

Dr. med. Jan Leidel  
Ltd. Medizinaldirektor

Arzt für Mikrobiologie  
u. Infektionsepidemiologie

Aachener Str. 1313  
50859 Köln

dienstlich: Gesundheitsamt  
Neumarkt 15-21  
50667 Köln  
Tel. 02 21/221 47 55

Der Präsident des Landtags  
Nordrhein-Westfalen  
z. Hd. Herrn U. Schmidt  
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

vorab per Fax: 0211/884-30 13

06.10.1997



**Öffentliche Anhörung zum Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise,  
Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen  
hier: Abschnitt III, Artikel 3 des Gesetzentwurfs**

Sehr geehrter Herr Schmidt,

anliegend übersende ich Ihnen meine Stellungnahme zu dem o. g. Gesetzentwurf.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Leidel

**Stellungnahme zu Artikel 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen**  
(Dr. J. Leidel)

Zum besseren Verständnis möchte ich - in der gebotenen Kürze - meiner Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst einige wenige Bemerkungen zu den Rahmenbedingungen öffentlicher Gesundheit vorausschicken:

Vor allem zwei Gründe, die auch heute noch Gültigkeit haben, führten in den Städten des Mittelalters zur Entwicklung öffentlicher Gesundheitsleistungen - und damit zur Entstehung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) überhaupt:

Zum einen war dies die Erkenntnis, daß Gesundheit nicht nur für das Individuum, sondern auch für das Gemeinwesen von Bedeutung ist. Ein Mindestmaß an Gesundheit der Bevölkerung ist eine unabdingbare Voraussetzung für Produktion, Handel, kulturelles Leben und vieles mehr. Es gab seitdem und gibt noch ein gesellschaftliches Interesse an bevölkerungsbezogenem Gesundheitsschutz und an Gesundheitshilfen für bestimmte Bevölkerungsgruppen.

Zum anderen war es der gleichfalls trotz aller gegenwärtiger Deregulierungsdiskussionen fortbestehende Ordnungsbedarf komplexer Gemeinwesen. Die Einhaltung der Ordnungsvorstellungen, denen die die Heilkunde ausübenden Personen - wie andere Berufsgruppen auch - unterworfen wurden, mußte ebenso überwacht werden wie die Einhaltung allgemeiner Regeln formalen sozialen Handelns, wie sie etwa in Markt- und Stadtordnungen oder in Vorschriften für Krankenhäuser und andere Einrichtungen des Gesundheitswesens Auswirkungen auch und gerade auf die öffentliche Gesundheit hatten und haben.

Dieser Doppelansatz von Sicherung der öffentlichen Gesundheit einerseits und ordnungsrechtlicher Aufsicht über die Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens andererseits findet sich folgerichtig auch heute noch - mehr oder minder modifiziert - in den Aufgabekatalogen der Gesundheitsämter. Dabei wird das dialektische Paar von Gesundheitschutz und Medizinalaufsicht, von Hilfe und Kontrolle vielfach - so auch im vorliegenden Gesetzentwurf - in einem unserem heutigen Verständnis besser entsprechenden Dienst der Qualitätssicherung für Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie einem Dienst des gesundheitlichen Umwelt- und Verbraucherschutzes gleichsam „aufgehoben“.

Die heutige Finanznot von Staat und Kommunen erinnert mich mitunter an die wirtschaftliche und soziale Lage in der Endphase der Weimarer Republik. Auch damals erschien die gesamte Sozialpolitik mitsamt den Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes als zu kostspielig. Sowohl das Reich als auch die Einzelstaaten versuchten, die Finanzkrise auf Kosten der Kommunen zu überwinden. Um den Staatshaushalt zu entlasten, wurden - wie heute wieder - immer mehr staatliche Leistungen auf die Kommunen übertragen.

In dieser Situation stellten sich seinerzeit aber die Kommunen ganz explizit ihrer Verpflichtung für die kommunale Gesundheitssicherung. 1928 richtete der Deutsche Städtetag eine „Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände auf dem Gebiete des Gesundheitswesens“ ein. Und der Geschäftsführer dieser Arbeitsgemeinschaft prägte 1930

den bemerkenswerten Satz, daß die „Führung der Gesundheitsfürsorge bei den Gemeinden liegt und liegen muß.“

Dies ist heute ganz anders. In der Zielhierarchie und Prioritätensetzung vieler Kommunen rangiert die Sicherung der öffentlichen Gesundheit, rangieren Patientenschutz und gesundheitlicher Verbraucherschutz eher auf einem der hinteren Plätze. Kreise und kreisfreie Städte sehen sich angesichts einer Fülle von für wesentlicher gehaltenen Aufgaben außer Stande, zeitgemäße Formen kommunaler Gesundheitshilfen sowie Gesundheitsschutz und Medizinalaufsicht in angemessener Weise zu finanzieren. Erste Auswirkungen dieser heutigen Geringschätzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden für den aufmerksamen Beobachter ja auch in der Zunahme übertragbarer Krankheiten, im von den „Kräften des Marktes“ nur unzureichend regulierbaren Wildwuchs gesundheitlicher und sozialpflegerischer Angebote von mitunter zweifelhafter Qualität und in der zunehmenden Schärfe sozialer wie gesundheitlicher Notlagen bereits erkennbar.

Zur Zeit werden alle fachlich-inhaltlichen Diskussionen über eine Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch das Argument der Kostenneutralität zum Verstummen gebracht. Wobei man sich bei der Forderung nach Kostenneutralität bei der Finanzierung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes darüber im Klaren sein muß, daß die Gesundheitsämter und damit die Kommunen aus Kostengründen ohnehin unter der schönfärberischen Bezeichnung „Vollzugsdefizit“ nur allzu oft gegen die gültige Rechtsgrundlage des öffentlichen Gesundheitsdienstes, das Vereinheitlichungsgesetz von 1934 mit seinen drei Durchführungsverordnungen, verstoßen haben.

Wer in dieser schwierigen Situation den Versuch unternimmt, den Vorschlag eines neuen Gesundheitsdienstgesetzes in die parlamentarische Diskussion einzubringen und so der Peinlichkeit einer von 1934 datierenden Rechtsgrundlage mit ihrer verstaubten Diktion und ihren überholten Bestimmungen ein Ende zu setzen, hat Anerkennung verdient. Hierzu bedarf es sicher einer gehörigen Portion politischen Verantwortungsgefühls und Mut. Im Grunde sind die Zeiten zu schlecht für gute Gesetze.

Es darf daher auch nicht verwundern, wenn der nunmehr zur Diskussion stehende Entwurf alle Merkmale eines Kompromisses aufweist, eines Kompromisses, der mir jedoch alles in allem durchaus gelungen und tragfähig zu sein scheint.

Es ist einerseits bedauerlich, wie wenig verbindlich der Aufgabenkatalog für die Gesundheitsämter formuliert wurde. Allzuoft finden sich Formulierungen, die an das gelegentlich geradezu als „Hinwirkungsgesetz“ verspottete Vereinheitlichungsgesetz von 1934 erinnern. Der vorgesehene Kreis der Aufgaben, die den Gesundheitsämtern als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung übertragen werden, ist unbefriedigend klein. Hierunter fallen nur noch

- die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten (§ 9),
- die Hygieneüberwachung von Einrichtungen des Gesundheitswesens (§ 17),
- die Überwachung der Berechtigung zur Berufsausübung durch Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens (§ 18 Abs. 2),
- die Erstellung amtlicher Bescheinigungen und Gutachten (§ 19) sowie
- die Überwachung des Arzneimittelverkehrs auf örtlicher Ebene (§ 20 Abs. 1).

Und auch bei diesen Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung darf man auf die Ausgestaltung der entsprechenden Weisungen gespannt sein. Nach meinen bisherigen beruflichen Erfahrungen vermute ich, daß der obersten Landesgesundheitsbehörde das Einvernehmen mit den Kommunen allemal wichtiger sein wird und wahrscheinlich sein muß als die Durchsetzung fachlich für notwendig gehaltener Standards.

Die übrigen Aufgaben sind zwar Pflichtaufgaben der Sache nach, der Umfang, in dem sie erfüllt werden, bleibt jedoch den örtlichen Gegebenheiten und Prioritätensetzungen überlassen. Vielfach erfolgt eine weitere Abschwächung des Aufgabenkatalogs durch einschränkende Formulierungen. So „soll“ das Gesundheitsamt die Arbeit von Selbsthilfegruppen fördern, es „kann“ entsprechende Kontakt- und Informationsstellen einrichten (§ 7 Abs. 3). Das Gesundheitsamt „trägt zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei“ (§ 9 Abs. 1). Es „kann“ zur Ergänzung von Vorsorgeangeboten ärztliche Untersuchungen durchführen (§ 12 Abs. 3). Es führt - „soweit erforderlich“ - zahnärztliche Untersuchungen durch (§ 13 Abs. 1). Die Liste von Beispielen solcher „weicher“ Vorgaben ließe sich erheblich verlängern. Angesichts der gegenwärtigen Finanznot und der zugleich bestehenden Geringschätzung öffentlicher Gesundheitsleistungen durch viele Kommunen kann man sich unschwer ausmalen, was dies konkret bedeutet.

Bei aller Kritik an der geringen Verbindlichkeit der Aufgabenzuweisung an die Gesundheitsämter ist mir durchaus bewußt, daß jede eindeutiger Formuierung ein Scheitern des Gesetzentwurfs am Widerstand insbesondere der kommunalen Spitzenverbände noch mehr als ohnehin schon in Kauf genommen hätte.

Wenn der Gesetzentwurf die Kreise und kreisfreien Städte als Träger der Gesundheitsämter m. E. also zu wenig dazu verpflichtet, einen modernen, leistungsstarken und an den gesundheitlichen Erfordernissen der Bevölkerung orientierten öffentlichen Gesundheitsdienst sicherzustellen, so hält er andererseits die Möglichkeit hierzu gleichwohl offen. Es wird nunmehr Sache der Kommunen sein müssen, den vorgegebenen Rahmen auszufüllen und festzulegen, welche Anforderungen sie selbst an einen modernen ÖGD stellen, der sein Handeln auf rationale Analysen stützt, auf Kooperation mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens setzt und sich sozialkompensatorisch der gesundheitlichen Bedürfnisse gerade auch der besonders hilfsbedürftigen Bevölkerungsgruppen annimmt.

Besonders bemerkenswert scheint mir in diesem Zusammenhang:

- die Anregung, neue Formen der Aufgabenwahrnehmung sowie neue Organisationsformen modellhaft zu erproben (§ 2 Abs. 4); dies eröffnet unter anderem die Möglichkeit, kommunale Zweckverbände auch auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes einzurichten,
- die Verpflichtung zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung (§ 21) u. a. als Grundlage für die Planung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung, als Richtschnur dafür, wo noch Einsparmöglichkeiten bestehen bzw. wo Akzente gesetzt werden müssen und zur Evaluation solcher Prioritätensetzungen,
- die Möglichkeit zur subsidiären Leistungserbringung einschließlich der subsidiären Behandlung zu Lasten der originär Kostenverpflichteten (§ 4),

12/1426

- die explizite, wiederholt vorhandene Aufforderung zur Sozialkompensation (§ 2 Abs. 2 Ziffer 2, § 11, § 14) sowie
- die rechtliche Verankerung kommunaler Gesundheitskonferenzen als Instrument zur Kooperation der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten und der betroffenen Bürgerinnen und Bürger (§ 24).

Dies alles sind Merkmale, die der gegenwärtigen Rechtsgrundlage von 1934 fehlen. Sie sind aber für eine zeitgemäße Ausgestaltung und Aufgabenerfüllung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zwingende Voraussetzung. Insoweit bietet der Gesetzentwurf eine Chance, die nicht leichtfertig verspielt werden sollte.

Tatsächlich besteht auch für die Kommunen ein Bedarf an einer regionalen Gesundheitsberichterstattung. Auf welcher Grundlage sollen sonst angesichts einer zunehmenden Verarmung von Bevölkerungsteilen Prioritäten gesetzt und evaluiert werden? Tatsächlich bedarf es auch für die Kommunen der Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen, in denen ein gesundheitspolitischer Diskurs systematisch entwickelt wird. Wie sonst sollen sie künftig im Konzert der Anbieter und Gestalter mitreden und ihre kommunalpolitischen Ziele umsetzen können?

Insgesamt enthält der vorgelegte Entwurf m. E. alle für einen neuzeitlichen und bürgernahen öffentlichen Gesundheitsdienst notwendigen Elemente. Er berücksichtigt dabei sowohl die Interessen der Gebietskörperschaften bei der gesundheitlichen Gestaltung der örtlichen Verhältnisse als auch die Interessen der Bürger und insbesondere der schwächeren unter ihnen. Aus diesem Grunde hoffe ich trotz meiner Kritik an der zu geringen Verbindlichkeit des Entwurfs, daß dieser Kompromiß eine parlamentarische Mehrheit finden wird.