitserklärung nach IGV, – Infektionshygienisches Management eines Indexfalles, Kontaktpersonen und ggf. eines Ausbruchsgeschehens, – Anordnung von Hygienemaßnahmen z. B. bei Beförderungsmitteln, Fracht, Güter und Gepäck bis hin zum Verbot der Personenbeförderung und Isolation des Schiffes.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Infektionshygienische Überwachung von Flughäfen	x	x	§ 16 IfSG Art. 14 GDG § 8, 9, 10, 11 IGV-DG i. V. m. Art. 13, 19, 20, 22, 28, 38 IGV	Nach IfSG, IGV, IGVB-DG und in Unterscheidung der Aufgaben, die dem Flughafenbetreiber obliegen, Regelüberwachung und anlassbezogen: – Ortsbesichtigung, – Einsicht in die Alarmpläne und Maßnahmenpläne, – Untersuchung und/oder Veranlassung der Untersuchung von Personen und Proben, – Beratung und Schulung zu Fragen der Infektionshygiene, insbesondere zum Auftreten hochinfektöser, lebensbedrohlicher Erkrankungen oder bioterroristischer Anschläge, – infektionshygienisches Management des Indexfalls und der Kontaktpersonen, – fachliche Stellungnahmen zu Fragen der Infektionshygiene, – fachliche Beteiligung im Planfeststellungsverfahren, – Gesundheitsschutzmaßnahmen und Überwachungsmaßnahmen im Vollzug der IGV, z. B. – Anordnung von Hygienemaßnahmen bei Beförderungsmitteln, Fracht, Güter und Gepäck, – Meldung von Ereignissen internationaler Tragweite an die zuständige Behörde, – Überprüfung der allgemeinen Erklärung für Luftfahrzeuge, – Überprüfung der internationalen Impfbescheinigung.

Anlage – Infektionsschutz

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie		x	§§ 9, 11, 12, 13, 14 IfSG	Surveillance meldepflichtiger Erkrankungen gemäß IfSG mit dem Ziel der frühzeitigen Erfassung von übertragbaren Krankheiten, dem Erkennen von Ausbrüchen, Einleiten von Gegenmaßnahmen und Erkennen von Impfschäden. – Prüfung der eingehenden Meldungen. – Ermittlung weiterer Details zu Infektionsquelle, Umfeldsituation, Erreger, Impfstatus und Herdgeschehen. In diesem Rahmen ggf. Begehungen, Beratungen und Prüfungen vor Ort. – Prüfung der Übermittlungsfähigkeit unter Berücksichtigung der RKI-Faldefinition (einschließlich Qualitätssicherung). – Weiterleitung der geprüften Meldungen an das LGL bzw. im Bedarfsfall an nationale und internationale Stellen. – Information über relevante Ereignisse an zuständige Stellen im Zuständigkeitsbereich, z. B. Ärzte, Krankenhäuser, Heime, Kinderbetreuungseinrichtungen etc. – Aufbereitung der Daten für die regionale Gesundheitsberichterstattung. – Mitwirkung an Sentinelerhebungen und Studien. – Einzuleitende Maßnahmen: siehe Kapitel „Infektionsschutz“. Auf diese Aufgabenbeschreibung wird im Zusammenhang mit folgenden Aufgaben verwiesen: – „Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Magen- und Darmkrankheiten“, – „Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose“, – „Verhütung und Bekämpfung von HIV-Infektionen und AIDS“, – „Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen (außer HIV-Infektionen und AIDS)“, – „Verhütung und Bekämpfung von Vektor-übertragenen Erkrankungen und Parasitosen; Ektoparasitosen (Läuse, Krätzmilben)“, – „Vollzug § 62 Asylgesetz“, – „Gesundheitliche Untersuchung unbegleiteter Minderjähriger“.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Meldepflichten bei Verdachtsfall einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Impfschaden)		x	§ 11 IfSG	– Die Gesundheitsämter sind verpflichtet, einen gemeldeten Verdachtsfall einer über das übliche Maß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung unverzüglich an die zuständige Landesbehörde (in Bayern die Regierungen) zu übermitteln. – Gleichzeitig müssen die Gesundheitsämter die Angaben in pseudonymisierter Form an die zuständige Bundesoberbehörde – das Paul-Ehrlich-Institut – weiterleiten. – Ermittlung zu Impfschadensverdachtsmeldungen zum Beispiel auf Anfragen des ZBFS.
Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche		x	§§ 16, 17, 20, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 42 IfSG	– Ermittlung der Ansteckungsursache/-quelle, ggf. weiterer Infizierter und von Kontaktpersonen zur Eingrenzung und Unterbrechung von Infektionsketten. – Detaillierte epidemiologische Analyse der Erkrankungsfälle. – Bei impfpräventablen Krankheiten: Überprüfung des Impfstatus, Schließung von Impflücken. – Anordnung von Tätigkeitsverboten (und ggf. Genehmigung von Ausnahmen) und Betretungsverboten. – Ggf. Anordnung von Absonderungsmaßnahmen für Erkrankte, Krankheitsverdächtige und Kontaktpersonen sowie deren Überwachung (abgestuft in Abhängigkeit vom Erreger). – Festlegung und ggf. Durchführung von Kontrolluntersuchungen bei Infizierten und Kontaktpersonen. – Ggf. Beratung und Einleitung zur bzw. der Postexpositionsprophylaxe (antibiotische Chemotherapie, postexpositionelle Impfung, Riegelimpfungen). – Einleitung von Maßnahmen in Einrichtungen oder Lebensmittelbetrieben, einschließlich ggf. notwendige Schließung. – Anordnung von Desinfektions- bzw. Entwesungsmaßnahmen. Auf diese Aufgabenbeschreibung wird im Zusammenhang mit folgenden Aufgaben verwiesen: – „Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Magen- und Darmkrankheiten“, – „Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose“, – „Verhütung und Bekämpfung von HIV-Infektionen und AIDS“, – „Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen (außer HIV-Infektionen und AIDS)“, – „Verhütung und Bekämpfung von Vektor-übertragenen Erkrankungen und Parasitosen; Ektoparasitosen (Läuse, Krätzmilben)“, – „Vollzug § 62 Asylgesetz“, – „Gesundheitliche Untersuchung unbegleiteter Minderjähriger“.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Magen- und Darmkrankheiten		x	§§ 16, 17, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 42 IfSG § 7 BestV	Allgemeine Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“. <u>Im Speziellen:</u> – Maßnahmen beim Auftreten (Erkrankung, Krankheitsverdacht oder laborbestätigter Nachweis) übertragbarer Magen- /Darmkrankheiten, besonders in Gemeinschaftseinrichtungen und im Lebensmittelbereich. – Prüfung und Anordnung von Tätigkeits- und Betretungsverböten und ggf. von Ausnahmen. – Einleitung von Stuhluntersuchungen z. B im Rahmen des Ausbruchsmanagements oder in Einzelfällen zur Aufhebung eines Tätigkeits- oder Betretungsverbots. – Beratung, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des jeweiligen Infektionsgeschehen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose		x	§§ 16, 17, 19, 25, 28, 29, 30, 31, 34, 42 IfSG § 7 BestV	Allgemeine Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“. <u>Im Speziellen:</u> – Vorbeugung der Verbreitung der TB-Bakterien (einschließlich möglicher Resistenzen), indem Infizierte möglichst frühzeitig erkannt werden, – Überwachung der Behandlung und eine Zeit darüber hinaus (im Einzelfall festzulegen), – tuberkulosespezifische Umgebungsuntersuchungen im fachlich gebotenen Umfang und Ausmaß je nach Bewertung des Infektions- und Erkrankungsrisikos (Anamnese, körperliche Untersuchung, Interferon-Gamma-Release-Assay, ggf. Tuberkulinhauttest, Thoraxröntgenaufnahme und ggf. Sputumuntersuchungen), – Diagnostik und Überwachung „gesunder Befundträger“ (latente Tuberkulose), – Indikationsstellung für eine antibiotische Chemoprävention bzw. -prophylaxe und diesbezügliche Beratung, – Screeninguntersuchung von Personen vor oder unmittelbar nach Aufnahme in eine Gemeinschaftseinrichtung gemäß – § 36 IfSG und § 62 Asylgesetz (Anamnese, körperliche Untersuchung, Thoraxröntgenaufnahme, ggf. Interferon-Gamma-Release-Assay), siehe hierzu auch „Vollzug § 62 Asylgesetz“, – Beratung und Aufklärung zu Tuberkulose (bspw. zu Hygieneregeln bei häuslicher Isolation von Infizierten), – in Einzelfällen Einleitung der Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung bei Verweigerung der Therapie und vorliegender ansteckungsfähiger Tuberkuloseerkrankung, – Berichtspflichten zur Tuberkulose gegenüber dem LGL, – Beratung, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen des jeweiligen Infektionsgeschehen. Weiterführende Aufgaben sind unter folgenden Aufgabennennungen ausgeführt:

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Verhütung und Bekämpfung von HIV- Infektionen und AIDS			§§ 13, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 31, 34 IfSG § 7 BestV	Allgemeine Aufgaben: siehe Aufgabengeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“ <u>Im Speziellen:</u> – Aufklärung der Bevölkerung zu Infektionswegen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Schutzmöglichkeiten der HIV Infektion, – Anonyme persönliche Beratung und anonymen HIV-Test, – Weitergabe von Informationsmaterial an Multiplikatoren, – Angebote von Veranstaltungen zu HIV, insbesondere für Jugendliche, – Öffentlichkeitsarbeit generell und „anlassbezogen“ zum World AIDS Day, – Aufsuchende Arbeit für besonders betroffene Gruppen, – Medizinische und psychosoziale Beratung von HIV-Positiven und deren Kontaktpersonen, – Weitervermittlung von HIV-Positiven an Schwerpunktärzte/Behandlungszentren, – Beratung und ggf. Weitervermittlung zur Postexpositionsprophylaxe. Hinweis: Die nicht-namentliche Meldung an das RKI gemäß § 7 Abs. 3 IfSG erfolgt ohne Beteiligung des Gesundheitsamtes.
Verhütung und Bekämpfung sexuell übertragbarer Erkrankungen (außer HIV-Infektionen und AIDS)			§§ 13, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 31 IfSG § 7 BestV	Allgemeine Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“. <u>Im Speziellen:</u> – Aufklärung der Bevölkerung zu Infektionswegen, Krankheitsverlauf, Behandlung und Schutzmöglichkeiten von sexuell übertragbaren Erkrankungen, – Anonyme persönliche Beratung und ggf. Untersuchung mittels serologischer Diagnostik und Abstrichuntersuchungen (nur in einzelnen großen Gesundheitsämtern), – Aufsuchende Angebote für Personen, deren Lebensumstände eine erhöhte Ansteckungsgefahr bedeuten (Streetwork), – psychoziale Beratung, – Weitervermittlung an Behandlungsstellen. Hinweis: Die nicht-namentliche Meldung an das RKI gemäß § 7 Abs. 3 IfSG erfolgt ohne Beteiligung des Gesundheitsamtes.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Gesundheitliche Beratung von Prostituierten	x		§ 10 ProstSchG	– Durchführung der vertraulichen gesundheitlichen Beratung insbesondere zu Fragen der Krankheitsverhütung, der Empfängnisregelung und der Schwangerschaft, sowie zu den Risiken eines Alkohol- und Drogengebrauchs. – Ausstellung der Beratungs- bzw. Aliasbescheinigung.
Verhütung und Bekämpfung von Vektorübertragenen Erkrankungen und Parasitosen; Ektoparasitosen (Läuse, Krätzmilben)			§§ 16, 17, 18, 20, 25, 28, 29, 30, 31, 34 IfSG § 7 BestV	Allgemeine Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“. <u>Unter anderem:</u> – Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere über Präventionsmaßnahmen (einschließlich Impfungen, bspw. FSME-Impfung), – Beratung zur Behandlung (insbesondere zu Läusen und Krätzmilben), – Einschätzung der epidemiologischen Situation.
Vollzug § 62 Asylgesetz		x	§ 62 AsylG i. V. m. GesUVV	Asylbewerber bei Aufnahme in einer Aufnahmeeinrichtung/Gemeinschaftsunterkunft, spätestens innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme in der Gemeinschaftsunterkunft. – Ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten, – Organisation bzw. teilweise eigenständige Durchführung der altersabhängigen Diagnostik: Röntgenuntersuchung des Thorax zum Ausschluss einer Lungentuberkulose, Interferon-Gamma-Release-Assay, HIV-Test, Blutuntersuchung auf Hepatitis B, – anlassbezogene bakteriologische Stuhluntersuchung auf Salmonellen, Shigellen und eventuell auf Choleravibrionen, – anlassbezogene Untersuchung auf Darmparasiten bei Asylbewerbern aus außereuropäischen Ländern, – Das Gesundheitsamt führt erforderliche infektionsschutzrechtliche Ermittlungen gemäß IfSG durch und veranlasst notwendige Schutzmaßnahmen. Weitere Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Gesundheitliche Untersuchung unbegleiteter Minderjähriger		x	§ 36 IfSG i. V. m. Ziff. 5 GesUVV	Anlässlich der Unterbringung von unbegleiteten Minderjährigen in Jugendhilfeeinrichtungen (Gemeinschaftsunterkünfte im Sinne des § 36 Abs. 4 IfSG) werden diese auf Veranlassung der Jugendhilfe zeitnah und unter Beachtung der Altersgrenzen von demjenigen Gesundheitsamt, in dessen Bezirk die jeweilige Einrichtung liegt, auf übertragbare Krankheiten untersucht. – Ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten, – Organisation bzw. teilweise eigenständige Durchführung der altersabhängigen Diagnostik: Röntgenuntersuchung des Thorax zum Ausschluss einer Lungentuberkulose (>15 Jahre), Interferon-Gamma-Release-Assay, HIV-Test – (>15 Jahre), Blutuntersuchung auf Hepatitis B (>15 Jahre), – anlassbezogene bakteriologische Stuhluntersuchung auf Salmonellen, Shigellen und eventuell auf Choleravibrionen, – anlassbezogene Untersuchung auf Darmparasiten bei Asylbewerbern aus außer-europäischen Ländern, – Das Gesundheitsamt führt erforderliche infektionsschutzrechtliche Ermittlungen gemäß IfSG durch und veranlasst notwendige Schutzmaßnahmen. Weitere Aufgaben: siehe Aufgabenbeschreibung der Aufgaben „Meldewesen, statistische Erfassung und Bearbeitung meldepflichtiger Erkrankungen, Infektionsepidemiologie“ und „Maßnahmen zur Eindämmung von Infektionskrankheiten inkl. Quellensuche“.
Verwaltungsseitiger Vollzug des Masernschutzgesetzes		x	§ 20 IfSG	Bearbeitung von Meldungen, Nachweisaufforderung und -prüfung, Beratungsangebote, ggf. Einleitung weiterer Maßnahmen (z. B. ärztliche Untersuchung, Ordnungswidrigkeitsverfahren, Tätigkeits- und Betretungsverbote).
Belehrungen, Bescheinigungen, Ausnahmen beim Umgang mit Lebensmitteln		x	§§ 42, 43 IfSG	– Durchführung der Belehrungen gemäß § 43 IfSG und Ausstellung von Bescheinigungen. – Anordnung von Tätigkeits- und Beschäftigungsverboten und ggf. Aussprechen von Ausnahmen mit Auflagen. – Aussprechen von Beauftragungen zur Belehrung gemäß § 43 IfSG (z. B. an Hausärztinnen und Hausärzte).

Anlage – Umweltbezog. Gesundheitsschutz

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Umweltepidemiologie			Art. 13 GDG	– Beobachtung z. B. im Rahmen von Monitoring-Programmen und anlassbezogenes Tätigwerden zum frühzeitigen Erkennen von umweltbedingten Gesundheitsgefährdungen. – Zielgerichtete Informationsbeschaffung. – Beurteilung nach Aktenlage, ggf. Ortsbesichtigung. – Epidemiologische Datenerhebung in Abstimmung mit anderen Institutionen. – Zusammenfassende Beurteilung und Empfehlung von Maßnahmen. – Ermittlung und epidemiologische Bewertung der Expositionssituation und der umweltbezogenen Gesundheit der Bevölkerung. – Formulierung prioritärer Handlungsfelder. – Information und Beratung der Öffentlichkeit und anderer Behörden.
Erfassung, Beobachtung, Beurteilung und Bewertung von Umwelteinwirkungen auf den Menschen – Humanbiomonitoring – Umwelttoxikologie – Chemische Faktoren – Biologische Faktoren – (bspw. Legionellen, Schimmelpilze und Eichenprozeptionsspinner) – Physikalische Faktoren – (Lärm, elektromagnetische Felder, ionisierende Strahlung, Radon und Ultraviolette Strahlung) – Hitze und andere klimatische Faktoren			Art. 13 GDG	– Gezielte Ermittlung der konkreten Belastungssituation und ggf. Vor-Ort-Begehungen. – Ermittlung aller relevanten Einflussfaktoren. – Mitwirkung bei der Erarbeitung einer Messstrategie. – Veranlassung von Messungen in den bewertungsrelevanten Umweltmedien sowie eines Human-Biomonitorings. – Beurteilung aller Ergebnisse und Mitarbeit bei der Entwicklung einer Maßnahmenstrategie. – Risikoversorge und fachliche Beteiligung am Risikomanagement. – Mitwirkung an umweltepidemiologischen Erhebungen (siehe Referenzkapitel 7.1.1). – Ermittlung und gesundheitliche Bewertung der Gesamtsituation, Empfehlung von Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung. – Beratende Beteiligung bei der Erstellung von Hitzeaktionsplänen. – Information und Beratung der Bevölkerung und anderer Behörden, Öffentlichkeitsarbeit.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Begutachtung im Rahmen der Bauleitplanung, von Bauvorhaben und Emittenten		x	Art. 7, 13 GDG	– Ortsbesichtigung und zielgerichtete Informationsbeschaffung. – Fachliche Abstimmung mit anderen Institutionen und Sachverständigen. – Ggf. Festlegung des weiteren Untersuchungsumfangs. – Beurteilung von vorliegenden Messergebnissen und Gesamtbewertung. – Empfehlung von Maßnahmen. – Information und Beratung der Betroffenen, der Besitzer und von Behörden. – Mitarbeit im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit.
Begutachtung im Rahmen von Altlasten bzw. Bodenverunreinigungen		x	Art. 7, 13 GDG	
Aufgaben im Rahmen der Innenraumhygiene (insbesondere in öffentlichen Einrichtungen wie Schulen und Kindertagesstätten)		x	Art. 7, 13 GDG	
Bewertungen bei Unfällen mit Freisetzung von Gefahrstoffen und Strahlung – Chemikalienunfall – Strahlenunfall		x	Art. 7, 13 GDG	– Ad-hoc Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen und Abschätzung der Langzeitwirkungen. – Ermittlung der Expositionssituation der Bevölkerung. – Ggf. Ortsbesichtigungen. – Abstimmung mit anderen Behörden, z. B. im Katastrophenschutzstab. Mitwirkung bei der Festlegung des weiteren Untersuchungsumfangs – Bewertung der Gefahrensituation und Unterstützung der Einsatzleitung und der Katastrophenschutzbehörden im Rahmen des Schadensfalles und bei Katastrophenschutzübungen – Mitwirkung bei der Information und Beratung der Bevölkerung, Öffentlichkeitsarbeit.

Anlage – Gesundheitsförderung, Prävention

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Gesundheitsförderung			Art. 7 GDG	– Erhebung und Auswertung des Ist-Zustandes der vorhandenen Maßnahmen und Strukturen zur Gesundheitsförderung. – Erarbeitung und Umsetzung von regionalen Gesundheitszielen mit Kooperationspartnern. – Mitwirkung in regionalen Gesundheitsregionen^{plus} und themenspezifischen Arbeitskreisen. – Informationsveranstaltungen und Multiplikatoren-schulung. – Öffentlichkeitsarbeit. – Zielgruppenorientierte Gruppen- und Projektarbeit. – Umsetzung von landes- und bundesweiten Kampagnen. – Dokumentation und Evaluation. – Qualitätssicherung gesundheitsfördernder Maßnahmen.
Allgemeine gesundheitliche Aufklärung und Prävention			§§ 3, 19, 20 IfSG § 3 TFG Art. 7 GDG	– Initiierung und Unterstützung von Bedingungen bzw. Strukturen zur Förderung gesunder Lebensweisen. – Beratung von Individuen, Institutionen und Gruppen. – Multiplikatoren- und Netzwerkarbeit, Schaffung von sozialen Netzwerken. – Öffentlichkeitsarbeit. – Vermittlung von Sachkenntnissen über Krankheitsentstehung und Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsrelevante Themen. – Umsetzung von landes- und bundesweiten Kampagnen. – Initiierung, Planung und Durchführung von regionalen Projekten und Kampagnen.
Impfungen (individuelle Beratung, Durchführung)			§§ 20, 22, 34 IfSG § 4 AsylbLG	– Angebot von Impfberatung einschließlich Reisemedizin, spezielle Impf-Sprechstunden, Öffentlichkeitsarbeit. – Durchführung von Impfungen. – Zusammenarbeit mit externen Partnern bei Impftagen/-wochen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Impfungen (Kohortenberatung, Durchsicht und Erhebung von Impfdaten)		x	§§ 11, 34 IfSG Art. 7 GDG, Art. 12 GDG Art. 80 BayEUG § 10 SchulgespflV	Erfassen und Beurteilen des Impfstatus von Kindern, Umsetzung des bayerischen Impfkonzepts, Verbessern der Durchimpfung durch geeignete Maßnahmen und Bereitstellen von Daten für die Gesundheitsberichterstattung. – Kontrolle der Impfdokumente (im Rahmen der Schulgesundheitspflege und anlassbezogen) Recall-System bei Impfücken, – Erstellen von Statistiken zur internen Aufgabenplanung und für die Gesundheitsberichterstattung, – Übermittlung der Daten an das LGL, – Impfkationen in Schulen (6. Klasse: Impfbuchkontrolle, -dokumentation, -beratung und Impfangebot).
Psychosoziale Beratung psychisch Kranker und sucht- kranker Menschen sowie deren Angehöriger			BTHG Art. 7 GDG BayPsychKHG (siehe Verwaltungsvorschriften zum BayPsychKHG (VVBayPsychKHG)) BayBGG	– Exploration der Problemlage des Klienten, ggf. im Rahmen eines Hausbesuchs. – Abklärung der sozialen Situation durch Ermittlungen im persönlichen Umfeld. – Einschätzen von Handlungsbedarf und Dringlichkeit. – Gespräch, Motivationsarbeit mit dem Klienten, evtl. Kontaktaufnahme mit sozialem Umfeld zur Einleitung von Hilfemaßnahmen. – Beratung über Personen, Einrichtungen und Stellen im sozialen Umfeld, die vorsorgende, begleitende und nachgehende Hilfen gewähren können, Vermittlung an diese Stellen. – Beratung von Angehörigen beim Stellen eines Antrags auf Errichtung einer Betreuung bzw. eigene Anregung zur Errichtung einer Betreuung beim Amtsgericht. – Ggf. sozialpädagogische Stellungnahme (z. B. für Kostenträger notwendiger Hilfemaßnahmen). – Gremienarbeit z. B. Suchtarbeitskreis bzw. gemeindepsychiatrischer Verbund. – enge Zusammenarbeit der Ärzte und Sozialpädagogen des Gesundheitsamtes, im Bedarfsfall gemeinsame Hausbesuche. – Nach Klärung des Hilfebedarfs und nach Motivationsarbeit ggf. Weitervermittlung an andere Stellen oder Mitwirkung bei unterbringungs- oder betreuungsrechtlichen Maßnahmen.
Beratung von Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen			Art. 7 GDG	– Information und Beratung über Hilfemöglichkeiten. – Psychosoziale und ärztliche Beratung. – Bei Bedarf Information und ggf. Unterstützung bei der Einleitung der erforderlichen Eingliederungsmaßnahmen. – Nach Klärung des Hilfebedarfs Weitervermittlung an andere Stellen.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Fachliche Beratung und Mitwirkung im Rahmen der Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen – Qualitätsentwicklung und Aufsicht (FQA)			§§ 16, 35 IfSG Art. 14, 16 GDG Art. 11, 12, 13, 16, 18, 21 Pfl-WoqG	– Unterstützung der FQA mit fachlicher Expertise insbesondere bei Prüfungen und Beratung vor Ort entsprechend des aktuell gültigen Prüfleitfadens. – Konzeptprüfung und Umsetzung. – Vernetzung zur Koordination der Prüftätigkeit. – Prüfung von Unterlagen. – Prüfung der medizinischen, pflegerischen und pädagogischen Versorgung nach dem allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse. – Infektionshygienische Überwachung von stationären Einrichtungen und betreuten Wohnformen (siehe Referenzkapitel 1.4.3). – Sicherstellung der Lebensqualität der Bewohner: Schutz der Würde sowie der Interessen und Bedürfnisse der Bewohner vor Beeinträchtigungen.
Individualhilfen und Individualprävention für Kinder, Jugendliche und deren Personensorgeberechtigte			Art. 11 GDG	– Mitwirkung bei der Sicherstellung der Vollständigkeit des Neugeborenen Screenings (Tracking), Kontakt zu Eltern. – Anamneseerhebung, Ärztliche Untersuchung, Beratung der Eltern und der Schule. – Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten und Schulen. – Erstellung des Hilfeplans: Teilnahme an Hilfestellungen, ärztliche Beratung des Jugendamts.
Schulgesundheitspflege (Grundschulen, Mittelschulen, Realschulen, Gymnasien, berufliche Schulen und Förderschulen, gemäß § 1 SchulgespfIV)		x	§ 34 IfSG Art. 80, 118 BayEUG SchulgespfIV Art. 11, 12 GDG	– Schuleingangsguntersuchung (einschließlich schulärztlicher Untersuchung bei fehlender letzter altersentsprechender U-Untersuchung, auffälligen Befunden oder auf Wunsch der Personensorgeberechtigten). – Erhebung und Dokumentation von Daten zur Gesundheitsberichterstattung. – Impfberatung (siehe Referenzkapitel 4.3 des ÖGD-Handbuches). – anlassbezogene schulärztliche Untersuchung. – Erstellung von ärztlichen Zeugnissen und Gutachten (siehe Referenzkapitel 5 des ÖGD-Handbuches). – Beratung über und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention.
Datenerhebung des Gesundheitszustands von Einschulungskindern			§ 34 IfSG Art. 80 BayEUG Art. 12 GDG § 11 SchulgespfIV	Datenerhebung in der Schuleingangsguntersuchung, Datenaufbereitung und Übermittlung an das LGL und Verwendung zur Gesundheitsberichterstattung.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Sexualaufklärung, Sexual- pädagogik			§§ 3, 19 IfSG Art. 3, 5 BaySchwBerG Art. 7 GDG	– Beratung und Aufklärung (Einzel-, Paarberatung und Gruppenarbeit) zu Fragen der Partnerschaft, Sexualität, Familienplanung, Empfängnis und Schwangerschaft. – Information zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen (z. B. Prävention von STI). – Geschlechts- und themenspezifische sowie zielgruppenorientierte Gruppen- und Projektarbeit sowie sexualpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen (insbesondere an Schulen und weiteren Einrichtungen). – Informationsveranstaltungen und Multiplikatorenschulung (Beratung von Lehrkräften, anderen Multiplikatoren und Einzelpersonen). – Öffentlichkeitsarbeit sowie Umsetzung von landes- und bundesweiten Kampagnen.
Schwangerenberatung, Schwangerschaftsabbrüche			§§ 1, 2, 2a (Aufklärung und Beratung in besonderen Fällen, PND) § 5 und folgende SchKG Art. 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 BaySchwBerG BaySchwBerV Art. 7, 24 GDG § 15 GenDG	– Schwangerenkonfliktberatung und Ausstellen einer Beratungsbescheinigung. – Beratung zu konflikthaftern Themenbereichen wie z. B. familiäres Umfeld, Partnerschaft, persönliche, berufliche und wirtschaftliche Situation. – Unterstützung bezüglich konkreter Hilfsmaßnahmen/Angebote (z. B. Wohnung, finanzielle oder rechtliche Unterstützungsmöglichkeiten). – Einzel-, Paar- und Familienberatung. – ggf. Vermittlung an weiterführende Beratungsstellen. – Psychosoziale Beratung vor, während und nach einer pränataldiagnostischen Maßnahme bei drohender Behinderung eines ungeborenen Kindes, inkl. Hilfsmöglichkeiten. – Hilfsmöglichkeiten bei Störungen der Eltern-Kind-Beziehung, inkl. postpartalen Störungen. – Netzwerkarbeit mit anderen unterstützenden Personen, Einrichtungen, Institutionen. – Prüfung der Anspruchsvoraussetzungen von finanziellen Hilfen, insbesondere „Landesstiftung Hilfe für Mutter und Kind“ und deren Vermittlung. – Krisenintervention
Statistische Erfassung der Beratungen bei Schwangerschaften			§ 10 SchKG Art. 9 BaySchwBerG	Erstellung der Leistungsstatistik und Bereitstellung der Leistungsdaten für das StMAS.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Nachgeburtliche Betreuung und Beratung			Art. 3, 6, 11 BaySchwBerG Art. 7 GDG	– Unterstützung bei der Bewältigung persönlicher, pädagogischer, gesundheitlicher, finanzieller, familiärer und beruflicher Fragestellungen von Frauen und Familien mit Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr. – Beratung und Unterstützung von Frauen und Eltern in schwierigen Lebenslagen in Form von Einzelberatungen, pädagogischen Gruppenangeboten oder betreuten Selbsthilfegruppen. – Beratung und Unterstützung zur Festigung gefährdeter Paarbeziehungen und Eltern-Kind-Bindung. – Beratung von Frauen mit Problemen nach einem Schwangerschaftsabbruch in Form von Einzelberatungen und Gruppenangeboten. – Beratung von Frauen mit Problemen nach Fehl- oder Totgeburt, u. a. Vermittlung von Selbsthilfegruppen. – Beratung von Frauen mit postpartalen Krisen und Vermittlung therapeutischer Hilfe.

Anlage – Gutachten

Aufgabenbenennung		Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Begutachtungen von Erwachsenen – Begutachtung in dienstrechtlichen Angelegenheiten, – Begutachtung in tarifrechtlichen Angelegenheiten, – Amtsärztliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Stellungnahmen und Gutachten ggü. Bürgerinnen und Bürgern, – andere Gutachten (bspw. Gutachten gemäß Bay PsychKHG, Asylbewerber).		abhängig vom Gutachtensanlass	Art. 8 GDG i. V. m. gesonderten Vorschriften Für die Auflistung der Gutachtensanlässe und die gesonderten Vorschriften wird auf Anlage 1 der GesZVV verwiesen.	Erstellung von Gutachten, Zeugnissen und Bescheinigungen, wenn dies durch Recht- oder Verwaltungsvorschrift vorgesehen ist. – Beurteilung nach Aktenlage oder persönlicher Untersuchung, – ggf. Beiziehung fremdärztlicher Befunde, – ggf. Veranlassung einer fachärztlichen Zusatzbegutachtung, – Erstellung eines schriftlichen amtsärztlichen Gutachtens, – ggf. Nachuntersuchung, sofern keine abschließende Beurteilung möglich ist.
Gutachten im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit – Schulärztliche Untersuchung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung (bei fehlender U9, bei Auffälligkeiten, auf Wunsch der Personensorgeberechtigten), – anlassbezogene schulärztliche Untersuchung, – andere Gutachten (bspw. Beihilfe, Eingliederungshilfe).		abhängig vom Gutachtensanlass		

Anlage – Medizinal(berufe)aufsicht

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Maßnahmen im Rahmen der Berufsaufsicht, einschließlich Anzeigepflichten		x	Art. 28 Abs. 1 GDG HeilprG (Gesetz über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung – Heilpraktikergesetz) Art. 10, 16 GDG Bayerische Hebammenberufsordnung – BayHebBO	1) Berufsaufsicht im engeren Sinn (Einhaltung der Befugnisse und sonstiger öffentlich-rechtlicher Berufspflichten) über Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und Angehörige der sonstigen gesetzlich geregelten nichtärztlichen Heilberufe: – Ansprechpartner für Hinweise, dass die Befugnisse oder sonstige öffentlich-rechtliche Berufspflichten nicht eingehalten werden, ggf. Überprüfung, – ggf. Weiterleitung an die zuständige Stelle. 2) Überwachung des Verbots der unerlaubten Ausübung der Heilkunde: – anlassbezogene Ermittlungen, ggf. vor Ort, – Beendigung des unerlaubten Ausübens der Heilkunde, ggf. Verwaltungsverfahren, Strafverfahren einleiten. 3) Vollzug der Vorschriften über die Meldepflichten (Anzeigepflichten der sonstigen gesetzlich geregelten Heilberufe bei selbständiger Berufsausübung und bei Anbieten oder Erbringen krankenflegerischer Tätigkeiten gegen Entgelt): – Entgegennahme der Anzeige mit den erforderlichen Unterlagen; Führen eines Registers, – Nachforderung fehlender Angaben und Nachweise, ggf. Verwaltungsverfahren, Ordnungswidrigkeitsverfahren.
Kenntnisüberprüfung von Bewerberinnen und Bewerbern für die Heilpraktikererlaubnis	x	x	Tarif-Nr. 3.9: Heilpraktikergewesen der Anlage zur GGebV HeilprG § 2 HeilprGDV 1 HeilBZustV Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Umwelt und Gesundheit über den Vollzug des Gesetzes über die berufsmäßige Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung (Heilpraktikergesetz – HeilprG) vom 27. Januar 2010 (AllMBI. S. 21), die durch Bekanntmachung vom 10. September 2012 (AllMBI. S. 642) geändert worden ist	Schriftliche und mündliche Kenntnisüberprüfung von Bewerbern für die Heilpraktikererlaubnis durch das am jeweiligen Sitz der Regierungen zuständige staatliche Gesundheitsamt und bestimmte kommunale Gesundheitsämter: – Mitwirkung bei der Erstellung der schriftlichen Fragen, – Organisation, Durchführung und Auswertung der schriftlichen und mündlichen Überprüfung.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Mitwirkung an der Statistik des Gesundheitswesens			Art. 9 GDG	– Ermittlung der Zahl der in ausgewählten Gesundheitsberufen tätigen Personen. – Weiterleitung der Daten über die Regierungen an das LGL.

Anlage – BtM-Überwachung

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Überwachung des medizinischen Betäubungsmittelverkehrs durch Gesundheitsämter		x	BtMbinHV §§ 13, 15, 16, 19, 23 BtMG §§ 5, 5a, 5b, 6, 7, 8, 10, 12, 13 BtMVV § 4 ZustVAMÜB	Die Überwachung des medizinischen Betäubungsmittelverkehrs in Apotheken, ärztlichen und zahnärztlichen Praxen, Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen, Hospizen, Einrichtungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, Einrichtungen der Rettungsdienste sowie Einrichtungen, in denen eine Behandlung mit dem Substitutionsmittel Diamorphin stattfindet: – Ortsbegehungen und Kontrolle der Einhaltung betäubungsmittelrechtlicher Vorschriften (bspw. Lagerung, Nachweis- führung, Bestandskontrolle, Verschreibung), – Beratung zu betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften, – bei Auffälligkeiten zunächst eine Sachverhaltsermittlung sowie Vornahme einer rechtlichen Bewertung, ob sich Anhaltspunkte für eine Straftat oder eine Ordnungswidrigkeit ergeben. Ggf. Weitergabe an die Staatsanwaltschaft.

Anlage – GBE, Statistik, QS

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Aufführung von Einzelmaßnahmen
Mitwirkung am bevölkerungs- bezogenen Krebsregister Bayerns			Art. 7 BayKRegG	– Prüfung der Sterbedaten und Todesursachen auf Plausibilität (Todesbescheinigungen). – Weiterleitung an die zuständige Stelle.
Mitwirkung an der Todes- ursachenstatistik			Art. 3a BestG § 3 BestV Art. 9 GDG	– Prüfung der Sterbedaten und Todesursachen auf Plausibilität (Todesbescheinigungen). – Weiterleitung an das Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung.
Gesundheitsberichterstattung			Art. 9 GDG	– Auswertung interner Daten (Schuleingangsuntersuchungen, Meldedaten nach IfSG, Meldedaten der Gesundheitsberufe etc.). – Beschaffung und Auswertung von Daten der amtlichen Statistik (Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik, Verkehrsunfallstatistik etc.). – Im Bedarfsfall: Heranziehung anderer verfügbarer Daten, ggf. auch eigene Datenerhebungen. – Bereitstellung von Daten in einer für die Zielgruppe (Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit) geeigneten Form im Rahmen von Basis- und Spezialberichten.

Anlage – Gremien-, Öffentlichkeitsarbeit

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung			§ 3 IfSG Art. 4, 5, 10 BayUIG Art. 7 GDG	Durch Information sollen alle Bevölkerungsgruppen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortliche informierte Entscheidungen bezüglich ihrer Gesundheit treffen zu können. – Risikoorientierte Auswahl proaktiv zu kommunizierender Themen, sowie umfassende Bereitstellung aller Gesundheitsinformationen nach gesetzlichem Auftrag, – mündliche und schriftliche Auskünfte, Vorträge, Schulungen (Multiplikatoren), Ausstellungen, – Teilnahme an Bürgerversammlungen, Runde Tische, Veröffentlichungen in Medien.
Gremienarbeit			Art. 6, 7, 9 GDG	Durch Information sollen politische Entscheidungsträger und Dritte in die Lage versetzt werden, Belange der öffentlichen Gesundheit einbeziehen zu können. – Zielgruppenorientierte Aufbereitung von Gesundheitsinformationen zu nachgefragten Themen und vorgegebenen Problemlagen, aber auch aktives Einbringen von Public Health-relevanten Fragen in Gremien sowie in die Öffentlichkeitsarbeit Dritter, – Stellungnahmen und Ausarbeitungen, Teilnahme an Sitzungen, Aktionen, Vorinformation von Entscheidungsträgern.
Beratende Mitwirkung im Bereich des Zivil- und Katastrophenschutzes, etwa in Krisen- oder Führungsstäben bzw. den Führungsgruppen Katastrophenschutz aller Verwaltungsebenen (FüGK)			Art. 7 BayKSG §§ 21 ff ZSKG Art. 7 Abs. 3 GDG	– Beratende Mitwirkung durch Einbringen der medizinischen Expertise, bspw. bei Auftreten von bedrohlichen Erregern und Erkrankungen (inkl. Bioterrorismus), Chemikalien- und Strahlenunfällen, Gefährdung der Trinkwasserqualität (Bspw. Überschwemmungsereignisse). – Bewertung der möglichen gesundheitlichen Auswirkungen und Abschätzung der Langzeitwirkungen. – Ermittlung der Expositionssituation der Bevölkerung. – Ggf. Ortsbesichtigungen. – Ggf. Ermittlungen und Einleitung von Maßnahmen im Bereich des Infektionsschutzes und der Wasserhygiene. – Ggf. Beratung zu Diagnostik, Probentransport, Dekontamination und Abfallbeseitigung. – Mitwirkung bei der Standardisierung von Handlungsanweisungen und Arbeitsabläufen, der Festlegung von Meldewegen und Alarmierungslisten (Kontaktadressen und Telefonlisten) sowie der Informationskaskade. – Mitwirkung bei Übungen (bspw. reale oder fiktive Fallbesprechungen, Schulung im Umgang mit persönlicher Schutzausrüstung und von temporärem Barrieremanagement). – Risiko- und Krisenkommunikation, Bereitstellung von Fachinformationen für andere Behörden und die Bevölkerung.

Aufgabenbenennung	nur an aus- gewählten GÄ	Hoheitlich	Rechtsgrundlagen	Aufgabenbeschreibung und ggf. beispielhafte Ausführung von Einzelmaßnahmen
Risikokommunikation			§ 3, 20 IfSG § 10 TrinkwV § 8 AGO Art. 10 BayUIG Art. 6, 7, 9 GDG	Abwehr, Verminderung und Vermeidung von Gefahren für Gesundheit Einzelner und der Allgemeinheit, aber auch die unabhängige Einschätzung minimaler und nicht gegebener Risiken als Basis rationaler Entscheidungen. – Vermittlung der Ergebnisse von Risikobewertungen für das öffentliche Risikomanagement (Entscheidungsträger) sowie das individuelle Risikomanagement (Allgemeinheit und Einzelne) sowohl reaktiv als auch proaktiv, – Stellungnahmen und Ausarbeitungen, Information von Entscheidungsträgern und Einzelnen, Teilnahme an Sitzungen, Aktionen und Versammlungen.
Fachinformation von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie von Krankeneinrichtungen			Art. 6, 7 GDG	Fachspezifische Aufarbeitung und zielgerichtete Aussendung von aktuellen Informationen zur öffentlichen Gesundheit.

Hinweise des Landtagsamts

Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

Zur Vereinfachung der Lesbarkeit können Internetadressen verkürzt dargestellt sein. Die vollständige Internetadresse ist als Hyperlink hinterlegt und in der digitalen Version des Dokuments direkt aufrufbar. Zusätzlich ist diese als Fussnote vollständig dargestellt.

Drucksachen, Plenarprotokolle sowie die Tagesordnungen der Vollversammlung und der Ausschüsse sind im Internet unter www.bayern.landtag.de/parlament/dokumente abrufbar.

Die aktuelle Sitzungsübersicht steht unter www.bayern.landtag.de/aktuelles/sitzungen zur Verfügung.