

Dass die Verbraucher in Deutschland in aller Regel auf qualitativ sehr hochwertiges Trinkwasser zurückgreifen können, ist auch den Leistungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und dem Engagement seiner Mitarbeiter vor Ort zu verdanken. Gerade bei dem Lebensmittel Nr. 1, dem Trinkwasser mit seiner herausragenden Bedeutung für Lebensqualität und die Gesundheit der Bevölkerung, können die Leistungen der Gesundheitsämter nicht hoch genug eingeschätzt werden.

Durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung trägt der ÖGD zur Vermeidung von Zivilisationskrankheiten, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen sowie Suchterkrankungen bei. So finden zum Beispiel viele Maßnahmen des Nationalen Aktionsplans „**IN FORM**“ zur Vermeidung von Bewegungsmangel und Fehlernährung auf kommunaler Ebene statt. Bei dem Förderschwerpunkt „Aktionsbündnisse gesunde Lebensstile und Lebenswelten“ werden tragfähige Kooperationen durch die Vernetzung bestehender Aktivitäten beispielsweise in Kindertagesstätten, Schulen, Vereinen, Senioreneinrichtungen und Stadtteilen dauerhaft verankert. Dabei wird auch auf die Kompetenz der Gesundheitsämter zurückgegriffen.

Nach zehn Jahren Präventionserfahrung (2000 wurde § 20 SGB V (erneut) im Sozial-

gesetzbuch aufgenommen) auf der Seite des Bundes ist es Zeit, die Instrumente im Hinblick auf ihre Wirksamkeit, ihre Reichweite und ihre Zielgenauigkeit zu überprüfen. Dieser Auftrag ist im Koalitionsvertrag niedergelegt. Die Präventionsstrategie der Bundesregierung wird Vorhandenes bewerten und aufeinander abstimmen, nationale und internationale Erfahrungen und Erkenntnisse analysieren sowie auf bewährten Programmen und Strukturen aufbauen, diese weiterentwickeln und sie in die Fläche bringen. Prävention und Gesundheitsförderung sind wichtige Bausteine für ein gesundes Leben und für unsere Gesellschaft, die zuallererst bei Kindern und Jugendlichen ansetzen müssen. Sie werden einhellig als gesamtgesellschaftliche Aufgabe beschrieben. In der komplexen föderal geprägten Struktur Deutschlands muss jeder entsprechend seiner Zuständigkeit aktiv werden. Hier kommt dem ÖGD eine wichtige Rolle zu.

Die oben benannten Bereiche zeigen nur beispielhaft, welche wichtige Aufgaben der ÖGD hat und wo er mit den Themenbereichen des Bundesgesundheitsministeriums vernetzt ist. Ein leistungsfähiger Öffentlicher Gesundheitsdienst ist und bleibt wichtig für Deutschland. Vieles, wofür der ÖGD steht, ist mittlerweile selbstverständlich geworden. Aber es geht um mehr. Es geht darum, un-

sere Lebensbedingungen weiter zu verbessern und nachhaltig zu gestalten. In Zeiten knapper Ressourcen ist dies eine große Herausforderung. Auf Bundesebene ist es mit dem Projekt RKI 2010 gelungen, einen wichtigen Schritt hin zum Auf- und Ausbau des RKI als dem zentralen Bundesinstitut für die Gesundheit der Bevölkerung zu machen. Für den ÖGD besteht – wie auch in anderen Bereichen – aktuell insbesondere das Problem, freiwerdende Arztstellen qualifiziert zu besetzen. Zunehmend können Facharztstellen (und diese sind durchgehend im ÖGD gefordert) nicht oder nur dann besetzt werden, wenn die Kollegen bereit sind, erhebliche Einkommenseinbußen im Vergleich zur Klinik in Kauf zu nehmen – und das, obwohl gerade hier eine breit gefächerte Lebens- und Berufserfahrung vorausgesetzt wird. Trotz aller Sparzwänge: Insbesondere auf kommunaler Ebene müssen die Anstrengungen verstärkt werden, den ÖGD weiter handlungsfähig zu halten und ihn, wo erforderlich, weiter auszubauen. Nur dann kann er auch in Zukunft seinen Beitrag zum Gesundheitswesen in Deutschland leisten. □

Staatssekretär Stefan Kapferer,
Bundesministerium für Gesundheit,
Berlin

Das Kreisgesundheitsamt

Grundlegender Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens

1. Gesundheitswesen in Deutschland

Das Gesundheitswesen in Deutschland ist weltweit eines der leistungsfähigsten Systeme medizinischer und pflegerischer Versorgung. Diese Einschätzung ist nach wie vor zutreffend. Auch wenn es im Detail berechnete Kritik an einzelnen Leistungen geben mag und auch wenn es trotzdem regelmäßig Reformnotwendigkeiten gibt, die die Arbeit der für Gesundheit zuständigen Bundesminister in den vergangenen Jahrzehnten in Deutschland geprägt und regelmäßig zu den weniger beliebten Politikern gemacht hat.

Das deutsche Gesundheitswesen ist historisch aus fürsorglichen wie aus ordnungsrechtlichen Wurzeln gewachsen und daher politisch wie rechtlich zerklüftet ausgestaltet. Der in der politischen Diskussion stets präsente, weil fast alle Bürger unmittelbar betreffende Regelungs- und Gestaltungsbereich ist die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und das hierzu maßgebliche Bundesrecht, das Fünfte Buch So-

Von Jörg Freese, Berlin

zialgesetzbuch (SGB V). In der öffentlichen Diskussion werden die strukturellen und finanziellen Fragen in aller Regel über das SGB V diskutiert und entschieden, dort werden die wesentlichen Weichen für die Leistungsansprüche von Versicherten und die Bezahlung der Leistungserbringer im Gesundheitswesen gestellt. Die private Krankenversicherung (PKV) ergänzt die GKV als zweite Säule der Krankenversicherung. Sie ist im Unterschied zur Sozialversicherung als kapitalgedeckte Versicherung ausgestaltet.

Im System von GKV und PKV sind neben den Krankenkassen und Krankenversicherungen die Leistungserbringer die wesentlichen Akteure im Gesundheitswesen. Hierbei handelt es sich um einen technischen, wenig bildhaften Sammelbegriff. Es geht nämlich bei den „Leistungserbringern“ um viele verschiedene Akteure, die auch sehr

unterschiedlichen Systemlogiken unterliegen. Die Spannweite dieser Akteure reicht dabei von dem in Einzelniederlassung praktizierenden Hausarzt über Gemeinschaftspraxen von Allgemeinmedizinern und Fachärzten über medizinische Versorgungszentren, Spezialambulanz, Laboratorien bis hin zu Krankenhäusern der Regelversorgung oder Kliniken für die hoch spezialisierte stationäre Versorgung. Dies ist aber nur ein kleiner Ausschnitt der Akteure und Leistungsempfänger im Gesundheitswesen, insbesondere die zahlreichen weiteren Leistungen im Bereich von therapeutischen Angeboten soll hier noch erwähnt werden.

Ein weiterer wichtiger „Leistungserbringer“ ist gerade aus Sicht der Landkreise der Rettungsdienst. Dieser wird häufig von Landkreisen selbst betrieben oder von Organisationen im Auftrag des Landkreises. Die Krankenkassen tragen in unterschiedlicher Form die Kosten für die Rettungseinsätze nach Maßgabe des jeweiligen Landesrechts, dennoch sind hier die Landkreise in fast allen Bundesländern maßgeblich ein-

gebunden und öffentliche Träger des Rettungsdienstes. Bundesrechtlich ist der Rettungsdienst bislang aber nur ein „sonstiger Leistungserbringer“. Das Rettungswesen in seiner wesentlichen Ausgestaltung, insbesondere in Fragen der Hilfsfristen und der Ausschreibungsmodalitäten usw., ist bundesrechtlich einer Regelung nicht zugänglich, sondern ist nach der Kompetenzordnung des Grundgesetzes Ländersache¹⁾. Im Rettungswesen laufen daher bundesrechtliche Regelungskompetenz (die sich nur auf die Kostenübernahme für Leistungen durch die Krankenkassen bezieht) und landesrechtliche Kompetenz zusammen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt den weiteren wesentlichen Leistungsbereich des deutschen Gesundheitswesens dar, der deutlich seltener in der öffentlichen Wahrnehmung, insbesondere einer bundesweiten Öffentlichkeit, steht. Der ÖGD unterliegt der Gesetzgebungskompetenz der Bundesländer, die auch hiervon in unterschiedlicher Weise Gebrauch gemacht haben. Flächendeckend ist die Aufgabe des ÖGD auf die Kreisebene, also die Landkreise und kreisfreien Städte übertragen. Dabei ist der Grad der Übertragung sehr unterschiedlich.²⁾

2. Schwerpunktthemen des ÖGD in Vergangenheit und Gegenwart

Trotz der landesrechtlichen Gesetzgebungskompetenz und der sehr unterschiedlichen Wahrnehmung dieser Gestaltungsaufgabe der Landesgesetzgeber haben sich gemeinsame Entwicklungslinien in den vergangenen Jahrzehnten ergeben. In der Zeit des Nationalsozialismus, die in hohem Maße in vielen öffentlichen Bereichen von Zentralismus geprägt war, ist 1934 auch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens entstanden. Mit dem Ziel einer zentralen staatlichen Lenkung wurden Organisation und Durchführung von staatlicher Gesundheitsaufsicht und bis dato kommunaler Gesundheitsfürsorge auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zusammengefasst. Hier findet sich auch bereits der Begriff des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der in seinem Leistungsspektrum gleichzeitig der Ordnungs- wie Leistungsverwaltung zuzuordnen ist, ohne dabei originäre administrative exekutive Zuständigkeit in den genannten Bereichen zu haben³⁾.

Auf dieser historischen Grundlage wurden in den Ländern in der Bundesrepublik Deutschland von 1949 bis 1990 die Gesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst herausgebildet und stetig weiterentwickelt. Gemeinsam ist ihnen allen geblieben, dass die Gesundheitsämter auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte organisiert sind und weiterhin zentrale ordnungsbehördliche und gesundheitsfürsorgliche Aufgaben wahrnehmen. Wie ausgeführt (siehe Fußnote 2) ist der staatliche Einfluss in den

meisten Ländern auf die Fachaufsicht beschränkt.

In der DDR blieb es ab 1949 bei einer staatlichen Organisationsform des Gesundheitswesens. Zwar waren auch hier zentrale Leistungen des Gesundheitswesens auf der Kreisebene angesiedelt. Aber die Aufgabenerfüllung war nicht einmal direkt den damaligen Räten der Kreise⁴⁾ zugeordnet, sondern das Gesundheitswesen spielte in der DDR eine eigenständige Rolle. Erst mit Vollendung der Deutschen Einheit am 3.10.1990 wurden die Teile des Gesundheitswesens der DDR, die dem klassischen Aufgabenverständnis des ÖGD entsprachen, in die Verwaltungen der Landkreise und kreisfreien Städte eingegliedert und damit Bestandteil der Kommunalverwaltung.

Einige der zentralen Aufgabenfelder des ÖGD sind:

- Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten,
- sozialmedizinische Untersuchungen,
- (Reihen-)Untersuchungen insbesondere im Kinder- und Jugendalter, bspw. zum Schuleintritt,
- Hygieneüberwachung von verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens, bspw. Krankenhäuser, Pflegeheime u.ä. (Umfang ist landesrechtlich unterschiedlich ausgestaltet),
- Aufklärung und Vorbeugung sowohl bei übertragbaren Krankheiten als auch insbesondere im Hinblick auf Prävention von Krankheiten,
- Aufsicht über Gewerbetreibende, die jedenfalls teilweise Medizinprodukte u.ä. verkaufen,
- zahnmedizinische Gruppenprophylaxe sowie
- sozialpsychiatrische Dienste.

Diese Aufzählung ist nicht vollständig⁵⁾ und auch nicht in allen Bundesländern im Detail identisch. Sie zeigt aber exemplarisch die Vielfalt der Aufgaben der Gesundheitsämter in den Landkreisen und kreisfreien Städten. In den Landkreisen kommt noch hinzu, dass hier eine enge Zusammenarbeit nicht nur innerhalb der Verwaltung – wie dies bei den kreisfreien Städten möglich ist –, sondern auch mit den Verwaltungen der kreisangehörigen Städte und Gemeinden erfolgen muss. Man denke nur an Hygienefragen bei öffentlichen Veranstaltungen der Gemeinden, Untersuchungen gemeindlicher Badegewässer usw.

3. Probleme und Gefahren

Wie der gesamte medizinische Sektor unterliegt auch die Entwicklung des ÖGD am Beginn des zweiten Jahrzehnts des 21. Jahrhunderts erheblichen Gefährdungen. So findet der allgemein und zu Recht beklagte Ärztemangel auch seinen Niederschlag bei der Gewinnung von Nachwuchsmedizinern für die Kreisgesundheitsämter.

Dabei ist hier das Ende der problematischen Entwicklung noch nicht erreicht. Denn in Deutschland gibt es bei bundesweiter Betrachtung derzeit noch ausreichend Ärzte. Deren konkrete Ansiedlung vor Ort sowohl in freier Niederlassung als auch in Krankenhäusern wie im ÖGD führt jedoch schon jetzt zu massiven Schwierigkeiten in manchen Regionen. Ein auch in bundesweiten Zahlen feststellbarer Ärztemangel wird sich allerdings schon in wenigen Jahren immer stärker zeigen, was nicht zuletzt auch in den Gesundheitsämtern zu erheblichen weiteren zusätzlichen Problemen führen könnte, wenn nicht auf vielen Ebenen gegengesteuert wird.

Das Präsidium des Deutschen Landkreistages hat dieses Problem erkannt und auf Vorschlag des DLT-Gesundheitsausschusses im September 2010 ein Papier zur Sicherung der Arbeitsfähigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes verabschiedet (in diesem Heft, S. 85).

Insgesamt befindet sich die Medizin sowohl im ärztlichen wie auch im nicht ärztlichen Bereich zudem in einem erheblichen Konkurrenzverhältnis zu anderen Branchen, die einen aufwachsenden Bedarf an Fachkräften haben, beispielsweise im Bereich der Altenpflege oder der Kindertagesbetreuung. Derzeit wird deshalb auch versucht, finanzielle Anreize für junge Ärzte zu setzen, sich zum Facharzt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst weiterzubilden und damit perspektivisch ein Berufsleben in Gesundheitsämtern anzustreben⁶⁾. Dies ist einerseits nachvollziehbar, insbesondere im Hinblick auf die Konkurrenz mit anderen Arbeitgebern wie Krankenhäusern oder dem

¹⁾ Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich einstimmig für eine Regelung des Rettungsdienstes als eigenständiges Leistungssegment im SGB V ausgesprochen und einen Prüfauftrag erteilt (Beschluss vom 1.7.2010, TOP 5.5).

²⁾ Eine rein staatliche Aufgabenwahrnehmung gibt es in Bayern, aber die Gesundheitsämter sind in die Landratsämter und Stadtverwaltungen organisatorisch eingebunden. Eine Aufgabenübertragung auf die Stadt- und Landkreise ist bspw. in Baden-Württemberg erfolgt, allerdings sind die Ärzte Staatsbeamte. Die weitaus meisten Länder haben die Aufgaben des ÖGD den Landkreisen im übertragenen Wirkungskreis (Aufgaben zur Erfüllung nach Weisung, je nach landesrechtlicher Formulierung) zugewiesen. Hier wird dann eine entsprechende Fachaufsicht ausgeübt. Selbstverwaltungsfreundlich ist das Recht bislang in Schleswig-Holstein geregelt. Die Aufgaben des ÖGD stellen Selbstverwaltungsaufgaben dar, die nur der Rechtsaufsicht unterliegen. Hier wird es aber Änderungen geben, so dass ein wichtiger Teil der Aufgaben zukünftig zur Erfüllung nach Weisung übertragen sein werden.

³⁾ Vgl. Müller, Wolfgang, Entwicklungslinien öffentlicher Gesundheit in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland, in: Engagement für die Gesundheit der Bevölkerung, 2010, S. 51. Herausgeber: Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

⁴⁾ Dabei ist zu beachten, dass die Räte der Kreise in der DDR Bestandteile der staatlichen Organisation der DDR waren und den Weisungen der Bezirke und des Zentralstaats unterstanden. Sie sind daher nicht mit den heutigen Landkreisen als Selbstverwaltungskörperschaften mit eigenständigen Rechten und Pflichten gleichzusetzen.

⁵⁾ Zu den wesentlichen Aufgaben vgl. Darstellung Teichert-Barthel in diesem Heft, S. 79 f.

⁶⁾ Vgl. hierzu Teichert-Barthel, Fn. 5.

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. Allerdings bedarf es vor allem auch anderer Maßnahmen, die die Attraktivität von Landkreisen als Lebensraum und als Arbeitgeber erhöhen, nicht nur, aber auch für Ärzte. Zudem muss das Vergütungsgefüge innerhalb der Verwaltung dabei ausgewogen bleiben. Demzufolge setzt auch das DLT-Positionspapier etwas breiter an.

4. Möglichkeiten und Grenzen der weiteren Entwicklung des ÖGD

Die Diskussion in der Politik in den vergangenen Jahren hat immer wieder deutlich gemacht, dass vom Öffentlichen Gesundheitsdienst tendenziell mehr erwartet wird, als er aktuell zu leisten vermag. Daher ist auch ohne die Neuzuweisung von Aufgaben eine Konsolidierung des ÖGD vonnöten. Hierzu bedarf es aber endlich einer hinreichenden finanziellen Ausstattung der kommunalen Ebene insgesamt. Nur dann wird es gelingen, auch die Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Zukunft sachgerecht und umfassend zu erfüllen.

Aktuelle politische Diskussionen in den vergangenen Jahren haben gezeigt, dass die Erwartungen z.B. im Kinderschutz nicht nur an die Jugendämter, sondern auch an die Gesundheitsämter durchaus beachtlich sind. Dass es hierbei erhebliche, bereits genutzte Synergieeffekte gibt, insbesondere wenn – wie zumeist – sowohl Jugendamt als auch Gesundheitsamt innerhalb einer Verwaltung zusammenwirken, haben Untersuchungen im Rahmen des nationalen Zentrums Frühe Hilfen bereits ergeben⁷⁾. Dennoch bemühen sich nun seit Jahren sowohl der ÖGD als auch die Kinder- und Jugendhilfe um eine noch stärkere gemeinsame Aufgabenwahrnehmung in Bereichen, in denen beide Systeme aktiv gefragt sind. Aber auch hier bedarf es einer aufgabengerechten Finanz- und Personalausstattung, die angesichts der finanziellen Rahmenbedingungen der Landkreise kurzfristig nicht zu erfüllen sein wird.

Zu erwarten ist zudem auch, dass in der laufenden Gesetzgebungsperiode des Deut-

schen Bundestages die Bemühungen um ein Präventionsgesetz fortgesetzt und ggf. auch zu einem dieses Mal erfolgreichen Ende geführt werden könnten. Ob es hierbei gelingt, nicht allein die Krankenkassen als zentrale Akteure der Prävention gesetzlich aufzuwerten und auch entsprechend – womöglich mit Steuermitteln – zusätzlich zu finanzieren, sondern diese Aufgabe sinnvollerweise vor Ort wahrzunehmen, ist noch völlig offen. Die Landkreise sind einerseits die richtige Ebene, in der bürgernahen Prävention verstärkt tätig zu werden. Aber es besteht die Gefahr, dass eine mögliche Zuweisung neuer Aufgaben zum ÖGD zum einen personell schwer umzusetzen ist⁸⁾, zum anderen wäre die hinreichende Finanzierung zusätzlicher Präventionsaufgaben nicht gesichert. Dennoch ist es sinnvoll, die stärkere Prävention und Gesundheitsförderung nicht auf der Ebene einer – möglicherweise bundeszentral organisierten – Krankenkasse anzusiedeln, sondern vor Ort entsprechende Einwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten zu eröffnen. Ob die Bundesregierung wie angekündigt nach gescheiterten Anläufen unter verschiedenen Koalitionsbedingungen in der Amtszeit von Bundesministerin *Ulla Schmidt* in dieser Legislaturperiode einen Gesetzgebungsversuch unternommen wird, bleibt abzuwarten.

Ein weiteres aktuelles Beispiel war die „Schweinegrippe“ im Winter 2009/2010, aktuell aber auch wieder seit Januar 2011 mit zunächst einzelnen Fällen. Hier kam und kommt es zwingend auf die koordinierende Hand des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an, insbesondere in den Landkreisen, in denen der niedergelassene Allgemeinarzt nicht unbedingt im selben Dorf wie seine Patienten anzutreffen ist, musste das jeweilige Gesundheitsamt intensiv tätig werden – koordinierend und/oder aktiv impfend. Dank des glimpflichen Verlaufs der Influenza jedenfalls im Winter 2009/2010 waren alle staatlichen Ebenen in der Lage, ihr Zusammenspiel hier auf den Prüfstand zu stellen und auch für die Zukunft weiter zu verbessern.

Eine weitere Entwicklungslinie ist die Krise der Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Versorgung mit ambulanten medizinischen Leistungen, vorrangig im ländlichen Raum. Es gelingt längst nicht mehr flächendeckend, eine ausreichende medizinische Versorgung sicherstellen. Auch aus diesem Grund hat der Deutsche Landkreistag mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Rahmenvereinbarung zur Kooperation geschlossen⁹⁾ und zudem seine Vorstellungen zur Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum zusammengefasst. Dabei geht der DLT davon aus, dass jedes System originär seine eigenen Aufgaben erfüllt, ohne auf unmittelbare finanzielle Unterstützung des anderen Systems zu setzen. Auf dieser Grundlage ist dann auch eine Zusammenarbeit und Optimierung der Versorgung in den Landkreisen möglich. Eine zentrale Forderung des DLT ist allerdings, dass die Landkreise zukünftig wesentlich stärker bei der Versorgungsplanung und deren Umsetzung eingebunden werden. Auch hierfür ist Know-how in der Kreisverwaltung erforderlich, das u.a. im Gesundheitsamt angesiedelt werden kann, wenn die Querverbindungen zur medizinischen Kompetenz dort gesucht werden. Es ist auch eine andere organisatorische Einbindung innerhalb der Kreisverwaltung denkbar, unabhängig davon wird aber das Gesundheitsamt erster Ansprechpartner sein, wenn es um medizinische Fragen geht.

Das Gesundheitsamt ist daher – wie es auch der Titel dieses Hefts unserer Fachzeitschrift „Der Landkreis“ zeigt, integraler und vitaler Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens. Hierbei muss es bleiben. □

Jörg Freese, Beigeordneter
beim Deutschen Landkreistag, Berlin

⁷⁾ Ergebnisüberblick zum Projekt „Bundesweite Bestandsaufnahme zu Kooperationsformen im Bereich Früher Hilfen“, Deutsches Institut für Urbanistik, März 2009.

⁸⁾ Bei Präventionsaufgaben handelt es sich aber zumeist nicht zwingend um von Ärzten zu erfüllende Aufgaben.

⁹⁾ In Kraft seit 1.11.2010.

Das Erkennen, Bekämpfen und Verhüten von Infektionskrankheiten

Das Robert Koch-Institut (RKI) ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit. Seine Aufgabe ist die Erkennung, Bekämpfung und Verhütung von Krankheiten, insbesondere von Infektionskrankheiten. Das setzt eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen den zuständigen Behörden auf Bundes-, Landes- und Kreisebene und dem RKI voraus, das auch den gesetzlichen Auftrag hat, wissenschaftliche Erkenntnisse

Von Dr. Cornelia Adlhoch, Dr. Irene Schöneberg und Dr. Justus Benzler, Berlin, sowie Dr. Gerhard Fell und Daniel Brandau, Hamburg

als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen zu erarbeiten. Das geschieht u.a. durch die wissenschaftliche Untersuchung und die epidemiologische Analyse

und Bewertung von Krankheiten mit besonderer Gefährlichkeit, hohem Verbreitungsgrad oder großer öffentlicher oder gesundheitspolitischer Bedeutung. Die Aufgaben des RKI im Bereich des Infektionsschutzes sind im Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz, IfSG¹⁾) geregelt. Ein wichtiger Punkt ist da-

¹⁾ Siehe im Internet unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html>.