



Leserbriefe sind in keinem Fall Meinungsäußerungen der Redaktion. Wir behalten uns die Kürzung der Texte vor. Es können nur Zuschriften veröffentlicht werden, die sich auf benannte Artikel im „Bayerischen Ärzteblatt“ beziehen. Bitte geben Sie Ihren vollen Namen, die vollständige Adresse und für Rückfragen auch immer Ihre Telefonnummer an.

**Bayerisches Ärzteblatt,  
Redaktion Leserbriefe, Mühlbauerstraße 16,  
81677 München, Fax 089 4147-202,  
E-Mail: aertzblatt@blaek.de**



## Überlastete Ärztinnen und Ärzte in bayerischen Gesundheitsämtern

**Zum Artikel von Florian Wagle, in Heft 4/2022, Seite 157 ff.**

Der Artikel thematisiert mit dem Fachkräftemangel im Öffentlichen Gesundheitsdienst ein wesentliches Problem im deutschen Gesundheitssystem. Wir waren jedoch überrascht, nur altgediente Lösungsansätze wiederzufinden und möchten an dieser Stelle unsere Perspektive als Nachwuchsfachkräfte im Bereich Public-Health/Öffentliche Gesundheit in die Debatte einbringen.

Im Artikel werden folgende Lösungsansätze für den Fachkräftemangel beschrieben: Die bay-

erische ÖGD-Quote für Medizinstudierende, finanzielle Unterstützung des Personalaufbaus durch den Pakt für den ÖGD, Anpassung von Amtsarztgehältern an das Gehalt von Klinikärzten, arbeits erleichternde Digitalisierungsmaßnahmen, Ermöglichung von Famulatur und PJ im Gesundheitsamt.

Die genannten Lösungsansätze haben einen gemeinsamen Nenner: Es geht mehrheitlich um die Gewinnung ärztlichen Personals für den ÖGD. Wir möchten jedoch unbedingt anregen, den Fachkräftemangel als berufsgruppenübergreifendes Problem zu erkennen und entsprechende Handlungsoptionen zu erwägen.

Die Öffentliche Gesundheit/Public Health ist ein inhärent interdisziplinäres – nicht multidisziplinäres – Fachgebiet, das die Zusammenarbeit diverser Berufsgruppen erfordert, und zwar auf Augenhöhe und als gemeinschaftlich arbeitendes Team. Für viele Aufgabenbereiche im ÖGD gibt es spezialisierte Ausbildungen und Fachkräfte, zum Beispiel Epidemiologinnen/Epidemiologen, sozialmedizinische Assistentinnen/Assistenten, Umweltingenieurinnen/Umweltingenieure, Gesundheitswissenschaftlerinnen/Gesundheitswissenschaftler, Public-Health-Absolventinnen/Public-Health-Absolventen und viele mehr, für die der ÖGD ein attraktiver Arbeitgeber sein kann. Die Kompetenzprofile dieser Berufsgruppen sind häufig besser auf die Tätigkeiten im ÖGD zugeschnitten als die Kompetenzprofile von Humanmedizinerinnen/Humanmedizinern, die in sechs Jahren Studium in erster Linie auf eine klinische, individualmedizinische Tätigkeit vorbereitet werden. Es ist daher im Hinblick auf die Qualifikationsdauer und -kosten ineffizient, bei der Nachwuchsgewinnung im ÖGD vorwiegend auf ärztliches Personal zu setzen. Auch wenn es gewisse hoheitliche Aufgaben gibt, welche nur von Ärztinnen/Ärzten übernommen werden können, möchten wir anregen, Aufgaben kritisch daraufhin zu überprüfen, ob sie am effizientesten von einer klinisch ausgebildeten ärztlichen oder einer anderen spezialisierten Fachkraft übernommen werden sollten.

Die Fokussierung auf ärztliche Fachkräfte für den ÖGD verstärkt darüber hinaus den Eindruck eines Zweiklassensystems im ÖGD, nämlich eines von Ärztinnen und Ärzten und „anderen“ Berufsgruppen – ein Verständnis, das einem modernen Arbeitsplatz nicht gerecht wird. Die andauernde Debatte um eine weitere finanzielle Besserstellung von Ärztinnen und Ärzten durch die Anpassung an Klinikgehälter verstärkt diesen Effekt und verstellt auch den Blick auf andere Lösungsansätze.

Wir plädieren dafür, auf den unterschiedlichen Entscheidungsebenen (Personalwesen, Amts-

leitungen, politische Ebene) zu erwirken, dass Personalstellen im ÖGD daraufhin untersucht werden, welches Kompetenzprofil die ausgeschriebene Tätigkeit verlangt, und anhand von Kompetenzprofilen und nicht anhand des Berufsgruppenstatus ausgeschrieben und besetzt werden.

Wir schlagen darüber hinaus vor, die Möglichkeiten für die berufsgruppenübergreifende und gemeinsame Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie Aufstiegsmöglichkeiten im ÖGD für alle Berufsgruppen zu stärken. Neben Maßnahmen zur Reduktion der bürokratischen und hierarchischen Strukturen im ÖGD, Flexibilisierung von Arbeitsmodellen und aktiver Stärkung interdisziplinärer Zusammenarbeit erhöht dies die Arbeitsplatzattraktivität für den Nachwuchs ungemein.

Aus unseren vielen Gesprächen mit Nachwuchsfachkräften im Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (<https://noeg.org>), sind wir überzeugt, dass es diese Gegebenheiten sind, die einen Arbeitsplatz im ÖGD attraktiv für den Nachwuchs machen und das Problem des Fachkräftemangels adressieren können. Wir möchten daher vorschlagen, zukünftig diese Lösungsansätze zu priorisieren.

*Dr. Kerstin Sell, M. Sc.,  
Ärztin, München*

*Dr. Karin Geffert,  
Ärztin, München*

*Katharina Wabnitz, MD, M. Sc.,  
Ärztin, München*

### Antwort:

Vielen Dank für Ihre Zuschrift. Ich stimme Ihnen zu, dass eine Flexibilisierung von Arbeitszeitmodellen und eine Reduktion von Bürokratie den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer attraktiver gestalten könnte. Auch Ihrer Idee, zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit mehr gemeinsame Fortbildungen von Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen anzubieten, stehe ich grundsätzlich positiv gegenüber.

Darüber hinaus regen Sie in Ihrem Schreiben eine Analyse an, im Rahmen derer kritisch überprüft werden sollte, ob bisher von Humanmedizinerinnen und Humanmedizinern wahrgenommene Aufgaben beim ÖGD gegebenenfalls auch durch andere Berufsgruppen übernommen werden könnten. Sicher gibt es eine Reihe von Aufgaben im ÖGD, die berufsgruppenunabhängig und damit kompetenzbezogen ausgeschrieben werden können. Dort, wo Tätigkeiten unter Arztvorbehalt stehen, gibt es dazu keine Alternative.

Außerdem glaube ich, dass der ÖGD nur dann nachhaltig zusätzliches ärztliches Personal gewinnen kann, wenn die Vergütung von ÖGD-Ärztinnen und -Ärzten verbessert wird. Ärztinnen und Ärzte im ÖGD haben gerade in der Pandemie enorm zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems beigetragen. Es kann nicht sein, dass sie finanziell deutlich schlechter gestellt werden als ihre Kolleginnen und Kollegen im stationären Sektor.

*Dr. Gerald Quitterer,  
Präsident der BLÄK*

**Antwort:**

Vielen Dank für Ihre Anmerkung. Bei dem Patienten bestand zuvor keine Erkrankung aus dem rheumatoiden Formenkreis und auch in der Familienanamnese ergaben sich hierfür keine Hinweise.

In der Zwischenzeit wurde bei dem Patienten allerdings eine Tumorerkrankung diagnostiziert, sodass das Antisynthetase-Syndrom im Nachgang als Tumor-assoziiert zu werten ist.

*Dr. Florian Geismann,  
Dr. Arno Mohr*

**Klimatipp des Monats**

**Zum Artikel von Privatdozent  
Dr. Christian Schulz, in Heft 6/2022,  
Seite 271.**

Wenn man den Artikel gelesen hat, denkt man, wir schmoren schon in der Hölle!

Es beginne die Zeit der „gefährlichen Hitzewellen“. „Diese sind ... für 96 Prozent der Toten infolge von Naturereignissen verantwortlich gewesen“. An welchen Naturereignissen sollen wir denn in Deutschland sonst sterben? An Tsunamis? An Vulkanausbrüchen? An Heuschreckenplagen? An Erdbeben oder Lawinen? – Übrigens: die 96 Prozent begründen sich überwiegend durch eine Hitzewelle im Jahr 2003!!

Wir sollen einen „Hitzeschutzbeauftragten benennen und die Entscheiderinnen befragen, ob es Hitzeschutzpläne gibt, damit man mit einem Massenansturm von Verletzten (gemeint sind wohl Verbrannte, Verdurstete und Vertrocknete) zurechtkommt. Bisher dachte ich immer, die Politik zwingt uns zu überflüssigen und den Betrieb lähmenden Beauftragten (wie QM-Beauftragter, TI-Beauftragter, Datenschutzbeauftragter, Hygienebeauftragter, Gerätebeauftragter, Röntgenbeauftragter, Personalbeauftragter etc.). Jetzt bin ich eines Besseren belehrt! Wir Ärzte sind selbst für diesen Verwaltungsirrsinn verantwortlich.

Gerade wir Mediziner sollten uns auch auf unseren gesunden Menschenverstand verlassen. Zum Umgang mit Sommertemperaturen in Arztpraxen braucht man keinen extra „Hitzeschutzbeauftragten“. Man kann sich auch mal auf seinen natürlichen Instinkt verlassen. So bitter der Klimawandel ist, gerade wir Ärzte sollten einen „kühlen Kopf“ bewahren und nicht panisch reagieren.

*Dr. Peter Heilberger,  
Facharzt für Chirurgie,  
90441 Nürnberg*

**Antwort:**

Vielen Dank für Ihre Zuschrift. Ich stimme gerne zu, dass eine Vielzahl von Beauftragten nicht zwingend mit einer Qualitätssteigerung einhergeht. Im Gegenteil, um inmitten multipler Krisen Agilität zurückzugewinnen, gilt es, Komplexität zu reduzieren.

In Bezug auf den Hitzeschutzbeauftragten ging es nicht um die so geliebten Sommertemperaturen, sondern um extreme Hitze mit Temperaturen weit über 30 °C, über Tage und mit fehlender nächtlicher Abkühlung. Die Hitzewelle 2003 zählte zu den opferreichsten Naturkatastrophen der vergangenen Jahrzehnte. Und die Daten zeigen, dass Hitzewellen (und andere extreme Wetterereignisse) wahrscheinlicher werden.

Wir verbrennen nun innerhalb von wenigen Generationen fossile Energieträger, die zuvor in 100 Millionen Jahren entstanden und deren Verbrennung das Klima für viele 10.000 Jahre in lebensfeindlicher Art und Weise verändern wird. Da ist der natürliche Instinkt aufgrund der Kalibrierung auf das zeitlich Unmittelbare ein denkbar schlechter Ratgeber.

Daher analysieren wir, frei von Panik und mit kühlem Kopf, ob das Gesundheitssystem gut auf solche Szenarien vorbereitet ist und kommen zu dem Schluss: ist es nicht. Ein Hitzeschutzbeauftragter würde sich darum kümmern, dass wir besser werden. Hier finden Sie noch weitere Informationen: [www.hitze.info](http://www.hitze.info)

*Privatdozent Dr. Christian Schulz*



**Interstitielle Lungenerkrankung**

**Zum Artikel von Dr. Florian Geismann  
und Dr. Arno Mohr, in Heft 6/2022,  
Seite 269.**

Sie schreiben, dass der Patient nach zwei COVID-Impfungen ohne wesentliche Vorerkrankungen mit zunehmender respiratorischer Verschlechterung zur Behandlung kam. Es wurden hoch positive Antikörper gegen Jo-1 und Ro-52 sowie erhöhte CK-Werte gefunden. Ro-Antikörper sind Autoantikörper aus der Gruppe der antinukleären Antikörper. Es wäre wissenswert, zu erfahren, ob bei dem Patienten schon früher Autoantikörper vorhanden waren und ob Erbfaktoren für eine Autoimmunkrankheit vorliegen.

Bei meiner Tätigkeit als Reha-Arzt behandelte ich Patienten, bei denen ein Autoimmungeschehen nach den COVID-Impfungen auftrat – bei einem Fall war das auch von der Berufsgenossenschaft anerkannt. Um „Querdenken“ keine Ansatzflächen zu bieten, sollten in diesen Fällen klare Aussagen zum Ausschluss einer Impfnebenwirkung mit einer umfangreichen Diagnostik erfolgen.

*Dr. Wolfgang May,  
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative  
Medizin sowie Facharzt für Innere Medizin,  
87645 Schwangau*

**Ein Lachen schenken**  
Spendenkonto  
IBAN: **DE94 7016 9614 0000 0459 00**  
[www.klinikclowns.de](http://www.klinikclowns.de)  
KlinikClowns e. V. · Infos: Tel. 08161.418 05

## Familienfreundliche ärztliche Selbstverwaltung

**Zum Leitartikel von Dr. Bernhard Junge-Hülsing, in Heft 6/2022, Seite 267.**

Warum sind nicht mehr Frauen in der ärztlichen Selbstverwaltung, in der unmittelbaren Patientenversorgung, in Gremien tätig? Die Ausführungen des 2. Vizepräsidenten der BLÄK demonstrieren einen eklatanten blinden Fleck: ca 20% aller Familien in Deutschland werden von Alleinerziehenden geführt, weit mehrheitlich von Frauen. Diese Entwicklung macht auch vor Ärztinnen nicht Halt, findet jedoch im Leitartikel genauso wenig Beachtung wie z.B. im Erhebungsbogen zum Kammerbeitrag. Dass Alleinerziehende einen Beitragsnachlass erhalten, erfährt man nur auf individuelle Nachfrage und gesonderten Antrag. Die Begründung: man könne wg der Übersichtlichkeit nicht jeden Sonderfall direkt im Erhebungsbogen abfragen. Warum der weitaus seltenere Sonderfall einer Doppelapprobation Zahnmedizin/Medizin dennoch jedes Jahr erneut aufgeführt wird, erschließt sich daraus leider nicht. Davon abgesehen: können Eltern, insbesondere Alleinerziehende, ohne berufliche Nachteile ihre Arbeitszeiten in Praxis, Klinik und ärztlicher Selbstverwaltung an die Öffnungszeiten öffentlicher KiTas und Horte anpassen? Unterstützen Arbeitgeber alternativ Eltern in Schichtberufen bei der Suche nach ergänzenden Betreuungsmöglichkeiten zu sog. Randzeiten sowie am Wochenende und nachts? Werden die bereits etablierten Unterstützungsmöglichkeiten wie zum Beispiel steuerfreie Arbeitgeberzuschüsse zur Kinderbetreuung, Ferienbetreuung, Notfallbetreuung arbeitgeberseitig und damit insbesondere auch von der BLÄEK im Sinne einer Vorbildfunktion ausgeschöpft?

Oder zuckt man(n) auch im Jahr 2022 mit den Schultern, lässt Familien mit diesen berufsbedingt spezielleren Fragen der Vereinbarkeit alleine und fordert von Alleinerziehenden im Sinne einer „horizontalen Dienstplangerechtigkeit“ dieselbe Anzahl an Nacht- und Wochenenddiensten wie von kinderlosen Kollegen oder solchen in 2-Eltern-Familien, selbstverständlich jedoch OH-

NE entsprechende Betreuungsmöglichkeiten im hiesigen Betriebskindergarten bereitzustellen? Möglicherweise könnte dies Teil der Erklärung sein. Daran ändern dann aber auch gut gemeinte Appelle nichts, Frauen mögen sich doch bitte stärker einbringen.

*Elisabeth Englam,  
Fachärztin für Anästhesiologie, Augsburg*

### Antwort:

*Sed quam la quia sum faciam nem harum do-  
lecte pro comnis ra nonest, est, ad ut atureste  
et alissim doluptate dipsam vel ime occum re,  
vel milibus solenditiam quidus sed est, nus qui  
sintur? Evel iunt.*

*Itiaest valoris sitat. Optatius et atur se aut ver-  
ehenditis ni comnit, nobis reperspedit, tem api-  
ciunt derepud aeribus eniam, qui temporiae do-  
loribus accumquiam fuga. Apiet ese nonsendelici  
apid quo ipsamendae etur sim reicimil maio.  
Nem sintio essunt ipidit occum ex eaquis eatur?  
Us dem dolupti onsequam, qui omnihic totatur  
aturibus invenih itationesto tem volentor sint.  
Evendis autenditiam reperuptat.*

*Solles dellorem quiassu ndionsenimus est odi-  
andusdam re volest apeliquas eum reperfere  
remque necae sit, tem dolo offic to berum quist  
laceatquam ni optatur iosandi as alit quae no-  
nem quos voluptaest est aut as eata quidelesti  
que pos aut ullatquis nus cum delis volectem  
faccaboris rat esequiderum ex es atatus, nimus  
aliquisquam endignat labo. Ut eatur, quaeribea  
eum earuptur, qui iunt.*

*Archita spellam, ipicias velibusdam idere odit  
fuga. Mil mi, unto volorum in con nimint utem  
harit, ut poredes igenihilit amus quo officitis et  
eos rerum unt faccupat.*

*Dr. Xxxx Xxxxx,  
Präsident der BLÄK*