

Städtetag Nordrhein-Westfalen
Landkreistag Nordrhein-Westfalen
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen

**Arbeitsgemeinschaft
der kommunalen Spitzenverbände
Nordrhein-Westfalen**

Arbeitsgem. komm. Spitzenverbände NW · Postfach 51 08 20 · 50942 Köln

Landtag Nordrhein-Westfalen
Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales
und Angelegenheiten der Vertriebenen und
Flüchtlinge
Herrn Vorsitzenden
Bodo Champignon MdL
Postfach 10 11 43

4002 Düsseldorf

-vorab per Fax (0211) 884-3002-



Marienburg
Lindenallee 13 - 17
50968 Köln

09.11.2004/Fa./De.

Telefon (02 21) 37 71-0
Durchwahl 37 71-3 05
Telefax (02 21) 37 71-1 79
E-Mail lutz.decker@staedtetag.de

Bearbeitet von
Lutz Decker
Dr. Martin Klein

Aktenzeichen
53.06.07 N

**Landtagsdrucksache 13/5959; Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes
über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)
Öffentliche Anhörung am 17. November 2004**

Ihr Schreiben vom 18. Oktober 2004 – Ihr Geschäftszeichen Ref.I.1-AGS

Sehr geehrte Damen und Herren,

haben Sie zunächst recht herzlichen Dank für Ihr o.g. Schreiben mit der Einladung für die Anhörung im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge sowie für die Gelegenheit für eine Stellungnahme.

Zu dem mit der Landtagsdrucksache 13/5959 vorgelegten Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) nehmen wir wie folgt Stellung:

I. Grundsätzliches

Bei der Bewertung des ÖGDG ist es unabdingbar, die allgemeinen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sich die Akteure bewegen, mitzubeachten. Wäre die Diskussion der Evaluation des ÖGDG fünf Jahre früher geführt worden, so wäre die Bilanz aus unserer Sicht höchstwahrscheinlich deutlich positiver ausgefallen, weil die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Kommunen sich damals noch vergleichsweise weitaus günstiger darstellten. Bei den Kommunen ist mittlerweile jedoch ein gravierendes Minus in der Einnahmesituation zu verzeichnen. In den Jahren 2001 bis 2003 belief sich dieses auf insgesamt über 2,4 Mrd. Euro. Diese Finanzlage trifft nach wie vor zusammen mit hohen Arbeitslosenzahlen und steigenden Sozialhilfeausgaben. Das Land Nordrhein-Westfalen ist

ebenfalls stark von diesen Entwicklungen betroffen und realisiert gravierende Einsparungen, wie sich z.B. anhand des Doppelhaushaltes 2004/2005 aufzeigen lässt. Auch hierdurch kommen weitere Belastungen auf die kommunale Ebene und auch direkt auf die Bürger zu. Konsequenzen zeitigt dies insbesondere für sogenannte freiwillige Leistungen und zwar auch für solche im Gesundheitsbereich. Anzumerken ist in diesem Zusammenhang, dass eine Vielzahl der kreisfreien Städte einem Haushaltssicherungskonzept unterliegen bzw. einen Nothaushalt aufweisen und dass mittlerweile hiervon auch Kreise in Nordrhein-Westfalen betroffen sind. Eine weitere Reihe von Kommunen bewegt sich in der vorläufigen Haushaltsführung, weil ihr Haushaltssicherungskonzept nicht genehmigt werden konnte. Tatsächlich ist es so, dass den Kommunen in vielerlei Hinsicht, auch bei vielen wünschenswerten Anliegen, die Hände gebunden sind und eine Umsetzung kaum mehr möglich ist. Die bundesweit milliardenschweren Fehlbeträge der Kommunen sind durch Sparmaßnahmen alleine nicht mehr zu bewältigen. Auch die im Zuge der sog. Hartz-Reformen in Aussicht gestellte Gesamtentlastung der Kommunen ist – wenn diese denn tatsächlich in Bezug auf die einzelne Kommune eintrifft - lediglich geeignet, einen Teilbetrag der von den Kommunen hinzunehmenden Mehrbelastungen der letzten Jahre zu kompensieren. Diese für die Kommunen drastisch verschlechterte Entwicklung sehen wir als eine die Umsetzung des ÖGDG überlagernde Grundtendenz. 1997 wurde das ÖGDG als Teil eines Artikelgesetzes mit der Überschrift „Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden“ vom Landtag verabschiedet. Die tatsächliche Entwicklung geht, wie aufgezeigt, leider in eine völlig andere Richtung.

In den Evaluationsergebnissen zum ÖGDG konnte noch eine deutlich positivere Tendenz dokumentiert werden, da mit dem Rücklauf der dritten Welle der Breiterevaluation im ersten Halbjahr 2002 zunächst geendet wurde. Der Evaluationsbericht weist auf seinen Seiten 48 bis 50 mit dem mit „Ressourcenmangel als Einflussfaktor“ überschriebenen Abschnitt jedoch bereits auf diese Problemlage hin. Er beinhaltet die Feststellung, „dass die Entwicklung der Umsetzung des ÖGDG-Gesetzes bisher von den Einsparmaßnahmen nicht erkennbar behindert“ war. Gerade seit diesem Zeitpunkt hat sich aber die finanzielle Lage der Kommunen insgesamt weiter dramatisch zum negativen geändert. Anhand des Evaluationsberichtes ist auch festzustellen, dass das Land seine Einnahmeausfälle seit 1998 quasi schon vorweg genommen hat, indem es sich bekanntlich stufenweise aus der Finanzierung der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) zurückgezogen hat. Trotz des Evaluationsbefundes, demzufolge der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) vergleichsweise „ungeschoren“ bei den bisherigen Kürzungsrunden davon gekommen sei, ist ein Personalabbau auch in diesem Bereich trotz der neuen Aufgaben- bzw. Schwerpunktfestlegungen durchgeführt worden. Der mit dem ÖGDG verbundene Mehraufwand ist insgesamt nicht hinreichend erfasst worden. Die Posterioritäten wurden nicht ermittelt. Bisher gab es vielfache Angebote und Fachpersonal in den Bereichen Prävention, Selbsthilfe und Gesundheitsförderung, das aber durch die finanzielle Gesamtsituation kaum noch aufrecht erhalten werden kann. Dies gilt auch mit Blick auf Kooperationsverbände mit den Trägern der Freien Wohlfahrtspflege, die zusätzlich durch die erheblichen Mittelkürzungen des Landes in erhebliche Probleme geraten.

Neben den neuen Aufgabenfeldern des ÖGDG gibt es nach wie vor die unverzichtbaren traditionellen Tätigkeitsbereiche. Ein klares Bekenntnis zur Bedeutung etwa der Krankheitsverhütung als direkte öffentliche Aufgabe fehlt aber leider. Sie tritt zuweilen hinter den neuen Aufgaben wie kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) oder Landesgesundheitskonferenzen (LGK) zurück. Auch wird die eindeutige Haltung des Landes zur Frage der Impfungen durch das ÖGDG nicht deutlich. Sobald entsprechende neue Bedrohungen auftreten, wie z.B. Ende 2002/Anfang 2003, als es um das Problem der Impfhelfer

im Rahmen potentieller bioterroristischer Angriffe ging, werden diese Aufgaben zum absolut zentralen Anliegen aller Beteiligten. Deshalb erscheint eine Prioritätensetzung auf die Kernaufgaben des ÖGDG, wie den Bereichen des Infektionsschutzes, der Impfschutzproblematik, der Hygieneaufsicht oder die Unterstützung des Selbsthilfe- und Präventionsgedankens notwendig. Der an sich moderne und zielführende sozialkompensatorische Ansatz ist im Weiteren zu wenig als klares Ziel benannt. Auf der anderen Seite ist ein zuviel an landesrechtlichen Regelungen insbesondere hinsichtlich der Ausführungsverordnung zum ÖGDG festzustellen, in der bis zur Zusammensetzung der kommunalen Gesundheitskonferenz und Einflussnahme der Landesgesundheitskonferenzen auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen alles detailliert geregelt wird.

Teilweise unklar sind die Beziehungen zu den weiteren im Umfeld des öffentlichen Gesundheitsdienstes auftretenden Akteuren, wie etwa dem Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD). Zwischen Aufgabenstellungen eines „Landesgesundheitsamtes“ und wissenschaftlichen Fragestellungen, die eher auf den Status eines Institutes einer Universität hindeuten, werden hier unterschiedlichste Aufgaben wahrgenommen. Tatsächlich wird aus der Praxis nachgefragt, dass stärker zu konkreten Problemlösungen vor Ort beigetragen werden soll. Hierfür wäre es beispielsweise sinnvoll, einen entsprechenden Beirat einzurichten, in dem auch die kommunale Seite vertreten ist, um praxisnahe und bedarfsgerechte Hilfen mit zu erarbeiten bzw. die Arbeit hierzu zu begleiten und Notwendigkeiten aufzuzeigen. Die Rolle der Bezirksregierungen scheint regional unterschiedlich ausgefüllt zu sein und wird dementsprechend wahrgenommen. Hier sollte im Zuge der in Aussicht genommenen Verwaltungsstrukturreform auf der sog. mittleren Ebene nochmals über Neuansätze nachgedacht werden.

Ein generelles Problem des ÖGDG besteht in teilweisen unverbindlichen Gesetzformulierungen, die vor Ort zu erheblichen Problemen führen:

- Zum Beispiel in § 4 Abs. 2 ÖGDG: Eine Unterstützung bei der Kostenerstattung durch die oberste Gesundheitsbehörde „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ hilft den kommunalen Gebietskörperschaften wenig.
- Zum Beispiel in § 9 Abs. 3 ÖGDG: Die Kostenerstattung für Impfangebote, die die obere Gesundheitsbehörde der unteren Gesundheitsbehörde vorschreibt, findet in der Praxis nicht statt, nicht einmal bei epidemiologischen notwendigen Regelungsimpfungen und anderen Maßnahmen zur anlassbedingten Unterbrechung von Infektionsketten.
- Probleme entstehen den unteren Gesundheitsbehörden vor allem dann, wenn zwar vielfältigste Optionen vorhanden sind, im ÖGDG diese aber ohne dementsprechende Verfügungstellung von Ressourcen nicht wahrgenommen werden können. Die Wahrnehmung betriebsmedizinischer Aufgaben in Kinder- und Jugendeinrichtungen kann als Beispiel genannt werden. Hier sind verbindliche Ressourcen erforderlich, um diese Angebote mit gezielten Projekten zusammen mit anderen an der betriebsmedizinischen Versorgung beteiligten Stellen durchführen zu können.

Im Rahmen einer kritischen Auseinandersetzung mit dem ÖGDG sehen wir das grundsätzliche Hauptproblem darin, dass zwar viele Gestaltungs- und Bewegungsspielräume für gesundheitspolitische Aktivitäten der Kommunen gegeben werden, die Haushaltslage der Kommunen sich jedoch seit dem Inkrafttreten des ÖGDG und noch einmal drastisch seit Ende der Evaluation des ÖGDG zum Schlechteren entwickelt hat und dass in Kommunen

mit Haushaltssicherungskonzepten, von denen es im Land immer mehr gibt, immer weniger Bewegungsspielräume für gesundheitspolitische Aktivitäten bestehen. Gerade hierauf zielen jedoch viele Möglichkeiten des ÖGDG ab. Daher gilt es zumindest, die Finanzierung von Kernaufgaben sicherzustellen und hier auch verbindliche Finanzierungsregelungen vorzusehen. Es erscheint diesbezüglich fraglich, ob mit dem jeweils bestehenden Personalbestand die umfangreichen Überwachungsaufgaben überall und in vollem Umfang durchgeführt werden können. Eine Gegenfinanzierung muss auch sichergestellt werden, wenn weitere Aufgaben den Tätigkeitsbereichen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zugeordnet werden.

Zu denken ist in diesem Zusammenhang etwa an das in der Diskussion stehende Präventionsgesetz. Auch in ihrer Mitarbeit auf Bundesebene haben sich die kommunalen Spitzenverbände in den Gremien des Deutschen Forums Prävention und Gesundheitsförderung dahingehend geäußert, dass die Rolle der Kommunen in der Prävention und Gesundheitsförderung bzw. der Gesundheitsversorgung vor Ort von besonderer Wichtigkeit ist. Dies insbesondere deshalb, da es neben der eigenen Leistungserbringung auch darum geht, koordinierend tätig zu werden und Initiativen und Maßnahmen in ihrer Zuständigkeit in einer Weise zusammenzubringen, in deren schlüssige Gesamtkonzepte entstehen und Effizienz und Effektivität der Mitteleinsätze aller verbessert werden. Tatsächlich bestehen hier viele Möglichkeiten und Potentiale für die Verbesserung der gesundheitlichen und präventiven Versorgung. Weiter halten auch wir die Kommunen für den richtigen Ort, indem diese Koordination stattfindet und in der auch entschieden werden kann, welche Prioritäten vor Ort gesetzt werden müssen. Für die Gesundheitsförderung und Prävention in der Kommune dürfte grundsätzlich keine öffentliche Ebene kompetenter sein als eben die Kommune selbst. Gerade hier drängen sich die eingerichteten Kommunalen Gesundheitskonferenzen (KGK) für eine neue Funktion auf. Um ein solches Tätigwerden aber überhaupt realisieren zu können, bedarf es der strikten Beachtung des Konnexitätsprinzips, also einer vollständigen Gegenfinanzierung. Wenn dies beachtet wird, sehen wir hier ein weiteres Entwicklungspotenzial für den Öffentlichen Gesundheitsdienst und entsprechendes könnte auch in einer Fortschreibung des Gesetzes berücksichtigt werden. Auch für diesen Bereich gilt, dass es keinen Mangel an Ideen und Konzepten in der Arbeit vor Ort gibt, sondern einen Mangel an notwendigen Finanzmitteln. Ohne diese können letztlich nicht nur durch das ÖGDG vorhandene Gestaltungsspielräume nicht ausgefüllt werden, sondern es stehen auch die klassischen und unverzichtbaren Aufgaben, wie z.B. der des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung in Gefahr.

II. Zu den einzelnen Bestimmungen

Zu § 2 Abs. 1 / Artikel 1 Nr. 1 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Die vorgeschlagene Änderung und dementsprechende sprachliche Anpassungen im Gesetztext wird auch vor dem Hintergrund der Berücksichtigung des Gender Mainstreaming im ÖGDG von uns ausdrücklich begrüßt.

Zu § 4 Abs. 2 ÖGDG:

In § 4 Abs. 2 sollte die Verpflichtung der oberen Gesundheitsbehörde aufgenommen werden, die untere Gesundheitsbehörde bei der Refinanzierung aktiv vor Ort zu unterstützen.

Zu § 4 Abs. 3 ÖGDG:

Die letzten Worte dieses Absatzes sollten wie folgt geändert werden „... sowie § 15 Abs. 1 **und 2.**“ Die Unterstützung durch die obere Gesundheitsbehörde erscheint uns auch bei den in § 15 Abs. 2 genannten Aufklärungs- und Beratungsangeboten von besonderer Wichtigkeit, da diese weiter an Bedeutung gewinnen werden.

Zu § 10 / Artikel 1 Nr. 3 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Die Erweiterung der Anordnungsbefugnis der unteren Gesundheitsbehörde bei Abwehr von Gefahren wird abgelehnt. Diese widerspricht der sonst üblichen, etwa im IfSG bzw. der allgemeinen Zuständigkeitsaufteilung zwischen Fachbehörde und Eingriffsverwaltung, auch im Hinblick auf verfahrens- und haftungsrechtliche Aspekte. So dürfte es sich bei den angesprochenen Maßnahmen um Maßnahmen i.S.d. § 16 Abs. 7 IfSG handeln, die hinsichtlich der Kostenregelung eine Zuständigkeit der örtlichen Ordnungsbehörde begründen. Dies ist nicht zuletzt für die Kreise im Verhältnis zu den Ordnungsbehörden der für die allgemeine Gefahrenabwehr zuständigen kreisangehörigen Gemeinden von Bedeutung. Üblicherweise ist die Intervention durch die örtliche Ordnungsbehörde auf Vorschlag bzw. Initiative der unteren Gesundheitsbehörde unproblematisch, im Notfall bleibt auch die Ermächtigungsgrundlage des § 14 OBG NRW unberührt.

Zu § 12 Abs. 1 / Artikel 1 Nr. 4 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Die vorgeschlagene Änderung wird begrüßt. Wichtig erscheint uns im Weiteren, dass in § 12 Abs.1 ÖGDG die Koordinierungsaufgabe der Förderungsangebote und Beteiligung durch die unteren Gesundheitsbehörde sowie die Mitwirkung an der Planung von kommunalen Förder- und Therapieangebote für Kinder und Jugendliche deutlich wird.

Zu § 15 Abs. 2 ÖGDG / Artikel 1 Nr. 5 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Entsprechend der wieder zunehmenden Bedeutung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten begrüßen wir die durch die hier geplante Änderung erfolgte Berücksichtigung.

Zu § 17 ÖGDG / Artikel 1 Nr. 7 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Eine Anpassung der hier aufgeführten Einrichtungen an die einschlägigen bundesrechtlichen Bestimmungen etwa des § 36 IfSG oder der TVO ist erforderlich und wird von uns begrüßt.

Zu § 18 ÖGDG:

Hinsichtlich der Anzeigepflicht bei Aufnahme oder Beendigung der angesprochenen Tätigkeit im Bezirk der jeweiligen unteren Gesundheitsbehörde wird uns aus der Mitgliedschaft berichtet, dass dieser nicht immer nachgekommen wird. Hier wäre, wenn an den

entsprechenden Verpflichtungen für die Unteren Gesundheitsbehörden festgehalten werden soll, nach Wegen zu suchen, der Intention dieser Vorschrift besser Rechnung zu tragen.

Zu § 19 ÖGDG:

Gemäß § 19 Satz 2 ÖGDG sollen Ärztinnen und Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde auch Gerichtsärzte im Sinne des § 87 Absatz 2 der Strafprozessordnung sein. Eine entsprechende Verpflichtung beurteilen wir äußerst kritisch, da die hier angesprochenen Ärztinnen und Ärzte nicht generell hinsichtlich ihrer speziellen ärztlichen Qualifikation oder der sächlichen Ausstattung in der Lage sind, diese Aufgabe der Leichenöffnung wahrzunehmen.

Zu § 23 ÖGDG / Artikel 1 Nr. 8 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Die geänderte Formulierung wird von uns entsprechend der wieder zunehmenden Bedeutung anderer sexuell übertragbarer Krankheiten begrüßt.

Zu § 28 Abs. 6 ÖGDG / Artikel 1 Nr. 9.3 ÖGDG-Änderungsgesetz:

Die ersatzlose Streichung des § 28 Abs. 6 halten wir für nicht angezeigt. Wir halten den bisherigen § 28 Abs. 6 vielmehr für eine notwendige Ergänzung der anderen, in der Begründung genannten Grundlagen für eine Gebührenerhebung. Über die Tarifstelle 10.15.4 allein ist es der zur infektionshygienischen Überwachung nach § 17 ÖGDG verpflichteten Kommune nicht möglich, eine ordnungsgemäße Aufgabenerfüllung zu gewährleisten. Die Möglichkeit für die unteren Gesundheitsbehörden, mit kommunalspezifischen Regelungen abweichende Gebührensätze zu erlassen, muss auf jeden Fall aufrecht erhalten werden.

AV-ÖGDG

Wir plädieren für eine grundsätzliche Überprüfung der Ausführungsverordnung zum ÖGDG (AV-ÖGDG). Die darin aufgeführten Tatbestände und Festlegungen sollten – soweit vor Ort Regelungsbedarf besteht – weitestgehend durch die kommunalen Gebietskörperschaften getroffen werden. Die AV-ÖGDG wird den äußerst unterschiedlichen Strukturen und Gegebenheiten in den Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein-Westfalen nicht gerecht. Die kommunalen Gebietskörperschaften sind am ehesten in der Lage, den bestehenden lokalen Verhältnissen durch eigene Vorschriften oder Vereinbarungen mit den Akteuren des Gesundheitswesens vor Ort Rechnung zu tragen und diese bedarfsgerecht auszugestalten.

Mit freundlichen Grüßen
In Vertretung



Dr. Manfred Wienand