

**AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse**

Vorsitzender des Vorstandes

AOK Postfach 10 13 42 40004 Düsseldorf

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf
Telefon (0211) 8791-0
Telefax (0211) 8791-1125

Der Präsident
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43

Durchwahl
1150

40002 Düsseldorf

Datum
01.10.1997

Stellungnahme der AOK Rheinland zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen;

**Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)
Abschnitt III der Anhörung**

Bezug: Ihr Schreiben vom 18.09.1997 - Drucksache 12/2340 -

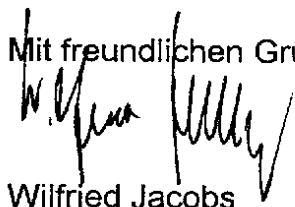
Sehr geehrter Herr Präsident,

im Namen aller gesetzlichen Krankenkassen im Landesteil Nordrhein überreichen wir Ihnen die Stellungnahme zum obigen Gesetzesvorhaben zunächst in 50facher Ausfertigung.

Die weiteren Exemplare liefern wir kurzfristig in terminlicher Abstimmung mit dem zuständigen Ressort des MAGS NRW nach.

Mit gleicher Post haben wir dem MAGS NRW das Schreiben für das am 01.10.1997 stattfindende Gespräch, an dem auch die Herren Abgeordneten Daniel Kreutz und Wolfram Kuschke teilnehmen, zur Verfügung gestellt.

Mit freundlichen Grüßen



Wilfried Jacobs

Anlagen



**AOK Rheinland
Die Gesundheitskasse**

Vorsitzender des Vorstandes

AOK Postfach 10 13 42 40004 Düsseldorf

Kasernenstraße 61
40213 Düsseldorf
Telefon (0211) 8791-0
Telefax (0211) 8791-1125

Der Präsident
des Landtags Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 11 43

Durchwahl
1150

40002 Düsseldorf

Datum
01.10.1997

**Stellungnahme der AOK Rheinland zum Entwurf des Gesetzes zur Stärkung
der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in
Nordrhein-Westfalen;**

**Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)
Abschnitt III der Anhörung**

Bezug: Ihr Schreiben vom 18.09.1997 - Drucksache 12/2340 -

Sehr geehrter Herr Präsident,

wir sind überrascht, auf diesem Wege von einem Gesetzentwurf bezogen auf die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seinen erheblichen Auswirkungen für die gesetzlichen Krankenkassen Kenntnis zu erhalten.

I.

Wir sind es von unserem Landesgesetzgeber bisher nicht gewohnt, daß die Entwicklung solcher wichtiger Vorschriften für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung des Landes und damit unserer Versicherten ohne unsere rechtzeitige Beteiligung erfolgt. Die Überraschung ist um so größer, als wir parallel dazu mit dem Gesundheitsministerium des Landes im Rahmen unserer Mitwirkung im Vorbereitenden Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz das Modellprojekt zur ortsnahen Koordination der gesundheitlichen Versorgung begleiten mit der Zielsetzung, nach den dabei gewonnenen Erkenntnissen entsprechende Maßnahmen gemeinsam in die Wege zu leiten.

Insoweit steht diese Gesetzesinitiative mit den bisherigen Gepflogenheiten im Umgang miteinander nicht im Einklang.

Datum 01.10.1997

Blatt 2

Daß die Beteiligung der hauptsächlich Betroffenen mit wenigen Tagen Vorlauf in einer Anhörung stattfinden soll, wird der Bedeutung der Sache zudem nicht gerecht.

Dringlichen Handlungsbedarf in diesem Bereich hätten wir gemeinsam auch auf andere Art und Weise regeln können, wie uns dies schon oft in anderen Problemfeldern immer wieder gelungen ist.

II.

Das Artikelgesetz ist im Grunde ein Hilfsprogramm für die aufgrund der rückläufigen Steuereinnahmen und den demgegenüber gestiegenen Ausgaben - insbesondere im sozialen Bereich (u.a. Sozialhilfe) - finanziell stark betroffenen Kommunen.

Dies betrifft in besonderer Weise den

Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

Darüber sind sich offenbar auch die Verfasser im Klaren. Bei insgesamt weitergehenden Kompetenzen und Aufgabenstellungen wird am Ende der Begründung "Allgemeiner Teil" ausgeführt:

- Keine Mehrkosten gegenüber dem Land und den Kommunen.
- Im Überschneidungsbereich mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens Eröffnung von Spielräumen der Kommunen beim Ressourceneinsatz.
- Erleichterung der Finanzierbarkeit kommunaler Gesundheitspolitik, ohne die Versorgungsqualität zu schmälern.
- Verfahren und Instrumente ermöglichen den Kommunen, in eigener Verantwortung ressourcenrelevante Flexibilisierungsmöglichkeiten und Wirtschaftlichkeitspotentiale umfassend zu nutzen.
- Die Regelungen stärken die Kommunale Selbstverwaltung im Bereich des Gesundheitswesens.
- Eine Quantifizierung der insgesamt für die Kommunen entstehenden Entlastungen ist nicht möglich.

Datum 01.10.1997

Blatt 3

Im Ergebnis werden für die Kommunen Verbesserungen durch Handlungskompetenzen, Refinanzierungen, Kostenerstattungen, neue Zuständigkeitsabgrenzungen etc. im wesentlichen zu Lasten der GKV geschaffen.

Wir gehen auf einzelne neue Vorschriften im folgenden Abschnitt ein.

Vorab eine Bewertung unter allgemeinen rechtlichen Aspekten

- Grundgesetz
- konkurrierende Gesetzgebung
- Gebot des bundesfreundlichen Verhaltens

Ein grundlegendes Problem des ÖGDG liegt in der Abgrenzung der Gesetzgebungszuständigkeiten zwischen bundesrechtlicher Sozialversicherung und dem Landesrecht. Deutlich wird dieser Konflikt zum Beispiel an der in § 4 vorgesehenen subsidiären Möglichkeit der Leistungserbringung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst mit Abrechnungsmöglichkeit gegenüber den Kostenträgern. Dies kollidiert mit der bundesgesetzlich umfassend geregelten Zuständigkeit zur Sicherstellung der vertragsärztlichen- und vertragszahnärztlichen Versorgung, in die man durch Landesrecht - subsidiär - die öffentlichen Gesundheitsdienste einbeziehen möchte. Diese Einzelproblematik wirft die grundsätzliche Fragestellung auf: Hat der Landesgesetzgeber sich mit dem ÖGDG an die zwischen Bund und Ländern scharf abgegrenzten Gesetzgebungszuständigkeiten gehalten?

Nach Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG unterliegt der Bereich der Sozialversicherung der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit. Insoweit haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung nur, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat, Artikel 72 Abs. 1 GG. Daß der Bund von dieser Kompetenz im Bereich der Sozialversicherung umfassend und sehr differenziert Gebrauch gemacht hat, bedarf eigentlich keiner Erwähnung, so daß die Länder innerhalb des vom Bund gesetzten Regelungskomplexes keine eigene Gesetzgebungsbefugnis mehr haben. Wird z. B. die Sicherstellungsbefugnis im vertragsärztlichen Bereich durch Bundesgesetz geregelt, vgl. § 72 SGB V, darf der Landesgesetzgeber keine eigene Regelung in diesem Bereich treffen. Wichtig in diesem Zusammenhang ist auch, daß der Bundesgesetzgeber die Sozialversicherung nicht durch eigene Behörden durchführen läßt, sondern die Aufgabe als mittelbare Staatsverwaltung der Selbstverwaltung überantwortet hat, § 29 Abs. 1 SGB IV. Dies bedeutet, daß für die Durchführung der Aufgaben der Sozialversicherung, die Nutzung von Spielräumen und die Verwendung der Ressourcen in diesem Bereich, bundesgesetzlich garantiert die Selbstverwaltung

Datum 01.10.1997

Blatt 4

die Verantwortung trägt. Dieser Entscheidungsfreiraum kann und darf durch den Landesgesetzgeber nicht eingengt werden.

Der Landesgesetzgeber muß also bei seinem Bemühen, Wirtschaftlichkeitspotentiale für die Kommunen durch Schaffung von ressourcenrelevanten Flexibilisierungsmöglichkeiten zu erschließen, den Vorrang des Bundesrechts für den Bereich der Sozialversicherung einschließlich der dort vorgesehenen Selbstverwaltung respektieren. Ansonsten könnte ein Verstoß gegen Verfassungsrecht - konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit, Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 GG - vorliegen. Ggf. kann auch ein Verstoß gegen das Gebot des bundesfreundlichen Verhaltens gegeben sein.

Die vom Landesgesetzgeber intendierte Kostenentlastung der Kommunen durch "Flexibilisierung des Ressourceneinsatzes" wird in dem Gesetzentwurf in zwei - systematisch immer wiederkehrenden - Schritten umgesetzt. Zunächst wird in die eigentliche Norm die Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, seine Regelungs- und Steuerungskompetenzen umfassend aufgenommen. In der jeweiligen Begründung zur sprachlich äußerst weitgefaßten Norm wird dann durch Nennung u. a. der sozialversicherungsrechtlichen Normen - vorgeblich zur Begründung der daran angelehnten Regelung - gezeigt, daß man die verfassungsrechtlich gezogenen Gestaltungsgrenzen kennt. Dies bedeutet, daß die vom Wortsinn der Norm her verfassungswidrig weite Bedeutung erst durch eine nachfolgende verfassungskonform einschränkende Interpretation unter Heranziehung der Gesetzesbegründung auf den wahren Sinn- und Regelungsgehalt reduziert werden muß. Insoweit stellt sich die Frage, ob mit Flexibilisierung gemeint ist, daß durch diese Technik der weiten Normformulierung die Kommunen eine Möglichkeit erhalten sollen, ihre Kosten zu verlagern. Dies käme einem Verfassungsverstoß gleich.

III.

Zu einzelnen Vorschriften einige Anmerkungen:

Zu § 1 Stellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach dem Wortlaut der Norm nimmt der ÖGD eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr.

Die weite Formulierung dieser grundsätzlichen Positionsbestimmung kollidiert bereits mit dem bundesgesetzlich geregeltem Aufgabenkreis der Sozialversicherung. Der landesgesetzlich geregelte ÖGD kann nur da zuständig sein, wo

Datum 01.10.1997

Blatt 5

die abschließend geregelte Zuständigkeit und Selbstverwaltung der Sozialversicherung aufhört. Die Erwähnung des Wortes "arbeitsteilig" besagt in diesem Zusammenhang nichts, allenfalls, daß der ÖGD nicht alles allein machen kann.

Nach der Gesetzesbegründung soll der ÖGD nicht in Konkurrenz u. a. zu den Vertragsärzten treten. Die Regelung des § 4 - subsidiäre Leistungsberechtigung/Abrechnungsmöglichkeit - zeigt, daß es den Verfassern damit nicht ernst ist. Dementsprechend wurde der Wortlaut auch nicht eng, sondern verfassungswidrig weit gefaßt.

Zu § 2 Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach Absatz 1 des Wortlauts wirkt der ÖGD an der Gewährleistung der medizinischen Versorgung mit. Diese umfassende Formulierung, die wie die Begründung zeigt, nur als Synonym zur Sicherstellung verwendet wird, kollidiert mit den in der Begründung genannten bundesrechtlichen Spezialregelungen der Sozialversicherung über die Sicherstellung ärztlicher Versorgung, z. B. § 2, 12, 70 SGB V. Da die Gewährleistung bzw. Sicherstellung der Versorgung im Sozialversicherungsrecht abschließend geregelt ist, ist der ÖGD kraft Vorrang des Bundesrechts jedenfalls in diesem Bereich nicht zur Sicherstellung befugt oder gewährleistungsberechtigt. Soweit in der Begründung die Zuständigkeit für die bevölkerungsbezogene Gesundheit angeführt wird, sollte diese - wohl eher zutreffende Kompetenzabgrenzung - ausdrücklich in die Norm aufgenommen werden. Zugleich muß eine Abgrenzung zur Sozialversicherung in die entsprechende Norm aufgenommen werden.

Wenn in § 2 Abs. 2 Nr. 2 GDÖG als Aufgabe der Gesundheitsschutz und die Verhaltensprävention genannt werden, die Kommunen aber laut Gesetzesbegründung keine zusätzlichen Kosten übernehmen sollen, kann dies nur bedeuten, daß Aufgaben dieser Art durch Zusammenarbeit und Kooperation erledigt werden sollen. Für den Bereich der Sozialversicherung sind die früheren Handlungsfelder des § 20 SGB V äußerst restriktiv beschnitten, Fremdfinanzierer stehen insoweit nicht zur Verfügung.

Zu § 3 Zusammenarbeit und Koordinierung

Im Gesetzestext wird die Aufgabe der Zusammenarbeit und Koordinierung strikt formuliert. Der ÖGD ... arbeitet zusammen, er sorgt ..., er regt an, wirkt auf ... Angebote hin, koordiniert diese.

Datum 01.10.1997

Blatt 7

sende Zuständigkeit des ÖGD, die vor dem Hintergrund der bundesgesetzlich geregelten Krankenversicherung verfassungsrechtlich äußerst bedenklich ist.

Kompetenzrechtlich sind u.a. die Aufgaben der Qualitätssicherung bedenklich. Auch hier sind aufgrund bundesrechtlicher Regelungen die Kranken- und Pflegekassen (§§ 135 ff SGB V und § 80 SGB XI) für ihren Bereich ausschließlich zuständig.

Die in § 3 aufgefallene, stringente Formulierung der Zusammenarbeit und Koordination gipfelt in § 6 Abs. 3 in der Formulierung, daß der ÖGD für eine enge räumliche und funktionale Abstimmung gesundheitlicher Leistungen und Einrichtungen zu sorgen hat. Im Hinblick auf die Sozialversicherung kann es sich hier allenfalls um eine freiwillige Koordination handeln, die bereits in freiwilligen Modellprojekten erprobt wird. Durch den Gesetzestext wird dieser freiwillige Charakter der Zusammenarbeit durch den Gesetzgeber mit zwingenden Formulierungen eingefangen. Verfassungsrechtlich ist dies bedenklich, von der Durchführung her äußerst unglücklich.

Die anhand der Regelungen des ersten Kapitels (§§ 1 bis 6) herausgearbeiteten Probleme der Kompetenzabgrenzung zu den Sozialversicherungsträgern und der Unbestimmtheit der Norm ziehen sich wie ein roter Faden durch die Neuregelungen der weiteren Kapitel. Beispielhaft sei deshalb auch auf die Regelungen des Fünften Abschnitts "Leitung und Organisation", insbesondere bezogen auf die §§ 23 und 24 hingewiesen. Auch hier offenbart sich eine mangelhafte Abgrenzung zu den abschließend geregelten Bereichen in der Kranken- und Pflegeversicherung. Von der Darlegung anhand weiterer Einzelvorschriften sehen wir ab.

IV.

Zusammenfassend bleibt zum Gesetzentwurf bezogen auf die Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes - ungeachtet des völlig unüblichen Verfahrensablaufes - folgendes festzustellen:

- Zu einer Vielzahl von Vorschriften bestehen erhebliche rechtlichen Bedenken, die alleine aus verfassungsrechtlicher Sicht ausgeräumt werden müssen.
- Die gesetzliche Krankenversicherung hat gerade einschneidende gesetzliche Veränderungen hinnehmen müssen, die einerseits die Versicherten stark belasten, andererseits aber auch die Versicherungsträger vor erhebliche Herausforderungen stellen. Dabei kommt stabilen Beiträgen existentielle Bedeutung zu. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte deshalb den gesetzlichen Krankenkassen

Datum 01.10.1997

Blatt 8

nicht zusätzliche Belastungen zur Abfederung der finanziellen Situation in den Kommunen zumuten. Steigende Beitragssätze der nordrhein-westfälischen Krankenkassen gingen zu Lasten des Wirtschaftsstandortes Nordrhein-Westfalen.

- Die Wahlfreiheit hat den gesetzlichen Krankenkassen eine Marktsituation beschert, in der sie Freiräume benötigen, und zwar auch hinsichtlich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten. Das ÖGD grenzt diese Freiräume erheblich ein.
- Eine Reform des ÖGD sollte deshalb dort ansetzen, wo sie den gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Aufgabenstellung Unterstützung bringen. Dafür müßten die vorgeschlagenen Regelungen aber grundsätzlich anders angelegt sein.

Wir erklären uns deshalb bereit, gemeinsam mit dem federführenden Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen und Vertretern des ÖGD sowie der anderen Beteiligten kurzfristig Regelungen für eine Reform des ÖGD zu erarbeiten und deren Umsetzung zu unterstützen.

Zielsetzung sollte die Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung unter Beachtung und Respektierung der Aufgabenstellungen der Beteiligten sein. Dies würde voraussetzen, daß der vorgelegte

Gesetzentwurf zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen;

Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)

Abschnitt III der Anhörung

zurückgezogen wird.

Diese Stellungnahme ergeht zugleich im Namen

des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen, Essen,

der IKK Nordrhein, Bergisch Gladbach,

der Krankenkasse der rheinischen Landwirtschaft, Düsseldorf,

der Bundesknappschaft, Bochum,

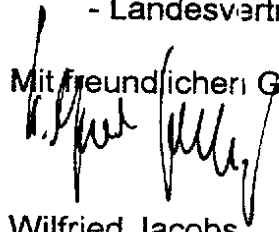
und

Datum 01.10.1997

Blatt 9

des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.,
- Landesvertretung Nordrhein-Westfalen -, Düsseldorf.

Mit freundlichen Grüßen



Wilfried Jacobs