

Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens
Nordrhein-Westfalen e. V.
Der Vorsitzende

Prof. (BG) Dr. med. Heiko Schneitler
Arzt für Innere Medizin und
Öffentliches Gesundheitswesen
- Sozialmedizin -

Düsseldorf, 09.10.1997
Köln Str. 180
40227 Düsseldorf
Telefon 0211/89-93531
Telefax 0211/ 89-29070

Vortrag v. 9.10.97

**Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und
Gemeinden Nordrhein-Westfalen**

hier: **Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und Bündnis 90/Die Grünen**
Landtagsdrucksache 12/2340
Anhörung im Landtag am 10.10.1997

*Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren,
ich bedanke mich für die Höflichkeit als Vertreter des
Landesverbands der Ärztinnen und Ärzte des ÖGD N.W. Ihre verantwortl.
Wohl von allen Verantwortlichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wird der
Angehörigen*

Wille des Landesgesetzgebers begrüßt, den Öffentlichen Gesundheitsdienst im
Lande Nordrhein-Westfalen den heutigen Erfordernissen entsprechend zu
gestalten und diese Anforderungen auch gesetzesmäßig zu fassen. Tatsächlich
sind zahlreiche Vorschriften des aktuell noch geltenden Gesundheitsverein-
heitlichungsgesetzes aus dem Jahre 1934 inhaltlich wie sprachlich überholt und
müssen durch ein neues Gesetz abgelöst werden. Alle Beteiligten an der
umfangreichen Diskussion der letzten 20 Jahre, die auch bereits die Grundlage
für die Leitlinien des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des
Landes Nordrhein-Westfalen 1993 bildete, werden den weiterentwickelten
Gesetzentwurf begrüßen.

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE

ZUSCHRIFT
12/1461

Alle Abg.

So wünschenswert im vorgelegten Entwurf

- weniger unbestimmte Rechtsbegriffe und
- eine bessere Präzisierung und größere Verbindlichkeit der einzelnen Begriffe, z.B. des Gesundheitsschutzes,

gewesen wären, so ist doch das Gesetz grundsätzlich zu begrüßen, das die Aufgaben der Gesundheitsämter landesweit verbindlich festlegt.

Erfreulich ist vor allem der 2. Abschnitt des Gesetzesentwurfes, in der die seit Jahren durch die Gesundheitsämter geübte Gesundheitshilfe klar formuliert wird. Die real bereits vorhandenen Notwendigkeiten überschreiten den vorgelegten Entwurf dabei schon heute bei weitem. Versorgt wird in unserem Staate glänzend, wer sich zu helfen weiß. Feststellung von Erkrankungen, Heilung und Linderung von Erkrankungen und Geburtshilfe werden im Bereich der GKV erfolgreich praktiziert. Die Gesundheitshilfe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beginnt dort, wo aus systematischen Gründen Teile der Bevölkerung nicht versorgt werden können und aus dem gesundheitlichen Netz der Regelversorgung fallen. Dies gilt vor allem für Gruppen mit abweichendem Gesundheitsverhalten, beginnend bei chronisch-psychisch Kranken, über Drogenabhängige, Obdachlose bis hin zu einem Teil der Gruppe der Hochbetagten. Es wird geschätzt, daß ein Drittel der Zwangsräumungen in Düsseldorf durch psychische Erkrankung bewirkt wird. Wer glaubt, daß der Nachbar Gift durch die Wand spritzt, wird die Kriminalpolizei aufsuchen, jedoch keinen niedergelassenen Arzt. Im Rahmen der täglichen Arbeit werden mir Fälle bekannt, wo Bürger seit Jahren die Wohnung nicht verlassen haben, wo Wohnungen vermüllen, Steckdosen wegen der Angst vor entweichenden Gasen abgeklebt werden, die Böden aufgeschnitten werden und vieles mehr. Geschätzt leidet 1 % der Bevölkerung an einer Schizophrenie, in Düsseldorf wären dies 6.000. Das Gesundheitsamt Düsseldorf versorgt trotz eines relativ gut ausgestatteten Sozialpsychiatrischen Dienstes insgesamt nicht ganz 3000 sonst nicht erreichbare psychisch Kranke, denen eben sonst nicht geholfen werden

könnte.

Die Zahl der Drogenabhängigen hat sich während meiner zwölfjährigen Tätigkeit in Düsseldorf wohl versechsfacht von 1000 auf 6000 mit immer größerer Verelendung, Wohnungslosigkeit und entsprechend steigender gesundheitlicher Problematik. Nur die Minderzahl dieser Patienten ist in einer niedergelassenen Praxis versorgbar und bedarf anders strukturierter Hilfe, wir versorgen z.B. 120 Methadon-Patienten.

In den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl der über 80-Jährigen in unserem Lande vervielfacht. Viele dieser Hochbetagten werden im herkömmlichen System, z.B. nach Schlaganfällen, vor allem sozial unzureichend rehabilitiert und sind in ihrer zunehmenden Vereinsamung nicht mehr in der Lage, sich der Hilfen unseres ausreichenden Gesundheitssystems zu bedienen.

Es mag dem Zeitgeist entsprechen, die Verschlankung des Staates zu fordern, den Problemen der Zeit wird dies nicht gerecht. Begrüßenswert ist deshalb diese Gesetzesvorlage mit der Definition der Schnittstellen und der Verpflichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, dort tätig zu werden, wo die Hilfe durch andere nicht geleistet werden kann. Sozialkompensatorisch muß der Öffentliche Gesundheitsdienst ergänzend tätig werden, um ^{neben} dem Sicherstellungsauftrag der KV ^{Hilfen} auch für die zu sichern, die durch die niedergelassene Praxis nicht erreicht werden, eine entsprechende Refinanzierung muß erfolgen.

Es ist begrüßenswert, daß der Landesgesetzgeber jetzt in seiner Verantwortung Hilfe für die definiert, denen der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert oder unmöglich ist. Dies ist eine der Hauptforderungen der Weltgesundheitsorganisation, die über den Forschungserfolgen der Medizin in den letzten Jahren bei uns zulande vergessen wurde. Schon jetzt gibt es in unserem Lande Ungleichheit und diese wird sichtbar größer. Untersuchen wir als

Gesundheitsamt die Zähne der Schüler einer Klasse eines Gymnasiums, so müssen 3 % der Kinder sofort zum Zahnarzt geschickt werden. Wird in einer Berufsschule untersucht, so sind dies bis 75 % der Schüler.

In den letzten 40 Jahren stieg in Deutschland die Lebenserwartung für Frauen in jedem Jahr durchschnittlich um rd. 2 Monate. Für eine große Gruppe von Männern und Frauen in diesem Land wird dies nicht erreicht.

Neben der Gesundheitshilfe definiert sich gerade die durch die Gesundheitsämter zu leistende Gesundheitsförderung für den Bereich derer, die sich sonst nicht helfen können. So z.B. für die Kinder, die nie beim Kinderarzt vorgestellt werden und für die sozialen Randgruppen, denen es heute gesundheitlich nicht besser geht als vor vielen Jahren. 25 % der Kinder haben bei den Einschulungsuntersuchungen der Gesundheitsämter motorische Retardierungen und ein entsprechend großer Teil sprachliche Entwicklungsverzögerungen. Der Auftrag der Krankheitserkennung, der Heilung und der Linderung wird in der ambulanten ärztlichen Praxis wie im stationären Alltag erfolgreich geleistet, die Diagnose der sich zahlenmäßig vermehrenden funktionellen Beeinträchtigungen jedoch nicht gleichermaßen. Die Verantwortungsübertragung im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich greift im vorliegenden Gesetzentwurf deshalb keinesfalls zu weit, sondern eher zu kurz. Dringlich sind z.B. auch die Schulentlassuntersuchungen flächendeckend durchzuführen, da nur bei dieser Untersuchung Jugendliche frühzeitig genug beraten können, welche Berufsausbildung ihnen körperlich später möglich sein wird. Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung greift nach Antritt der Lehre. Bei der heutigen Lehrstellenknappheit ist beispielsweise einer jugendlichen Friseurin kaum damit gedient, wenn ihr nach Berufsantritt abgeraten wird, diesen Beruf nicht zu erlernen wegen einer Neurodermitis, da sie zu diesem zu späten Beratungszeitpunkt keine andere Lehrstelle zu finden vermög. Diese und ähnliche Schnittstellen müssen besser definiert werden.

Sicher zu kurz greift im vorgelegten Entwurf des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst der Gesundheitsschutz. Die Diskussion der 80er Jahre, die in den vorliegenden Entwurf eingeflossen ist, wurde noch nicht geprägt durch die zahlreichen neuen Infektionskrankheiten der letzten Jahre. Viele Infektionskrankheiten traten in den letzten Jahren neu auf, als wichtigste nur zu nennen: AIDS, die Legionellose, das Ebola-Fieber und als Variante bestehender Erkrankung EHEC. Die Vermehrung der Weltbevölkerung, dabei vor allem die um sich greifende Armut schafft zusätzlich ein großes seuchenförderliches Milieu, das bei den kurzen Wegen Probleme für uns bereiten muß. Nicht die Diskussion um das Lassa-Fieber halte ich für typisch, auch nicht das Flugzeug mit 150 Durchfallerkranken, das uns vor einiger Zeit an einem Samstag in Düsseldorf beschert wurde, die Vielzahl alltäglicher Erkrankungen durch Infektionen in Deutschland macht mich besorgt. Die zahlreichen Tuberkulosen, die eingeschleppt werden, auch die ortsständigen Tuberkulosen, die sich vielfachresistent bei unseren Obdachlosen ausbreiten, wie auch bei den resistenzgeschwächten AIDS-Patienten.

Auch in Europa tut sich viel: So hat sich die Syphilis seit Zusammenbruch der Sowjetunion in den GUS-Staaten in den letzten Jahren ver^{raehren}fünzigfacht, (die angeborene Syphilis in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren mehr als verzehnfacht. Wie im Gesetzentwurf formuliert, wird ein bloßes Mitwirken in der Seuchenbekämpfung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung nicht ausreichen, da bedauerlicherweise andere Mitwirkende vor Ort nicht zu verzeichnen sind. Es gilt, dringlich dem weiteren Abbau der Strukturen der Seuchenbekämpfung zu wehren, um den sich neu abzeichnenden Erfordernissen gerecht zu werden.

Ähnliches gilt für den Gesundheitsschutz im Bereich der Umweltmedizin. Gesundheitlicher Umweltschutz der Gesundheitsämter bedeutet Schutz der Bevölkerung vor Gefahren aus der Umwelt. Von den Umweltämtern ist der

Schutz der Umwelt vor dem Menschen zu verantworten. Der Schutz des Menschen vor den vielfältigen gesundheitlichen Belastungen aus dem Umweltbereich bedarf erheblich größerer Bemühungen, als dies in diesem Gesetz erkennbar ist. Entsprechendes ist deshalb in Bundesgesetzen auch bereits vorgesehen, die diesen gesundheitlichen Bereich der Verantwortung den Gesundheitsämtern überantworten, z.B. im Bundesimmissionsschutzgesetz.

Gesetzesentwurf
 Medizinalaufsicht und der Bereich der Hygieneüberwachung taucht im Bereich der Qualitätssicherung auf, sinnvollerweise gehört dies in den Bereich des präventiven Gesundheitsschutzes. Prävention heißt nicht abzuwarten, sondern frühzeitig erkennbaren Gefährdungen zu wehren. Es überrascht deshalb, daß in der Auflistung der zu überwachenden Institutionen die ambulanten Praxen mit invasiven Eingriffen fehlen, wie auch die Zahnarztpraxen und die gewerblichen Arztpraxen, die heute als sogenannte Institute figurieren. Unter dem mit Hygieneüberwachung überschriebenen § 17 die Mitarbeit im zivilen Katastrophenschutz zu subsummieren, erscheint abwegig, da deutlich mehr als nur die hygienische Mitwirkung der Gesundheitsämter im Katastrophenschutz erforderlich ist. Im positiven Sinne hat sich das Engagement der Gesundheitsämter in diesem Bereich bewährt, wie z.B. das Großschadensereignis des Düsseldorfer Flughafenbrandes zeigt, für die notärztliche Abwicklung war das Gesundheitsamt Düsseldorf verantwortlich.

Auch weitere Behörden des Gesundheitsschutzes und der Medizinalaufsicht sind im vorliegenden Gesetzentwurf unzureichend erwähnt, so die Behörde Amtsarzt. Die Person Amtsarzt wird nur noch als Leiter des Gesundheitsamtes genannt. Ohne Nennung dieser staatlichen Behörde wird es im Zweifelsfall dazu kommen, daß der Oberstadtdirektor als Leiter der Kommunalverwaltung seinem eigenen kommunalen Krankenhaus in Erfüllung der Aufgaben nach § 17 Abs. 1 Ziffer 3 ÖGD-Gesetz einen Verwaltungsakt zur Abstellung hygienischer Mängel übersenden muß. Dies ist nach meinem Rechtsverständnis nicht möglich.

Kontraproduktiv erscheint auch die zukünftige Möglichkeit der Übertragung der Apothekenüberwachung an Sachverständige außerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie es vorgeschlagen wird im weiter zu beratenden Artikel 11, Ziffer 5. Sachdienlich kann diese Übertragung nicht sein, da die anderen Aufgaben des Gesetzes zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit mit der Überwachung untrennbar verbunden sind. Darüber hinaus werden zusätzliche Kosten verursacht, da künftig nicht nur die Sachverständigentätigkeit bezahlt werden muß, sondern diese auch noch zu überwachen ist und das bereits vorhandene qualifizierte Personal der Gebietskörperschaften nicht genutzt wird, so daß zusätzliche Kosten bei der vorgesehenen gesetzlichen Regelung zwangsläufig entstehen müssen. Die vorgeschlagene Formulierung verursacht damit zusätzliche Kosten ohne erkennbaren Gewinn.

Begrüßenswert ist die im 4. Abschnitt vorgesehene Aufwertung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, die sich notwendigerweise an der Basis bereits seit vielen Jahren entwickelt hat, wie sich vor Ort auch die Bildung der Runden Tische im Rahmen einer kommunalen Gesundheitskonferenz vielerorts schon bewährt hat. Gleichwohl ist die gesetzliche Festschreibung dieser Gesundheitszirkel sinnvoll, ebenso wie die Zuordnung der Verantwortung zu den kommunalen Gebietskörperschaften. Gerade vor Ort gelingt pragmatisch dieser Dialog über die Sektoren der Versorgung hinweg zum Wohle der Bevölkerung. Gebunden wird durch dieses Gesetz auch nur der Öffentliche Gesundheitsdienst, der diese Plattform zu einem Dialog zu schaffen hat, den die anderen Beteiligten nützen können, nicht müssen.

Das vorgesehene Gesetz für den Öffentlichen Gesundheitsdienst wird in vielen Bereichen helfen, den heutigen Problemen besser gerecht zu werden, vor allem in der Gesundheitshilfe und der Gesundheitsförderung, dies dabei u.a. mittels einer besseren Methodik, z.B. durch eine geeignete Gesundheitsberichterstattung. Erforderlich ist dringlich eine entsprechend adäquate Formulierung

der Anforderung des Gesundheitsschutzes, bei dem wir heute teilweise mehr beten, daß nichts passiert, als uns adäquat darauf vorbereiten können.

Ein ausreichender Gesundheitsschutz für unsere Bürger ist nur in staatlicher Organisation zu verwirklichen, da sich der Bürger z.B. hinsichtlich seuchenhygienischer Probleme nicht ausreichend selbst schützen kann.

Wachsende hygienische Gefahren und Umweltprobleme sorgen für einen steigenden Aufwand, der nicht aus diesem Gesetz entsteht, sondern aus Problemen, die unabhängig von diesem Gesetz zu lösen sind. Soweit erkennbar, wird dieses Gesetz wohl kostenneutral zu verwirklichen sein, die wachsenden Probleme des Gesundheitsschutzes, die Notwendigkeit zur vermehrten Gesundheitshilfe bei der sich abzeichnenden vermehrten Ausgrenzung von Kranken, Behinderten und sozialen Randgruppen in unserem Staat, zwingt Sie dazu, Ihrer Verantwortung gerecht zu werden und die Notwendigkeiten und Ressourcen eines Gesundheitsdienstes so zu definieren, daß den Problemen der Zeit hinreichend begegnet werden kann.



Prof. (BG) Dr. Schneitler