

3. November 2020

### Inhalt

	Seite
<b>Gesundheitsämter und Corona-Pandemie .....</b>	<b>1-5</b>
<b>Kommunale Spitzenverbände zu den Corona-Beschlüssen .....</b>	<b>5-7</b>
<b>Studie: Rettungsschirm für die Zivilgesellschaft .....</b>	<b>7-9</b>
<b>Dem Ärztemangel entgegen steuern .....</b>	<b>9-12</b>

## **Die Aufgaben der Gesundheitsämter und die Corona-Pandemie**

Die kommunalen Gesundheitsämter, die in normalen Zeiten eher im Stillen arbeiteten und nicht so sehr im Blickfeld öffentlicher Aufmerksamkeit standen, gehören seit der Corona-Krise im Frühjahr nicht gerade zu den stressfreien Zonen. Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitsämter am Anfang des Jahres buchstäblich überrollt, Überstunden und Wochenenddienste wurden in fast allen Gesundheitsämtern die Regel, weil es an Personal fehlte. Oft musste improvisiert werden, um etwa Infektionsketten nachverfolgen zu können.

Nach dem am 29. September 2020 beschlossenen „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ sollen bis Ende 2022 insgesamt 5.000 neue Stellen in den Gesundheitsämtern geschaffen werden. Das bedeutet aber auch, dass der Personalbedarf in den Gesundheitsämtern weiterhin vorübergehend mit Bundeswehrsoldaten, Studenten und sonstigen Teilzeitkräften aufgestockt werden muss. Darüber hinaus ist auch zu bedenken, dass Gesundheitsämter über die Verfolgung von Coronainfektionsketten hinaus noch zig andere Aufgaben zu erledigen haben.

### **Aufgaben von Gesundheitsämtern**

In Sachsen sind Status und Aufgaben der Gesundheitsämter im Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Freistaat Sachsen (SächsGDG) geregelt.

Nach § 4 SächsGDG sind die Gesundheitsämter der Landkreise und der kreisfreien Städte die kommunalen Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes und nehmen die ihre Aufgaben und Befugnisse als *Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung* wahr; das Weisungsrecht ist hierbei unbeschränkt. Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung oder kurz Weisungsaufgaben unterliegen dem alleinigen Zuständigkeitsbereich der Landräte und (Ober)Bür-

germeister, hier besteht grundsätzlich kein Ermessensspielraum über das „Ob“ und das „Wie“ der Aufgabenrealisierung.

### **Allgemeinen Zielstellungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes**

In § 1 SächsGDG sind die allgemeinen Zielstellungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes benannt, er

1. fördert und schützt die Gesundheit der Menschen,
2. beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen und bei Tieren einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit (gesundheitlicher Umweltschutz),
3. wacht darüber, dass die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen von Menschen zu vermeiden oder zu beseitigen,
4. wirkt darauf hin, dass übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren verhütet und bekämpft werden und führt Schutzimpfungen durch einschließlich deren Dokumentation,
5. wirkt mit bei der epidemiologischen Erfassung und Bewertung von Infektionskrankheiten, Tumorerkrankungen und nichtübertragbaren umweltbedingten Krankheiten und nimmt Einfluss auf die Gestaltung gesunder Lebensbedingungen,
6. wacht darüber, dass die Anforderungen des Gesundheits- und Verbraucherschutzes im Verkehrs mit Lebensmitteln einschließlich Trinkwasser, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen beachtet werden und die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln und Betäubungsmitteln gewährleistet ist.

### **Überwachungsfunktion kommunaler Gesundheitsämter**

Die kommunalen Gesundheitsämter überwachen nach § 8 SächsGDG

1. Krankenhäuser,
2. Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation und des Kur- und Bäderwesens,
3. Einrichtungen des Rettungswesens und der Rettungstechnik mit Ausnahme der Rettungsleitstellen,
4. Blutspendeeinrichtungen,
5. Schulen und sonstige Einrichtungen im Sinne des Sechsten Abschnitts des Bundes-Seuchengesetzes,
6. öffentlich zugängliche Sportstätten, Bäder und Badestellen sowie Kinderspielplätze,
7. Anlagen zur Trinkwasserversorgung, Abwasser- und Abfallbeseitigung einschließlich Deponien und öffentlicher Bedürfnisanstalten,
8. Beherbergungsstätten, Camping- und Zeltlagerplätze,
9. Häfen und Flughäfen,
10. Einrichtungen des Bestattungs- und Friedhofwesens

auf die Einhaltung der Anforderungen der Hygiene. Sie wirken mit bei der Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und Bedarfsgegenständen. Zusätzlich erstreckt sich die Überwachung auf Einrichtungen der Beachtung des öffentlichen Heilberufsrechts, die Überwachung von Einrichtungen zur Beachtung der Internationalen Gesundheitsvorschriften. Kommunale und staatliche ambulante Gesundheitseinrichtungen, einschließlich des Betriebsgesundheitswesens, Praxen von Ärzten, Zahnärzten und Angehörigen gesetzlich geregelter nichtärztlicher Heilberufe, für den Sanitätsdienst aufgestellte Einrichtungen und Einheiten des Katastrophenschutzes sowie selbständig tätige Desinfektoren können überwacht werden, wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Anforderungen der Hygiene dort nicht eingehalten werden.

## **Beratung der Bevölkerung**

Darüber hinaus sollen die Gesundheitsämter in Sachsen die Bevölkerung in Fragen der körperlichen, geistig-seelischen und sozialen Gesundheit (Gesundheitshilfe) aufklären und sie über die Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung beraten, insbesondere durch<sup>1</sup>

- Schwangerschafts- und Familienberatung, Sexualberatung;
- Untersuchung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der gesundheitlichen Vorsorge in Kindertagesstätten und Schulen;
- Untersuchung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen in Fragen der Zahngesundheit;
- Beratung zu Fragen einer gesundheitsbewussten und altersgerechten Lebensweise und Aufklärung über die Folgen falscher Ernährung, des Rauchens und des Alkoholmissbrauchs;
- Beratung der Bevölkerung in sportmedizinischen Fragen und Unterstützung von Maßnahmen zur Förderung des Breiten- und Behindertensports;
- Beratung von Menschen, die an einer chronischen Erkrankung oder an einer Behinderung leiden, und von Tumorpatienten;
- Beratung und Betreuung von Menschen, die an einer Sucht oder psychischen Krankheit leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, sowie von deren Angehörigen;
- Beratung von Menschen, die an einer übertragbaren Krankheit leiden, von ihr bedroht oder dadurch gefährdet sind, insbesondere über Schutz- und Vorbeugemaßnahmen Beratung der Bevölkerung zu Fragen des umweltbezogenen Gesundheitsschutzes.

## **Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Schon vor der Corona-Pandemie wurde hin und wieder gemeldet, dass Gesundheitsämter personell unterbesetzt seien, auch wegen vergleichsweise schlechter Bezahlung. Die Corona-Pandemie hat die Gesundheitsämter vor neue Herausforderungen gestellt. Nun galt es fortan, die Infektionsketten frühzeitig zu verfolgen und zu unterbrechen. Hierfür muss recherchiert werden, mit welchen Personen ein Neu-Infizierter Kontakt hatte. Wer das Virus in sich tragen könnte, muss dann in eine verordnete und vom Gesundheitsamt überwachte Quarantäne gehen. Gegebenenfalls sind Massen-Testungen zu organisieren. Dafür müssen die Gesundheitsämter personell aufgestockt werden und digital modernisiert werden.

Dazu wurden mit dem „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“, auf den sich die Gesundheitsminister von Bund und Ländern am 29. September 2020 geeinigt haben, entsprechende Maßnahmen beschlossen. Dazu heißt es im Einleitungstext:<sup>2</sup>

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

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

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

<sup>1</sup> [www.gesunde.sachsen.de/339.html](http://www.gesunde.sachsen.de/339.html)

<sup>2</sup> [www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3\\_Downloads/O/OEGD/Pakt\\_fuer\\_den\\_OEGD.pdf](http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/O/OEGD/Pakt_fuer_den_OEGD.pdf)

reichen auf den Weg bringen müssen.“ Im Einzelnen wurden u.a. folgende Maßnahmen beschlossen.

### **Personalaufbau**

In einem ersten Schritt tragen die Länder dafür Sorge, dass im Zeitraum bis zum 31. Dezember 2021 mindestens 1.500 neue, unbefristete Vollzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte, weiteres Fachpersonal sowie Verwaltungspersonal in den Behörden des ÖGD geschaffen und besetzt werden. In einem weiteren Schritt sind bis Ende 2022 mindestens weitere 3.500 Vollzeitstellen zu schaffen.

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

Nach einer Umfrage des Deutschen Städtetages gemeinsam mit dem Deutschen Landkreistag, die Anfang August 2020 veröffentlicht wurde, verfügen die Gesundheitsämter in Deutschland derzeit über ca. 3.300 Vollzeitstellen für Ärztinnen und Ärzte, von denen ca. 2.900 (87%) besetzt sind. Für weiteres Personal sind 11.600 Stellen vorgesehen, von denen 11.000 (94,5%) besetzt sind.<sup>3</sup>

### **Digitalisierung**

Vor dem Hintergrund der Pandemie wird das Deutsche Elektronische Melde- und Informationssystem für den Infektionsschutz (DEMIS) nach § 14 des Infektionsschutzgesetzes als besonders bedeutend angesehen, dessen Aufbau beim Robert-Koch-Institut der Bund finanziert wird. Bund und Länder sind sich darin einig, diese gemeinsame Kommunikationsplattform des ÖGD unter Berücksichtigung bereits bestehender Systeme, wie zum Beispiel SORMAS<sup>4</sup>, bis Ende 2022 allen Gesundheitsbehörden in Bund und Ländern zur Verfügung zu stellen.

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

Ein entscheidendes Ziel der Digitalisierung sei es, eine Interoperabilität<sup>5</sup> über alle Ebenen hinweg sicherzustellen und die für das Melde- und Berichtswesen erforderlichen Schnittstellen und Systeme zu definieren, zu schaffen und die entsprechenden Standards einzuhalten. Zur Beschleunigung und Vereinfachung von Meldeverfahren sollen zentrale Plattformen des Bundes geschaffen, bereitgestellt und deren konsequente Nutzung vorangetrieben werden. Dafür vereinbaren Bund und Länder zuvor zentrale Standards zur Sicherstellung einer übergreifenden Kommunikation sowie Interoperabilität.

### **Steigerung der Attraktivität des ÖGD**

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

<sup>3</sup> <https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Gesundheitsamt>

<sup>4</sup> Entwicklung eines integrierten und vernetzten Kontaktpersonenmanagements für COVID-19 für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland

<sup>5</sup> Die Fähigkeit zum Zusammenspiel verschiedener Systemen, Techniken oder Organisationen. Dazu ist in der Regel die Einhaltung gemeinsamer technischer Normen notwendig.

Die Länder streben dabei unter Beachtung der Tarifautonomie an, für das ärztliche Personal im ÖGD eine attraktive Bezahlung, etwa im Rahmen bestehender Tarifverträge, zu erzielen. Ebenso wird angestrebt, im Rahmen des Besoldungsrechts entsprechende Verbesserungen auch für das beamtete ärztliche Personal im ÖGD herbeizuführen. Bis dies erfolgt ist, führen die Länder Verbesserungen der finanziellen Anreize durch gleich wirksame Maßnahmen bereits ab dem Jahr 2021 herbei. Jedes Land kann hierfür bis zu zehn Prozent seines Anteils der Finanzmittel aus dem Pakt nutzen. Die Tarifautonomie und das Selbstverwaltungsrecht der Kommunen begrenzen die Möglichkeit der Länder, auf die Ausgestaltung der Bezahlung von Tarifbeschäftigten der Kommunen Einfluss zu nehmen. Dies gilt auch für solche Maßnahmen der Flächenländer, die ähnliche Wirkungen erzielen sollen. Die Länder werden diese Schritte im Einvernehmen mit den jeweiligen kommunalen Spitzenverbänden auf Landesebene gehen. Um dem Mangel an (medizinischem) Fachpersonal wirksam zu begegnen, wird die Fort-, Weiter- und Ausbildung für die Fachberufe im ÖGD gestärkt. Hierzu müssen die Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen bereits jetzt Strukturen aufbauen, um die erhöhten Anforderungen an die Fortbildungsbedarfe auch sofort erfüllen zu können. Die Länder verpflichten sich, eine adäquate personelle und sachliche Ausstattung der Bildungsinstitutionen - inklusive länderübergreifender Institutionen - für das Öffentliche Gesundheitswesen zu Beginn der Förderperiode aus dem Paktvolumen in Höhe von 35 Millionen Euro für fünf Jahre bereit zu stellen, damit diese den vermehrten Bedarf für Aus- und Weiterbildung erfüllen können. Ein Konzept zur Aufteilung dieser Mittel will die Gesundheitsministerkonferenz bis Ende 2020 beschließen. Darüber hinaus werden die Länder/Kommunen genügend Finanzressourcen für Fortbildungen bei den Bildungsinstitutionen für das Öffentliche Gesundheitswesen vorhalten.

AG

## **Kommunale Spitzenverbände zu den Corona-Beschlüssen von Bund und Ländern vom 28.10.2020**

### **Deutscher Städtetag: „Maßnahmen sind hart, aber richtig“**

*Burkhard Jung, Präsident des Deutschen Städtetages, zu Ergebnissen des Bund-Länder-Gespräch über Corona-Maßnahmen gegenüber der Rheinischen Post*

Der Städtetag halte die verschärften Maßnahmen von Bund und Ländern für hart, aber richtig, um den rasanten Anstieg der Corona-Infektionen abzubremsen. Das ist ein klares politisches Signal, das wir jetzt brauchen. Es sei besser, jetzt entschlossen zu handeln, als später mit Versäumnissen zu hadern. „Das vorübergehende Runterfahren der Kontakte auf das Nötigste ist schmerzhaft. Es verändert das Miteinander in den Städten spürbar, weil das öffentliche Leben weitgehend ausgesetzt ist. Aber wir müssen jetzt so klar vorgehen, um die Gesundheit von Vielen zu schützen und einen vollständigen Lockdown zu vermeiden.“

So bleibe auch die Chance, das Gesundheitssystem nicht zu überfordern und die steigende Zahl der Menschen mit schweren Krankheitsverläufen medizinisch gut zu versorgen. Die strengen Regeln sind zeitlich begrenzt und sollen bundeseinheitlich gelten. Das helfe, damit sie von den Menschen akzeptiert und praktiziert werden. „Wir brauchen in den kommenden Wochen großen Rückhalt in der gesamten Gesellschaft, damit wir die Pandemie im Griff behalten und nicht die Kontrolle verlieren.“

Für die Familien und die Zukunftschancen der Kinder sei es wichtig, Schulen und Kitas weiter offen zu halten. „Wir finden es schmerzhaft, dass auch zahllose Kultureinrichtungen für einen Monat schließen müssen. In der Kultur, im Sport, in der Gastronomie sind mit viel



Energie und Kreativität gute Hygienekonzepte entwickelt worden. Deshalb halten wir es für sehr wichtig, dass die wirtschaftlichen Folgen für die betroffenen Einrichtungen, Unternehmen und Solo-Selbständigen abgefedert werden – so, wie Bund und Länder das zugesagt haben. In zwei Wochen die Wirkung der Maßnahmen zu prüfen, ist richtig und notwendig. Wir hoffen sehr, dass bis zum Dezember die Infektionen deutlich zurückgegangen sind und die jetzt beschlossenen harten Regeln wieder gelockert werden können.“

*Dt. Städtetag, 28. Oktober 2020*

[www.staedtetag.de/presse/pressemeldungen/massnahmen-sind-hart-aber-richtig](http://www.staedtetag.de/presse/pressemeldungen/massnahmen-sind-hart-aber-richtig)

### **Deutscher Landkreistag: Jetzt kommt es drauf an**

„Die beschlossenen, bis Ende November befristeten Maßnahmen bedeuten einen weiteren deutlichen Einschnitt in das Leben eines jeden Einzelnen. Wir muten den Menschen damit sehr viel zu. Leider ist dieser Schritt notwendig, weil uns die Pandemie sonst entgleitet. Die nächsten Wochen werden darüber entscheiden, wie es danach weitergeht. Jetzt kommt es drauf an“, so kommentierte der Präsident des Deutschen Landkreistages Landrat Reinhard Sager die Corona-Beschlüsse von Bund und Ländern.

Die Gesundheitsämter der 294 Landkreise würden tagtäglich alles in ihrer Macht Stehende tun, um auch mit zusätzlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus den Verwaltungen, von der Bundeswehr und medizinisch geschulten Ehrenamtlern die Infektionen im Griff zu behalten, sagte er weiter. „Das wird Tag für Tag schwieriger, zumal das diffuse Geschehen zunimmt, bei dem gerade nicht ermittelt werden kann, vom wem eine Infektion herrührt. Wir müssen die Menschen dabei mitnehmen und gut erklären, warum wir so handeln und für Mitwirkung werben. Allein mit immer mehr ordnungsrechtlichen Maßnahmen wird das nicht gelingen.“

„Je konsequenter wir gemeinsam versuchen, persönliche Kontakte auf das notwendige Maß zu reduzieren und die gesellschaftliche Interaktion auf ein Minimum zurückzuführen, desto eher können diese drastischen Maßnahmen wieder beendet werden. Wir wollen erreichen, dass es nur notwendig ist, diesen Zustand für wenige Wochen aufrecht zu erhalten.“ Man müsse sich allerdings vergegenwärtigen, dass „uns das Virus noch mindestens die nächsten Monate hinweg begleiten wird.“

Ein Lockdown sei immer erst das allerletzte Mittel, um die Kontrolle zu behalten oder zurückzuerlangen. Schließlich führe diese Maßnahme zu erheblichen wirtschaftlichen Einbußen und habe auch direkte gesundheitliche Folgen – erinnert sei nur an die Zunahme psychischer Probleme und die Verschiebung von Operationen. „Durchgängig wichtig sind daher umso mehr die allgemeinen Verhaltens- und Hygieneregeln. Auf deren Einhaltung kommt es entscheidend an, um Lockdowns zu verhindern. Das ist unser bestes Mittel gegen Corona.“

Immer gehe es darum, das richtige Maß derartiger Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie zu finden. „Das ist nicht einfach. Vor diesem Hintergrund erachten wir es als eine richtige Verabredung, dass Schulen und Kitas offen gehalten werden sollen. In diesen Einrichtungen werden die Zahlen mittels angemessener und nachvollziehbarer Maßnahmen unter Kontrolle gehalten, was bislang gut funktioniert hat.“ Bei einem Ausbruch in einer Klasse sei es daher auf der Grundlage entsprechender Konzepte möglich, nicht die ganze Schule in Quarantäne schicken zu müssen, sondern nur die Schülerinnen und Schüler der betroffenen Klasse. „Hier erwarten wir auch als Schulträger von den Lehrerinnen und Lehrern sowie den Kultusverwaltungen weiter großes Engagement. Schule mit Einschränkungen ist besser als keine Schule. Wir dürfen die Bildung unserer Kinder nicht mehr als unbedingt notwendig gefährden.“

Kritikwürdig seien allerdings die Vereinbarungen zur Gastronomie sowie zu Hotelübernachtungen, überall und unabhängig von Inzidenzen. „Das schießt über das Ziel hinaus, denn das hauptsächliche Infektionsgeschehen spielt sich derzeit vor allem im privaten Bereich ab und in der Regel nicht in Restaurants, Cafés und Hotels. Gerade in Anbetracht der zu unterstüt-

zenden Möglichkeit von Sperrstunden ab 23 Uhr und der Unterbindung des nächtlichen Alkoholverkaufs ist eine Schließung dieser Betriebe weder geeignet noch erforderlich“, so Sager abschließend.

*Dt. Landkreistag, 28. Oktober 2020*

*[www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/3054-jetzt-kommt-es-drauf-an](http://www.landkreistag.de/presseforum/pressemitteilungen/3054-jetzt-kommt-es-drauf-an)*

## **Ein Rettungsschirm für die Zivilgesellschaft?**

**Eine explorative Studie zu Potenzialen, Bedarfen und Angeboten  
in und nach der COVID-19 Krise**

In Krisen sei es die Zivilgesellschaft, die flexibel auf neue Herausforderungen reagiert und solidarischem Engagement einen Rahmen gibt (s. auch die verstärkte Einwanderung 2015). In der durch die Corona-Pandemie ausgelösten Krise hätten zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure Hilfe für gefährdete Gruppen organisiert, die Umsetzung von Hygienemaßnahmen unterstützt und gebieterische Auswüchse staatlicher Maßnahmen kritisch begleitet.

Wie alle gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure waren auch die der Zivilgesellschaft in der Corona-Krise vor große Herausforderungen gestellt. Zum Teil waren Akteurinnen und Akteure durch die Pandemie lange Zeit handlungsunfähig und sind nun existenziell bedroht. Andere konnten die Pandemie und die Umstrukturierung der Arbeit und Tätigkeiten relativ gut bewältigen, sodass die gegenwärtige Corona-bedingte Situation der Zivilgesellschaft sehr divers ist.

Aber während über die Herausforderungen des Staates und der Wirtschaft ausführlich berichtet und der Wirtschaft vom Staat in großem Umfang Hilfe zugesichert wurde, sei die Zivilgesellschaft über weite Strecken in der öffentlichen Wahrnehmung und von der Agenda der politischen Verantwortlichen ausgeblendet gewesen, obwohl ihre Akteurinnen und Akteure einen wesentlichen Beitrag zur Bewältigung der Krise geleistet haben. Zwar gab es staatliche Hilfsangebote für die Zivilgesellschaft, die unter der Überschrift Rettungsschirm zusammengefasst werden können. Der Höhe nach bleiben die Hilfsangebote jedoch hinter denen für die Wirtschaft um Faktoren zurück, sodass es trotz der zentralen Rolle der Zivilgesellschaft kein prioritäres oder integriertes Konzept zu deren Unterstützung gebe.

Schwierige Voraussetzungen, wie der Status der Steuerbegünstigung (Gemeinnützigkeit), das Vorweisen eines Geschäftsbetriebs und die Zugehörigkeit zu Verbänden oder ähnlichen Zusammenschlüssen, erschweren zudem den Zugang. Hinzu kommt, dass sich staatliche Hilfsangebote mit wenigen Ausnahmen ausschließlich an zivilgesellschaftliche Dienstleister richten.

Nach langer Isolierung und Verunsicherung durch die Pandemie, werde die gemeinschaftsbildende Funktion eine wesentliche Aufgabe der Zivilgesellschaft sein, die zentral dazu beiträgt, dass Bürgerinnen und Bürger sich in Verbundenheit wieder verstärkt in der Zivilgesellschaft engagieren. Das spezifische Potenzial der Zivilgesellschaft, vor und nach der Pandemie zu Lösungen wirksam beitragen zu können, wurde dagegen nur ungenügend erkannt. Die vorgelegte Studie habe zum Ziel, diese Potenziale, aber auch die Unterstützungsangebote und Bedarfe darzustellen. Hierzu wurde eine Vielzahl von verfügbaren Einzeluntersuchungen ausgewertet; einzelne Aussagen wurden in Interviews erhärtet.

**Insgesamt ergeben die Erkenntnisse zur Wahrnehmung und Unterstützung durch staatliche Akteurinnen und Akteure folgendes Bild:**

1. Die staatlichen Hilfsangebote für die Zivilgesellschaft sind nicht zentral koordiniert und auf sehr viele unterschiedliche Bundes- und Landesbehörden verteilt.

2. Sie sind fast ausschließlich finanzieller Natur und teilweise als Darlehensprogramme konzipiert, an denen zivilgesellschaftliche Organisationen nicht partizipieren können.
3. Spezifische Voraussetzungen erschweren den Zugang zu staatlichen Hilfsangeboten.
4. Der Wert zivilgesellschaftlichen Handelns und bürgerschaftlichen Handelns in den Funktionen der Gemeinschaftsbildung, der Wächteraufgaben und der politischen Mitgestaltung wurde nicht gesehen. Eine aktive Zivilgesellschaft ist jedoch in allen Funktionen für die Überwindung der Krise von herausragender Bedeutung.

**Die Erkenntnisse der sehr diversen Situation der Zivilgesellschaft sind hingegen wie folgt einzuschätzen:**

1. Der vielfach befürchtete Rückgang an Spenden ist zwar bisher nur sehr bedingt eingetreten, doch wird mittelfristig nach wie vor mit erheblichen Spendenausfällen gerechnet.
2. Förderungen und teilweise auch Leistungsverträge werden gegenwärtig fortgesetzt, es entsteht jedoch das Problem, dass Fördervereinbarungen oftmals nicht eingehalten werden können. Zudem besteht die Sorge, dass Förderungen zukünftig eingestellt oder reduziert werden.
3. Insgesamt wird davon ausgegangen, dass finanzielle Auswirkungen der Pandemie, wenn sie nicht bereits jetzt sichtbar sind, mit einer Verzögerung von ein bis zwei Jahren eintreffen.
4. Home-Office und die Verlagerung der Arbeit ins Digitale hat einen immensen Bedarf an Einzelfallberatung hinsichtlich Digitalisierung hervorgerufen, den gegenwärtig überwiegend die Zivilgesellschaft selbst Abhilfe leistet. Die Kosten für den digitalen Ausbau kann die Zivilgesellschaft jedoch nur begrenzt tragen.
5. Die Beziehung zum Staat ist sehr unterschiedlich. Unabhängige zivilgesellschaftliche Organisationen lehnen auch in der Krise überwiegend staatliche finanzielle Hilfen ab.
6. Befragte Akteurinnen und Akteure verlangen von der Zivilgesellschaft mehr Eigeninitiative und mehr Mut und fordern sie auf, nicht gleich nach dem Staat zu rufen.
7. Der Mangel an Wertschätzung für die von der Zivilgesellschaft erbrachten Leistungen wird als großes Hindernis bei der Motivierung für verstärktes bürgerschaftliches Engagement gesehen.
8. Gesundheitliche Risiken und Mehrbelastung erschweren ehrenamtliche Strukturen, die für zivilgesellschaftliche Organisationen elementar sind. Es besteht die Sorge, dass viele bürgerschaftlich Engagierte nach der Pandemie nicht zurückkehren.

**Daraus ergeben sich für die nächste Zukunft unter anderem folgende Konsequenzen:**

1. Die Zivilgesellschaft selbst muss lernen, ihre Potenziale, Herausforderungen und Bedarfe offensiver und stringenter darzustellen und an die Politik zu kommunizieren. Deshalb sollte der bisher nicht verbandlich verfasste Teil der Zivilgesellschaft erwägen, verstärkt Zusammenschlüsse oder Koalitionen zu bilden, um sprechfähige und mit Vertretungsmacht ausgestattete Gesprächspartner und -partnerinnen gegenüber staatlichen Stellen zu haben.
2. Ein großer Bedarf wird von den Befragten hinsichtlich einer Verbesserung der Handlungsfähigkeit der Organisationen durch Flexibilisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen (bspw. Rücklagenbildung) sowie Fördervereinbarungen gesehen.
3. Gelder für Organisationsentwicklung, Digitalisierung und Fortbildungen müssen dringlichst in Hilfsprogrammen umgesetzt werden, an den alle zivilgesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure partizipieren können.
4. Zivilgesellschaftliche Akteurinnen und Akteure verfügen über wertvolle Expertise und über andere Kapazitäten, um Krisen wie die Corona-Pandemie zu bewältigen. Deshalb ist es geboten, sie verstärkt in die Konzeptionierung von Maßnahmen zur Überwindung der Krise einzubeziehen.



5. Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie sind bei weitem noch nicht in vollem Umfang absehbar. Aber klar ist schon heute, dass es eine Rückkehr zum status quo ante nicht geben wird. Dies betrifft auch die Zivilgesellschaft, die es nun zu unterstützen gilt.

Die vollständige Studie kann abgerufen werden unter:

[www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/70032/ssoar-2020-schrader\\_et\\_al-Ein\\_Rettungsschirm\\_fur\\_die\\_Zivilgesellschaft.pdf](http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/70032/ssoar-2020-schrader_et_al-Ein_Rettungsschirm_fur_die_Zivilgesellschaft.pdf)

## Dem Ärztemangel entgegen steuern

### Wegweisendes Modell gegen Ärztemangel

*Laut Umfrage sehen 86 Prozent der angehenden Ärzte die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als größtes Hindernis, eine eigene Praxis zu eröffnen. Hinzu kommen immer höhere Investitionskosten für die Einrichtung einer Arztpraxis. Vor allem auf dem Land fehlen daher immer mehr Ärzte. In Bitburg hat sich nun ein Projekt gegründet, das dem Ärztemangel auf dem Land effektiv begegnen könnte.*

Die letzte Hürde war genommen - die Kassenärztliche Vereinigung hatte für das Projekt gegen den Ärztemangel Grünes Licht gegeben. Ein Bitburger Arzt hatte die erste Praxis-Genossenschaft in Rheinland-Pfalz gegründet. Es ist in dieser Form erst die zweite Genossenschaft in Deutschland. Gründer ist der Allgemeinmediziner Michael Jager. Die Idee: Junge Mediziner in der Region erreichen, die sich nicht selbstständig machen wollen. Sie werden künftig von der neuen Genossenschaft angestellt. Die medizinischen Versorgungszentren sollen rund um Bitburg entstehen, zum Start sollten immerhin schon elf Mediziner an Bord sein.

#### Ärztemangel: So sieht das Genossenschaftsmodell aus

Die Genossenschaft will Mediziner anstellen und ihnen flexible Arbeitszeiten bieten, um sie als Landarzt anzulocken. Die Medicus Eifler Ärzte eG mit Sitz in Bitburg wird Mediziner auch in Teilzeit einstellen, wenn diese das möchten. Die Ärzte selbst können jederzeit in die Genossenschaft eintreten oder auch wieder austreten. Bisher gab es in dieser Form nur ein einziges Modell in Hessen.

Der große Vorteil: Ein Arzt muss hier kein unternehmerisches Risiko übernehmen, hat aber mehr Freiheiten als in der Klinik. Eine größere Einheit bietet eine sichere Perspektive und flexible Arbeitszeitmodelle, gegenseitige Vertretungen und gemeinsames Personal erlauben mehr Flexibilität. IT und Verwaltungsaufgaben wie Abrechnung oder Qualitätsmanagement laufen zentral. Außerdem können die Ärzte auch „Genossen“ werden, also Mitspracherecht erhalten und auf Augenhöhe agieren. Eine Genossenschaftseinlage beträgt lediglich 1.000 Euro; dazu kommt ein Mitgliedsbeitrag.

#### Ein Modell für ganz Deutschland?

Michael Jager sieht sein Konzept aber auch als Modell für viele andere Regionen an. „Es brennt ja überall in Deutschland“, so Jager in einem Interview mit der ARD.

Auf der Homepage der Eifler Ärzte eG schwärmen die Macher wie folgt von dem Modell:

Mit unserem neu aufzubauenden Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) schaffen wir eine ergänzende Versorgungsform für eben die Kollegen, die für eine freiberufliche Tätigkeit nicht gewonnen werden können, oder die eigentlich altersbedingt nicht weiter in ihrer Praxis im vollen Umfang tätig werden wollen. In unserem Ärzteteam bieten wir diesen Kollegen attraktive Anstellungen in Vollzeit, Teilzeit oder zeitflexibel an. Zu unserem Konzept gehört,

dass sich die bei uns tätigen Mediziner auf die Ausübung ihres Berufes in der Patientenversorgung konzentrieren können, von allen administrativen Aufgaben entlastet werden und ihnen die Mitgliedschaft in unserer Genossenschaft offensteht.

### **Der Weg zum neuen Modell war steinig - dank Kreistag aber erfolgreich**

Vorangegangen war der Zulassung durch die Kassenärztliche Vereinigung eine lange Diskussion in der Region. Der Kreistag in Bitburg-Prüm hatte eine Resolution verabschiedet und wollte damit gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung ein Zeichen setzen. Wörtlich hieß es in dem Kreistagsbeschluss: „Der Kreistag fordert, über den Antrag der Medicus Eifler Ärzte eG auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums neu zu entscheiden und dabei die geltende Rechtsgrundlage zu beachten, den Sicherstellungsauftrag zur ärztlichen Versorgung für die Menschen in den Vordergrund der Abwägung zu stellen und den im Eifelkreis entwickelten innovativen Lösungsansatz zu unterstützen“.

Hintergrund: Die Kassenärztliche Vereinigung hatte in einem ersten Entscheid den Antrag der Genossenschaft auf Anerkennung abgelehnt. Unterstützung mit ähnlichen Resolutionen kam dann auch von der Verbandsgemeinde Speicher und dem Bitburger Stadtrat. Weitere Verbandsgemeinden unterstützten die Resolution im Verlauf der nächsten Wochen durch entsprechende Ratsbeschlüsse.

### **Bundesländer wollen nun Kommunen ins Boot holen**

In der Politik hat die Zulassung ein sehr positives Echo gefunden. Man wolle das Modell auf dem Land weiter ausbreiten, hieß es von der Landesregierung in Rheinland-Pfalz. Positive Signale kamen auch aus dem benachbarten Saarland. Die zuständige Ministerin in Rheinland-Pfalz kündigte konkret bereits die Gründung eines sogenannten „Viererbündnisses“ an. Dem sollen dann auch Kommunen angehören. Zudem sollen Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung und das Land dabei sein. Ziel sei es, „für die Ärztenossenschaft zu werben und diesen Prozess in der Anlaufphase zu begleiten“, so die zuständige Ministerin. Und weiter: Die Form der Genossenschaft sei optimal geeignet zur Sicherung der Versorgung insbesondere auf dem Land. „Junge und ältere Ärzte können sich gleichermaßen beteiligen. Aber auch Dritte wie Kommunen oder Krankenhäuser haben die Möglichkeit, Anteile zu zeichnen“, erklärte die Ministerin.

<https://kommunal.de/arzt-genossenschaft>

## **Ländlicher Raum**

### **Erfolgsrezepte gegen den Ärztemangel**

*Viele Kommunen und Landkreise haben Initiativen gegen den Ärztemangel gestartet. Einige sind dabei besonders erfolgreich. Wir haben uns in diesen Regionen umgehört und geben die Erfolgsrezepte weiter.*

Als 2015 im bayerischen Leupoldsgrün die Arztpraxis wiedereröffnet wurde, kam sogar Gesundheitsministerin Melanie Huml in das Dorf in Oberfranken. „Zehn, zwölf Jahre lang hatten wir in Leupoldsgrün keinen Arzt mehr“, erinnert sich Bürgermeisterin Annika Popp an die Zeit zuvor. Als die junge Kommunalpolitikerin ins Amt kam, hieß es nur: „Wir haben schon alles probiert.“ Doch die Bürgermeisterin machte sich an die Recherche und fand heraus, dass in der Region von Leupoldsgrün tatsächlich 1,5 Arztsitze der Kassenärztlichen Vereinigung zur Besetzung freigegeben waren. „Also habe ich alle Arztpraxen der Umgebung und im ganzen Landkreis angeschrieben – und tatsächlich eine Reihe von Praxen gefunden, die bereit waren, bei uns eine Filialpraxis aufzumachen.“

### **Um den Ärztemangel zu stoppen, braucht es Anreize**

Am Ende wurde es eine Praxis aus dem Nachbarort, die den Zuschlag erhielt. Um den Ärzten den Neustart in gemeindeeigenen Räumlichkeiten zu erleichtern, beschloss der Gemeinderat, den neuen Praxisbetreibern in den ersten zwei Jahren die Miete zu reduzieren. Zudem konnten sich die Mediziner über eine Prämie des Freistaats Bayern freuen: Denn dort gibt es bereits seit 2012 ein Programm, das interessierte Ärzte motivieren soll, sich im ländlichen Raum niederzulassen. Wer eine Hausarztpraxis oder eine Praxis etwa als Hals-Nasen-Ohrenarzt, Frauenarzt oder Kinderarzt in einer Gemeinde mit bis zu 20.000 Einwohnern eröffnet, kann bis zu 60.000 Euro Förderung erhalten.

### **Die Filialpraxis bietet Patienten mehr Möglichkeiten**

In Leupoldgrün hat sich dieses Engagement gelohnt. Die Arztpraxis besteht nach fünf Jahren immer noch. „Es hat sich als praktisch erwiesen, dass sich bei uns eine Filiale einer bestehenden Praxis gegründet hat“, resümiert die Bürgermeisterin. Es hilft bei Vertretungen etwa in Ferienzeiten und sorgt dafür, dass Patienten mehr Möglichkeiten haben, ihren Arzt auszuwählen: Ein Mediziner in der Praxis ist eher auf Diabetes spezialisiert, eine Kollegin eher auf Naturheilverfahren. „Und für unseren Ort ist es ein klarer Standortvorteil, dass wir hier eine Arztpraxis haben“, so Annika Popp.

### **Bundesweit sind rund 2.300 Hausarztsitze unbesetzt**

Doch so erfolgreich wie Leupoldgrün sind längst nicht alle kleinen Gemeinden Deutschlands. Quer durch die Republik gibt es im ländlichen Raum mittlerweile einen Ärztemangel. Altgediente Hausärzte gehen in den Ruhestand, junge Mediziner aber zieht es oftmals in die großen Städte. „Der Arzt ist ein knappes Gut“, sagt der Sprecher der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Roland Stahl. Bundesweit sind derzeit rund 2.300 Hausarztsitze unbesetzt. „Die meisten davon finden sich im ländlichen Raum oder in Mittelzentren“, so Stahl. Dabei gebe es kein geographisches Gefälle: Die freien Arztsitze finden sich im Sauerland und der Eifel, im bayerischen Wald oder Erzgebirge, in Schleswig-Holstein und in Brandenburg. „Und die Nachfrage nach medizinischen Leistungen wird in Zukunft eher steigen.“ Weswegen die kassenärztliche Vereinigung zahlreiche Fördermöglichkeiten bereit hält, um jungen Ärzten die Niederlassung zu erleichtern. „Wir arbeiten mit Umsatzgarantien und anderen Fördermöglichkeiten“.

### **Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben wird wichtiger**

Doch auch die Kommunen sind aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gefragt. „In der jüngeren Generation ist auch unter den Ärzten die Work-Life-Balance wichtig“, meint Stahl. Die von Fernsehserien vermittelten Bilder, in denen ein Hausarzt freiwillig und gern 70 Stunden pro Woche bei idyllischem Sonnenschein arbeitet und mit dem Landrover über die Dörfer fährt, gibt es so in der Realität von heute nicht mehr. „Auch Ärzte wünschen sich, Kinder und Beruf unter einen Hut bringen zu können.“

Eine Kommune, die auf der Suche nach neuen Mediziner ist, sollte deswegen so vorgehen, wie bei der Ansiedlung etwa eines Industriebetriebs. „Nötig ist es, einen attraktiven Rahmen zu schaffen“, meint Stahl. Wer Praxisräume zur Verfügung stellen kann oder vergünstigten Wohnraum, hat im Standortwettbewerb bei jungen Ärzten ähnlich gute Karten, wie eine Gemeinde, die mit einem sicheren Kindergartenplatz, einer guten Schule oder gar einem Stellenangebot für den Partner der jungen Medizinerin aufwarten kann.

„Von der Erwartung, dass es künftig in jedem Dorf noch einen Arzt geben kann, wird man sich aber trennen müssen“, so der Sprecher. Deswegen gehe es auch um neue Versorgungsformen. Als Beispiel dafür nennt er den Patientenbus: In manchen deutschen Regionen klappt eine rollende Arztpraxis die Dörfer ab, und die Menschen werden dann im Bus versorgt.

Meist waren es Modellprojekte: In Sachsen ein „Impfbus“, in Hessen oder Ostfriesland ein Patientenbus.

### **Ein Stipendienmodell soll dem Ärztemangel entgegenwirken**

Und dann gibt es da noch die Option der gezielten Nachwuchsförderung. In Brandenburg beispielsweise wurde vor einiger Zeit auf Initiative kommunaler und christlicher Kliniken die „Medizinische Hochschule Brandenburg - Theodor Fontane“ neu gegründet. In Neuruppin und Brandenburg an der Havel bildet sie angehende Ärzte aus.

Das Konzept dahinter ist ein Stipendienmodell: Bewerber schließen einen Vertrag mit einem Krankenhaus, das dann ein Studiendarlehen an die Bewerber vergibt. Dafür verpflichten sich die Studenten, nach Abschluss ihrer Ausbildung für einige Zeit in der Klinik tätig zu werden. Denn nicht nur die Landarztpraxen, auch die Nachwuchskräfte in den Krankenhäusern sind immer mehr ein rares Gut. Und das, obwohl die Bundesregierung die Bedeutung der Kliniken nicht zuletzt in der Corona-Pandemie erkannt hat und erst kürzlich sogar ein Investitionsprogramm in Höhe von drei Milliarden Euro bereitgestellt hat, damit Krankenhäuser in moderne Notfallkapazitäten und die Digitalisierung investieren können.

### **Für Studienbeihilfen verpflichten sich die Studenten**

Und weil der Nachwuchs rar bleibt, arbeiten manche Kliniken, etwa das Asklepios Klinikum im uckermärkischen Schwedt, sogar mit Hochschulen in Polen zusammen, um junge Ärzte gezielt für den eigenen Bedarf auszubilden. Doch Stipendien müssen nicht zwangsweise nur von Kliniken vergeben werden. Eine ganze Reihe von Landkreisen, etwa der bayerische Landkreis Hof, der sachsen-anhaltinische Kreis Stendal oder auch der Brandenburger Landkreis Elbe-Elster praktizieren ebenfalls ein derartiges Modell.

Dort gibt es seit einem Kreistagsbeschluss im Jahr 2010 eine Studienbeihilfe von monatlich 500 Euro. Sie wird jährlich an bis zu fünf Studentinnen oder Studenten vergeben und maximal vier Jahre lang ausgezahlt. Dafür verpflichten sich die Studenten, nach ihrer absolvierten Facharzt Ausbildung für vier Jahre als Arzt im Landkreis tätig zu sein.

### **Die Hälfte entschied sich für eine Facharztweiterbildung**

Von 31 bislang geförderten Studenten befinden sich derzeit neun noch im Studium, sagt Kreissprecher Thorsten Hoffgaard. Von den 22 fertigen Mediziner sind 11 noch in ihrer Facharztweiterbildung. Vier haben sich nach dem Studium anderweitig entschieden und ihr Stipendium zurückgezahlt. Aber fünf haben bereits ein Arbeitsverhältnis in Elbe-Elster angefangen, eine Ärztin arbeitet teilweise in Elbe-Elster und ein Kandidat hat sich nach Angaben des Landkreises noch nicht endgültig entschieden.

„In den nächsten Jahren werden viele Ärzte ihre Praxis altersbedingt aufgeben“, sagte auch Landrat Christian Heinrich-Jaschinski. Gleichzeitig entschieden sich immer weniger Mediziner für eine Niederlassung im ländlichen Raum. „Deshalb war unsere gemeinsame Entscheidung vor zehn Jahren, eine Studienbeihilfe für werdende Fachärzte ins Leben zu rufen, vorausschauend und richtig.“ Denn wer in seiner Kommune oder seiner Region junge Ärzte begrüßen will, muss sich eben kümmern – gleichgültig, ob es sich um ein Dorf in Oberfranken oder einen Brandenburger Landkreis handelt.

<https://kommunal.de/erfolgsrezepte-aerztemangel>

**Impressum:**

Kommunalpolitisches Forum Sachsen e.V.  
01127 Dresden  
Großenhainer Straße 99  
Tel.: 0351-4827944 oder 4827945  
Fax: 0351-7952453  
[info@kommunalforum-sachsen.de](mailto:info@kommunalforum-sachsen.de)  
[www.kommunalforum-sachsen.de](http://www.kommunalforum-sachsen.de)  
Redaktion: A. Grunke  
V.i.S.d.P.: P. Pritscha

*Die Kommunal-Info dient der kommunalpolitischen Bildung und Information und wird durch Steuermittel auf der Grundlage des von den Abgeordneten des Sächsischen Landtags beschlossenen Haushalts finanziert.*

SACHSEN

