



Westfalen-Lippe Ärztekammer

Körperschaft des öffentlichen Rechts

FAX

Bitte sofort vorlegen!

LANDTAG
NORDRHEIN-WESTFALEN
12. WAHLPERIODE

ZUSCHRIFT
12/1419

Alle Abg.

48147 Münster
Gartenstr. 210 - 214
Tel.: (02 51) 9 29-0
Fax: (02 51) 9 29-29 99

An:

Herrn Günter Baumann

Landtag NRW

Referat I.I.E.I

Düsseldorf

Telefon:

Fax: (02 11) 8 84-30 02

Datum: 06.10.1997

Anzahl der Seiten (inkl. Deckblatt): 4

Von:

Herrn Dr. Schwarzenau

Telefon: (02 51) 9 29-20 43

Fax: (02 51) 9 29-20 29

Bemerkung:

Zur Kenntnis

Zur Erledigung

Zur Stellungnahme

Mit bestem Dank zurück

Sehr geehrter Herr Baumann,

anliegend übersenden wir Ihnen die Stellungnahme unseres Präsidenten, Herrn Dr. med. Ingo Flenker, zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Kommunalpolitik des Landtags Nordrhein-Westfalen vom 08. bis 10. Oktober 1997 zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen (Drucksache 12/2340).

Mit freundlichen Grüßen

i. A.

Dr. phil. M. Schwarzenau

Referent

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

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis90/Die Grünen

- Drucksache 12/2340 -

**Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Kommunalpolitik des Landtages Nordrhein-
Westfalen vom 8. bis 10. Oktober 1997**

**Stellungnahme des Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Ingo
Flenker**

Der Art. 3 des Gesetzentwurfes formuliert eine Neuakzentuierung der Aufgaben und Leistungsbereiche des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die aus Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht durchgängig begrüßt werden kann.

Besonders kritisch ist die Einrichtung Kommunalen Gesundheitskonferenzen mit dem § 24 zu bewerten. Die Kommunale Gesundheitskonferenz ist gedacht als ein auf örtlicher Ebene tätiges Beratungsgremium, das in Fragen der gesundheitlichen Versorgung Empfehlungen ausspricht und bei deren Umsetzung mitwirkt. Handlungsleitend ist offenbar die Annahme, daß durch eine bessere Integration der lokalen Akteure die Versorgungssituation der Bevölkerung effektiver und effizienter und letztlich auch kostengünstiger gestaltet werden kann.

Diese Hypothese wird in dem seit 1995 laufenden Modellprojekt „Ortsnahe Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in NRW“ in 15 Kreisen und kreisfreien Städten des Kammerbereichs Westfalen-Lippe überprüft. Das Modellprojekt ist noch nicht abgeschlossen. Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf liegen noch nicht vor. Sie sollten abgewartet werden. Die bisherigen Erfahrungen mit dem Modellprojekt machen deutlich, daß insbesondere die ungeklärte Kompetenzausstattung zu erheblichen Irritationen an den „Runden Tischen“ geführt hat. Es ist bis heute völlig ungeklärt, welche Bindungskraft Empfehlungen entfalten sollen. Es steht zu befürchten, daß Eingriffe in bestehende Vertragsbeziehungen der Selbstverwaltung intendiert werden. Der Gesetzentwurf läßt in dieser Frage die notwendige Eindeutigkeit vermissen.

Wenn aber nicht unmißverständlich festgeschrieben wird, daß bestehende Kompetenzen und Vertragsbeziehungen hiervon unberührt bleiben, bewegt sich der Abstimmungsprozeß durch die Regionalen Gesundheitskonferenzen in einer diffusen Grauzone, die nicht zu einer Verbesserung der Versorgung beiträgt. Ein Kernproblem der „Ortsnahen Koordinierung“ liegt in der Bedarfsdefinition durch die Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen (z.B. Selbsthilfegruppen). Wie weit eine Entkoppelung von Partikularinteressen und Gemeinwohl an den „Runden Tischen“ realistisch erwartet werden kann, ist zum jetzigen Zeitpunkt noch völlig offen. Der Grundsatz der Einvernehmlichkeit, der als *conditio sine qua non* bei der Verabschiedung von Handlungsempfehlungen im Modellprojekt nur unter großer Mühe und intensiver Intervention der ärztlichen Körperschaften umgesetzt werden konnte, fehlt im Gesetzentwurf völlig. Ich halte es für geboten, zunächst abzuwarten, ob die von dem Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung“ erwarteten Synergieeffekte und Effizienzsteigerungen tatsächlich durch Regionale Gesundheitskonferenzen erzielt werden können. Der Beweis steht zum jetzigen Zeitpunkt aus. Ich sehe deshalb zur Zeit keine ausreichende Bewertungsgrundlage, die es gerechtfertigt erscheinen läßt, den Regionalen Gesundheitskonferenzen bereits vor Abschluß des Modellprojektes und dessen Auswertung durch die wissenschaftliche Begleitforschung eine gesetzliche Grundlage zu geben. Ich befürchte, daß durch die Umsetzung des Gesetzes in der vorliegenden Fassung Mehrkosten ohne Zusatznutzen entstehen.

Ein weiterer Kritikpunkt ist die gesetzliche Verankerung der Landesgesundheitskonferenz im § 26 des vorliegenden Gesetzentwurfes. Hierdurch wird ohne jede Notwendigkeit ein bis dahin gut funktionierendes Gremium der Selbstverwaltungspartner auf Landesebene normiert. Die Landesgesundheitskonferenz soll gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung beraten, Empfehlungen abgeben und an deren Umsetzung mitwirken. Dies ist schon heute der Fall. Eine gesetzliche Mitwirkungspflicht bei der Umsetzung von Beratungsergebnissen ist aber in der vorliegenden allgemeinen Formulierung eine Öffnungsklausel, mit der die Ausgestaltung von Selbstverwaltungsaufgaben präjudiziert werden kann. Ich sehe die Gefahr, die Selbstverwaltung damit als Auftragsverwaltung zu gebrauchen und staatlicherseits unmittelbar in Selbstverwaltungskompetenzen steuernd einzugreifen. Die bisherige Beteiligung an der Landesgesundheitskonferenz ist für mich Ausdruck einer aktiv gestalteten Verantwortungsgemeinschaft aller wesentlichen Akteure mit hohem Selbstbindungscharakter. Die Aufgabe dieses Selbstbindungscharakters durch eine

gesetzliche Grundlage beschneidet deshalb ohne jede Not die Autonomie der beteiligten Selbstverwaltungskörperschaften. Ich sehe hierin eine Form staatlicher Überregulierung und einen Rückschritt gegenüber dem Prinzip, der Selbstverwaltung Vorfahrt vor der staatlichen Reglementierung zu gewähren.

Die Erweiterung des Aufgabenspektrum der Gesundheitsämter im Bereich Gesundheitshilfe, die aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen, wie sie der § 14 beschreibt, begrüße ich dagegen sehr. Damit wird in meinen Augen eine Versorgungslücke geschlossen. Ferner möchte ich betonen, daß die in § 5 Abs. 3 geschaffene Möglichkeit der Gesundheitsämter, ihnen obliegende Aufgaben auf Dritte zu übertragen oder gemeinschaftlich wahrzunehmen, hinsichtlich der aufsuchenden Hilfen eine wichtige Grundlage schafft, um die erforderliche Niedrigschwelligkeit der Arbeit durch individuelle, ortsspezifische Kooperationen zu realisieren. Der § 14 des Gesetzentwurfes macht meines Erachtens aber nicht in ausreichendem Maße deutlich, bis zu welchem Grad subsidiär wirkende aufsuchende medizinische Hilfen für soziale Randgruppen und besonders schutzbedürftige Patienten (z.B: obdachlose Menschen) durch den ÖGD erbracht werden sollen und in welcher Weise diese Hilfen definitorisch eindeutig vom Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen abgegrenzt werden sollen. In der vorliegenden Fassung fehlt diese Eindeutigkeit, wie auch die Eindeutigkeit der Kostenübernahme. Es ist zwingend erforderlich, die in § 4 Abs. 2 festgelegte Kostenverpflichtung dahingehend zu konkretisieren, daß aufsuchende Hilfen komplementär zum bestehenden Versorgungsangebot wirken und damit die Kostenverantwortung der Krankenkassen und der öffentlichen Haushalte berühren, nicht aber Teile des Sicherstellungsauftrags sind. Dies ist schon deshalb geboten, damit die rasche Umsetzung der Gesundheitshilfen nicht durch langwierige Kostenübernahmeverhandlungen verzögert wird und eine zeitnahe Verbesserung der Versorgungssituation der betroffenen Personengruppe erfolgen kann.