

Kuschke | Lafontaine

Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Darstellung



KOMMUNAL- UND SCHUL-VERLAG

Kuschke/Lafontaine
Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen

Darstellung

von

Wolfram Kuschke

Staatsminister a. D.

Dr. Jörg Lafontaine

Ministerialrat, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Nordrhein-Westfalen

Heike Reinecke

Ministerialrätin, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Nordrhein-Westfalen

Dr. Frank Stollmann

Ltd. Ministerialrat, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Nordrhein-Westfalen

1. Auflage



KOMMUNAL- UND SCHUL-VERLAG · WIESBADEN

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

© 2020 Kommunal- und Schul-Verlag GmbH & Co. KG ·
Wiesbaden Alle Rechte vorbehalten
1. Auflage 2020
Satz: C.H.Beck.Media.Solutions · Nördlingen

ISBN 978-3-8293-1547-0

Das öffentliche Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen – Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) –

DARSTELLUNG

von Staatsminister a. D. Wolfram Kuschke,
Ministerialrat Dr. Jörg Lafontaine, MAGS NRW,
Ministerialrätin Heike Reinecke, MAGS NRW
und Leitender Ministerialrat Dr. Frank Stollmann, MAGS NRW

Inhaltsübersicht

	Seiten
Abkürzungsverzeichnis	1–4
Literaturverzeichnis	1–4
1. Vorbemerkungen	1
2. Öffentlicher Gesundheitsdienst an der Schwelle zwischen gestern und morgen – Entwicklungen und Herausforderungen	2
2.1 Dualismus kommunaler Gesundheitsfürsorge und staatlicher Medizinal- und Sanitätsaufsicht	2
2.1.1 Die kommunalen Wurzeln des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	2
2.1.2 Staatliche Gesundheitsaufsicht	2
2.2 Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Deutschen Reich“ 1934/35 (GVG) – Verstaatlichung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	3
2.3 Kontinuität und Neuorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – auf dem Weg zu einer Neuordnung in Nordrhein-Westfalen	4
2.3.1 Unbewältigte Vergangenheit und Marginalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im bundesdeutschen Gesundheitswesen	4
2.3.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst unter doppeltem Reformdruck	5
2.3.2.1 Gesundheitsstrukturreform	5
2.3.2.2 Verwaltungsmodernisierung	10
2.3.3 Kommunalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – modernes Gesundheitsmanagement und Sozialkompensation	10

Inhaltsübersicht – ÖGDG NRW

	Seiten
2.3.3.1 Schritte zum ÖGDG	11
2.3.3.2 Ziele und Eckpunkte der Reform	12
2.3.3.2.1 Standortbestimmung und Aufgabenprofilierung: Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den übrigen Sektoren im (örtlichen) Gesundheitswesen	12
2.3.3.2.2 Perspektivische Erweiterung klassischer ÖGD-Aufgaben: Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement	13
2.3.3.2.3 Sozialkompensation und Subsidiarität: Bau von Brücken in die Regelversorgung	14
2.3.3.2.4 Förderung vernetzten Handelns im Gesundheitswesen vor Ort: Gesundheitsberichterstattung und ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung	16
2.3.3.2.5 Stärkung der Selbstverwaltung: Chancen und Risiken der Kommunalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes	17
2.3.4 Aktuelle Herausforderungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst	18
3. Der Gesetzesaufbau im Überblick	18
4. Organisationsfragen	20
4.1 Gesundheitsbehörden	20
4.2 Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW)	22
4.3 Aufgabenerledigung durch Dritte	24
4.3.1 Übertragung oder gemeinschaftliche Aufgabenwahrnehmung durch kommunale Träger	24
4.3.1.1 Kommunale Arbeitsgemeinschaft	24
4.3.1.2 Öffentlich-rechtliche Vereinbarung	25
4.3.1.3 Zweckverband	25
4.3.1.4 Alternative Formen interkommunaler Zusammenarbeit	26
4.3.2 Übertragung auf private oder öffentliche Dritte	26
4.3.2.1 Rechtliche Aspekte	27
4.3.2.2 Kommunalverfassungsrechtliche Fragestellungen	30
4.3.2.3 Zweckmäßigkeitskriterien	31
5. Einzelregelungen	32
5.1 Aufgabenkategorien	32
5.2 Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung	33
5.2.1 Infektionsschutzangelegenheiten nach § 9 ÖGDG	33
5.2.2 Hygieneüberwachung gemäß § 17 ÖGDG	37
5.2.2.1 Grundsätzlicher Norminhalt	37
5.2.2.2 Regelüberprüfung	39
5.2.2.2.1 Frequenzkatalog	39
5.2.2.2.2 Prüfinhalt	40
5.2.2.3 Mitteilungspflicht	41

	Seiten
5.2.2.4 Exkurs: Änderungen durch die IfSG-Novelle 2011	41
5.2.3 Überwachung der nichtakademischen Heilberufe des Gesundheitswesens, § 18 Abs. 4 ÖGDG	43
5.2.4 Arzneimittelüberwachung gemäß § 20 Abs. 1 ÖGDG	45
5.3 Pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben	45
5.3.1 Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, Umweltmedizin, §§ 8, 10 ÖGDG	46
5.3.1.1 Gesundheitsverträglichkeitsprüfung	46
5.3.1.2 Umweltmedizin	47
5.3.2 Schwangeren- und Mütterberatung, § 11 ÖGDG	50
5.3.3 Kinder- und Jugend(zahn)gesundheit, §§ 12, 13 ÖGDG	50
5.3.4 Gesundheitshilfe, §§ 14 bis 16 ÖGDG	52
5.3.5 Erfassung der Berufe des Gesundheitswesens, § 18 Abs. 1 bis 3 ÖGDG	53
5.3.6 Gutachtenwesen, § 19 ÖGDG	54
5.3.7 Sozialpharmazie, § 20 Abs. 2 ÖGDG	54
5.3.8 Gesundheitsberichterstattung, § 21 ÖGDG; Gesundheitskonferenz, § 24 ÖGDG	55
5.4 Freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben	57
6. Aktuelle Herausforderungen	57
6.1 Migration	57
6.2 Präventionsgesetz	58
6.3 Prostituiertenschutzgesetz	58
7. Aufgaben der Landesgesundheitsbehörden	59
7.1 Grundsätzliches	59
7.2 Sonderaufsichtsbefugnisse	60
7.3 Spezialregelungen	62
7.4 Rechtsaufsicht bei Selbstverwaltungsaufgaben	62
 Anhang	
1. Bundesrecht	
1.1 Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutzgesetz – IfSG)	1–50
1.2 Verordnung über die Qualität von Wasser für den menschlichen Gebrauch (TrinkwV 2001)	1–42
1.3 Allgemeine Verwaltungsvorschrift für ein Bund-Länder- Informationsverfahren in epidemisch bedeutsamen Fällen nach § 5 des Infektionsschutzgesetzes (Verwaltungsvorschrift IfSG- Informationsverfahren – IfSGInfo-VwV)	1–4
2. Landesrecht	
2.1 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW)	1–12

Inhaltsübersicht – ÖGDG NRW

	Seiten
2.2 Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes NRW (KHGG NRW) (Auszug)	1–10
2.3 Gesundheitsdatenschutzgesetz (GDStG NRW) (Auszug)	1–2
2.4 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG NRW)	1–14
2.5 Heilberufsgesetz NRW (HeilBerG) (Auszug)	1–2
2.6 Verordnung über Zuständigkeiten im Arzneimittelwesen und nach dem Medizinproduktegesetz	1–4
2.7 Verordnung zur Regelung der Zuständigkeiten nach Rechtsvorschriften für nichtärztliche und nichttierärztliche Heilberufe (aufgehoben)	1–2
2.8 Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten nach dem Infektionsschutzgesetz (ZVO-IfSG)	1–4
2.9 Gesetz zur Regelung der Kosten nach dem Infektionsschutzgesetz (KoG-IfSG)	1–2
2.10 Verordnung zur Regelung der Zuständigkeiten nach Rechtsvorschriften für Heilberufe (Zuständigkeitsverordnung Heilberufe – ZustVO HB)	1–6
2.11 Verordnung zur Verhütung übertragbarer Krankheiten (Hygiene-Verordnung)	1–2
2.12 Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (HygMedVO)	1–6
2.13 Verordnung zur Datenmeldung der Teilnahme an Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (UTeilnahmeDatVO)	1–4
2.14 Verordnung zur Durchführung des Meldeverfahrens nach § 18 Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (DVMeld.ÖGDG-NRW)	1–2
2.15 Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten nach dem IGV-Durchführungsgesetz (IGV-DG-ZVO)	1–2
Stichwortverzeichnis	1–4

Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	= am angegebenen Ort
AGLMB	= Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten der Länder
AIDS	= Acquired Immunodeficiency Syndrom
AMG	= Arzneimittelgesetz
Art.	= Artikel
AV-ÖGDG	= Ausführungsverordnung zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
AVwGebO	= Allgemeine Verwaltungsgebührenordnung
BÄO	= Bundesärzteordnung
Bek.	= Bekanntmachung
ber.	= berichtet
BezReg	= Bezirksregierung
BGBI.	= Bundesgesetzblatt
BGH	= Bundesgerichtshof
BImSchG	= Bundes-Immissionsschutzgesetz
BSeuchG	= Bundes-Seuchengesetz
BT-Drs.	= Bundestagsdrucksache
Buchst.	= Buchstabe
BVerfG	= Bundesverfassungsgericht
BVerwG	= Bundesverwaltungsgericht
DIN	= Deutsche Industrienorm
DÖV	= Die Öffentliche Verwaltung (Zeitschrift)
DVBl.	= Deutsches Verwaltungsblatt (Zeitschrift)
DVO	= Durchführungsverordnung
Einf.	= Einführung
Erl.	= Erläuterung
f., ff.	= folgende, fortfolgende
GDStG	= Gesundheitsdatenschutzgesetz
GebG	= Gebührengesetz
Ges.-Wes.	= Das Gesundheitswesen (Zeitschrift)
GG	= Grundgesetz
ggf.	= gegebenenfalls
GkG	= Gesetz über kommunale Gemeinschaftsarbeit
GMK	= Gesundheitsministerkonferenz
GO	= Gemeindeordnung
GVG	= Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens
GV. NRW.	= Gesetz- und Verordnungsblatt Nordrhein-Westfalen
GVP	= Gesundheitsverträglichkeitsprüfung
HeilBerG	= Heilberufegesetz
IDIS	= Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitssystem
i. d. F.	= in der Fassung

Abkürzungsverzeichnis – ÖGDG NRW

IfSG	=	Infektionsschutzgesetz
i. S.	=	im Sinne
KAG	=	Kommunalabgabengesetz
KHG	=	Krankenhausgesetz
KHGG	=	Krankenhausgestaltungsgesetz des Landes Nordrhein-Westfalen
KrPflG	=	Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege
KStZ	=	Kommunale Steuer-Zeitschrift (Zeitschrift)
LIG	=	Landesinstitut für Gesundheit
LIGA	=	Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit
LKTag	=	Landkreistag
LÖGD	=	Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst
LOG	=	Landesorganisationsgesetz
LT.-Drs.	=	Landtagsdrucksache
LV	=	Landesverfassung
LZG	=	Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen
MAGS	=	Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
MBL	=	Ministerialblatt
MFJFG	=	Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit
MGEPA	=	Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter
MGsFF	=	Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie
MPG	=	Medizinproduktegesetz
MUNLV	=	Ministerium für Umwelt und Naturschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz
NJW	=	Neue Juristische Wochenschrift (Zeitschrift)
Nr., Nrn.	=	Nummer, Nummern
NRW	=	Nordrhein-Westfalen
NWVBl.	=	Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter (Zeitschrift)
OBG	=	Ordnungsbehördengesetz
ÖGD	=	Öffentlicher Gesundheitsdienst
ÖGDG	=	Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst
OVG	=	Oberverwaltungsgericht
OWiG	=	Ordnungswidrigkeitengesetz
PsychKG	=	Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
RdErl.	=	Runderlass
Rdnr.	=	Randnummer
RGBl.	=	Reichsgesetzblatt
RKI	=	Robert Koch-Institut
RMBl.	=	Reichsministerialblatt
RVO	=	Reichsversicherungsordnung
S.	=	Seite
SchVG	=	Schulverwaltungsgesetz
SGB V	=	Sozialgesetzbuch V

SGV. NRW.	= Amtliche Sammlung des Nordrhein-Westfälischen Gesetz- und Verordnungsblattes
SZG	= Strategiezentrum Gesundheit
TrinkwV	= Trinkwasserverordnung
u. a.	= unter anderem
UVP	= Umweltverträglichkeitsprüfung
UVPG	= Gesetz über die Umweltverträglichkeitsprüfung
vgl.	= vergleiche
WHO	= World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z. B.	= zum Beispiel
Ziff.	= Ziffer
ZKF	= Zeitschrift für Kommunalfinanzen (Zeitschrift)

Literaturverzeichnis

- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Hrsg.)*, 50 Jahre Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 12, 1985
- Borgers/Streich*, Legitimation und Anspruch einer Gesundheitsberichterstattung, Ges.-Wes. 58 (1996), S. 596
- Buser/Schuler-Klaus/Gernhuber*, Medikamentenkonsum bei Kindern, Ges.-Wes. 59 (1997), S. 252
- Canaris*, Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Empirische Untersuchungen zur Situation der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen (im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen), 1992
- Damitz*, Arzneimittelverbrauch älterer Menschen in Bremer Alten- und Pflegeheimen unter besonderer Berücksichtigung von Psychopharmaka, Ges.-Wes. 59 (1997), S. 83
- Dieckmann/Heinrichs*, Gemeindeordnung NW, 1996
- Ehlers*, Rechtsprobleme der Kommunalwirtschaft, Deutsches Verwaltungsblatt 1998 S. 497
- Exner*, Grundlagen der Infektionssurveillance, Ges.-Wes. 59 (1997), S. 686
- Fock/Grünewald/Biederbick/Wirtz/Gottschalk*, Management bioterroristischer Anschläge mit gefährlichen infektiösen Agenzien, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1028
- Franke*, Kommunale Gesundheitskonferenzen und ortsnahe Koordinierung, 2000
- Frost/Müller*, Neue Chance für Gesundheitsdienst-Gesetze – eine rechtsvergleichende Darstellung, Öff. Ges. Wes. 53 (1991) Sonderheft 3, S. 250
- Haas*, Prinzipien und Aspekte der Seuchenalarmplanung am Beispiel der Influenza Pandemie Planung, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1020
- Hansen u. a.*, Seit über einem Jahrhundert . . . : Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik, 1981
- Hauswirth*, Die Novellierung der Trinkwasserverordnung, Ges.-Wes. 2011, S. 715
- Held/Becker/Decker/Kirchhof/Krämer/Wansleben*, Gemeindeordnung NW, 1994, Loseblattwerk
- Hüttner*, Gesundheit als Querschnittsaufgabe, Ges.-Wes. 59 (1997), S. 102
- Hurrelmann/Palentien*, Plädoyer für einen Umbau des jugendärztlichen Dienstes zu einem „schulbetriebsärztlichen Dienst“, Ges.-Wes. 58 (1996), S. 525
- Jakob/Michels*, Regionale und kommunale Gesundheitsberichterstattung – Probleme und Möglichkeiten, Bundesgesundheitsblatt 2000 S. 615
- Kirschenbauer*, Aufgabe des ÖGD im Rahmen der Psychiatrie, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1111
- Klein*, Hinweise zur Umsetzung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Eildienst LKTag NRW 2000, S. 205
- Kobusch/Fehr/Serwe (Hrsg.)*, Gesundheitsverträglichkeitsprüfung, 1997
- Kurth*, Konsequenzen und Herausforderungen bei bioterroristischen Anschlägen, Ges.-Wes. 64 (2002), S. 689

Literaturverzeichnis – ÖGDG NRW

- Labisch*, Gesundheitssicherung in der Gemeinde – Tradition, Stand, Aufgaben für die Zukunft, Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege Heft 46, 1986
- Labisch/Tennstedt*, Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934“, 1985
- dies.*, Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge, Schriftenreihe der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege Heft 49, 1990
- Lafontaine*, Krankenhausaufsicht durch den öffentlichen Gesundheitsdienst – Vorschlag eines neuen Begehungsbogens, Ges.-Wes. 56 (1994), S. 313
- ders.*, Bewertung der Trinkwasserverordnung aus Sicht der Gesundheitsbehörden – Die neue Trinkwasserverordnung, Berichte aus dem IWW Rheinisch-Westfälischen Institut für Wasserforschung gGmbH, Mülheim, Band 33 (2001), S. 499
- Lafontaine/Stollmann*, Neues Landesgesundheitsrecht – Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Nordrhein-Westfälische Verwaltungsblätter 1999 S. 170
- dies.*, Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Kommunalpraxis N 1998 S. 134
- dies.*, Outsourcing bei der Umsetzung der neuen Trinkwasserversorgung 2001, NWVBl. 2003 S. 458
- dies.*, Kompetenzen der unteren Gesundheitsbehörden in der Umweltmedizin, NWVBl. 2006 S. 87
- Leidel*, Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Spannungsfeld zwischen Sparzwang und neuen Aufgaben, Ges.-Wes. 58 (1996), S. 571
- ders.*, Sozialmedizinische Aufgaben des ÖGD, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1130
- ders.*, Engagiert für die Gesundheit der Bevölkerung – der Öffentliche Gesundheitsdienst, Bundesgesundheitsblatt 2009 S. 791
- LIGA.NRW*, Fachtagung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Zusammenarbeit mit dem Landesinstitut für Gesundheit und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen am 24. und 25. Mai 2011 (2011)
- Lorz*, Kampf gegen Krankenhauskeime: Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, NJW 2011, S. 3397
- Meier*, Gesundheitskonferenzen – Instrumente der Kooperation zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Ges.-Wes. 57 (1995), S. 645
- ders.*, Gesundheitsberichterstattung als Beitrag zur Modernisierung der Gesundheitsämter: Bilanz eines Public-Health-Projekts, Ges.-Wes. 57 (1995), S. 703
- Mellmann/Friedrich/Kipp/Hinderer/Kekevoet/Harmsen*, Evidenzbasierte Hygienemaßnahmen mittels spa-Typisierung bei MRSA-Häufungen im Krankenhaus, Dt. Med. Wochenschrift 2005 S. 1364
- Michels*, Zusammenarbeit des Gesundheitsamtes mit Krankenkassen im Bereich der Gesundheitsförderung, Ges.-Wes. 57 (1995), S. 698
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*, Der öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft – Dokumentation über das Symposium ÖGD 2000 am 30./31. August 1989 in Düsseldorf, 1990
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen*, Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW – Notwendigkeiten und Perspektiven –, Schlußbericht der Kommission „ÖGD 2000“, 1992

- Mohl*, Wegfall der Verwaltungsgebühren für die Ausstellung von Bescheinigungen und Zeugnissen sowie die Erstattung von Gutachten durch Gesundheitsbehörden in Nordrhein-Westfalen, *Kommunale Steuer-Zeitschrift* 1998 S. 87
- Müller*, Gesundheitsförderung durch den ÖGD – Problemfelder und Perspektiven, *Ges.-Wes.* 59 (1997), S. 279
- München*, Das neue Infektionsschutzgesetz, *PfIR* 2011 S. 327
- Murza/Werse/Brand*, Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen, *Bundesgesundheitsblatt* 2005 S. 1162
- Nassauer/Mielke*, Rechtsgrundlagen zum Infektionsschutz im Krankenhaus, *Bundesgesundheitsblatt* 2000 S. 459
- Niermann*, Das Gesundheitsamt und seine Partner: Perspektiven der Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsämtern und Selbsthilfeorganisationen, *Ges.-Wes.* 57 (1995), S. 715
- Oebbecke*, Gemeindeverbandsrecht Nordrhein-Westfalen, 1984
- Oertel*, Amtsärztliche Gutachten, *Bundesgesundheitsblatt* 2005 S. 1120
- Pfaff/Krämer*, Grenzen der Gesundheitsberichterstattung in der Gesundheitsplanung, *Ges.-Wes.* 58 (1996), S. 602
- Pföhler*, Kommunale Gesundheitspolitik – sozialstaatlicher Auftrag, *Ges.-Wes.* 58 (1996), S. 592
- Poppe*, Qualitätssicherung im und durch den Sozialpsychiatrischen Dienst, *Ges.-Wes.* 58 (1996), S. 588
- Preuss u. a.*, Kommunikation im gesundheitlichen Umweltschutz und in der umweltmedizinischen Beratung, *Ges.-Wes.* 59 (1997), S. 400
- Puteanus*, Sozialpharmazie, ein neuer Arbeitsbereich im Öffentlichen Gesundheitsdienst in NRW, in: 2. Jahrestagung des LÖGD für den ÖGD, Wissenschaftliche Reihe des LÖGD Bd. 7, 2000, S. 99f.
- Rebscher*, Das Spannungsverhältnis zwischen Krankenversicherungen und öffentlichem Gesundheitsdienst, *Ges.-Wes.* 57 (1995), S. 695
- Retzgen*, Selbsthilfeförderung durch ein Gesundheitsamt, *Ges.-Wes.* 57 (1995), S. 710
- Rössler*, Gesundheitsberichterstattung für Nordrhein-Westfalen: Neue Konzepte und aktuelle Projekte, in: 2. Jahrestagung des LÖGD für den ÖGD, Wissenschaftliche Reihe des LÖGD Bd. 7, 2000, S. 47f.
- Scharf*, Zukunftsentwicklung des ÖGD, in: 2. Jahrestagung des LÖGD für den ÖGD, Wissenschaftliche Reihe des LÖGD Bd. 7, 2000, S. 7ff.
- ders.*, Ausblick auf die Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, in: Dokumentation der Fachtagung des Gesundheitsamtes Köln „Öffentlicher Gesundheitsdienst: Entwicklung und Perspektiven“ am 11.10.1995, S. 72ff.
- Schink*, Formen und Grenzen interkommunaler Zusammenarbeit durch öffentlich-rechtliche Vereinbarungen, *Deutsches Verwaltungsblatt* 1982 S. 769
- Schmacke*, Schritte in die Öffentlichkeit – Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter, Schriftenreihe der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Bd. 17, 1993
- ders.*, Die Herausforderung des Public-Health-Konzeptes für die Gesundheitsämter, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 1997 S. 57

Literaturverzeichnis – ÖGDG NRW

- Scholz/Dünisch/Ammon/Erdle/Heilig/Oberloskamp*, Das öffentliche Gesundheitswesen, 1996
- Stollmann*, Privatisierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Der Landkreis 1999 S. 22
- ders.*, Aufgabenerledigung durch Dritte im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Die Öffentliche Verwaltung 1999 S. 183
- ders.*, Rechtliche Vorgaben betreffend Organisation und Leitung kommunaler Gesundheitsämter, Kommunalpraxis N 1998 S. 305
- ders.*, Gebührenerhebung der Kommunen im Öffentlichen Gesundheitsdienst, Zeitschrift für Kommunal финанzen 2000 S. 2
- ders.*, Das Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze, GesR 2011 S. 705
- Susenberger*, Gebührengesetz für das Land Nordrhein-Westfalen, Kommentar, Wiesbaden 2000
- Szagon/Starke*, Prävention und Gesundheitsberichterstattung im ÖGD, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1125
- Thriene/Oppermann*, Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Umweltmedizin, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1116
- Wegner*, Aufgaben des ÖGD im Rahmen der Kinder- und Jugendgesundheit, Bundesgesundheitsblatt 2005 S. 1103
- Wimmer*, Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – Kein Modell für Deutschland –, Die Öffentliche Verwaltung 2000 S. 27

1. Vorbemerkungen

Bis zum 31.12.1997 haben das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3.7.1934 (GVG) und die drei Durchführungsverordnungen aus dem Jahre 1935 die wesentlichen Rechtsgrundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) des Landes Nordrhein-Westfalen dargestellt. Tradition und Regelungstatbestände dieser gesetzlichen Grundlagen reichen zum Teil bis in die Entstehungszeit eines ÖGD im 18. Jahrhundert zurück. Die Entstehungsgeschichte hat die praktische Handhabbarkeit über die Jahrzehnte stets belastet (vgl. *Labisch/Tennstedt*, Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934“, 1985). Mit dem „Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst“ (ÖGDG) vom 25.11.1997 (GV. NRW. S. 431; vgl. Anhang 2.1) ist das Land Nordrhein-Westfalen dem Vorbild anderer Bundesländer gefolgt, hat das vorkonstitutionelle Recht abgeschafft und die Rechtslage den neuen Anforderungen angepasst (zu den Gesundheitsdienst-Gesetzen der Länder vgl. auch *Frost/Müller*, Öff. Ges.-Wes. 1991, Sonderheft 3, S. 250 f.).

Der Landesgesetzgeber hat gegenüber dem dichten Regelwerk der 140 Paragraphen des Vereinheitlichungsgesetzes und der Durchführungsverordnungen auf Detailregelungen weitestgehend verzichtet. Dadurch hat er eine den örtlichen Problemlagen, Zielsetzungen und Prioritäten kommunaler Gesundheitspolitik angepasste Aufgabenwahrnehmung und Schwerpunktsetzung ermöglicht (vgl. *Scharf* in 2. Jahrestagung des LÖGD, S. 7, 10), zugleich mit der Öffnung solcher Gestaltungsspielräume neben den medizinalfachlichen aber vor allem auch organisationsrechtliche und sonstige allgemein-juristische Fragen aufgeworfen.

Insgesamt betrachtet hat das ÖGDG die kommunale Ebene gestärkt, indem das Maß an staatlicher Aufsichts- und Weisungskompetenz zurückgenommen und die kommunale Selbstverwaltung gestärkt wurde. Diese Absicht tritt auch deutlich in der Überschrift des Artikelgesetzes zu Tage, in welches das ÖGDG als Artikel 3 eingestellt wurde: „*Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen*“. Insoweit führt das ÖGDG die in der unmittelbaren Nachkriegszeit u. a. durch das „Gesetz über die Eingliederung staatlicher Sonderbehörden der Kreisstufe in die Kreis- und Stadtverwaltung vom 30. Mai 1948“ (GS. NW. S. 147/SGV. NRW. 2000) verfügte Eingliederung des Gesundheitsamtes in die Kommunalverwaltung (vgl. *Sons*, a. a. O., S. 343 ff.) begonnene Kommunalisierung des ÖGD konsequent zu Ende. Das zeigt sich nicht nur in der drastischen Eingrenzung der Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung auf den Kern der staatlichen Überwachungs- und Kontrolltätigkeiten, sondern auch im Verzicht auf die Amtsstruktur und den Amtsarztvorbehalt für die Leitung der unteren Gesundheitsbehörde.

Die aufgrund der gesetzlich verankerten Evaluationsklausel 2003 nach einem fünfjährigen Erfahrungszeitraum erfolgte Überprüfung des „neuen“ Gesetzes hat insgesamt gesehen seine positiven Auswirkungen bestätigt. Novellen in den Jahren 2005 und 2009 haben sich deshalb im Wesentlichen auf redaktionelle Anpassungen beschränkt. Im Rahmen des nordrhein-westfälischen Befristungsprojektes sind auch künftig eine regelmäßige Überprüfung des ÖGDG sowie eine entsprechende Berichtspflicht gegenüber dem Landtag als Gesetzgeber vorgesehen.

Mittlerweile ist der eindeutig auf kommunale Eigenverantwortung und lokale Schwerpunktsetzung ausgerichtete Ansatz des ÖGDG gelegentlicher Kritik ausgesetzt. So wird – etwa im Bereich der Hygiene und des Infektionsschutzes – vielfach die stärkere Rückwendung zu staatlichen Vorgaben und entsprechender Schwerpunktsetzung gefordert. Dies gilt vor allem angesichts zunehmender Bedrohungslagen etwa durch die steigende Mobilität der Bevölkerung mit den damit verbundenen Verbreitungsrisiken gesundheitsgefährdender Erreger. Ob dies in der Zukunft zu Änderungen in der Organisation oder Aufgabenverteilung führt, kann letztlich nur durch den Landesgesetzgeber im Zuge einer Novellierung des ÖGDG beantwortet werden. Im Rahmen der notwendigen rechts- und gesundheitspolitischen Abwägung wird dabei auch zu berücksichtigen sein, dass gerade bei die-

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

sen Themen die fachlich erforderliche Ortskenntnis und Sachnähe durch zentralistische Ansätze nicht adäquat ersetzt werden kann. Gleichwohl ist auch nicht zu verkennen, dass gleichartige, übergeordnete Problemstellungen auch zentraler Koordinierung und Steuerung bedürfen können.

2. Öffentlicher Gesundheitsdienst an der Schwelle zwischen gestern und morgen – Entwicklungen und Herausforderungen

2.1 Dualismus kommunaler Gesundheitsfürsorge und staatlicher Medizinal- und Sanitätsaufsicht

Der ÖGD hat eine lange historische Tradition. Er wurde durch zwei Entwicklungslinien geprägt, die bezeichnenderweise jeweils verknüpft waren mit einer entsprechenden Theorieentwicklung: die Medizinal- und Sanitätsaufsicht der neuzeitlichen Territorialstaaten und die Gesundheitsfürsorge der Industriestädte (vgl. *Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 25 ff.; *Schmacke* (1993), a. a. O., S. 1 ff.).

2.1.1 Die kommunalen Wurzeln des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Erste nachweisbare medizinische Bemühungen der öffentlichen Verwaltung lassen sich in deutschen Städten bereits im 13. Jahrhundert durch Anstellung von Stadtärzten belegen (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 31 ff.). Im 16. Jahrhundert regelten größere Städte diese Aufgaben durch eigene Medizinalordnungen. Damit wird zum einen deutlich, dass der ÖGD seine eigentlichen Wurzeln in der Kommune bzw. in der mittelalterlichen Stadtkultur hat. Zum anderen nahm er offensichtlich schon frühzeitig eine Doppelfunktion wahr, nämlich Medizinalaufsicht und Gesundheitsfürsorge.

In der weiteren Entwicklung dieses kommunalen Entwicklungsstranges des ÖGD erfolgte zwar eine erhebliche staatliche Reglementierung kommunaler Freiheit und Eigenentwicklung auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit, allerdings erzwangen die sozialen und gesundheitlichen Folgen der Industrialisierung ein wachsendes kommunales Engagement im Gesundheitsschutz und in der Gesundheitsfürsorge, da offensichtlich mit den teils beaufsichtigenden, teils beobachtenden, teils reaktiven Instrumenten staatlicher Gesundheitsaufsicht diesen nicht angemessen beizukommen war (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 32). Die mit der Industrialisierung einhergehende Migration großer Bevölkerungsmassen, die Verstädterung und die bis dahin unbekannte Verelendung breiter Bevölkerungsschichten stellten die Städte vor neue Aufgaben und zwangen zur systematischen Entwicklung eines kommunalen Gesundheitswesens und Schaffung entsprechender Einrichtungen. Als Kernaufgaben kommunaler Gesundheitsfürsorge kristallisierten sich heraus:

- Stadthygiene,
- Fürsorge für Mutter und Kind,
- Schulgesundheits- und Schulzahnpflege,
- Gesundheitshilfen für bestimmte Kranke und besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen.

Eine wissenschaftliche Fundierung dieses Entwicklungsstranges des ÖGD bot die Entwicklung der Sozialhygiene als Verbindung der Medizin, insbesondere der Hygiene, und den neuen Sozialwissenschaften. Sozial engagierte und politisch denkende Ärzte trieben diese neue Wissenschaft in der Praxis voran.

2.1.2 Staatliche Gesundheitsaufsicht

Zu einer grundlegenden Neuordnung des öffentlichen Gesundheitswesens in Preußen kam es 1899 durch Erlass des Kreisarztgesetzes (Preußische Gesetzessammlung 1899, S. 172).

Staatlicher Gesundheitsbeamter wurde der Kreisarzt. Er war dem Regierungspräsidenten unterstellt, wirkte aber als „technischer Berater“ des Landrates bzw. der städtischen Medizinalbehörden. Ferner war er Gerichtsarzt seines Amtsbezirks. Er gehörte der Ebene des höheren Verwaltungsbeamten an, war deshalb in seiner Stellung relativ unabhängig sowie entsprechend besoldet und konnte selbstständig vorgehen. Daher war ihm die privatärztliche Praxis ausdrücklich untersagt. Sein in verschiedenen Dienstanweisungen zwischen 1901 und 1934 geregeltes Aufgabenprofil wurde durch vier Bereiche geprägt:

- die Medizinalaufsicht,
- die Sanitätsaufsicht,
- sozialhygienische Aufgaben, wie Schulgesundheitspflege, Fürsorge für Mutter und Kind, Fürsorge für Behinderte, Geisteskranke, Sieche und Süchtige,
- gerichts- und vertrauensärztliche Gutachtertätigkeit.

Diese Aufgabenstellung zeigt, dass nun auch gesundheitsfürsorgerische Aufgaben zu den Pflichtaufgaben des staatlichen Gesundheitswesens gehörten. Eine weitere wichtige Neuerung des Kreisarztgesetzes war die Einrichtung der o. g. Gesundheitskommissionen. Sie gingen aus Wahlen der Selbstverwaltungskörperschaften hervor. Sie nahmen im Wesentlichen Beratungs- und unterstützende Aufgaben wahr, konnten eigeninitiativ Vorschläge erarbeiten und kooperierten mit dem Kreisarzt. Manche sahen in den Gesundheitskommissionen ein Scharnier zwischen staatlichem und kommunalem Gesundheitswesen.

Mit dem Kreisarztgesetz von 1899, insbesondere mit den Gesundheitskommissionen und den Dienstanweisungen an den Kreisarzt wird der Dualismus eines staatlichen und kommunalen Gesundheitsdienstes, von Eingriffs- und Leistungsverwaltung, von „Staatsmedizin“ und kommunaler Gesundheitsfürsorge, der Dienststellung und weltanschaulichen Orientierung von Kreisärzten und Kommunalärzten zum Systemcharakter (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 36). Einerseits führte eine Annäherung der Aufgabengebiete, Ziele und Handlungsinstrumente beider Stränge schon früh zu einer Vereinheitlichungsdiskussion, andererseits wirkten die Eigenmomente in beiden Bereichen so stark, dass eine Vereinheitlichung kontrovers diskutiert und heftig umkämpft wurde.

In der Weimarer Republik erfuhr das kommunale Gesundheitswesen nochmals einen innovativen Entwicklungsschub. Die sozialen Folgeschäden des Weltkrieges forderten nämlich flexible, den örtlichen Problemlagen angemessene Lösungen (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 37). Dies überforderte das starre staatliche Gesundheitswesen und stellte die Städte vor große Herausforderungen, wie die erneut zunehmende Tuberkulose oder das Problem der Kriegswaisen. Von den 1929 vorhandenen 64 städtischen Gesundheitsämtern stammten vier aus der Vorkriegszeit und 60 aus der Zeit von 1919 bis 1924, die meisten Gesundheitsämter wurden in den Jahren 1919 (acht) und 1920 (15) gegründet.

2.2 Das „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Deutschen Reich“ von 1934/35 (GVG) – Verstaatlichung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

In der skizzierten historischen Entwicklung des ÖGD sind Faktoren erkennbar, die es den Nationalsozialisten nach der Machtergreifung zumindest erleichterten, den ÖGD-Entwicklungsstrang innovativer Kultur gemeindenaher Gesundheitssicherung zu zerstören, den ÖGD endgültig zu verstaatlichen und ihn für ihre Ideologien der Erbgesundheits- und Rassenpflege in Dienst zu nehmen. Die Nationalsozialisten nutzten dafür die u. a. aus Kostengründen verschärfte Auseinandersetzung um die Beseitigung des Dualismus von staatlicher und kommunaler Gesundheitsaufsicht, Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 38 ff. und 63 ff.). 1934 wurde das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (RGBl. 1934 S. 531) veröffentlicht. Im Jahre 1935 wurden zu diesem Gesetz insgesamt drei Durchführungsverordnungen als verbindliche Vorgaben für die Gesundheitsämter erlassen (RGBl. 1935 S. 215/RMBl. 1935 S. 27). Das GVG und die DVO lehnten sich hierbei zum größten Teil an das preußische

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

Kreisarztgesetz von 1899 und die novellierte Dienstanweisung für Kreisärzte an und gingen kaum über diese hinaus.

Ziel des GVG war es zum einen, alle ärztlichen Aufgaben des ÖGD zusammenzufassen sowie die kommunale Gesundheitsfürsorge und die staatliche Gesundheitsaufsicht auf unterster Verwaltungsebene in einem Amt, dem in allen Städten und Landkreisen einzu-richtenden Gesundheitsamt zu vereinen, also ihre Organisation und Durchführung zu ver-einheitlichen. Zum Aufgabenkatalog des Gesundheitsamtes gehörten von nun an:

- Gesundheitsaufsicht und Gesundheitsschutz: Aufgaben der Medizinal-, Sanitäts- und Hygieneaufsicht, gerichtsärztliche Tätigkeit und amtsärztliches Gutachterwesen,
- Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge: Sie umfassen Vorsorge, Fürsorge und Nachsorge im Sinne der vormaligen kommunalen Gesundheitsfürsorge,
- Erb- und Rassenpflege: Bevölkerungspolitik, Rassenhygiene, Eheberatung und Ehege-sundheitszeugnisse, Sterilisierung von Behinderten, gutachterliche Tätigkeit im Rah-men der Euthanasie.

Das GVG schuf zum anderen ein einheitliches Medizinalbeamtentum, den Amtsarzt als Amtsleiter und die beamteten Ärzte mit einer eigenen Laufbahn. Der Amtsarzt war Staats-beamter; das örtliche Gesundheitsamt und sein Leiter hatten gegenüber den Kommunen verwaltungsrechtlich eine selbstständige Stellung.

2.3 Kontinuität und Neuorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – auf dem Weg zur Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen

2.3.1 Unbewältigte Vergangenheit und Marginalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im bundesdeutschen Gesundheitswesen

Wie in anderen gesellschaftlichen Bereichen hat es auch im ÖGD nach 1945 keine wirkliche Entnazifizierung gegeben. Viele Ärzte und Ärztinnen, die aktiv an der Umsetzung der Erb- und Rassenmedizin mitgewirkt hatten, blieben in ihren leitenden Positionen. Eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte – mit der NS-Rassenhygiene und Bevölkerungspolitik – fand nicht statt (vgl. ausführlich *Schmacke* (1993), a. a. O., S. 55 ff. und *Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 42 ff.).

Die Alliierten setzten aus Furcht vor der Einschleppung und Verbreitung von Seuchen durch die Flüchtlingsströme und zurückströmenden Soldaten auf die Erfahrungen der klassischen Seuchenhygiene in den Gesundheitsämtern. Zu einer entscheidenden Nach-kriegsaufgabe der Gesundheitsämter wurde darüber hinaus die Gutachtentätigkeit: So ging es um ärztliche Bescheinigungen der Notwendigkeit zusätzlicher Lebensmittelmar-ken, die Untersuchung von einwandernden Heimatvertriebenen, die Begutachtung von Kriegsversehrten, die Gutachten im Rahmen des Lastenausgleichsgesetzes, des Bundes-entschädigungsgesetzes und des Gesetzes über die Beschäftigung Schwerbeschädigter. Insgesamt wuchsen die Gesundheitsämter und ihre amtsärztlichen Gutachterdienste in die Funktion der medizinisch-ärztlichen Legitimation von Entscheidungen über Sozialleistun-gen.

Nach 1945 wurde das GVG von den Besatzungsmächten, bis auf wenige Streichungen, nicht als Gesetz mit nationalsozialistischem Gedankengut eingestuft. Die Länderkommis-sion zur Rechtsbereinigung war übereinstimmend der Ansicht, dass das GVG als Landes-recht Grundlage für die Neuorganisation des ÖGD in der Bundesrepublik Deutschland sein sollte. Durch verschiedene Gesetze und Verordnungen, u. a. durch das Gesetz über die Eingliederung staatlicher Sonderbehörden der Kreisstufe in die Kreis- und Stadtver-waltung vom 30.5.1948 (GS. NW. S. 147/SGV. NRW. 2000) galten das GVG und seine DVO auch in Nordrhein-Westfalen als Landesrecht fort und wurden die Gesundheitsämter kom-munalisiert. Darüber hinaus übertrugen zahlreiche bundes- und landesrechtliche Vor-schriften dem ÖGD Verwaltungszuständigkeiten, z. B. das BSeuchG oder das Landesge-setz über Hilfen und Schutzmaßnahmen für psychisch Kranke.

Zwar wurden auch zukunftsweisende Vorschläge zur Neuorientierung des ÖGD nach dem Krieg gemacht, etwa zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge oder im „Sozialplan für Deutschland“, aber sie blieben folgenlos.

Stattdessen verlor der ÖGD im Zuge der gesetzlichen Entwicklung insbesondere der Kassenärztlichen Versorgung sukzessive seine gesundheitsfürsorgelichen Aufgaben, die aus der kommunalen Gesundheitsfürsorge stammten, an die freipraktizierenden Ärzte. Das Kassen- bzw. Vertragsarztsystem erfuhr im bundesdeutschen Gesundheitswesen gegenüber dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine ständige Aufwertung und dieser wurde im Vergleich zur ambulanten und stationären Versorgung in eine Außenseiterrolle gedrängt. Der ÖGD erschien als eine Art Restsubsystem im gesamten Gesundheitssystem. In den 70er Jahren taucht daher zwangsläufig das Wort „Subsidiarität“ in der gesundheitspolitischen Diskussion zum ÖGD auf im Sinne der Wahrnehmung von Aufgaben, die kein anderes medizinisches Subsystem, kein anderes Amt und keine andere Einrichtung der Sozial- und Wohlfahrtspflege wahrnehmen kann oder will (*Labisch/Tennstedt* (1990), a. a. O., S. 45). Zudem kämpfte der ÖGD mit dem Mangel an Personal, insbesondere an Ärztinnen und Ärzten, und an Geld. Sein politisches Gewicht war nur gering. Indiz hierfür: In der in den 70er Jahren nach § 405 RVO eingerichteten „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ war er nicht vertreten, im Chor der an der Gesundheitsversorgung beteiligten Verbände und Organisationen hatte er keine Stimme (*ebenda*, S. 44). Diese Wirklichkeit stand im krassen Widerspruch zur Selbsteinschätzung des ÖGD bzw. mancher Amtsärztinnen und Amtsärzte, die eine Allzuständigkeit beanspruchten und den ÖGD als starke dritte Säule des Gesundheitswesens sahen. Allerdings – so Kritiker des ÖGD – erwuchsen daraus keine konstruktiven Reformkonzepte aus deren Mitte.

2.3.2 Öffentlicher Gesundheitsdienst unter doppeltem Reformdruck

Die Nachkriegsentwicklung des ÖGD brachte diesen zunehmend unter Reformdruck. Dabei spielte eine Rolle, dass trotz nachkonstitutioneller Rechtsbereinigungen und Rechtsänderungen das Vereinheitlichungsgesetz immer stärker als ein noch nicht völlig aufgearbeitetes Stück nationalsozialistischer Vergangenheit empfunden wurde. Der obrigkeitsstaatliche Geist dieses Gesetzes geriet zudem auch im Öffentlichen Bewusstsein zunehmend in Widerspruch zu dem demokratischen Leitbild des Staates als verfasste Gemeinschaft mündiger Bürger (vgl. *Polis*, Das Gesundheitsamt im Bild der Bevölkerung).

Am 15./16.10.1970 startete die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder (GMK) eine Reforminitiative. Sie beschlossen nach einer Lageanalyse, eine den veränderten Erfordernissen angepasste Rechtsgrundlage für die Organisation und die Aufgaben des ÖGD zu schaffen. Am 14./15.12.1972 stimmte die GMK den durch die Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten (AGLMB) zwischenzeitlich erarbeiteten „Richtlinien für Ländergesetze über das Gesundheitswesen“ zu (Schriftenreihe aus den Gebieten des öffentlichen Gesundheitswesens, Heft 35, 1974). Diese Richtlinien setzten relativ zeitnah lediglich die Länder Schleswig-Holstein (1979), Berlin (1980) und Bayern (1986) in Ländergesetze um, die das Vereinheitlichungsgesetz und seine drei Durchführungsverordnungen ablösten. Eine grundlegende Neuorientierung des ÖGD brachten diese Gesetze aber nicht.

Insbesondere aber geriet der ÖGD als Teil des Gesundheitswesens (Gesundheitsfürsorge) und als Teil der Verwaltung (Gesundheitsfachverwaltung, Medizinalaufsicht) in den Schnittpunkt zweier Reformdebatten:

- der Debatte über die Strukturreform des Gesundheitswesens sowie
- der Debatte über die Modernisierung von Staat und Verwaltung.

2.3.2.1 Gesundheitsstrukturreform

Die Reformdebatte über den ÖGD wurde zunächst von gesundheitspolitischen Argumenten getragen. Sie vollzog sich im Windschatten der Gesundheitsstruktur-Reformdebatten

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

der 80- und 90er Jahre. Wie für das Gesundheitswesen insgesamt, so stellte sich auch die Frage an den ÖGD, welchen Beitrag er zu den gesundheitspolitischen Herausforderungen des wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Wandels von der Industrie- zur Dienstleistungsgesellschaft und der europäischen Integration zu leisten vermag, welche Rolle er

Fortsetzung Seite 9

im Gesundheitswesen übernehmen und wie er sich in einem arbeitsteilig organisierten pluralistischen Gesundheitswesen verankern kann.

Im Mittelpunkt der Reformnotwendigkeiten standen damals wie heute

- Chancengleichheit in der Gesundheitsversorgung in einem verstärkt wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitswesen,
- die stärkere Orientierung an Gesundheitsförderung, Rehabilitation und Pflege,
- die Anpassung des Versorgungssystems an die Versorgungsbedürfnisse einer zunehmenden Zahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen insbesondere durch eine Vernetzung der medizinischen, pflegerischen und sozialen Einrichtungen und der Verzahnung der (ambulanten und stationären) Versorgungssektoren, ein wirkungsvolles Management von ganzheitlichen Versorgungsprozessen auf der Ebene des Systems und des Patienten und Pflegebedürftigen (case-management), Kooperation und Abstimmung zwischen den gesundheitspolitischen Akteuren zur Sicherung von Kontinuität und Nahtlosigkeit der Versorgung (Strukturgestaltung und Gesundheitsmanagement),
- die zielgenaue, wirtschaftlichere Ressourcennutzung angesichts begrenzter Finanzmittel und Grenzen der Beitragsbelastung (Effizienz, Effektivität und Qualität),
- die Mobilisierung und Nutzung von Bürgerengagement und Selbsthilfe neben der Weiterentwicklung des professionellen Systems (Bürgerorientierung, Partizipation und Demokratisierung).

Die Dynamik der ÖGD-Reformdebatte wurde auch durch die Neuentdeckung der Sozialhygiene bzw. Sozialmedizin im Rahmen der Entwicklung von „New Public Health“ befördert. Die Gesundheitswissenschaften sollten zukünftig gewissermaßen das neue theoretische Fundament der ÖGD-Entwicklung bilden.

Auch WHO-Strategien und -Programme, wie Gesundheit für Alle, für Gesundheitsförderung oder das Gesunde-Städte-Projekt und die (lokale) Agenda 21 zum Thema Gesundheit und Umwelt haben zur Wiederbelebung kommunaler Gesundheitspolitik beigetragen. Diese führten zu zahlreichen örtlichen Innovationen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements, bei denen der ÖGD ein Motor war.

Auch Dank dieser Debatten und Trends ist es gelungen, die Reform des ÖGD in den Fokus der Gesundheitspolitik zu rücken. Das Augenmerk richtete sich dabei vor allem auf die Entwicklungspotenziale des ÖGD, die für die Bewältigung der gesundheitspolitischen Herausforderungen nutzbar erscheinen:

- Der ÖGD hat in seiner Geschichte gegenüber dem vorherrschenden naturwissenschaftlich-individualistischen Paradigma der Medizin eine bevölkerungsbezogene, verhaltens- und verhältnisbezogene Sichtweise von Gesundheit und Krankheit entwickelt, die ihn für Aufgaben der Gesundheitsförderung und Prävention prädestinieren würden.
- Er verfügt im Grundsatz über eine multidisziplinäre Arbeitsstruktur, die durch eine zunehmende Spannweite der in den Gesundheitsämtern tätigen verschiedensten Gesundheitsberufe gekennzeichnet ist, und eine berufsübergreifende, teammäßige Bearbeitung komplexer Gesundheitsprobleme fördert.
- Seine behördliche Einbettung ermöglicht ihm den Zugang zu allen gesundheitsbezogenen Planungen, was für eine aktive Rolle in der verhältnisbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung spricht.
- Die Tradition kommunaler Gesundheitsfürsorge und aufsuchender Gesundheitshilfe machen den ÖGD für eine „anwaltschaftliche“ Interessenwahrnehmung und sozialkompensatorische Funktion zu Gunsten besonders sozial schwacher Bevölkerungsschichten (z. B. kinderreiche, unvollständige und einkommensschwache Familien, alte Menschen, obdachlose Menschen) und besonders schutzbedürftiger Patienten.

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

tengruppen (z. B. suchtkranke und psychisch kranke, meist auch gesellschaftlich stigmatisierte Menschen) geeignet.

- Ein weniger ausgeprägtes Wettbewerbsinteresse, als es bei anderen Akteuren, wie Vertragsärzten und Krankenkassen, zu beobachten ist, lassen den ÖGD zur Übernahme von Aufgaben im Bereich der Gesundheitsberichterstattung, der Moderation, Koordination und Organisation von Kooperation besonders geeignet erscheinen.

In Nordrhein-Westfalen zeigte die Praxis insbesondere seit den 80er Jahren, dass sich immer mehr Gesundheitsämter – gefördert durch das Land – auf dem Gebiet der gleichsam „anwaltschaftlichen“ Interessenwahrnehmung für besondere Personengruppen, der Gesundheitsberichterstattung sowie der Moderation zum Beispiel von Gesundheitstagen oder -foren oder der Koordination etwa im Bereich der Psychiatrie und AIDS innovativ betätigten. Die Entwicklung zu einer bürgerorientierten Beratungs- und Dienstleistungseinrichtung war also bereits in Gang und wurde von der Bevölkerung nicht nur wahrgenommen, sondern auch erwartet (vgl. *Polis*, Das Gesundheitsamt im Bild der Bevölkerung). Diese gewandelte Praxis passte nicht mehr auf die Folie des GVG. Ihr musste eine landesweite, adäquate gesetzliche Grundlage geschaffen werden.

2.3.2.2 Verwaltungsmodernisierung

Zunehmend spielten aber kommunal- und verwaltungspolitische Argumente auch in der ÖGD-Reformdebatte eine Rolle: Die Strömung der Verwaltungsmodernisierung erfasste auch den ÖGD. Sie fokussierte sich begrifflich auf das so genannte Neue Steuerungsmodell. Hauptstoßrichtung sind Dezentralisierung und Kommunalisierung, also eine Neuordnung des staatlichen Aufgaben- und Kompetenzsystems und die Einführung betriebswirtschaftlichen Denkens in die Verwaltung.

Wenn auch damit kein Paradigmenwechsel in der Reformdebatte über den ÖGD verbunden war, so wurden die bisher vorherrschenden gesundheitspolitischen Reformmotive doch von solchen der Kommunal- und Verwaltungspolitik durchdrungen. Finanzargumente wurden stärker akzentuiert sowie Effizienz und Effektivität zu weiteren Schlüsselbegriffen der Reform. „Kostenneutralität“ wurde in der politischen Auseinandersetzung um das ÖGDG zu einer Messlatte für das Vorhaben. Das Zielegeflecht der ÖGD-Reform wurde komplexer, kompliziertere Zielkonflikte – als Ausdruck des Spannungsbogens zwischen finanz- und gesundheitspolitischen Zielsetzungen – zwangsläufig.

Ausdruck für diese Umorientierung war die Einordnung des ÖGDG als Artikel 3 in das Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen durch den Gesetzgeber und dessen übergeordnetes Ziel: die Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung durch Dezentralisierung und Deregulierung.

2.3.3 Kommunalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesundheitsmanagement und Sozialkompensation

Aus den parlamentarischen Beratungen ist deshalb – für manche unvorhergesehen – ein ÖGDG hervorgegangen, das auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit viele Kernelemente der angestrebten allgemeinen Verwaltungsmodernisierung beinhaltet, die auf dem umfangreichen Programm der Landesregierung zur Verwaltungsmodernisierung durch Umbau der Landesverwaltung und Verbesserung der Arbeitsbasis der Kommunen stehen.

Das ÖGDG hat den Handlungsspielraum der kommunalen Selbstverwaltung auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit beträchtlich erweitert und damit einer eigenständigen kommunalen Gesundheitspolitik Entwicklungschancen im Zusammenspiel der verschiedenen gesundheitspolitischen Entscheidungs- und Handlungsebenen geschaffen: Europa – Bund – Land (Regionen) – Kommunen. Die in unmittelbarer Nachkriegszeit begonnene Kommunalisierung des ÖGD in Nordrhein-Westfalen wurde somit konsequent zu Ende geführt.

Die Akzentuierung der örtlichen Ebene im ÖGDG, die Betonung des lokalen Handelns ist unverändert richtig. Sie bedingt aber keineswegs eine Absage an eine **gemeinsame** Bearbeitung von Gesundheitsthemen: Der ÖGD steht immer wieder vor neuen Herausforderungen, deren Bewältigung eine regionale oder überregionale Zusammenarbeit und ein abgestimmtes Handeln aller genannten Ebenen erfordert.

2.3.3.1 Schritte zum ÖGDG

Der Weg zum ÖGDG wurde gründlich und fachlich fundiert vorbereitet:

Mit einem Symposium „ÖGD 2000“ im Jahre 1989 wurde eine neue Phase des Diskussionsprozesses um die Neugestaltung des ÖGD in Nordrhein-Westfalen eröffnet. Vertreter des ÖGD und der Kooperationspartner, wie Ärzteschaft und Krankenkassen, formulierten ihre Erwartungen, Hoffnungen und vor allem ihre für notwendig erachteten Forderungen an eine zukunftsgerechte, leistungsfähige Konzeption des ÖGD. Auf der Grundlage einer solchen kombinierten Binnen- und Außenansicht konnte der gesetzgeberische Handlungsbedarf konkreter identifiziert werden (Der Öffentliche Gesundheitsdienst der Zukunft, Dokumentation über das Symposium ÖGD 2000 am 30. und 31. August 1989 in Düsseldorf).

Eine vom damaligen Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) eingesetzte Expertenkommission „ÖGD 2000“ aus Vertreterinnen und Vertretern der Praxis und Wissenschaft unter Leitung von *Prof. Dr. Christian von Ferber* entwickelte auf der Grundlage einer Situationsanalyse Empfehlungen für die ÖGD-Reform in ausgewählten Aufgabenfeldern des Gesundheitsamtes wie der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, Gutachterwesen, Gesundheitshilfe, umweltbezogener Gesundheitsschutz und für die Kooperation an der Schnittstelle zwischen Gesetzlicher Krankenversicherung und ÖGD (Schlussbericht der Kommission „ÖGD 2000“: Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW – Notwendigkeiten und Perspektiven, 1992).

In einem weiteren Gutachten wurde durch eine breit angelegte empirische Untersuchung ein genaues und umfassendes Bild der Situation der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen ermittelt, um ein praxisorientiertes Reformkonzept zu entwickeln (*Canaris, Der Öffentliche Gesundheitsdienst*, 1992). Diese Untersuchung kann als eine Ergänzung einer schon früher durchgeführten statistischen Analyse des IDIS über die Aufgabenwahrnehmung der Gesundheitsämter aus dem Jahr 1989 angesehen werden.

Schließlich wurden auf diesen Grundlagen unter Leitung des MAGS in einer Vielzahl von Facharbeitsgruppen, bestehend aus Vertretern der verschiedenen Ebenen und Einrichtungen der ÖGD-Praxis, insbesondere der Gesundheitsämter, konkrete Reformvorstellungen für jedes Aufgabengebiet des ÖGD entwickelt.

1993 konnte das MAGS Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen vorlegen. In der Regelungsbreite und in der Regelungsdichte kam es bereits einem Gesetz sehr nahe. Es bildete die fachliche Grundlage für die Fortsetzung einer konsensorientierten politischen Reformdiskussion.

Diese Leitlinien konnten allerdings nicht mehr in der 11. Legislaturperiode auf den Gesetzweg gebracht werden. Zwar konnten sich diese Leitlinien bei aller Kritik im Detail auf einen breiten fachlichen **gesundheitspolitischen** Konsens stützen, da sie aber in der Phase einer verstärkten Diskussion um Verwaltungsmodernisierung, Standardabbau und Deregulierung veröffentlicht wurden, trugen ausschließlich gesundheitspolitische Begründungen für ein ÖGDG politisch nicht mehr. Das MAGS legte ein Finanzierungsmodell für das ÖGDG vor, das eine „kostenneutrale Umsetzung“ zulassen sollte. Mehrausgaben sollten durch verbesserte Einnahmen, geldwerte Unterstützungsleistungen des (damaligen) Landesinstitutes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie Synergieeffekte und Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen, für die das Gesetz entsprechende Instru-

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

mente vorsieht, so kompensiert werden können, dass für den ÖGD insgesamt eine Kosten-, besser: Belastungsneutralität gewährleistet ist. Es fand jedoch nicht die Zustimmung der Kommunalen Spitzenverbände. Die Leitlinien berücksichtigten ihrer Auffassung nach zudem zu wenig die **kommunalpolitischen** Gesichtspunkte der ÖGD-Reform.

Um den Kabinettsauftrag zur Vorlage eines „kostenneutralen“ ÖGDG zu erfüllen, entschloss sich das Ministerium zu einer Erprobung im Rahmen eines Modellprojektes, um auch in dieser Hinsicht zu einer besseren empirischen Fundierung des Gesetzes zu kommen. Auf der Grundlage der Leitlinien wurde deshalb ein Modellvorhaben „*Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung*“ für zentrale Eckpunkte des ÖGD-Reformkonzeptes aufgelegt: Für den Zeitraum von Oktober 1995 bis Dezember 1998 wurden in 28 der 54 Städte und Landkreise die Einrichtung einer Gesundheitskonferenz und die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung konzeptionell, organisatorisch und finanziell vom Land gefördert sowie wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Im Ergebnis erbrachte die wissenschaftliche Evaluation, dass die zwei wichtigsten Instrumente kommunalen Gesundheitsmanagements erfolgreich funktionieren und somit erwartet werden kann, dass ein zielgeleiteter Ressourceneinsatz und verbesserte Abstimmung zwischen den wesentlichen gesundheitspolitischen Akteuren zu mehr Qualität, Effektivität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung führen werden (*Badura/Siegrist u. a., Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zu einem Modellvorhaben, Bielefeld/Düsseldorf, 1999*).

Auf der Tagesordnung der sog. Grevener Kommission des Landtages, die damit beauftragt war, Gesetze und Verordnungen unter dem Gesichtspunkt der Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung durch Dezentralisierung und Deregulierung zu überprüfen, standen auch das GVG und seine drei Durchführungsverordnungen. Diese Kommission schlug vor, im Rahmen eines Artikelgesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden des Landes NRW auch ein ÖGDG „aus einem Guss“ auf der Grundlage der ÖGD-Leitlinien in den Landtag einzubringen.

Ein entsprechender Gesetzentwurf wurde am 1.9.1997 durch die Fraktionen der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN eingebracht (LT-Drs. 12/2340 vom 1.9.1997) und am 25.11.1997 mit Wirkung zum 1.1.1998 beschlossen. Gleichzeitig wurden das GVG und die drei Durchführungsverordnungen aufgehoben. Den fachlich in erster Linie beteiligten Abgeordneten der Koalitionsfraktionen war dabei von Anfang an klar: Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen“ ergab sich eine für die 12. Legislaturperiode fast schon verloren geglaubte Chance der Einbringung eines ÖGDG. Dabei war die Leitlinie des Artikel-Gesetzes insgesamt das Ziel, Belastungen, die sich für die Kommunen bei der Durchführung von Aufgaben ergeben, zu reduzieren bzw. ihre Durchführung auch in Zeiten knapper Kassen weiterhin zu ermöglichen. Dieser „Spagat“ zwischen kommunalem Anspruch auf Deregulierung und Selbstverwaltung und den gesundheitspolitischen Reformüberlegungen musste während des Gesetzgebungsverfahrens austariert werden und hat im Ergebnis auch zu unterschiedlich bewerteten Kompromissen geführt.

2.3.3.2 Ziele und Eckpunkte der Reform

Das ÖGD-Reformkonzept verfolgte vier Zielfelder, für deren Erreichen das Gesetz Instrumente und Verfahren bereitstellt:

2.3.3.2.1 Standortbestimmung und Aufgabenprofilierung: Vernetzung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den übrigen Sektoren im (örtlichen) Gesundheitswesen

Die Position, die der ÖGD im Gesundheitswesen einnimmt, und die Rolle, die er darin spielt, werden sicherlich nicht durch gesetzliche Regeln allein und vorrangig bestimmt.

Sie hängen weit mehr von Macht und Interessen, Qualifikation, Motivation und Durchsetzungsvermögen der Akteure ab. Gleichwohl darf die Wirkung des politischen Signals, das der gesetzgeberische Wille gibt, und die Bedeutung für das Selbstverständnis und Selbstbewusstsein des ÖGD nicht unterschätzt werden, wenn das ÖGDG den ÖGD als eigenständigen Sektor bzw. Teilbereich im pluralistisch strukturierten, arbeitsteiligen Gesundheitswesen positioniert, der weder als 3. Säule des Gesundheitswesens überfordert noch als Restgröße und „Ausputzer“ unterschätzt werden darf. Er hat ein identitätsstiftendes, trennscharfes und eigenständiges Aufgabenprofil, das er in Zusammenarbeit mit den anderen Akteuren und Sektoren des Gesundheitswesens wahrnimmt. Dadurch wird der ÖGD vor einem Wettbewerb insbesondere mit der vertragsärztlichen Versorgung bewahrt, in dem er nach den Entwicklungen der Nachkriegszeit nicht bestehen kann.

Das seinerzeit beschriebene Entwicklungspotenzial bietet unverändert und angesichts aktueller Entwicklungen und Herausforderungen möglicherweise sogar mehr denn je das Fundament für die wesentlichen Aufgabenschwerpunkte des ÖGD:

- (bevölkerungsbezogener) Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung,
- sozialkompensatorisch-subsidiäre (Gesundheits)hilfe,
- kommunales Gesundheitsmanagement (Gesundheitsberichterstattung, Koordination, Kooperation).

Mit dem ÖGDG hat sich der institutionelle Charakter des ÖGD gewandelt: Gesundheitspolitische Aufgaben der Steuerung und Planung sind neben die medizinalaufsichtlichen Aufgaben getreten. Aus der Medizinalverwaltung ist ein Dienstleistungszentrum für die Bevölkerung auf dem Gebiet der Öffentlichen Gesundheit geworden – und zugleich ein Kernelement und Motor kommunaler Gesundheitspolitik.

2.3.3.2.2 Perspektivische Erweiterung klassischer ÖGD-Aufgaben: Gesundheitsförderung und Qualitätsmanagement

Angesichts der im Zuge der Globalisierung erkennbaren Wiederzunahme von medizinisch längst bewältigt geglaubten Infektionskrankheiten in bestimmten Bevölkerungsgruppen, dem Auftreten neuer Varianten bekannter Infektionskrankheiten und neuer, bisher unbekannter Infektionskrankheiten stellt sich nach wie vor der Gesundheitsschutz als Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten als zentrale Aufgabe des ÖGD. Im Rahmen von Frühwarn- und Meldesystemen für übertragbare Krankheiten, in der Impfepidemiologie, der Pflege des Impfbewusstseins der Bevölkerung und der Sicherstellung des notwendigen Impfangebotes und einer ausreichenden Impfberatung kommt ihm eine wichtige Aufgabe zu. Zu den aktuellen Themen, mit denen sich der ÖGD konfrontiert sieht, gehört die wachsende Bedrohung der Patientenversorgung durch behandlungsassoziierte Infektionen durch multiresistente Erreger (MRE). Der ÖGD ist hier nicht nur fachlich, sondern vor allem auch organisatorisch ein wichtiger Partner bei der Entwicklung von Strategien zum Schutz der Patientensicherheit. So übernimmt er in den regionalen MRE-Netzwerken, die vielerorts zur Verbesserung der Schnittstellen zwischen den verschiedenen Akteuren und zur Umsetzung der Rahmenvorgaben der Bundesebene entstanden sind, mit deren Leitung wichtige Managementaufgaben (dazu www.mre-net.org, www.eurosafty.eu).

Der Gesundheitsschutz der Bevölkerung und von Bevölkerungsgruppen durch den ÖGD steht aber auch immer wieder vor neuen Herausforderungen der Gesundheitsgefährdung des Menschen durch die Umwelt der Industriegesellschaft. Die klassischen Aufgaben der Umwelt- und Ortshygiene des ÖGD mussten sich zu einer modernen Umweltmedizin bzw. zum gesundheitsbezogenen Umweltschutz fortentwickeln. Insbesondere die Aufklärung der Bevölkerung über gesundheitsschädigende Einflüsse aus der Umwelt und die Veranlassung und Koordination von Abwehrmaßnahmen gehören heute zum Aufgabenbestand eines zeitgemäßen ÖGD.

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

Der dem Gesundheitsschutz innewohnende klassische krankheitsbezogene Schutz- und Präventionsgedanke hat also nach wie vor seine Berechtigung, obgleich er in unserem Gesundheitswesen gegenüber der Kuration, dem Reparaturgedanken, oft vernachlässigt erscheint. Eine fortwährende Perspektiverweiterung im Sinne des WHO-Verständnisses von Gesundheitsförderung als Gestaltung der der Gesundheit förderlichen Arbeits- und Lebensverhältnisse und der Stärkung der in diesem Rahmen entwickelten individuellen Lebensweisen und Kompetenzen ist notwendig.

Auch hier kann der ÖGD eine Initiativ- und Koordinationsfunktion übernehmen und sich an der Förderung von Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen beteiligen. Die Gesundheitsverträglichkeitsprüfung von Vorhaben, etwa auf dem Gebiet der Verkehrs- und Stadtplanung, durch den ÖGD bzw. die untere Gesundheitsbehörde im Rahmen von Planungs- und Genehmigungsverfahren ist ein spezifischer Beitrag zur Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse. Als „Bürgeranwalt“ gesundheitlicher Interessen kann der ÖGD eine entscheidende Rolle wahrnehmen.

Der Kontrollgedanke der klassischen Aufgabe der Medizinalaufsicht über Gesundheitseinrichtungen und (nichtärztliche) Gesundheitsberufe ist mit dem ÖGDG einem zeitgemäßen Verständnis des „Bürgerstaates“ angepasst worden, in dem Erkenntnisse, Konzepte und Methoden der Qualitätssicherung und der Qualitätskontrolle aufgegriffen werden. Beratung und Kontrolle sind inzwischen stärker miteinander verknüpft; das Qualitätsmanagement im und durch den ÖGD muss konsequent und unter Nutzung der jeweils neuesten Methoden (nicht zuletzt der Informations- und Kommunikationstechnologie) weiterentwickelt werden.

2.3.3.2.3 Sozialkompensation und Subsidiarität: Bau von Brücken in die Regelversorgung

Dem Grundsatz nach sichert unser Gesundheitswesen mit seinem Kern der Sozialen Krankenversicherung eine chancengleiche, sozial gerechte gesundheitliche Versorgung aller Bürgerinnen und Bürger und entsprechend ihrem Bedarf und ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit. Solidaritäts- und Sachleistungsprinzip sollen dies bewirken und gewährleisten. Menschen, die aus welchen Gründen auch immer durch dieses Netz der gesundheitlichen Versorgung fallen, sollen durch die Kranken- und Pflegehilfe der Sozialhilfe aufgefangen werden.

Es gibt jedoch Entwicklungen, die es bestimmten Sozialschichten bzw. Bevölkerungsgruppen erschweren, dieses Recht auf chancengleiche Gesundheitsversorgung einzulösen und den Zugang zur Regelversorgung zu finden. Zum einen haben Wettbewerb und Preismechanismen als Allokations- und Verteilungsmechanismen längst Eingang auch ins Gesundheitswesen gefunden, andererseits sind es Strukturmängel des Gesundheitswesens, die zu solchen Ungleichheiten führen.

In unser solidarisch organisiertes, im Wesentlichen auf dem Sachleistungsprinzip basierenden Gesundheitswesen wurden in den letzten Jahren zunehmend Wettbewerbsselemente eingeführt. Zwar bemüht man sich, den Solidargedanken weiterhin als das ziel- und strukturleitende und – v. a. in Abgrenzung zur Privaten Krankenversicherung – identitätsstiftende Gestaltungsprinzip des Gesundheitswesens hochzuhalten – man spricht von einer solidarischen Wettbewerbsordnung der Sozialen Krankenversicherung, doch die Ausschlusswirkungen von Preismechanismen, wie Selbstbeteiligungen, und die Selektionswirkung von Wettbewerb drücken eine große, zunehmende Zahl von Menschen an den Rand der gegelten Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft.

Sie stehen nicht im Mittelpunkt von Marketing-Strategien der Krankenkassen um sog. „gute“ Versicherungsrisiken und im härter werdenden Verteilungskampf der Vertragsärzte um „wartzimmerfähige“ und wirtschaftlich interessante Patienten. Insoweit finden die Bedürfnisse und Interessen nicht artikulations-, organisations- und wettbewerbsfähiger Personengruppen auch bei Gültigkeit des Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit

keit sichernden Sachleistungsprinzips keine angemessene Berücksichtigung. Mangelnde quantitative und qualitative Versorgung sind hier unmittelbarer Ausdruck von „Marktversagen“.

Die „Kommstruktur“ des Gesundheitswesens wirkt neben anderen Faktoren (Bildung, Kommunikationsfähigkeit, Schamgrenzen usw.) als Zugangsbarriere für diese Bevölkerungsgruppen und erschwert Zugang und Leistungsanspruchnahme.

Das ÖGDG überträgt dem ÖGD eine besondere Verantwortung für *„sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen (. . .), die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands oder aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen“*, dem nicht im Rahmen der üblichen Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung entsprochen werden kann. Zu diesem Personenkreis können sehr unterschiedliche Menschen mit höchst unterschiedlichen Bedürfnissen gehören: obdachlose Menschen, einkommensschwache und kinderreiche Familien, allein erziehende Frauen, Menschen mit Migrationshintergrund, besonders schutzbedürftige, häufig gesellschaftlich diskriminierte Patientengruppen, wie z. B. suchtkranke, HIV-infizierte und AIDS-kranke, psychisch kranke, demenzkranke alte Menschen, die sich meist auch in sozial schwierigen Problemlagen befinden.

Die verfassungsrechtlich geregelte Verpflichtung zur allgemeinen Daseinsvorsorge und die Tradition der kommunalen Gesundheitsfürsorge sind starke Argumente für die Übernahme einer gewissen Gewährleistungspflicht der Kommune für die Gesundheitsversorgung auch dieser Bevölkerungsgruppen.

Diese Gewährleistungspflicht ist aber nicht als eine Art vertragsärztlicher Sicherstellungsauftrag im Rahmen der Sozialen Krankenversicherung zu verstehen. Der ÖGD soll keine generelle „Armenfürsorge“ betreiben, sondern vor allem ausgleichende Anstrengungen unternehmen, um gesundheitliche Benachteiligungen zu vermindern. Dieser sozialkompensatorische Auftrag ist daher vor allem eine politische Verpflichtung der Kommune als örtlicher Träger des ÖGD, mit Hilfe der unteren Gesundheitsbehörde eine quasi „anwaltschaftliche“ Funktion für die Gesundheitsinteressen dieser Personengruppen zu übernehmen, Initiativen zur Verbesserung der Versorgungslage und Defizitbeseitigung im Rahmen von Kooperation und Koordination zu ergreifen und gegebenenfalls subsidiär Dienste und Leistungen bereitzustellen, solange und soweit die Versorgung durch die primär verpflichteten Kosten- und Leistungsträger, wie Vertragsärztinnen und -ärzte, nicht gewährleistet ist. Allerdings bedeutet dies nicht zwangsläufig, dass solche sozialkompensatorisch-subsidiären Dienste des ÖGD aus Steuern finanziert werden müssen. Die primär verpflichteten Kosten- und Leistungsträger sollen nicht aus ihrer Kostenverpflichtung entlassen werden: Konsequenterweise ist dem ÖGD daher auch das Betreiben der Kostenerstattung möglich.

„Anwaltschaftliche“ Interessenvertretungsfunktion, Sozialkompensation und Subsidiarität des ÖGD im o. g. Sinne sollen vermeiden, dass neben der Regelversorgung der Bevölkerung ein Sondereversorgungssystem für benachteiligte Bevölkerungsgruppen, damit ein Zwei-Klassen-System geschaffen wird. Vielmehr soll der ÖGD initiativ werden und mit-helfen, für diese Menschen Brücken in die Regelversorgung und damit Wege aus der gesellschaftlichen Isolation und Diskriminierung zu bauen.

Wachsende Bedeutung – und inzwischen auch Aufmerksamkeit – hat in den letzten Jahren die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund erlangt. Werden kulturell bedingte Unterschiede nicht wahrgenommen und daher nicht angemessen berücksichtigt, so kann dies Probleme in der gesundheitlichen Versorgung zur Folge haben. Damit Angebote und Maßnahmen zielgruppenspezifisch ausgerichtet werden können, ist es wichtig, diese möglichen kulturellen Unterschiede zu kennen. Dies stellt alle Akteure des Gesundheitssystems, also nicht nur, aber auch den ÖGD vor besondere Herausforderungen. Er kann hier aufgrund seiner bevölkerungsmedizinischen Ausrichtung und der besonderen Verantwortung, die in diesem Zusammenhang staatliche Institu-

Entwicklungen, Herausforderungen – ÖGDG NRW

tionen übernehmen, Vorbild und Vorreiter für die notwendige interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems sein: Neben der – im Sinne von *Diversity* – angemessenen Berücksichtigung der Vielfalt der Bevölkerung bei der Personalentwicklung gehört dazu vor allem die Förderung der (inter)kulturellen Kompetenz der Beschäftigten. Dieser Aspekt hat mit der ÖGD-Novelle im Kontext des „Gesetzes zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe und Integration in NRW“ im Februar 2012 eine gesetzliche Verankerung erfahren.

2.3.3.2.4 Förderung vernetzten Handelns im Gesundheitswesen vor Ort: Gesundheitsberichterstattung und ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Der Kern der Reformaufgabe für den ÖGD bestand darin, in einem **gegliederten und selbst verwalteten** Gesundheitswesen ein erkennbares und Identität stiftendes Aufgabenprofil und einen eigenständigen Standort zu bestimmen. Konkret bedeutete dies, das bestehende Kompetenz- und Zuständigkeitsgefüge des Gesundheitswesens im Grundsatz unangetastet zu lassen und den ÖGD in diese Strukturen zu integrieren. Sektorale, funktionale und berufsspezifische Zuständigkeiten und damit verknüpfte Spezialisierungen und (Kosten- und Leistungs)verantwortlichkeiten etwa der Ärzteschaft, der Krankenkassen, der Wohlfahrtsverbände, der Kommunen im Gesundheitswesen bleiben unberührt. Gleichwohl galt und gilt es, die Probleme, die mit dieser Gliederung des Gesundheitswesens sowie mit der zunehmenden Spezialisierung und Sektorisierung der Versorgung entstehen, wie strukturelle Brüche im Versorgungsprozess chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen, Qualitätsverluste und Wirtschaftlichkeitsdefizite durch Doppelarbeit, Über- und Unterkapazitäten usw. zu lösen werden. Viele Aufgaben des Gesundheitswesens, sei es z. B. Gesundheitsförderung, sei es z. B. die Rehabilitation, können wegen der dahinter stehenden komplexen medizinischen, sozialen und psychischen Problemlagen des betroffenen Menschen, nur als Gemeinschaftsaufgaben wahrgenommen werden.

Hieraus ergibt sich zwangsläufig ein Koordinations-, Kooperations- und Vernetzungsgebot als ein weiteres Gestaltungsprinzip für das Gesundheitswesen und als zentrale Verpflichtung seiner Akteure und Einrichtungen, die keineswegs an Bedeutung verliert – im Gegenteil. Für den ÖGD bedeutet dies ein Doppeltes:

Er muss in Erfüllung selbst seiner ureigenen Aufgaben, wie Gesundheitsschutz und sozialkompensatorische Gesundheitshilfe, mit anderen kooperieren. Ohne dies kann auch der ÖGD seine Aufgaben nicht mehr vernünftig wahrnehmen. Insoweit erschien es sinnvoll und geboten, im Zuge der Reform die bisher geübte Praxis der freiwilligen Zusammenarbeit der Gesundheitsämter etwa auf dem Gebiet der Psychiatrie, der Suchtbekämpfung, der Gesundheits- und Selbsthilfeförderung in einer Vielfalt von Formen, wie z. B. Arbeitsgemeinschaften, Foren oder Werkstattgesprächen, als eine gesetzliche Pflichtaufgabe für alle Gesundheitsämter zu regeln.

Mit dem ÖGDG hat der ÖGD seinerzeit eine der wichtigsten neuen Kernaufgaben im Public-Health-Sinn von Gesundheitsplanung und -steuerung sowie des kommunalen Gesundheitsmanagements erhalten: die aktive und eigenständige Organisation von Koordination und Kooperation zwischen den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen. Hierbei geht es nicht um staatliche Kontrolle, sondern um Verbesserung der Information über die Gesundheits- und Versorgungslage und des zielgerichteten, wirksameren und wirtschaftlicheren Einsatzes der vorhandenen Ressourcen. Gegenüber den anderen Einrichtungen und Institutionen sind Information und Kooperation als Angebot zu verstehen. Im gegebenen Kompetenzgefüge des Gesundheitswesens ist diese Kooperation und Koordination auf der Grundlage der Freiwilligkeit und Selbstverpflichtung der Kooperationspartner zu organisieren.

Mit der (Kommunalen) Gesundheitsberichterstattung und der (Kommunalen) Gesundheitskonferenz verfügen die Kommunen über wertvolle Instrumente, die eine spezifische