

KVWL - 44127 Dortmund

An den
Präsidenten des Landtags NRW
Herrn Ulrich Schmidt
Platz des Landtags 1

Vorstand

40221 Düsseldorf

Ihr Ansprechpartner: Dr. Boroeh
Durchwahl: 0231/9432-233
Telefax: 0231/9432-133

Ihre Nachricht vom: 24.9.97

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: L23/HI.

Datum: 01.10.97

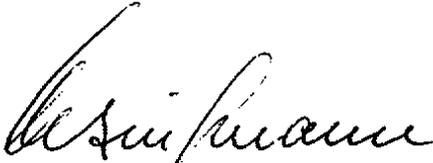
**Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
- Drucksache 12/2340 -**

**Stellungnahme zur Öffentlichen Anhörung der Sachverständigen
Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und
Gemeinden in Nordrhein-Westfalen**

Sehr geehrter Herr Präsident,

in der Anlage übersenden wir Ihnen die gemeinsame Stellungnahme der
Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein.

Mit freundlichen Grüßen


Dr. Oesingmann
1. Vorsitzender



Hausanschrift:

(für Waren und Paketlieferung)
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Robert-Schirmitz-Str. 4-6, 44141 Dortmund
Telefon: 0231/9432-0

Deutsche Apotheker- und Ärztebank
Kto.-Nr. 0 002 613 123 (BLZ 440 606 04)

Wir haben die gleitende Arbeitszeit
Regelarbeitszeit:
Mo. - Do. 8.00 bis 17.00 Uhr
Fr. 8.00 bis 14.00 Uhr

**Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigungen des Landes NRW
zum Entwurf eines Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit
der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen**

1. Die Grundidee des Gesetzentwurfs zur Stärkung der Selbstverwaltung und des Prinzips der Subsidiarität sowie der finanziellen Entlastung der Kommunen wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen bejaht: Auch der Öffentliche Gesundheitsdienst muß sich in einer wandelnden Gesellschaft an die veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Mehr Flexibilität auf seiten der Gesundheitsämter ist erforderlich, gleichzeitig müssen aufgrund der bestehenden restriktiven Haushaltslage vorhandene Einspar- und Wirtschaftlichkeitspotentiale ausgeschöpft werden.

2. Diese Ziele werden u.E. durch die Aufnahme von Artikel 3 ÖGDG in das Artikelgesetz nicht erreicht: Seine Umsetzung führt nicht zur finanziellen Entlastung der Kommunen. Die beschriebenen "modernen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes" beinhalten eine Erweiterung vorhandener Handlungs- und Gestaltungsspielräume, die aus Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung auch mit Konsequenzen für den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden sind:

2.1 § 2 überträgt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Diese offenkundig bewußt weit gefaßte Aufgabenstellung bezieht bei konsequenter Auslegung auch die ambulante kurative ärztliche Behandlung mit ein. Dieser Eindruck verstärkt sich, wenn dem ÖGD ausdrücklich eine Mitwirkung an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung eingeräumt werden soll. Der Hinweis, daß mit der Übernahme neuer Aufgaben der Sicherstellungsauftrag der KVen nicht berührt wird, findet sich an keiner Stelle des Gesetzestextes. Der Landesgesetzgeber greift damit in verfassungsrechtlich bedenklicher Weise in die alleinige Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers ein.

2.2 Mit den §§ 4 Abs. 1 und Abs. 2. sollen Regelungen eingeführt werden, die in unzulässiger Weise die Handlungsspielräume des ÖGD deutlich zuungunsten der Kassenärztlichen Vereinigungen ausweiten und deren Sicherstellungsauftrag aushöhlen: Nach § 4 Abs. 1 sollen Gesundheitsämter die Möglichkeit erhalten, Versorgungsleistungen dann zu erbringen, "soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist." Dies bedeutet in letzter Konsequenz, daß das Gesundheitsamt zukünftig nach einer entsprechenden Defizitemittlung nach eigenem Ermessen tätig werden kann. Dabei bleibt völlig offen, auf welcher sachlichen Grundlage solche Versorgungs- und Koordinationslücken festgestellt werden können. Auf eine gesetzliche Definition kann offenkundig nicht zurückgegriffen werden. Es bleibt somit dem ÖGD allein überlassen, festzustellen, in welchem Umfang oder in welchem Zeitraum eine medizinisch-soziale Versorgung als nicht gewährleistet anzusehen ist. Dabei bleibt ebenfalls völlig offen, auf welcher Rechtsgrundlage und nach welchen Grundsätzen die Rechnungslegung erfolgen soll.

2.3 Eine aus unserer Sicht ebenfalls ablehnend zu bewertende Ausweitung der Kompetenzen bei der Leistungserbringung des ÖGD beinhalten zudem die §§ 6, 15, 16 und 23. Sowohl in den in § 6 benannten zukünftigen Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als auch in § 23 wird den Gesundheitsämtern die Kompetenz und die Berechtigung im Bereich der Vernetzung und Koordination als vorrangige Aufgabe festgeschrieben. Über eine zweifelsohne bestehende Mitverantwortung der Gesundheitsämter hinaus werden z.B. Aufgaben im Bereich der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen definiert, die Funktionen und Kompetenzen der niedergelassenen Ärzteschaft berühren. Die im vorliegenden Entwurf weiterhin fehlende begriffliche Abgrenzung der Gesundheitshilfen (§§ 15 und 16) läßt für ein weiteres Voranschreiten des ÖGD viel Raum, der Personenkreis der zu Beratenden bzw. Bedürftigen ist vage bzw. sehr weit definiert und beinhaltet prinzipiell die Betreuung jedes chronisch Erkrankten. Mit der Definition erweiterter Beratungs- und Handlungskompetenzen schreitet das Fürsorgeprinzip weiter voran, das Subsidiaritätsprinzip wird untergraben.

2.4 Die Kassenärztlichen Vereinigungen lehnen die gesetzliche Legitimierung zur Etablierung kommunaler Gesundheitskonferenzen in § 24 ÖGDG entschieden ab. Die Erprobung neuer Wege im Rahmen einer "ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" war Gegenstand eines vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales geförderten und bis 1998 finanzierten Modellvorhabens. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wurde auch nicht annähernd der Beweis erbracht, daß regionale Gesundheitskonferenzen einen Beitrag zur Straffung von Entscheidungsprozessen und zur Verbesserung von Effizienz und Effektivität der gesundheitlichen Versorgung leisten können. Aus anderen Kontexten liegen wissenschaftliche Hinweise dafür vor, daß Kooperationslösungen nicht grundsätzlich "besser" als Ergebnisse individueller Entscheidungen und Dispositionen sind. Dies dürfte auch für den Bereich der ambulanten Versorgung gelten, da Therapie- und Behandlungsmethoden nicht standardisierbar sind und stets auf den einzelnen Fall zugeschnitten werden müssen.

Darüber hinaus handelt es sich bei den regionalen Gesundheitskonferenzen nicht um ein Steuerungsinstrument, das auf Dezentralisierung zielt. Ganz im Gegenteil, mit der kommunalen Planung und Koordination werden die Handlungsspielräume der Leistungserbringer - wenn auch zunächst auf freiwilliger Basis - erheblich eingeschränkt. Mit dem neuen Gesetz wird die Teilnahme der Leistungserbringer an den Runden Tischen de facto zwingend, denn dem zuständigen Ministerium wird über § 29 Abs. 5 die Möglichkeit eingeräumt, Einfluß auf die Zusammensetzung der kommunalen Gesundheitskonferenzen zu nehmen.

3. Fazit: *Eine Ablösung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1934 durch ein Gesetz, das die Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Übereinstimmung mit geltenden Vorschriften des selbstverwalteten Gesundheitswesens vorsieht, ist angesichts weitreichender sozialstruktureller Veränderungen in der Gesellschaft und hinsichtlich Veränderungen des Krankheitspanoramas überfällig.*

Der vorliegende Entwurf wird diesen Anforderungen nicht gerecht. Seine Umsetzung ist mit dem Sicherstellungsauftrag der KVen nicht zu vereinbaren. Er kollidiert in der vorliegenden Form mit eindeutigen Regelungen des SGB V, widerspricht Absprachen auf der Ebene des Landesministeriums und wurde auf der Basis von Instrumenten konzipiert, deren Zuverlässigkeit und Gültigkeit nicht hinreichend bewährt sind.

Seine politische Wünschbarkeit im Rahmen der Selbstverpflichtung zur Erfüllung von Koalitionsvereinbarungen ist nachvollziehbar, die angeführten Zielsetzungen von Dezentralisierung, Subsidiarität und Kostenneutralität werden allerdings dabei auch nicht annähernd erfüllt. In letzter Konsequenz ebnet es den Weg zu einem Mehr an staatlicher Einflußnahme in Bereichen, die Bestandteil der Eigenverantwortung und Kompetenzen sowohl der Institutionen des selbstverwalteten Gesundheitswesens als auch der Patienten sind. Aus Sicht der Kassenärztlichen Vereinigungen ist er mit Entschiedenheit abzulehnen.