

KREIS HEINSBERG

Der Landrat



KREISVERWALTUNG * 52523 HEINSBERG

An den
Vorsitzenden des Ausschusses für Kommunalpolitik
des Landtages NRW
Herrn Friedrich Hofmann MdL
Postfach 10 11 43

40002 Düsseldorf

Dienststelle: Gesundheitsamt

Geschäftszeichen: 53 Dr. Fe./ung,
Ankunft erteilt: Dr. Feldhoff
Zimmer-Nr.: G 113
Zentrale: 02452 - 130
Durchwahl: 02452 - 13- 493
Telefax: 02452 - 13646

EINGEGANGEN
13. OKT. 1997
Erl.....

Kassenzeichen:

Datum: 10.10.97

nachrichtlich:
An den Vorsitzenden des Ausschusses
für Kinder, Jugend und Familie
~~Herrn Bodo Champignon~~
Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

Betr.: Anhörung zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und
Gemeinden in Nordrhein-Westfalen am 09.10.1997

Sehr geehrter Herr Hofmann,

in der Anlage übersende ich Ihnen die im Rahmen der Anhörung abgegebene Stellungnahme und
bitte Sie, diese den Anhörungsunterlagen beizufügen.

Mit freundlichen Grüßen
im Auftrag

Dr. Feldhoff
Ltd. Kreismedizinaldirektor
A m t s a r z t

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE

ZUSCHRIFT
12/1490
Alle Abg.

Dienstgebäude: Valkenburger Str. 45 52525 Heinsberg Telefax: 02452 - 13501	Sprechstunden: Bauordnungsamt: Strassenverkehrsamt: vormittags: nachmittags:	mo.-fr. di. u. do. mo.-fr. mo. u. mi.	8.30-12.00 Uhr u. di. u. do. 14.00-17.00 Uhr 8.30-12.00 Uhr u. 14.00-17.00 Uhr 8.00-12.00 Uhr 14.00-15.30 Uhr u. do. 14.00 - 18.00 Uhr	Kontoverbindungen: Kreissparkasse Heinsberg (BLZ 312 512 20) Konto-Nr. 273 Postbank Köln (BLZ 370 100 50) Konto-Nr. 254 40 - 503
--	--	--	---	--

Der Landrat
- Gesundheitsamt-
53 Dr. Fe./ung.

Heinsberg, den 09.10.1997

Betr.: Anhörung zu Artikel 3 (und 11) des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen

Bezug: Einladung des Präsidenten des Landtags NW vom 18.09.1997

Vorgetragen am 09.10.1997 durch
Dr. med. Karl-Heinz Feldhoff, Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen
- Sozialmedizin -, Amtsarzt des Kreises Heinsberg, Valkenburger Str. 45,
52525 Heinsberg

**Sehr geehrter Herr Vorsitzender,
meine Damen und Herren!**

**Für die Einladung in dieses hohe Haus darf ich
mich bedanken.**

**Als Vertreter des Gesundheitsamtes des
westlichsten Kreises des Landes NW, nämlich
Heinsberg, will ich unter weitestgehender
Beachtung des gegebenen zeitlichen Rahmens zu
den Artikeln 3 und 11 des Gesetzentwurfes zur
Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise,
Städte und Gemeinden in NRW meine Gedanken
und Anregungen an Sie skizzieren.**

**Dazu formuliere ich im folgenden einige Thesen.
Sie basieren auf der Erfahrung von 18 Jahren
ärztlicher Tätigkeit im öffentlichen Gesundheits-**

dienst bei einer vorher absolvierten klinischen Weiterbildung in einer Universitätsklinik.

Der Kreis Heinsberg als Mitglied der Euregio Maas-Rhein unterhält auch sehr intensive Kontakte zu öffentlichen Gesundheitsdiensten in den Niederlanden, hier Niederländisch-Limburg, zur Deutschsprachigen Gemeinschaft in Eupen, zur Provinz Lüttich und zur Provinz Belgisch-Limburg.

Bei Diskussionen über gesetzliche Grundlagen der Tätigkeitsfelder der Gesundheitsämter, so können Sie sich sicherlich vorstellen, findet man bei den westlichen Nachbarn wenig Verständnis, wenn Quellen aus der Zeit des Nationalsozialismus angeführt werden müssen.

These 1:

Das Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst muß jetzt kommen und nicht wieder auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben werden. Aus Gründen der Gesetzeshygiene im europäischen Kontext der Zusammenarbeit in der öffentlichen Gesundheit (auch dies ist Bestandteil des Maastricht-Vertrages) benötigt das Land

Nordrhein-Westfalen ein von vielen Paragraphen entfrachtetes, modern formuliertes Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Begründung:

Seit über 20 Jahren wird auch in Nordrhein-Westfalen über Neufassungen des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 und seiner dazu ergangenen Durchführungsverordnungen nachgedacht. Die Formulierungen in diesen bisher einschlägigen Rechtsvorschriften machten in den letzten Jahren das Arbeiten und Argumente für einen leistungsorientierten öffentlichen Gesundheitsdienst in vielen Kommunen zunehmend schwieriger, wenn nicht gar unmöglich. Pflichtaufgaben wurden und werden nicht adäquat erfüllt, da durch Wegrationalisieren personeller Ressourcen ganze Aufgabenblöcke nicht mehr erfüllt werden können. Dies geschieht jedoch, ohne daß adäquate Kompensationsmöglichkeiten durch andere Leistungsträger zur Verfügung stehen. Ich nenne hier beispielsweise die Vernachlässigung sozial-psychiatrischer Dienste, der Verzicht auf Infektionsaufklärung und Infektionsprävention, einen vollständigen

Verzicht auf Beratungsangebote für soziale Belange, für Migranten, sozial Benachteiligte und psychisch Kranke. Teilweise auch der völlige Verzicht für Angebote für Menschen mit dauernd wechselnden Geschlechtspartnern.

Das im Auftrag der Landesregierung gefertigte Gutachten, insbesondere das Gutachten von Frau Dr. Canaris „Der öffentliche Gesundheitsdienst“, das ab 1990 die Diskussion neu belebte, führte zur Formulierung von sogenannten Leitlinien, die 1993 vorgelegt wurden. Dennoch wurde eine weitere Demontage und ein willkürlicher Abbau von Ämterstrukturen und Personalressourcen nicht verhindert.

These 2:

Die vorgelegten Formulierungen im Gesetzentwurf erfüllen die Anforderungen an ein modernes, nach funktionalen Gesichtspunkten gegliedertes Gesundheitsamt weitestgehend. Gegenüber den Vorschlägen in den Leitlinien, die seinerzeit - aus fachlicher Sicht bedauerlicherweise - durch die kommunalen Spitzenverbände und andere abgelehnt wurden

(abgelehnt werden mußten ?) erfährt der Bereich der Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung (§ 6, Abs. 2) eine Reihe wichtiger Unterschiede:

- Die ursprünglich geplanten zusätzlichen Schuluntersuchungen - personal- und damit kostenintensiv - entfallen, wenngleich sie - aus fachlicher Sicht - vor dem Hintergrund der gescheiterten Einführung einer Vorsorgeuntersuchung U 10 sinnvoll wären.
- Die personal- und damit kostenintensiven Besichtigungen aller Arztpraxen entfallen.
- Der nicht nur unter Kostengesichtspunkten, sondern auch aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung besonders kritisch zu beurteilende Gesundheitsplan entfällt.
- Weitere kostensenkende Abänderungen im Vergleich zu den Leitlinien finden sich in den Paragraphen 8, 9, 12, 17 und 24 des vorliegenden Gesetzentwurfs.

These 3:

Die Gesundheitsämter brechen nicht in bundesgesetzlich geregelte Versorgungsaufträge ein und proben nicht die Einführung der Staatsmedizin auf kaltem Wege.

Begründung:

Aufgabe staatlicher Gesundheitsfürsorge muß es auch zukünftig sein, im Rahmen der Fürsorgepflicht für die Bürgerinnen und Bürger für diejenigen einzutreten, die zunächst nicht im Regelversorgungssystem erfaßt werden und die sicherlich sehr offene Gestaltung unseres Gesundheitswesens aus persönlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen können. Dies ist das tägliche Geschäft eines jeden Gesundheitsamtes. Es bedeutet keinesfalls einen Einbruch in den Versorgungsauftrag anderer Leistungsverpflichteter. Vielmehr erfordert es das Gebot der Solidarität, Drogenkranke, Migranten, Nichtseßhafte, sehr oft psychisch Kranke zunächst durch aufsuchende Tätigkeit dem Regelversorgungssystem zuzuführen. Dies bedeutet jedoch auch, Erstbehandlungsmaßnahmen einleiten zu dürfen. Ausdrücklich ist im Gegensatz zu den Leitlinien in § 4 nunmehr formuliert:

... soweit und solange die medizinische Versorgung oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist...

Auch aus Gründen der Qualitätssicherung ist jedes Gesundheitsamt gut beraten, und dies wird

überall so praktiziert, Einrichtungen der Regelversorgung sodann in Anspruch zu nehmen. Meine sehr verehrten Damen und Herren, das Gesetz heißt auch Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden. Dies beinhaltet jedoch aus kommunaler Sicht auch, daß Kostenerstattungslösungen auch für dieses Klientel gemäß den örtlichen Bedingungen angestrebt werden müssen.

Darüber hinaus wird niemand bezweifeln, daß die in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens, hier insbesondere im rheinischen Landesteil, mittlerweile unter Kostenbeteiligung der Krankenkassen funktionierenden Arbeitskreise für Zahngesundheit mit den gruppenzahnprophylaktischen Maßnahmen eine wesentliche Forderung des 5. Sozialgesetzbuches erfüllen. Ein weiterer Bereich ist das Behandlungsangebot für Drogen-, Alkohol- und Medikamenten- kranke im Sinne der Rahmenvereinbarung, wo durchaus auch Gesundheitsämter in Kooperation mit anderen Trägern - und nur dies führt dauerhaft zum Erfolg - entsprechende Vereinbarungen mit den originär zuständigen Kostenträgern anstreben. Hier ist es auf einmal

nicht unschön, vorhandene Infrastrukturen von Verwaltungen und gemeinnützigen Trägern zu nutzen, um Ziele ambulanter Rehabilitation ortsnah überhaupt verwirklichen zu können.

Ich möchte in diesem Zusammenhang Sie sehr darum nachsuchen, den offensichtlich für viele naheliegenden Gedanken der Einführung der Staatsmedizin zu vergessen.

These 4:

Das Gesundheitsamt hat in einer Kommune koordinierende Aufgaben unter Kooperation mit allen im Gesundheitswesen Verantwortungen Tragenden zu erfüllen. Dazu bedarf es auch eines Instrumentes, um diese Koordinationselemente auf eine breite Basis zu stellen.

Begründung:

Unbestritten ist der Koordinationsbedarf gesundheitlicher Angebote auch auf kommunaler und auch regionaler Ebene. Die Erfahrungen aus über 10 Jahren Koordinationsarbeit im Gesundheitsamt mit verschiedenen Ebenen zeigen mir, wie wichtig es ist, mit den Partnern des Gesundheitswesens im ständigen Austausch

und Kontakt zu stehen, um die Angebote vor Ort für Bürgerinnen und Bürger zum einen so transparent zu machen, daß die jeweiligen Ansprechpartner nicht nur vorhanden, sondern auch orts- und bürgernah zu erreichen sind. Dazu zählen neben der unbedingt wichtigen sozial-psychiatrischen Koordination (seinerzeitige psychosoziale Arbeitsgemeinschaften) auch die Gremien, in denen Ideen und Gedanken aufgenommen werden, kanalisiert und dann den jeweiligen zuständigen Leistungsträgern in eigener Aufgabenerfüllung zugeleitet werden können. Dies erfolgt unter strenger Einhaltung der bundesgesetzlichen und landesgesetzlichen Regelungen. Wesentlich ist jedoch aus der kommunalen Erfahrung heraus die Bündelung der zahlreichen, auch teilweise im Wildwuchs agierenden Gruppen in einer gemeinsamen Konstruktion, die der Gesetzentwurf Gesundheitskonferenz nennt. Die Gesundheitsämter sind durchaus geeignet, das Dach für das Haus anzubieten, was im übrigen ja längst gebaut ist. Die kommunale Rolle ist eine Rolle unter anderen und versteht sich nicht als dominante, alles beherrschende Figur. Aus der eigenen Erfahrung kann ich Ihnen sagen, daß

dies bei hohem Engagement der Beteiligten und unter Beachtung sicherlich vorhandener Empfindlichkeiten sehr gut funktionieren kann. Ich kann in diesem Zusammenhang auf die Einführung eines Pflegeüberleitungsbogens, eines geriatrischen Assessments, auf Leitlinien zur Qualitätssicherung in der stationären Pflege, auf praktizierte Kooperationen in Impfangeboten hinweisen (beispielsweise haben durch gemeinsame Aktionen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den niedergelassenen Ärzten die Impfhäufigkeiten in einem Quartal um 10.000 Impfungen (!) gesteigert werden können). Ich glaube kaum, daß dies ohne einen Rahmen, der bei mir Gesundheitskonferenz heißt, möglich gewesen wäre. Natürlich - und das muß erneut betont werden - erfordert es den hohen Einsatz und das Einbringen der vorhandenen Ressourcen, damit das System tragfähig wird. Auch hier möchte ich sehr deutlich betonen, daß hiermit nicht die Einführung eines staatlichen Dirigismus angedacht ist.

These 5:

Gewachsene und dem Bürger bekannte Strukturen dürfen nicht willkürlich aufgegeben werden. Hierzu zählt beispielsweise die Bezeichnung „Gesundheitsamt“.

Begründung:

Es wird doch niemandem einfallen, zu einem Fachbereich öffentliche Gesundheitspflege oder zu einem Fachbereich Infektionskrankheiten zu gehen. Nein, die Bürger fragen nach Gesundheitsamt und zwar immer dann, wenn andere ihre Unzuständigkeit oder ihr mangelndes Interesse betonen. Ich lade Sie ein, 2/3 Tage in meinem Hause Gast zu sein, um tägliche tatsächliche Nöte, Begehren und Ansprüche an der sogenannten Basis kennenzulernen. Bisher haben mir alle dem Gesundheitsamt zugewiesenen Verwaltungsleiter gesagt, mit einer derartigen breitgefächerten Nachfrageaktivität von Bürgerinnen und Bürger haben sie niemals gerechnet. Das Gesundheitsamt stellt daher ein eher atypisches Gebilde innerhalb einer kommunalen Verwaltung dar, auch wenn Verwaltungsfachleute dieses sehr ungern zur Kenntnis nehmen.

Darüber hinaus erfordern die Begehren sehr oft auch entschiedenes, medizinisch begründetes und ärztlich verantwortetes Handeln. Der in § 2 (2) des Entwurfes formulierte Aufgabenbereich ist wesentlich und überwiegend medizinisch/ärztlich ausgelegt. Dies kann nur in Form auch der Leitungsverantwortung für einen dazu besonders ausgebildeten und befähigten Arzt umgesetzt werden. Es macht wenig Sinn, hierarchische Strukturen ersatzlos aufzugeben und so zu verfahren, als gäbe es keine ärztlich zu begründende Endverantwortung. Ich darf in dem Zusammenhang darauf hinweisen, daß auch in den Niederlanden mit der Leitungsfunktion so verfahren wird (Beispiele Geleen, Heerlen, Maastricht).

These 6:

Das Gesundheitsamt ist nicht nur Gewährleistungsträger.

Das Gesundheitsamt kann nicht nur für Aufgaben herangezogen werden müssen, die andere nicht erledigen wollen. Es bedarf zur Beherrschung von Infektionen, besonderer Gefahrenmomente und zum Anstoß von Infra-

strukturen und der Erstellung von Gesundheitsberichten einer personellen und materiellen Ausstattung, die die Gesundheitsämter dauerhaft in die Lage versetzen, den im Gesetzentwurf gestellten Ansprüchen auch gerecht zu werden. Eine Reduzierung auf ledigliche Gewährleistungsfunktionen kann nicht die Lösung sein. Es bedarf der Beschreibung von Pflichtaufgaben, die landeseinheitlich erfüllt werden müssen. Kaum vorstellbar wäre es, wenn Entscheidungen in Bielefeld und Heinsberg so unterschiedlich ausfallen, daß damit Ungerechtigkeiten entstehen. Eine landeseinheitliche gesundheitliche Versorgung ist eine wesentliche Voraussetzung auch zur Bürgerzufriedenheit. Hier ist insbesondere an die Regelungen der Paragraphen 9, 17, 18 Abs. 2, 19 und 27 Abs. 1 zu erinnern. Gegenüber früheren Vorstellungen wird damit dem kommunalen Anspruch Rechnung getragen, Gestaltungsmöglichkeiten für die anderen Aufgaben erhalten zu haben. Die Ausgestaltung liegt ja im wesentlichen auch dann bei den Kommunen.

These 7:

Es muß dabei bleiben, daß die Experimentierklausel (Artikel 1, § 1) nicht auf die Gesundheitsämter angewendet wird.

Begründung:

Aus gutem Grunde werden Bereiche mit staatlich delegierten Aufgaben, wie z.B. Gesundheitsämter von „allzu weitgehenden Experimenten ausgenommen“. Ich weise in diesem Zusammenhang noch einmal auf die Notwendigkeit einer landeseinheitlichen gesundheitlichen Versorgung hin.

These 8:

Der Aufbau einer gegliederten Gesundheitsberichterstattung ist Voraussetzung für ein gesundheitspolitisch umsichtiges, den berechtigten Interessen von Bürgerinnen und Bürgern gewidmetes Handeln in den Kommunen.

Begründung:

Bereits die III. Durchführungsverordnung zum Vereinheitlichungsgesetz verpflichtet das Gesundheitsamt, die gesundheitlichen Verhältnisse in seinem Amtsbezirk zu

beobachten. Dies ist auch der Inhalt der Gesundheitsberichterstattung. Neu ist lediglich, daß das Gesundheitsamt seine Beobachtungen und Erkenntnisse in Form eines Gesundheitsberichts zusammenstellt. Entsprechend der wissenschaftlichen Definition von Gesundheitsberichterstattung gehört dazu nicht nur die Sammlung von Daten und Fakten, sondern ganz wesentlich auch eine Auswertung sowie die Herleitung handlungsrelevanter Konsequenzen. Damit werden die Gesundheitsämter - die kommunal und in den Institutionen Verantwortlichen - in die Lage versetzt, einer seit Jahren immer deutlicher vorgetragenen Kritik bzw. Anforderung der kommunalen Gesundheitspolitik zu entsprechen. Hier ist sicherlich darauf hinzuweisen, daß eine fachlich einwandfreie Gesundheitsberichterstattung nur von entsprechend qualifiziertem Personal erstellt werden kann. Der Gesetzentwurf läßt offen, mit welchen personellen und sächlichen Ressourcen, mithin in welcher Qualität die Aufgabe zu erledigen ist. Es handelt sich jedoch um eine Anforderung der kommunalen Politik und eine diesbezügliche Investition ist längst überfällig. Diese kann keinesfalls dem Gesetzentwurf

angelastet werden. In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß bestehende Berichtspflichten - z.B. Weiterleitung von Trinkwasserdaten an die Europäische Gemeinschaft oder Meldung von Infektionsdaten gem. dem noch gültigen Bundesseuchengesetz, demnächst Bundesinfektionsschutzgesetz, im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung für Gesundheitsämter besser nutzbar gemacht werden müssen.

These 9:

Für den Bereich der Überwachung des Arzneimittelverkehrs ist im Zusammenhang mit Artikel 11 des Gesetzentwurfes darauf hinzuweisen, daß die Möglichkeit der Übertragung der Apothekenbesichtigungen auf Sachverständige in keiner Weise sachdienlich ist. Die anderen Aufgaben des Gesetzes zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit sind nämlich damit untrennbar verbunden. Es macht keinen Sinn, hier Zuständigkeiten zu teilen, zumal die Endverantwortung ohnehin bei den Kreisen und kreisfreien Städten bleiben soll. Die Formulierung im einzufügenden Halbsatz wird daher von hieraus abgelehnt. Im übrigen ist

diese Regelung teurer, da die Sachverständigentätigkeiten wieder überwacht werden müssen und dafür dann keine, oder zumindestens geringere Gebühren erhoben werden können.

Anregungen:

Ich rege an, der Zusammenarbeit auf europäischer Ebene durch einen Hinweis in § 3 Rechnung zu tragen. Es wird in Zukunft noch mehr darauf ankommen, in den Grenzregionen einen Abstimmungsprozeß für die gesundheitliche Versorgung durchzuführen.

Zusammenfassend bitte ich die Damen und Herren Abgeordneten, den vorliegenden Gesetzentwurf auch unter den vorgetragenen Gesichtspunkten noch einmal kritisch zu prüfen und die von mir und meinen Vorrednern gemachten Vorschläge und Anregungen in einer Weise zu würdigen, daß - und das ist die moderne Sprache - das Endprodukt „leistungsfähiges Gesundheitsamt in einem leistungsfähigen Kreis oder in einer leistungsfähigen kreisfreien Stadt“ entstehen kann. Ich kann mit diesem jetzt formulierten

**Gesetzentwurf unter den gegebenen
Bedingungen in meinem Hause gut arbeiten.**

Ich bedanke mich für Ihre Aufmerksamkeit.