

## **Stenografischer Bericht**

(ohne Beschlussprotokoll)

## **öffentliche Anhörung**

64. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

19. November 2021, 13:31 bis 15:15 Uhr

### **Anwesend:**

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

#### **CDU**

Sabine Bächle-Scholz  
Dr. Ralf-Norbert Bartelt  
Sandra Funken  
Petra Müller-Klepper  
Claudia Ravensburg  
Max Schad  
Ismail Tipi

#### **BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**

Kathrin Anders  
Marcus Bocklet  
Silvia Brünnel  
Felix Martin

#### **SPD**

Ulrike Alex  
Lisa Gnadl  
Stephan Grüger  
(in Vertretung für Frank-Thilo Becher)  
Dr. Daniela Sommer  
Turgut Yüksel

#### **AfD**

Arno Enners  
Claudia Papst-Dippel

#### **Freie Demokraten**

Yanki Pürsün

#### **DIE LINKE**

Christiane Böhm

**Fraktionsassistentinnen und -assistenten:**

CDU:	Dr. Carla Thiel
AfD:	Dagmar Tröger
Freie Demokraten:	Kristina Kämpfer
DIE LINKE:	Thomas Völker

**Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:**

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Anne Jellz	STS	HSUli
Zahn, Marina	RR'in	HM SI
Naumann, Birgit	RD'in	HM SI
Totsche, Sabine	RLin	HM SI

**Anzuhörende**

<b>Institution</b>	<b>Name (Position innerhalb der Institution)</b>
Hessischer Landkreistag, Wiesbaden	Prof. Dr. Jan Hilligardt
Hessischer Städtetag	Dr. Jürgen Dieter
Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes Lan- desverband Hessen	Dr. Jürgen Krahn (Vorsitzender)
Landesverband der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.	Dr. Jürgen Krahn
Gesundheitsamt für Darmstadt und Land- kreis Darmstadt-Dieburg	Dr. Jürgen Krahn (Amtsleiter)
Landesärztekammer Hessen, Frankfurt	Dr. Henrik Reygers
Marburger Bund - Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte Deutschlands - Landesverband Hessen e. V.	Andreas Wagner (Geschäftsführer)
Deutscher Verband der Ergotherapeuten Landesgruppe Hessen	Irini Tsangaveli (Vorsitzende)
Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesund- heitsförderung e. V.	Dr. Katharina Böhm
Gesundheitsamt Vogelsbergkreis	Dr. Rüdiger Rau (Stellvertretender Amtsleiter)
Landeszahnärztekammer	Dr. Maik F. Behschad

Protokollführung: Stefan Kampfer, Maximilian Sadkowiak

## Öffentliche mündliche Anhörung

1. **Gesetzentwurf**  
**Landesregierung**  
**Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über**  
**den öffentlichen Gesundheitsdienst**  
– Drucks. [20/6335](#) –

hierzu:

Stellungnahmen der Anzuhörenden  
– Ausschussvorlage SIA 20/63 –

(Teil 1 verteilt am 11.11.2021, Teil 2 verteilt am 23.11.2021)

**Vorsitzender:** Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne die 64. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und darf mich zunächst bei den Anzuhörenden entschuldigen, dass wir mit einer halbstündigen Verspätung starten. Wir hatten eben noch eine andere Anhörung durchzuführen, die sich etwas verzögert hat.

Ein verfahrensleitender Hinweis zu Beginn: Im Hessischen Landtag gilt die Pflicht, eine medizinische Maske oder eine FFP2-Maske zu tragen. Am Platz kann sie, sofern genügend Abstand gehalten wird, abgelegt werden.

Unsere Bitte ist, dass Sie Ihre Stellungnahme in vielleicht drei Minuten zusammenfassen und das Wesentliche mündlich darlegen, sodass seitens der Abgeordneten noch ausreichend Zeit ist, Ihnen Fragen zu stellen.

Ich rufe als erste Institution den Hessischen Landkreistag auf. Herr Prof. Dr. Hilligardt, bitte.

Herr Prof. **Dr. Hilligardt:** Herr Vorsitzender, meine Damen, meine Herren! Ganz herzlich Dank dafür, dass ich hier für den Hessischen Landkreistag sprechen darf und damit für die Vertretung aller 21 hessischen Landkreise, diese auch in ihrer Rolle als Träger der Gesundheitsämter. Wir haben ja zwei Sonderformen, nämlich bei der Stadt und dem Landkreis Kassel sowie beim Landkreis Darmstadt-Dieburg und der Stadt Darmstadt. Aber in diesem Sinne spreche ich für alle 21 Landkreise.

Wir alle haben in den vergangenen Monaten bzw. Jahren die Rolle der Gesundheitsämter, was das Corona-Virus angeht, in ganz neuem Licht und in ganz besonderer Schärfe verdeutlicht bekommen. Die Frage, wohin sich die Gesundheitsämter entwickeln, behandeln wir in unserem

Verband seit vielen Jahren. Insofern finden sich einige Ideen, die wir schon vor Corona hatten, in diesem Entwurf wieder. Dies kann aber sicherlich nur ein erster Schritt sein.

In dem Gesetzentwurf steht, dass das Gesetz zunächst einmal drei Jahre befristet ist. Darin steht auch, man muss die nächsten Schritte miteinander gehen, wenn wir die Zeit haben, und den Blick ein Stück weit zurück auf die Corona-Pandemie werfen, um zu schauen, wohin die Gesundheitsämter möchten. Dies ist vor allem auch mit der Frage verflochten, wohin unser Gesundheitssystem möchte, das immer vernetzter wird. Die Rolle der Gesundheitsämter kann sich sicherlich noch deutlich weiterentwickeln.

Mit dem Hinweis darauf, dass dieser Gesetzentwurf ein Zwischenschritt ist, möchte ich zugleich hinterlegen, dass wir diesen Zwischenschritt und auch die aktivere Rolle, die den Gesundheitsämtern im Bereich der Prävention und der Vernetzung zugewiesen wird, grundsätzlich befürworten. Auch begrüßen wir, dass das Gesetz ein Stück weit strukturiert wird. All das findet unsere Zustimmung. Hinweise und Details finden Sie in unserer schriftlichen Stellungnahme.

Ich möchte zwei Themen aufrufen, die mit dem Gesetzentwurf nicht geklärt sind und die wir zusammen mit dem Hessischen Landtag in den kommenden Jahren, wenn man dieses Gesetz oder auch andere Instrumente wieder anpackt, zu klären haben.

Das ist zum einen das Thema der Finanzierung der Arbeit der Gesundheitsämter. In dem vorliegenden Gesetzentwurf ist ganz vieles rechtlich als Kannbestimmung festgelegt. Damit wird keine Konnexität ausgelöst. Das ist rechtlich erst einmal korrekt, bringt aber das Problem mit sich, dass in der Praxis keine Stelle mehr vorhanden ist, um Vernetzung, Prävention oder Ähnliches leisten zu können.

Hinsichtlich der Finanzierung der Gesundheitsämter gibt es auch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, über den viele Millionen nach Hessen fließen, im Abschlussjahr 2026 sogar 50 Millionen € für Stellen an den Gesundheitsämtern. Es besteht aber die große Herausforderung, dass bis heute nicht sichergestellt ist, wie es mit der Anschlussfinanzierung weitergeht. Deshalb ist zu befürchten, dass viele Gesundheitsämter mit den Mitteln zumindest in Teilen lediglich befristete Stellen finanzieren werden. Das heißt, wenn wir eine noch stärkere und aktivere Rolle der Gesundheitsämter im Gesundheitswesen wollen, müssen wir im nächsten Schritt noch über die Frage der Finanzierung reden.

Der zweite Punkt, den ich ansprechen möchte, ist das Thema Fachkräfte. Wir können natürlich viel wollen und viel wünschen, was Gesundheitsämter künftig alles möglich machen sollen. Wir haben schon vor Corona die Feststellung gemacht, dass es nicht nur bei der Ärzteschaft, sondern auch im Bereich Fachkräfte, Hygiene bis hin zur Digitalisierung und Ähnlichem einen Mangel an Personal gibt. Da müssen wir schauen, welche Wege wir gehen wollen.

Wir als Spitzenverbände – auch der Hessische Städtetag – haben mit dem Ministerium schon für viele kleine Bausteine – Stipendien, Famulaturen, Vergütungssystem über den Arbeitgeberverband – Wege vorgezeichnet, um den ÖGD attraktiver zu machen und attraktiv zu halten. Auch da müssen wir hinschauen.

Gestatten Sie mir den Verweis auf die Anhörung am kommenden Donnerstag. Für uns sind die ÖGD-Quote, der Vorabzug bei den Studienplätzen und auch die Landärztequote Instrumente, die wir nachdrücklich begrüßen. Dies kann aber nur ein kleiner Baustein sein. Sie als Hessischer Landtag müssen in Bezug auf die Fachkräfte die Frage klären: Wollen wir vielleicht nicht doch so etwas wie eine schmale Struktur eines Landesgesundheitsamtes, verstanden als eine Art Kompetenzzentrum, um damit den Gesundheitsämtern Spielräume für die Arbeit zu ermöglichen?

Die Finanzierung und die Fachkräfte sind Dauerthemen, die in diesem Gesetz nicht gelöst sind, die wir aber lösen müssen. Wenn wir dieses Gesetz als Zwischenschritt verstehen, dann kann es mit den Hinweisen, die wir im Detail gegeben haben, die Zustimmung des Hessischen Landkreistages zumindest in den Grundzügen finden.

Herr **Dr. Dieter**: Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! In dem Gesetzentwurf heißt es in dem Punkt E.4. – Auswirkungen für hessische Gemeinden und Gemeindeverbände –: „Es wird davon ausgegangen, dass sich keine wesentlichen Auswirkungen ergeben.“ Das ist ein bisschen euphemistisch – je nachdem, wie man es betrachtet – und entspricht nicht dem, was in dem Gesetzentwurf steht. Es gibt viele, teilweise auch kleinteilige Änderungen, die aber in der Summe schon ein neues Aufgabengebilde ergeben, das man nicht unterschätzen sollte.

Wir haben ausführlich zu dem Gesetzentwurf Stellung genommen. Angesichts der begrenzten Redezeit verweise ich auf die schriftliche Stellungnahme. Wir haben darin verschiedene Punkte angemerkt, auch Stellen, an denen wir gerne präzisere Darstellungen hätten. Wir haben auch festzustellen, dass dies auf verschiedensten Ebenen neue Aufgaben oder jedenfalls eine neue Bewertung und Veränderung von Aufgaben nach sich zieht. Deswegen müssen wir auch über die finanziellen Folgen sprechen.

Ich habe die Hoffnung, dass noch dieser Landtag – sprich: vor der nächsten Wahl – dazu kommt, dass wir eine neue Vorgehensweise bei Fragen der Konnexitätsfolgen haben und dass wir uns bereits im Stadium des Entstehens eines Gesetzes sehr präzise über die Konnexitätsfolgen unterhalten. Das würde sicherlich auch in diesem Fall dazu führen, dass wir an der einen oder anderen Stelle etwas intensiver einsteigen müssten und auch die Frage zu klären haben, ob man Aufgaben dadurch, dass man sie nicht ganz verbindlich festzurrt, aus dem Konnexitätsgefüge enthebt. Denn die Erwartung an die Gesundheitsämter geht auch in Bereiche, die deutlich mehr Mittel erfordern werden.

Ich greife als Beispiel die Verpflichtung zum Impfen heraus; dies ist auch sehr aktuell. Ich weise darauf hin, dass sich die Kommunen beim Thema Impfen vorbildlich in den Dienst der Sache gestellt haben. Sie haben Impfzentren errichtet, die dann erst einmal leer standen, weil keine Impfstoffe kamen. Dann haben wir sie betrieben. Dann hat man gesagt, sie seien zu teuer. Daraufhin haben wir sie wieder abgebaut. Kaum waren sie abgebaut, erwartet man, dass sie wieder eingerichtet werden. Das wird auch geschehen. Kommunen sind immer im Dienst der Sache unterwegs und leisten dies immer auch im Sinne der Bevölkerung, ohne allzu viel nachzufragen oder zu kritisieren, obwohl wir gerade bei diesem Thema einiges zu sagen hätten.

In § 6 Abs. 3 wird formuliert: „Die Gesundheitsämter führen Impfungen selbst durch, um auf das Schließen von Impflücken hinzuwirken.“ Da müssen wir schon einmal schauen, ob sich das in der Praxis bewährt, auch bei Fällen, die nicht so eng sind, wie wir es jetzt in der vierten Welle der Corona-Pandemie erleben. Es stellt sich die Frage, ob die Frage, was eigentlich Regelaufgabe der KV und was Aufgabe der Gesundheitsämter ist, durch diese Art der Formulierung rechtssicher und klar ist und ob das nicht zulasten der Gesundheitsämter und damit der Kommunen formuliert ist. Ich nehme dieses Beispiel sehr gerne, weil ich dies auch in der Abstimmung zu den Regeln des Sozialgesetzbuchs nach wie vor für nicht geglückt und nicht abschließend geklärt ansehe.

Herr Prof. Hilligardt hat sehr ausführlich darauf Bezug genommen, dass die eigentliche Evaluierung noch aussteht. Das ist in dem Gesetzentwurf der Landesregierung auch ausdrücklich vermerkt. Das kann ich nur unterstreichen. Wenn Corona nicht mehr so drückend ist wie noch dieser Tage und wenn es tatsächlich dazu kommt, dass wir auf Corona zurückschauen können – wir hoffen ja, dass diese Zeit nicht allzu fern ist –, müssen wir noch sehr genau überlegen, wo es wirklich nottut, die Gesundheitsämter weiter aufzubauen, und wo sie vielleicht auch in ihren Aufgaben abgegrenzt und begrenzt werden müssen. Das steht noch aus. Mit Blick auf diese Evaluierung kann man etwas beruhigter auf dieses Gesetz schauen. Das ist nach der eigenen Ankündigung in dem Gesetzentwurf selbst nicht das letzte Wort, und das darf auch nicht das letzte Wort sein.

Herr **Dr. Krahn**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich möchte kurz ein paar Punkte aus der Stellungnahme des Landesverbands Hessen des Bundesverbands der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes ansprechen.

Zunächst einige einführende Worte. Die Gesundheitsämter sowie die Ärztinnen und Ärzte wirken im Stillen. Ich hoffe sehr, dass die Mitglieder des Sozialausschusses viele Dinge davon auch schon vor der Corona-Pandemie kannten. Ich denke, das, was der öffentliche Gesundheitsdienst kann, und auch das, was er nicht leisten kann, ist uns allen durch die Corona-Pandemie vor Augen geführt worden.

Viele Dinge sind in Bewegung gekommen. Herr Dr. Hilligardt hat es eben schon angesprochen. Wir haben den Pakt für den ÖGD, mit dem von der Bundesseite viele Mittel zur Verfügung gestellt werden. Zu Beginn der Corona-Pandemie haben wir das neue Masernschutzgesetz auf den Weg gebracht. Jedes Jahr bzw. jedes zweite Jahr werden dem ÖGD zwei, drei neue Aufgaben aufgebürdet. Wir haben natürlich sehr viele Fachkräfte in unseren Reihen. Aber ich spreche jetzt einmal für die Ärztinnen und Ärzte. Es muss klar werden: Wir arbeiten zwar in Verwaltungen, sind aber keine Verwaltungsarbeiter, sondern Ärztinnen und Ärzte. Das, was wir machen, nenne ich Bevölkerungsmedizin; das ist nichts anderes. Gelegentlich machen wir auch Individualmedizin. Das machen wir eventuell sozialkompensierend, nämlich dort, wo Lücken sind. Wir haben nach meiner Einschätzung in den letzten annähernd zwei Jahren außer dem Impfen die wichtigste bevölkerungsmedizinische Maßnahme zur Bekämpfung der Corona-Pandemie durchgeführt. Die Defizite, die sowohl qualitativ als auch quantitativ aufgetreten sind, sind zum Teil Versäumnisse der letzten Jahre gewesen. Ich will das nicht bewerten, aber das ist so.



Ich möchte vier Punkte aus dem vorliegenden Gesetzentwurf ansprechen, die unmittelbar oder mittelbar damit zusammenhängen, und am Schluss noch ein kurzes Statement abgeben.

Ausstattung der Gesundheitsämter. Wir begrüßen sehr, dass dieser Punkt neu aufgenommen worden ist. Wir haben schlecht ausgestattete Gesundheitsämter. Meine beiden Vorredner, die die Spitzenverbände unserer Gebietskörperschaften vertreten, haben bereits gesagt, dass die Ausstattung für die Wichtigkeit und die Menge der Aufgaben, die uns zugewiesen sind, unabdingbar ist.

Ich möchte nicht verhehlen, dass wir im Zusammenhang mit der Ausstattung der Gesundheitsämter sehr unglücklich mit der Formulierung „im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel“ sind. Bevor ich im ÖGD angefangen habe, gab es auf Gebietskörperschaftsebene einmal etwas, was Daseinsvorsorge hieß. Da war die Gesundheitsversorgung drin. Mir scheint, dass das ein wenig abhandengekommen ist.

Wir begrüßen sehr, dass die Ausstattung der Gesundheitsämter genannt wird. Aber die Formulierung „im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel“ lässt jeden Freiraum zu sagen: Wir haben mehr oder weniger Mittel. Wir haben mehr oder weniger Stellen. – Die Aufgaben, die wir haben, um der Bevölkerung in Bezug auf die Gesundheit zu dienen, sind zwingend notwendig, nicht nur der Infektionsschutz, sondern auch alle anderen Maßnahmen.

Zwei kleine Bemerkungen in qualitativer Hinsicht. Dass der Stellvertreter eine Facharztqualifikation spätestens erst nach einem Jahr erwerben muss, finden wir schlecht. Unsere Stellen sind häufig schwer besetzbar, weil wir auf der einen Seite eine große Expertise brauchen, auf der anderen Seite aber deutlich schlechter bezahlt werden. Ich will den Tarifkonflikt nicht in dieses Haus tragen. Aber wir werden deutlich schlechter bezahlt als die Kolleginnen und Kollegen in den Kreiskliniken. Ich weiß nicht, wieso. Das konnte mir bisher auch noch niemand erklären. Nichtsdestotrotz brauchen wir Fachärztinnen und Fachärzte für die Leitung von Gesundheitsämtern. Die Landesoberbehörde erlässt hierzu ohnehin Maßnahmen. Auch ich habe damals als stellvertretender Amtsleiter angefangen und erst dann meinen Facharzt erworben. Ich finde es schlecht, in ein Gesetz zu schreiben, dass von Anfang an Ausnahmen zugelassen sind. Wir brauchen Fachärztinnen und Fachärzte, die die 24 Gesundheitsämter in Hessen leiten. Das ist meine absolute Überzeugung.

Wir hatten letzte Woche unsere Amtsärztendienstversammlung und dabei erläutert bekommen: Amtsärzte sind alle bei einem Gesundheitsamt beschäftigten Ärztinnen und Ärzte. – Das kann man so klarstellen, wird allerdings die nächsten ein, zwei Jahre für eine große Verwirrung sorgen; denn bisher war die Nomenklatur derart, dass der Amtsarzt der Leiter des Gesundheitsamtes ist. Wir als Verband hatten vorgeschlagen, hier eventuell den Begriff des Leitenden Amtsarztes einzuführen, aber nicht etwa um Kronjuwelen oder Titel zu sammeln, sondern um nach außen hin klarzumachen, wer wer ist.

Wenn ich für mein Gesundheitsamt in Darmstadt sprechen darf: Wir haben 16 Ärztinnen und Ärzte, die alle Amtsärzte sind. Wenn das nach außen suggeriert, dass das alles sind Leitungen,



die das letzte Wort haben, dann wird das am Anfang für große Konfusion sorgen. Dies nur als kleine Empfehlung.

Der letzte Punkt, auf den ich hinweisen will, rekurriert ein kleines bisschen auf die Anhörung am Montag zum Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Da war der Sprecher unseres Fachausschusses Psychiatrie hier.

Zu § 7 – Prävention und Gesundheitsförderung –: Wir finden es völlig unangemessen, dass der Sozialpsychiatrische Dienst, der beim Vorgänger noch Berücksichtigung fand im Sinne von „Die Gesundheitsämter müssen einen Sozialpsychiatrischen Dienst vorhalten“, und danach kam nichts mehr – –

Es ist sehr wichtig, dass wir das Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz haben. Es muss auch weiter ausformuliert werden. Hierdurch werden unsere Sozialpsychiatrischen Dienste, unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haufenweise auch neue Aufgaben bekommen. Ich nenne nur die Krisenintervention. Ich will jetzt nicht in die Anhörung zu diesem Gesetzentwurf einsteigen. Mittlerweile ist auch klar, welche Aufgaben das sind. Wir halten es für extrem wichtig, dass der Sozialpsychiatrische Dienst nicht unter „ferner liefern“ oder unter „anderes“ einsortiert wird, sondern wir sind der Meinung, dass hierzu ein eigener Paragraf in das HGöGD gehört, der „Sozialpsychiatrischer Dienst“ heißt, weil diese Abteilung so wichtig ist.

Das waren meine mündlichen Anmerkungen. Einige andere Punkte habe ich schon schriftlich ausgeführt.

Ich möchte kurz wiederholen: Wir in den Gesundheitsämtern machen Bevölkerungsmedizin. Mein Gesundheitsamt in Darmstadt will den Pakt für den ÖGD nutzen. Es geht nicht nur darum, die Corona-Pandemie finanziell aufzuarbeiten. Es ist offensichtlich geworden, wo wir blinde Flecke haben und wo wir schwach besetzt sind. Daran wollen wir arbeiten. Wir müssen Ärztinnen und Ärzte für den ÖGD gewinnen. Wir sind attraktiv. In unseren Gesundheitsämtern sind Studierende. In Frankfurt ist seit Jahren das einzige Gesundheitsamt, das ein PJ anbietet. Die junge Ärztegeneration ist an Prävention und an Bevölkerungsmedizin interessiert. Das ist das, was wir in den Gesundheitsämtern machen. Aber sie müssen genau so gut bezahlt werden wie die Kolleginnen und Kollegen in den Kreiskliniken. Wenn wir das nicht haben, wird es so sein, dass die Gelder aus dem Pakt für den ÖGD wahrscheinlich nicht genutzt werden können, weil wir keine Ärztinnen und Ärzte gewinnen werden.

Damit würde ich mein Statement gerne beenden. – Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Herr **Dr. Reygers**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Erst einmal herzlichen Dank für die Einladung. – Im Prinzip gibt es zu dem, was der Kollege Jürgen Krahn vonseiten des Landesverbands und des Bundesverbands gesagt hat, nicht viel hinzuzufügen.

Auch die Landesärztekammer – ich möchte in diesem Zusammenhang die herzlichen Grüße von Präsident Dr. Pinkowski übermitteln – sieht eine Problematik in der Gehaltssituation. Sie ist deutlich divergent zwischen den Krankenhäusern, aber auch zu anderen Verwaltungsmedizineinheiten – ich möchte einmal diesen unsäglichen Begriff benutzen – wie z. B. dem MDK.

In der aktuellen Situation ist es so, dass wir ausschreiben, dass aber nicht unbedingt diejenigen Kollegen zu uns kommen, die vonseiten der Ausbildung sehr schnell in Leitungspositionen eingesetzt werden können. Aus unserer Sicht ist es sinnvoll, dass ein entsprechender Anteil von Studierenden vorgehalten wird, die später im ÖGD eingesetzt werden. Das gab es schon einmal in den Siebzigerjahren. Damals waren die Probleme dieselben.

Zum ÖGD ist festzuhalten – viele wissen das nicht; ich bin schon etwas länger dabei, nämlich über 30 Jahre –: Wir haben jetzt ca. ein Drittel weniger Ärzte als in den Achtzigerjahren. Trotzdem haben die Gesundheitsämter die Pandemie mit ihrem ärztlichen Know-how gestemmt. Das ist nicht die erste Pandemie, die wir haben. Die erste Trockenübung war die Schweinegrippe, die zum Glück relativ harmlos verlief. Dies wird sicherlich nicht die letzte Pandemie sein. Da gilt wieder der Begriff der Daseinsvorsorge. Wir müssen in allen Professionen ausreichend aufgestellt sein, sonst kann es Probleme geben.

Zu § 3 Abs. 1: Die Formulierung „im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel“ findet die Landesärztekammer suboptimal. Man stattet ja auch die Polizei nicht nach den vorhandenen Mitteln aus, sondern nach dem Bedarf.

Die Stellvertretung soll und muss durch einen Humanmediziner gegeben sein, der auch die Facharztausbildung hat; denn bei Absenz des Leiters des Gesundheitsamtes muss er den gesamten Kanon abdecken, beispielsweise Trinkwasser, Hygiene etc.

Zum Leitenden Amtsarzt ist nichts hinzuzufügen. Dem wird vollumfänglich zugestimmt.

Wichtig ist auch in Zukunft, dass die Kernaufgaben der Gesundheitsämter dargelegt und festgelegt werden. In diesem Zusammenhang ist es problematisch, uns als Kernaufgabe den Sozialpsychiatrischen Dienst und vor allen Dingen die psychiatrische Intervention zuzuordnen. Man muss ganz klar sagen: Bei der aktuellen Gehaltssituation – ein Blick in den TVöD genügt – wird man selbst mit Zulagen durch die Arbeitgeber keine Psychiater gewinnen, die psychiatrisch intervenieren können und die beim Gesundheitsamt angestellt sind. Es ist sinnvoll, dass die Gesundheitsämter mit den niedergelassenen Kollegen und den Krankenhäusern koordinieren, im Rahmen der Möglichkeiten eine Akutintervention vorhalten und die vorhandenen Strukturen zielführend nutzen, anstatt eine dritte Struktur, nämlich Psychiatrie in den Gesundheitsämtern – in den Städten mag es etwas anders sein –, aufzubauen.

Ganz wichtig ist aus der Sicht der Landesärztekammer, dass der Begriff des Heilpraktikers nicht in einem Atemzug mit den Fachberufen des Gesundheitswesens – Ärzte, Zahnärzte, Heil- und

Hilfsberufe – genannt wird, sondern dass dies in einem eigenen Passus erwähnt werden muss, um eine Vermischung, die der Bürger am Ende vielleicht gar nicht richtig versteht, zu vermeiden.

So viel zu den Ausführungen der Landesärztekammer. – Ich darf mich für die Aufmerksamkeit bedanken.

Herr **Wagner**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Gelegenheit zur Stellungnahme, die ich für den Verband der angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte in Hessen abgeben darf. – Ich will Sie nicht mit Wiederholungen langweilen und verweise insofern auf die Ausführungen vom ÖGD und der Landesärztekammer.

Auch ich möchte noch kurz auf den Aspekt der personellen Ausstattung der Gesundheitsämter eingehen. Für uns als Vertreter der Ärztinnen und Ärzte ist es selbstverständlich, dass die personelle Ausstattung mit Ärztinnen und Ärzten in ausreichender Zahl erfolgen muss. In welcher Zahl denn sonst? Hinsichtlich der Frage, wie man das macht und was ausreichend ist, reicht das Gesetz aus unserer Sicht allerdings nicht aus. Da muss eine entsprechende Konkretisierung erfolgen.

Herr Prof. Hilligardt hat einen Seitenaspekt genannt, den auch ich noch nennen will, weil er von den Ärzten hier angesprochen worden ist, nämlich warum kein ausreichendes Personal vorhanden ist. Das ist dem Widerstand der kommunalen Familie an der Schaffung arzt spezifischer guter Arbeitsbedingungen geschuldet. Das ist einer der Hauptgründe, warum das Personal fehlt.

Frau **Tsangaveli**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich vertrete heute den Deutschen Verband der Ergotherapeuten. Während der vergangenen eineinhalb Jahre, im Verlauf der COVID-19-Pandemie in Deutschland, haben die Ergotherapiepraxen ohne Unterbrechung die ambulante therapeutische Versorgung für die Bürger aufrechterhalten. Sie haben informiert, unterstützt und waren zum Teil wichtige Kontaktpersonen zur Außenwelt für alleinstehende bzw. isolierte Bürger, die im Rahmen des Hausbesuchs versorgt werden mussten. Ergotherapeuten fördern und unterstützen die Gesundheitskompetenzen der Patienten und Bürger und arbeiten mit Ärzten und weiteren Akteuren des Gesundheitswesens zusammen. Aus diesem Grund schlagen wir folgende Ergänzung in § 7 Abs. 8 vor: Die Kommunalen Gesundheitskonferenzen setzen sich unter anderem aus Vertretern der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung der Kommunen zusammen.

Die pandemische Lage hat den Leistungserbringern im Gesundheitswesen und auch den Gesundheitsbehörden höchste Anstrengungen abverlangt, um die Bürger weitestgehend zu unterstützen und zu schützen. Aus diesem Grund legen wir besonderen Wert darauf, dass die Akteure vor Ort kommunal zukünftig noch besser miteinander arbeiten können. Insofern ist es uns als DVE ein besonderes Anliegen, dass auch die Vertreter der Heilmittelerbringer in diesem Fall bei den Gesundheitskonferenzen bedacht und berücksichtigt werden.

Frau **Dr. Böhm**: Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Auch wir bedanken uns sehr herzlich für die Einladung und die Möglichkeit zur Stellungnahme.

Als Landesvereinigung für Gesundheitsförderung begrüßen wir, dass in dem vorliegenden Gesetzentwurf die Entwicklung kommunaler Gesundheitsstrategien als Kernaufgabe des ÖGD definiert wird. Wir haben auf kommunaler Ebene oft schon ein breites Angebot an Maßnahmen und Netzwerken im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung, das von den unterschiedlichsten Akteuren, nämlich Sportvereinen, Familienzentren und Krankenkassen, angeboten wird. Aber wir sehen hier keine Koordinierung, sodass es oft eine Dopplung von Angeboten gibt und genau die Zielgruppen, die Präventionsangebote eigentlich bräuchten, nicht erreicht werden, weil in diesem Bereich nicht zielorientiert gesteuert wird. Insofern begrüßen wir, dass zukünftig kommunale Gesundheitsstrategien entwickelt werden sollen.

Vor demselben Hintergrund finden wir es nicht gut, dass § 1 keine Änderung erfährt. Wir haben in Deutschland weiterhin eine persistente gesundheitliche Ungleichheit. Wir regen deswegen an, in § 1 – Ziele des ÖGD – das Ziel zur Verbesserung gesundheitlicher Chancengleichheit zu verankern. Herr Dr. Krahn hat vorhin erwähnt, der ÖGD sei für die Bevölkerungsmedizin zuständig. Die COVID-19-Pandemie hat einmal mehr gezeigt, dass Menschen unterer sozialer Schichten viel stärker betroffen sind und eine höhere Krankheitslast haben. Hier wird der ÖGD schon tätig. Aber man sollte das meiner Meinung nach auch als Ziel verankern.

Ich weiß, dass es jetzt erst einmal nur um kleinere Änderungen geht. Ich habe in meiner Stellungnahme trotzdem auf den notwendigen Änderungsbedarf verwiesen und möchte an dieser Stelle darauf eingehen.

Wenn man das Ganze ernst nimmt und den ÖGD bzw. das HGöGD am modernen Leitbild orientieren will, dann braucht es auch Koordinierungsstrukturen im Sinne von „health in all policies“. Das sieht das Leitbild vor. Es sagt: Der ÖGD mit seinen multiprofessionellen Teams leistet einen wichtigen Beitrag, das Prinzip von „health in all policies“ umzusetzen. – Hierzu finden sich noch keine entsprechenden Regelungen im HGöGD. Der neue § 5a verweist zwar allgemein auf eine zentrale Informations- und Steuerungsfunktion, bezieht das aber eben nicht auf die Kommunalverwaltung. Genau da müsste der ÖGD, wenn man „health in all policies“, also eine Umsetzung von Gesundheit in allen Politikfeldern, ernst nimmt, in den anderen kommunalen Handlungsfeldern auch beratend aktiv werden können. Dies sollte herausgestrichen werden.

Des Weiteren vermissen wir, dass die bestehenden Landesstrukturen der Prävention nicht berücksichtigt werden. Wir haben seit 2015 eine Landesrahmenvereinbarung Prävention. Sie befindet sich jetzt im Novellierungsverfahren. Sie benennt zum Glück endlich – es war ein langer Weg hierhinzukommen –, dass die Partner der LRV eine Zusammenarbeit mit dem ÖGD anstreben. Dies sollte auch eine Spiegelung im HGöGD finden, sodass der ÖGD ebenso eine Zusammenarbeit mit den LRV-Partnern anstrebt.

Nicht gut finden wir, dass auch § 13 in Bezug auf die Gesundheitsberichterstattung keine Änderung erfährt. Die Gesundheitsberichterstattung ist die Grundlage für zielorientiertes Handeln im

Gesundheitsbereich, und zwar nicht nur in der Prävention und der Gesundheitsförderung, sondern auch in der Versorgung. Sie ist zwingend notwendig, wenn man sein Handeln koordinieren und steuern will. Viele hessische Gesundheitsämter sind aktuell nicht in der Lage, diese Grundlage zu erstellen, nicht nur aus personellen Gründen – wir alle wissen, dass der ÖGD seit Jahren unterbesetzt ist –, sondern auch weil die Strukturen hierzu fehlen. Es bedarf einer viel stärkeren Landesunterstützung durch eine Landes-GBE oder eine entsprechende Datenbasis, die es im Modellvorhaben und in anderen Ländern wie NRW auch gibt, sodass nicht jede Kommune neu anfangen und schauen muss, wie man eine GBE macht. Vielmehr müssen von Landesseite aus entsprechende Daten zur Verfügung gestellt werden.

So viel von unserer Seite. – Vielen Dank.

Herr **Dr. Rau:** Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, heute hier sein zu dürfen. Mein Name ist Dr. Rüdiger Rau. Ich bin stellvertretender Amtsleiter im Gesundheitsamt Vogelsbergkreis, Mediziner und Gesundheitswissenschaftler und habe 15 Jahre lang in Nordrhein-Westfalen im Bereich der Gesundheitskonferenz arbeiten dürfen.

Ich möchte dies zum Anlass nehmen, die Ausführungen meiner Vorrednerin aufzugreifen, und dringend daran appellieren, dass wir Gesundheitskonferenzen im Kontext der Gesundheitsstrategie, der Gesundheitsberichterstattung gesamtheitlich betrachten, weil das einzelne Betrachten möglicherweise eher zum Scheitern verurteilt ist. In Nordrhein-Westfalen wurde eine dreijährige Pilotphase von 1995 bis 1998 vorausgeschickt, die sogenannte ortsnahe Koordinierung, bei der sehr viele Erfahrungen, auch sehr leidvolle Erfahrungen gesammelt wurden. Gesundheitskonferenz können auch sehr schmerzhaft scheitern. Insofern muss ich zum Selbstschutz daran appellieren, dass die Gesundheitskonferenzen gut vorbereitet sein müssen. Das heißt, interne und externe Ressourcen müssen bereitgestellt werden. Hierfür wäre als Modell guter Praxis Nordrhein-Westfalen zu erwähnen. Ich kann das aus eigener Anschauung berichten und werbe dafür, sich dort beraten zu lassen.

Frau Dr. Böhm und ich hatten uns vorab schon abgestimmt. Ich habe den dringenden Appell an Sie, zu schauen: Welche Ressourcen müssen für ein erfolgreiches Implementieren der Gesundheitskonferenzen einschließlich der Planungsgrundlage, also einer modernen Gesundheitsberichterstattung, bereitgestellt werden, bevor man in der Bevölkerung und natürlich auch in der Fachwelt Erwartungen schürt? Wir müssen uns hier gut aufstellen, damit wir uns von den Kliniken, den ärztlichen Kollegen im ambulanten Bereich und anderen Dienstleistern wie Ergotherapeuten und Heilmittelerbringern mit der entsprechenden Kompetenz ernst genommen fühlen. Sonst könnte dieses Projekt scheitern.

Damit das nicht so negativ klingt: Es wäre ein guter Ansatz, jetzt mit der Pandemielage, mit dem Pakt für den ÖGD, mit dem Präventionsgesetz und mit der Rahmenvereinbarung einen wirklich guten Einstieg zu finden. Wie gesagt: Gesundheitskonferenzen sind keine Selbstläufer. Die kann man in der Verwaltung nicht nebenbei machen. Dafür braucht man sehr gute Ressourcen und

eine sehr gute Unterstützung, auch von Externen. Insofern müssen wir diese Chance wahrnehmen, aber gut vorbereiten.

Herr **Dr. Behschad**: Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren! Auch von unserer Seite herzlichen Dank, dass wir heute an dieser Anhörung teilnehmen dürfen. – Es wird Sie nicht überraschen, dass wir Zahnärzte keine Änderungsvorschläge oder Anmerkungen zu dem Gesetzentwurf zu machen haben, weil wir im Prinzip nur marginal betroffen sind, lediglich im Rahmen der Prophylaxeleistungen und der Begutachtungen im öffentlichen Gesundheitsdienst. Da stellen sich die gleichen Problematiken, die die Kollegen schon angesprochen haben. Das ist zum einen die Ausstattung der Gesundheitsämter und zum anderen der über alle Branchen hinweg vorherrschende Fachkräftemangel, den natürlich auch wir im zahnärztlichen Bereich zu verbuchen haben.

So weit unsere Ausführungen. – Herzlichen Dank.

Abg. **Yanki Pürsün**: Vielen Dank an alle Anzuhörenden für die sehr wertvollen Ausführungen. – Ich habe einige Rückfragen an alle, die dazu Stellung nehmen wollen, und fange mit der Kommentierung an, dass in dem Gesetzentwurf steht, dass er keine Auswirkungen auf die Kommunen habe. Ist das ein Codewort der Landesregierung, dass man sich quasi genötigt fühlt, einen Gesetzentwurf vorzulegen? Denn die Mängel in der Pandemie sind ja offensichtlich geworden. Die Opposition kritisiert sehr heftig, dass man das machen muss. Ist dies das Codewort dafür, dass man das Gesetz ändern muss, aber dass es dafür kein Geld geben wird? Es ist ja absurd, wenn man einen solchen Gesetzentwurf vorlegt und dann sagt, dass er keine Auswirkungen haben wird.

Meine zweite Frage betrifft die Aufgabe, Impflücken zu schließen. Bezieht sich das nur auf die Impflücke bei Corona oder auf mehr Impflücken? Der Hinweis zur KV ist gegeben worden. Wenn wir als Opposition Anfragen an die Landesregierung stellen, heißt es immer wieder: Damit haben wir nichts zu tun. Dafür ist die KV zuständig. – Ist es ein sinnvoller Ansatz, von Impflücken zu sprechen? Denn was die exakte Impflücke ist und welche Impfungen damit gemeint sind, ist vielleicht gar nicht geklärt.

Die Ausstattung und die Finanzierung sind des Öfteren angesprochen worden. Was wäre dafür die beste Lösung?

Darüber hinaus ist die obere Behörde angesprochen worden. Aktuell ist nicht zu erwarten, dass die Landesregierung beides macht, also auch eine obere Behörde einrichtet, was für die Koordination sicherlich sehr sinnvoll wäre. Auch die Daten sind angesprochen worden. Wir haben auch eine Krise der fehlenden, der nicht aggregierten Daten. Würde die Landesregierung, wenn sie eine obere Ebene schafft, dann nicht wieder bei der unteren Ebene sparen? Gäbe es zur Not vielleicht auch die Möglichkeit, dass sich die Gesundheitsämter noch stärker vernetzen, um das zu kompensieren, was es auf Landesebene nicht gibt? Sosehr ich die Notwendigkeit sehe, fehlt



mir der Glaube, dass die Landesregierung wirklich beide Schritte geht. Das ist auch angesprochen worden: Gesundheitsamt nach Kassenlage. – Wir sehen in der Pandemie, dass das nicht funktioniert. Was wäre in der aktuellen Not aus Ihrer Sicht die beste Lösung, außer natürlich dass die Landesregierung sehr viel mehr Geld hineinsteckt?

Zur Digitalisierung: Sicherlich würde das eine oder andere einfacher laufen, auch im Hinblick auf den Personalmangel, wenn wir mehr Digitalisierung hätten. Könnten Sie dazu noch etwas sagen, wie Ihre Einschätzung ist, wo wir da stehen, was Sie an Bewegungen sehen und was man vielleicht auch im Gesetz verbindlicher regeln müsste, damit wir da schneller vorankommen?

Noch eine Corona-Frage: Glauben Sie, dass die Erkenntnisse, die jetzt in der Corona-Pandemie zutage getreten sind – oder was im Prinzip schon vorher klar war, aber jetzt nicht mehr zu verdecken ist –, ausreichend in dem Gesetzentwurf berücksichtigt wurden?

Abg. **Christiane Böhm:** Ich bedanke mich sehr bei allen Anzuhörenden für die guten Stellungnahmen und auch für Ihre Erläuterungen. – Ich habe ein paar Fragen, zuerst an Herrn Prof. Dr. Hilligardt. Sie haben deutlich gesagt, dass es auch um die Finanzierung geht. Ich als Kreispolitikerin kann gut nachvollziehen, dass das eine wichtige Frage ist. Was sollte denn in dem Gesetz stehen, damit genau solche Formulierungen wie „im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel“ nicht drinstehen? Welche Regelungen müssten geschaffen werden, damit Sie die Aufgaben überhaupt umsetzen können?

Die zweite Frage: Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme ausgeführt, dass Sie in früheren Jahren zwei Ärztinnen aus dem Regierungspräsidium zur Seite gehabt hätten. Ich habe das so verstanden, dass es die jetzt nicht mehr gibt. Die hatten die Gesundheitsämter auch beraten. Es gab vorhin den Hinweis auf ein Landesgesundheitsamt. Könnten Sie noch etwas genauer sagen, was Sie an fachlicher und personeller Unterstützung vonseiten des Landes erwarten?

Die dritte Frage betrifft die Amtsärztinnen und Amtsärzte, die jetzt alle sein dürfen. Dann gibt es noch Leitende Amtsärztinnen und Leitende Amtsärzte. Herr Dr. Krahn, ich bitte auch Sie, diese Frage zu beantworten. Hat es irgendeine Auswirkung, dass die dann Amtsärztinnen und Amtsärzte sind? Das habe ich nicht verstanden. Haben sie damit mehr Rechte und eine höhere Eingruppierung? Was ist damit gewonnen? Sie müssen mir Nachhilfe geben, inwiefern uns das bei dieser Frage in irgendeiner Weise helfen würde.

Herr Dr. Hilligardt, Sie haben gesagt, im öffentlichen Gesundheitsdienst gebe es zu wenig Weiterbildungsangebote. Im Landeshaushalt steht immer, dass das Land auch die Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf unterstützt. Ist das hilfreich? Nutzen die Gesundheitsämter das? Ist etwas anderes notwendig? In welcher Form sollten weitere Angebote geschaffen werden?

Die letzte Frage an Sie, Herr Dr. Hilligardt. Sie haben gesagt, Sie hätten eine eigene Formulierung für den § 13 – Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie – an das Ministerium gegeben. Da



uns diese nicht vorliegt, wäre es sehr nett, wenn Sie auch uns darüber informieren würden; denn wir sind neugierig und würden gerne wissen, was Sie dazu vorschlagen.

Herr Dr. Dieter, zu der Abgrenzungsfrage zwischen Gesundheitsamt und Kassenärztlicher Vereinigung bzw. niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten: Wir haben in der Pandemie deutlich gemerkt, dass ganz viele Patientinnen und Patienten nicht mehr von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten erreicht werden, egal, ob dies das Impfen, Testen usw. betrifft. Ich denke, das war schon vorher vielen Leuten deutlich, die sich mit der Materie auskennen. Aber die Pandemie hat ja einigen die Augen geöffnet. Wie sehen Sie das Verhältnis? Ist der öffentliche Gesundheitsdienst gefordert, hier die Lücken zu schließen, wie es auch bei den Impfungen der Fall ist, oder meinen Sie, das ist in diesen Einzelfällen gar nicht die Sache des öffentlichen Gesundheitsdienstes?

In dem Gesetzentwurf steht, dass bestimmte Anwendungen demnächst vom ÖGD gemacht werden müssen. Da ist die Frage an Sie, wie das überhaupt funktionieren könnte, dass bestimmte Leistungen erbracht werden. Das bezieht sich nicht nur auf das Impfen. Wie wäre das möglich, oder ist das schon jetzt der Fall?

Meine nächste Frage richtet sich an Herrn Dr. Krahn. Die Frage bezüglich der Amtsärztinnen und Amtsärzte habe ich schon gestellt. Inwiefern sehen Sie – das ist eine Frage auch an die anderen, gerade auch an die Spitzenverbände – schon bisher eine Unterstützung durch den Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst? Wie klar ist Ihnen, welche Unterstützung Sie in Zukunft bekommen? Wie deutlich ist das? Sehen Sie schon etwas davon außer Software?

Ich habe gerade schon den § 7 erwähnt, nämlich dass Gesundheitsämter im Einzelfall ambulante Behandlungen und Vorsorgeleistungen für den entsprechenden Personenkreis vornehmen könnten. Ich habe gedacht, hier sei die Abgrenzung zu klären. Da wir als LINKE ein besonderes Augenmerk darauf legen, wie Menschen in prekären sozialen Verhältnissen versorgt werden, wissen wir, dass die Gesundheitsämter die letzte Möglichkeit sind, um so etwas zu erbringen. Ich denke insbesondere an die Leistungen, die das Gesundheitsamt Frankfurt erbringt. Wo sehen Sie die Grenzen bei den Möglichkeiten des Gesundheitsamtes überschritten?

Herr Dr. Krahn, Sie sind auch auf das PsychKHG eingegangen, zu dem wir am Montag eine Anhörung durchgeführt haben. Darin gibt es eine klare Mussregelung, was den Krisendienst betrifft. Die Frage ist: Wie muss die Ausstattung der Gesundheitsämter in diesem Gesetz geregelt werden, damit eine Regelung aus einem anderen Gesetz umgesetzt werden kann?

Herrn Wagner, was meinen Sie, was die kommunale Familie leisten muss? Welche Gründe gibt es, dass sie den Ärztinnen und Ärzten keine höheren Vergütungen zugesteht? Sind das finanzielle oder organisatorische Gründe? Das will ich einmal ganz vorsichtig fragen, um jetzt nicht irgendwelche Konflikte noch weiter zuzuspitzen.

Frau Dr. Böhm, ich danke für Ihre Ausführungen zu den weitergehenden Konzepten, was die Prävention angeht. Ich denke, sie geben ganz wichtige Impulse, und hoffe, dass sie irgendwann auch aufgenommen werden.

Ich habe noch eine konkrete Frage zu der Landesgesundheitsberichterstattung. Bisher haben wir nur einen Gesundheitsbericht in Hessen. Den haben Sie sicherlich nicht gemeint. Ich habe gerade nachgeschaut und gesehen, dass der letzte im Jahr 2016 herausgekommen ist. Was wären die Voraussetzungen? Wie sollen die geführt werden? Was brauchen wir in Hessen, um so etwas zu machen? Ich kenne Kommunen wie meinen eigenen Kreis, die sich sehr viel Mühe geben und das aus eigenen Ressourcen machen, aber natürlich sehr dankbar wären, wenn es auf Landesebene mehr Unterstützung gäbe. Welche Schwerpunkte wären für die Landesgesundheitsberichterstattung notwendig?

Herr Dr. Rau, Sie haben die Ressourcen für die Gesundheitskonferenz angesprochen. Ich war sehr begeistert, als Hessen die Kommunalen Gesundheitskonferenzen in das Gesetz geschrieben hat. Allerdings fehlt mir die Umsetzung. Ich weiß nicht, wo sie tatsächlich stattfinden. Ich habe in Erinnerung, dass pro Kreis 1.000 € dafür zur Verfügung gestellt werden. Das meinen Sie wahrscheinlich nicht mit „ausreichenden Ressourcen“, oder?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Zunächst einmal meine Fragen an die kommunale Familie, an Herrn Prof. Hilligardt und Herrn Dr. Dieter. – Danke schön, dass Sie die Grundzielrichtung des Gesetzes befürworten – mehr Vernetzung und mehr Kommunikation – und dass sie auch die ÖGD-Quote über das Gesetz, das wir in einigen Tagen erörtern werden, vom Grundsatz her als richtig ansehen.

Ich will gerne auf Ihre beiden Kritikpunkte oder Anregungen in Form von Fragen eingehen, was wir im Rahmen des Gesetzes vielleicht noch ändern oder unabhängig von diesem Gesetz an politischen Initiativen noch vorbereiten können.

Sie haben die Frage der Finanzierung angesprochen. Natürlich erfordern mehr Aufgaben mehr Geld und im Prinzip auch mehr Support seitens des Landes. Sie haben eine Befristung im Kontext des Gesetzes angesprochen. Das verstehe ich, weil Sie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Gesundheitsämtern eine gewisse Perspektive und, sofern sie die Voraussetzungen erfüllen, auch unbefristete Verträge anbieten wollen bzw. müssen. Wie stellen Sie sich denn eine entsprechende Regelung vor, praktisch eine In-Aussicht-Stellung? Wie stellen Sie sich vor, dass wir Ihnen da entgegenkommen und Ihrem Anliegen Rechnung tragen? – Das ist die erste Frage.

Die zweite Frage: Sie – wie auch die anderen Anzuhörenden – haben auf den Fachkräftemangel hingewiesen. Könnten Sie das in wenigen Worten noch etwas spezifischer darstellen, vielleicht etwas getrennt zwischen Ärzten und medizinischen Assistenzberufen? Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass es da im ärztlichen Bereich, etwa bei bestimmten Fachärzten, beispielsweise in der Psychiatrie – diese wurde mehrfach angesprochen – oder auch in der Kinder- und Jugendmedizin, Unterschiede gibt. Vielleicht könnten Sie uns dazu noch ein paar Informationen geben.

Dann zwei Fragenkomplexe an die Vertreter der Ärzteschaft im öffentlichen Dienst, an Herrn Dr. Krahn, an die Vertreter der Landesärztekammer, des Marburger Bundes und des Gesundheitsamtes im Vogelsbergkreis.

Zunächst eine Frage zur Gehaltssituation. Mehrfach wurde mit Recht angesprochen: Die Einkommensperspektiven im öffentlichen Dienst unterscheiden sich sehr stark von den Einkommensperspektiven an einem Klinikum mit entsprechenden Karrierechancen und vielleicht nachfolgend der Niederlassung. Wie stellen Sie sich eine Verbesserung vor? Es ist ja nicht nur der Tarif. Das könnte man mit Geld noch relativ einfach machen, indem ich sage: eine Tarifgruppe höher oder eine entsprechende Anpassung. – Aber viele andere Einkommensquellen eines Klinikarztes sind dem ÖGD-Arzt weitgehend verschlossen, Poolbeteiligung, Teilnahme an Studien, Bereitschaftsdienstvergütung und auch Aufstiegschancen. Wie müsste da die Perspektive aussehen? Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns dazu noch in ein paar Punkten Anregungen geben würden.

Die zweite Frage in diesem Zusammenhang betrifft den Komplex des Sozialpsychiatrischen Dienstes, Stichwort „Krisenintervention im ambulanten Bereich“. Sie wissen, dass uns als Regierungsfraktion und auch der Landesregierung sehr am Herzen liegt, hier eine Struktur aufzubauen, weil wir das große Problem sehen, dass die meisten Notfälle, ohne darüber nachzudenken oder weil es einfach auch gar keine Alternativen gibt, ins Krankenhaus eingewiesen werden und dass die Abteilungen dort massiv überlastet sind und damit nicht zurechtkommen. Sie haben gesagt, der Sozialpsychiatrische Dienst sollte im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens ein eigenes Kapitel bekommen und noch detailliert gewürdigt werden. Welche Anregungen haben Sie dazu? Was sollten wir da machen?

Mehrere Anzuhörende haben vorgetragen – insofern würde ich mich auch über mehrere Antworten aus der Ärzteschaft freuen –, die Koordination mit den anderen Playern müsse verbessert werden. Wie soll das geschehen? Krankenhäuser sind überlastet. Da ist letztlich gar nicht viel mehr Leistung drin. Sie müssen entlastet werden. Das Notdienstsystem der Kassenärztlichen Vereinigung, das im somatischen Bereich durchaus funktioniert – da gibt es zwar einige Verbesserungsmöglichkeiten, aber es stellt eine gute Grundlage dar –, gibt es in dieser Form bei psychiatrischen Notfällen nicht bzw. ist jedenfalls nicht ausreichend. Man sieht auch gar keine große Perspektive, wie das verbessert werden kann. Wo stellen Sie sich an dieser Stellschraube Verbesserungsmöglichkeiten vor, bei denen wir als Politik eingreifen oder moderieren könnten?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Vielen Dank für Ihre mündlichen und schriftlichen Stellungnahmen. – Ich habe zuerst eine Frage an den Städtetag und an den Landkreistag. Die Kollegen habe es schon ein bisschen angesprochen. Auch wir beschäftigen uns natürlich mit der finanziellen Situation. Es wurde von einem neuen Aufgabengebilde gesprochen, also mehr Aufgaben, was natürlich nur mit mehr Personal zu leisten ist. Wenn wir das hier im Landtag anbringen, werden wir mit der Aussage konfrontiert: Na ja, Kommunalisierung, was hat denn das Land damit zu tun? – Aber mit der Kommunalisierung der Gesundheitsämter – wir alle kennen die Historie, warum es so gekommen ist – ist die Verantwortung des Landes nicht erloschen. Das Land ist dafür zuständig, Kreise und Städte finanziell so auszustatten, dass sie ihre Aufgaben auch tatsächlich erledigen können. Herr Dr. Dieter hat vorhin gesagt, man müsse noch über Konnexität sprechen. Meine Frage: Wo gibt es Konnexität? Wo sollte finanziell besser ausgestattet werden?

Das passt auch ein bisschen dazu, was ich Herrn Dr. Krahn fragen möchte. Sie haben in Ihrer schriftlichen Stellungnahme zu § 3 „Gesundheitsdienst nach Kassenlage“ geschrieben. Insofern an Sie die Frage: Welche personelle und finanzielle Ausstattung benötigen Sie?

Herr Wagner, Sie haben von Mangelverwaltung gesprochen. In diesem Zusammenhang stelle ich die gleichlautende Frage an Sie.

Meine letzten beiden Fragen richten sich an Frau Dr. Böhm. Mir hat sehr gut gefallen, dass Sie von gesundheitlicher Chancengleichheit sprechen. Sie ist nicht gegeben. Sie haben das auch mit der Frage verbunden, wie ein moderner ÖGD eigentlich aussehen soll. Was bedeutet das für Sie? Wie muss ein vernetzter, interdisziplinärer, lebensweltbezogener und präventiver ÖGD aussehen? Braucht es eigentlich eine sozialindikative Gesundheitsplanung?

Daran schließt sich meine zweite Frage an Sie an. Sie haben auf Seite 22 der Ausschussvorlage die Gesundheitsförderung und die Prävention beschrieben und ausgeführt, dass auch dies zu kurz komme. Vielleicht könnten Sie sagen, inwieweit diese Aufgabenbeschreibung erweitert werden muss.

Abg. **Kathrin Anders:** Herr Dr. Bartelt und die anderen Kolleginnen und Kollegen haben schon sehr ausführlich gefragt. Ich möchte Herrn Wagner vom Marburger Bund noch etwas fragen. Sie haben in Ihrer Stellungnahme sehr deutlich geschrieben, dass es vom Bund 4 Milliarden € für den Pakt für den ÖGD für mehr Personal und für die Digitalisierung der Gesundheitsämter gibt. Was müsste in diesem Gesetz noch zusätzlich geregelt werden? Welche Möglichkeiten gibt es, dass im öffentlichen Dienst besser eingruppiert oder besser bezahlt wird? Was ist da aus Ihrer Sicht noch dringend zu regeln?

Herrn Dr. Krahn, der aus der Praxis kommt, möchte ich fragen, ob das mit dem Schließen der Impflücken tatsächlich so missverständlich formuliert ist. Sie selbst haben es erwähnt: Kurz vor der Pandemie kam es zu der Masernimpfpflicht. Die Schulen und die Kindergärten haben an Sie gemeldet, wer geimpft und wer nicht geimpft ist. Ich stelle mir Folgendes vor: Ein Kind kommt zur Schuleingangsuntersuchung. Man sieht, dass es nicht geimpft ist. Wäre das nicht ein typischer Fall, dass Sie diese Impflücke schließen, weil davon auszugehen ist, dass gerade dieses Kind im Hinblick auf Chancenungleichheit im Gesundheitssystem vielleicht noch nicht so oft beim Hausarzt oder beim Kinderarzt war? Ist das nicht ein typisches Beispiel dafür, dass der ÖGD genau in diesen Fällen der Kassenärztlichen Vereinigung das zwar wegnimmt, aber vielleicht schnell und unkompliziert handeln kann?

Herr Prof. **Dr. Hilligardt**: Herr Vorsitzender, meine Damen, meine Herren! Es sind viele Fragen gestellt worden, auch an mich. Ich möchte mich auf ein paar Antworten beschränken. Sehen Sie mir das nach. Ich denke, jeder wird zu manchen Punkten etwas sagen. Wenn ich nicht ausreichend geantwortet habe, bietet sich noch die Möglichkeit zur Nachfrage.

Nahezu alle haben das Thema Finanzierung und Kostenfolgen des Gesetzes angesprochen. Wir haben in sehr vielen Bereichen der Kommunen – nicht nur bei den Gesundheitsämtern, sondern auch bei den Veterinärämtern usw. – die Situation, dass wir Jahr für Jahr durch Bundes- und Landesgesetze neue Aufgaben bekommen und dass die Finanzfolgen nur in den seltensten Fällen geregelt sind.

Wenn man fragt, wie man die Finanzfolgen aus diesem Gesetz regeln könnte, beispielsweise wenn es darum geht, lokale Gesundheitskonferenzen durchzuführen, dann könnte in dem Gesetz stehen: Die Aufwendungen für diese Konferenzen werden den Kommunen erstattet. Näheres regelt eine Rechtsverordnung. – Das haben wir in ganz vielen Bereichen. Dann wäre, wenn eine neue Aufgabe benannt ist, immer klar, dass es eine Finanzfolge gibt. Dies wurde schon bei anderen Gesetzen – es wurde darüber diskutiert, was im Detail in den entsprechenden Rechtsverordnungen steht – ganz toll und zielführend gelöst.

Zum Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst: In den nächsten Jahren werden noch 215 Millionen € in den Personalbereich nach Hessen fließen. Wir werden dann mit dem Sozialministerium und der Landesregierung besprechen – ich weiß nicht, inwieweit das auch in den Landtag geht –, wie sie an die Kommunen fließen werden. Auf jeden Fall wird es im Jahr 2026 insgesamt 50 Millionen € für Personal für die Landkreise und kreisfreien Städte geben. Aber danach ist Schluss. Wenn man dieses Geld in Dauerstellen investiert hat, steht die kommunale Familie mit diesen 50 Millionen € ab den Jahren 2027, 2028 ff. alleine da. Ich glaube nicht, dass dieses Gesetz das richtige Instrument wäre. Wir fordern von der Landesregierung schon lange eine Garantie – egal, wie sie es dann umsetzt –, wie ab 2026, 2027, 2028 mit dieser schwierigen Situation umgegangen wird. Der Bund gibt Mittel. Aber wer sichert die Anschlussfinanzierung? Das haben wir beim Gute-Kita-Gesetz, bei der Digitalisierung usw. immer wieder. Ich glaube nicht, dass dieses Gesetz der richtige Ort wäre. Aber wir brauchen da recht schnell eine Garantieerklärung.

Was ich auch noch ansprechen möchte, weil es genannt worden ist, ist, dass ich den Begriff „Landesgesundheitsamt“ nicht mehr verwenden möchte. Wir haben in unseren Gremien den Auftrag, darüber zu sprechen. Die Frage ist, ob wir auf Landesseite eine Kompetenzstelle – stärker als sie bislang ist – auf den Weg bringen könnten, um vor allem auch für kleine Gesundheitsämter bei ganz speziellen Fachfragen, die vielleicht nur vier-, fünfmal im Jahr auftauchen, einen Ansprechpartner zu haben, der da unterstützt. Aber das muss nicht in diesem Gesetz geregelt werden. Wir werden die Diskussion über die Landesregierung suchen und vielleicht auch gemeinschaftlich zu einem Ergebnis kommen. Das wollen wir miteinander auf den Weg bringen.

Kurz beispringen, auch wenn es nur ein Detail ist, möchte ich Herrn Dr. Krahn. Wir haben in unserer Stellungnahme auch etwas zu der Frage geschrieben: Nennt man die leitende Kraft dann Leitende Amtsärztin bzw. Leitender Amtsarzt? – Ich glaube, das Ganze entspringt schon der Logik, wie die Verwaltung insgesamt aufgebaut ist. Jede Abteilung hat einen Abteilungsleiter. Jede

Fraktion hat einen Fraktionsvorsitz. Das heißt, man braucht einen direkten Ansprechpartner. Das ist auch in einem Gesundheitsamt der Fall, wie auch bei einem Chefarzt in einem Krankenhaus. Derjenige, der die Hauptverantwortung trägt, muss nach innen und nach außen sichtbar gemacht werden. Ich glaube, es ist notwendig und auch einfach, das in diesem Gesetz zu regeln.

Sie haben das Thema Weiterbildung angesprochen. Auch da gilt das, was in vielen Bereichen gilt: Natürlich gibt es Weiterbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten. Wir sind seit vielen Jahren auch mit der Akademie in Düsseldorf, auch in Abstimmung mit den Ärztinnen und Ärzten in Gesprächen: Wie kann man dies noch optimieren? Kann man, damit kein Pendeln an die Ausbildungsstellen notwendig ist, digitale Angebote – das wird jetzt im Rahmen der Corona-Pandemie auch so gemacht – ausweiten? – Das ist ein Signal, dass wir bei diesem Thema, weil Weiter- und Fortbildung wichtig ist, nicht nachlassen. Aber sicherlich ist auch das nicht abschließend in diesem Gesetz zu regeln.

Es wurden noch viele weitere Themen angesprochen. Aber ich belasse es erst einmal dabei, Herr Vorsitzender.

Herr **Dr. Dieter:** Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Ich will auf die Frage der Impfücken eingehen. Das ist nur ein Beispiel und nicht das zentrale Thema. Aber dies zeigt, wo die Konflikte sein können, wenn wir uns da auf Veränderungen hin orientieren. In der Krankenversorgung gibt es klare Zuständigkeitsbereiche. Die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung ist zentral im SGB V geregelt. Dort sind auch die Leistungen dargelegt. Wenn wir da Aufgaben verschieben, droht eine Verschiebung von der Krankenversorgung über das System der Kassen hin zu einer steuerfinanzierten Leistungsabrechnung. Wir sind sehr zurückhaltend, das in einem ordnungspolitischen Rahmen zu forcieren, und wollen da eine sehr klare Definition haben.

Die Frage, ob man die Impfücke in einem Einzelfall definieren kann, wenn ein Kind aus bestimmten Gründen keine hausärztliche Versorgung hat, scheint mir nicht die zentrale Frage zu sein. Sie ist jetzt auch im Kontext von Corona bei der Frage aufgekommen, ob die Gesundheitsämter plötzlich Gewähr bei Fuß zu stehen haben, wenn das System der Regelversorgung nicht mehr imstande ist, das abzudecken. Es ist eine sehr problematische Situation, das gesetzlich vorgeben zu wollen.

Alle, die Sie hier sitzen, sind sicherlich von der Art begeistert, wie die Kommunen gerade mit der aktuellen Situation umgehen. Wir haben Impfzentren errichtet. Sie waren zunächst leer, weil kein Impfstoff vorhanden war. Als der Impfstoff dann vorhanden war, haben wir sie betrieben. Dann hat man uns gesagt: Ihr seid zu teuer. Rüstet sie wieder ab. – Dann haben wir abgerüstet. Jetzt sind wir weiter bereit, etwas zu leisten, um der Notsituation gerecht zu werden. Kommunen sind immer da, wenn es um praktische Probleme geht. Sie fragen nicht immer, ob der ordnungspolitische Rahmen genau passt, sondern sie helfen vor Ort, wo es geht. Das haben wir gerade wieder bewiesen. Trotzdem müssen wir, soweit es uns möglich ist, die Fragen außerhalb von solchen Krisenentwicklungen zu beantworten, dieses Thema schon aufwerfen. Als kollektive Leistung ist



Lückenschluss ein problematisches Feld, im Grunde als flächendeckend ordnungspolitisches Lösungsinstrument.

Die Krise hat uns gezeigt, dass im Bereich des ÖGD etwas geschehen muss. Das ist auch auf kommunaler Seite völlig unstrittig. Auch deswegen haben wir uns auf den Pakt für den ÖGD eingelassen. Wir werden jetzt schauen, wie wir die Bundesmittel verteilen. Das alles ist richtig. Aber eine grundsätzliche Bemerkung zur Finanzlage der Kommunen müssen Sie mir schon erlauben. Ich bin im Schwerpunkt meiner Tätigkeit Finanzmensch, der darauf schauen muss, dass die Kommunen insgesamt eine entsprechende Finanzausstattung haben.

Ich sage Ihnen ganz deutlich: Bezüglich dem, was nach der Krise – sie ist noch nicht vorbei, wie wir jetzt leider feststellen müssen – in unterschiedlichsten Aufgabenfeldern auf uns zukommt – dazu zählt das Thema, das wir heute behandeln; dazu zählen Klimaschutz, Digitalisierung und viele andere Themen –, sind die Kommunen nicht annähernd imstande, die Erwartungen zu erfüllen, die Politik und Bevölkerung an sie haben. Wir haben die finanziellen Mittel dafür nicht. Dann muss man sehr genau schauen, wohin man sie setzt und wo man darauf verzichten muss, auch sinnvolle und wichtige Arbeiten zu finanzieren, schlicht weil die Mittel nicht vorhanden sind. Das wird eine harte Diskussion werden, die wir untereinander und mit Ihnen zu führen haben.

Mit der Frage, ob man eine Institution landesweit ansetzt, haben sich die Kollegen des Landkreistages intensiver befasst als der Städtetag, zumindest was die Gremien betrifft. Darüber muss man sprechen. Ich bin immer ein bisschen zurückhaltend, wenn es darum geht, Probleme mit zusätzlichen Institutionen zu lösen, vor allem wenn man glaubt, man müsse nur eine zusätzliche Institution schaffen, und das Problem sei damit schon gelöst. Die Idee, eine Kompetenzstelle zu schaffen und eine Bündelung auf Landesebene zu erreichen, kann man nach dem, was wir an Erfahrungen auch aus der Krise haben, nicht einfach vom Tisch wischen. Darüber muss man nachdenken. Wie gesagt: Wir haben das im Verband noch nicht sehr intensiv diskutiert. Man müsste dann auch über die Trägerschaft nachdenken. Wenn man landesweit eine Institution schafft, ist das dann eine Institution des Landes oder der Kommunen? Auch diese Frage müsste man dann erörtern.

Herr Prof. Hilligardt hat schon vieles gesagt, wozu ich nur sagen kann, dass dies richtig war. Deswegen muss ich dem nicht viel hinzufügen.

Herr **Dr. Krahn**: Herr Vorsitzender, sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Fragen, auch für die gezielten Fragen an mich. Ich werde auch ein paar Fragen beantworten, die nicht an mich gerichtet waren.

Ich fange mit dem Landesgesundheitsamt an. Nachdem jetzt gesagt wurde, wem das Landesgesundheitsamt gehört und wer es bezahlt, sage ich Ihnen einfach einmal, was wir uns wünschen und was wir brauchen. In der Krise – Sie haben es mitbekommen – haben wir Gesundheitsämter in den sieben Tagen der Arbeitswoche zum Teil fünf neue Gesetze, fünf neue Regelungen, fünf Novellierungen bekommen. Bitte stellen Sie sich das so vor, dass 24 Gesundheitsämter an dem



jeweiligen Tag drei bis fünf Stunden gebraucht haben, um herauszufinden, was das für sie bedeutet – 24-mal. Ich sage nicht, dass uns das in den Wahnsinn getrieben hat, aber wir waren kurz davor. Dafür braucht man ein Landesgesundheitsamt.

Auch wenn die Krise vorbei ist, wenn wir eine neue Auflage zur Krankenhaushygiene bekommen, wenn wir eine neue Auflage für Kinder- und Jugendgesundheit bekommen, wenn das so weiterläuft, wird das jedes Mal an 24 Orten in Hessen – demnächst 25; wir bekommen ja ein 25. Gesundheitsamt, wie ich das weiß – so laufen. Das bezeichnet man als ineffektiv und ist einfach Käse. Sie haben es ja auch ein bisschen provokativ formuliert. Ich habe das so interpretiert. Natürlich kann man nichts einsparen, wenn man ein Landesgesundheitsamt hat.

Auch wir haben schlaue Köpfe zu verschiedenen Themen. Wir haben Leute, die Generalisten sind. Wir haben aber auch Spezialisten, die sich in eine solche Institution einbringen würden. Sie brauchen nicht irgendwo zentral zu sitzen. Wir würden Menschen auch irgendwohin schicken.

Diese Krise hat gezeigt, was wir brauchen. Es kann nicht sein, dass jedes Gesundheitsamt jedes Mal wieder das Rad neu erfindet. In den vergangenen 20 Monaten hatten wir das drei- bis viermal die Woche. Das treibt unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Wahnsinn. Wenn die Krise vorbei ist, brauchen wir das nicht wieder; denn die nächsten Verordnungen und Gesetze werden kommen.

Ich muss Ihnen sagen: Ich bin leidenschaftslos, wer da den Hut aufhat und wer das bezahlt. Wir brauchen das zwingend. Ich schaue neidvoll zu den Kollegen in andere Bundesländer, die das haben. Wie groß auch immer die Behörde sein mag, ist dies eine riesige Arbeitserleichterung. Es ist nicht so, dass wir in der Zeit, die wir eventuell gewinnen, Däumchen drehen, sondern wir haben ganz wichtige Sachen zu machen.

In Bezug auf die Digitalisierung muss ich schauen, dass mein Blutdruck einigermaßen im Rahmen bleibt. Erst einmal möchte ich Ihnen sagen, dass vieles von dem, was wir geleistet haben – da spreche ich jetzt für mich und meine Kollegen –, nicht so schlecht war, wie es in der Presse herüberkam. Ich könnte Ihnen sagen, an wie vielen Wochenenden ich samstags und sonntags da war. Wenn ich mit meinen Kindern zu Hause am Sonntag die „Tagesschau“ geschaut habe, habe ich gesagt: Das sind nicht die hessischen Gesundheitsämter, bei denen gesagt wird, dass die Daten regelmäßig fehlen. – Wir brauchen da nicht in Sack und Asche zu gehen.

Ich komme aus Darmstadt. Wir sind das zweitgrößte Amt in Hessen. Ich weiß, dass kleinere Ämter anders aufgestellt sind und dass die Arbeit dort von weniger Menschen gestemmt werden muss. Aber auch da sind wir nicht so schlecht, wie immer suggeriert wird.

Wenn Sie uns fragen, was wir brauchen, möchte ich auf zwei Softwarelösungen zurückblicken, die uns von oben aufgestülpt worden sind. Sie müssen uns Gesundheitsämter fragen: Was hilft euch, und was braucht ihr?

SORMAS hat uns nicht geholfen. Die wenigsten hessischen Gesundheitsämter arbeiten damit. Wir haben das installiert und dann festgestellt, dass es nicht arbeitet. Wer sorgsam die Berichte der Spitzenverbände liest, sieht, dass Schnittstellen bis heute nicht funktionieren, und das für

einen Haufen Geld. Irgendwo in einer wichtigen Behörde hat jemand gesagt: Das ist gut für die Gesundheitsämter. – Aber wir wurden nicht gefragt. Es ist wichtig, dass man uns fragt, was wir brauchen.

Ein Mitglied einer Rapband ist durch Talkshows gezogen und hat gesagt: Diese Software rettet die Gesundheitsämter. – Auch dazu hat uns niemand gefragt. Die Luca-App hat durchaus einen Sinn, nämlich für Betreiber von Läden und für Restaurantbesitzer. Den Gesundheitsämtern hingegen hat sie nicht weitergeholfen. Damit verrate ich Ihnen kein großes Geheimnis. Deshalb ist es wichtig, dass man uns immer fragt und dass man uns einbindet.

Erlauben Sie mir an dieser Stelle, dass ich sage: Seit mehr als sechs Jahren wird das Problem von hessenweit einheitlichen Softwarelösungen angegangen. Das ist fast schon ein Schildbürgerstreich. Ich bin noch nicht 60. Aber ich glaube nicht, dass ich das in meiner aktiven Dienstzeit noch erleben werde.

Stellen Sie sich das einmal vor: Wir haben Datensätze zu Menschen, die umziehen und den Kreis oder die Stadt wechseln, sind aber nicht in der Lage, das digital den Kollegen zu geben. Da sind wir hinter den Bergen bei den sieben Zwergen. Dazu lag schon alles bereit. Man kann sagen, dass die Pandemie dazwischengekommen ist. Aber wir müssen doch irgendwann einmal auf einen entsprechenden Standard kommen und das auch in den Gesundheitsämtern hinbekommen.

Bei der Digitalisierung müssen wir noch einige Schritte machen. Aber reden Sie bitte mit uns, was wir brauchen. Nur zu denken, was wir brauchen könnten, hilft nicht weiter. Das hat jetzt – das ist katastrophal – zweimal für mehrere Millionen Euro nicht geklappt. Ich sage das Ihnen und auch andernorts.

Sie haben nach den Amtsärzten gefragt. Es wurde schon kurz gesagt: Das liegt daran, dass in einigen Gesetzen der Amtsarzt als derjenige beschrieben wird, der Aufgaben erfüllt. Damit kann nicht immer nur ich gemeint sein, sondern das können auch die anderen 15 erledigen. Es geht einfach nur um eine begriffliche Klarstellung. Wenn eine Leitung genutzt wird, kann natürlich nicht das kleinste Glied meines Amtsärztlichen Dienstes eventuell weiterhelfen. Es geht um eine Begrifflichkeit, nicht dass wir für Konfusion in der Bevölkerung sorgen. Ich unterstütze das, was Herr Hilligardt dazu gesagt hat. Ich denke, es ist relativ einfach, da eine Klarheit herzustellen.

Der Pakt für den ÖGD wurde angesprochen: Wie weit sind wir? – Wir sind da – das ist auch völlig okay –, dass ein großer Teil des Personals, das wir in der Corona-Pandemie eingestellt haben, finanziert ist. Das ist auch gut so; denn es geht um unbefristete Stellen, die wir gewonnen haben. Wir in Darmstadt – jetzt rede ich für mein Gesundheitsamt; ich weiß dies auch von anderen, vorwiegend größeren Gesundheitsämtern – haben eine intensive Personalplanung für 2022, mit der wir alle Bereiche, in denen wir schlecht besetzt sind, auf dem Schirm haben und wo wir gerne etwas haben wollen.

Aber wir haben zwei große Probleme. Das eine Problem ist, dass Hessen noch nicht gesagt hat, was nach 2026 passiert. Ich weiß, dass das in Thüringen anders ist. Ich habe zwei Dezernenten, weil ich eine Stadt und einen Landkreis habe. Das ist eine Frage, die jedes Mal wieder gestellt

wird. Gleichzeitig werden unbefristete Stellen gefordert. Damit tut sich die Gebietskörperschaft schwer. Ich kann das auch gut verstehen.

Das zweite Problem – das werde ich jetzt vielleicht noch zweimal sagen – sind die verschiedenen Berufe. Wir haben auch Medizinische Fachangestellte. Wir werden auch Gesundheitswissenschaftler – ich schaue in Richtung von Frau Böhm – einstellen; denn wir müssen uns bei den Daten und bei der Gesundheitsberichterstattung verbessern. Alle diese Leute werden wir finden. Aber wir werden, wenn es so bleibt, keine Ärztinnen und Ärzte finden, die wir dringend für die Leitung und für substanzielle Arbeit brauchen.

Sie haben nach einem Beispiel gefragt. Ich denke, die Stadt Darmstadt ist äußerst attraktiv, die Abteilung ist attraktiv. Aber ich suche seit knapp vier Jahren einen Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychiatrie. Ich habe mehr als zehn – –

(Zuruf der Abg. Christiane Böhm: Also uns haben die gesagt, sie gehen gerade zu den Gesundheitsämtern!)

– Die Psychiater? Wer hat das gesagt?

(Zuruf der Abg. Christiane Böhm: Ja, am Montag haben wir das gehört!)

– Nein. Dann laufen sie alle bei mir vorbei. Da fehlen mehrere.

Ich will Ihnen nur sagen: Ich habe mehr als zehn Bewerbungsgespräche geführt, in der Regel mit Oberärzten aus Kliniken. Wenn ich denen sage, dass das Gehalt etwas mehr als 1.000 € im Monat geringer ist, dann ist doch völlig klar, was die machen. Wir sind ein attraktives Amt, und das ist eine attraktive Stelle. Es ist nicht so, dass das unattraktiv ist. Das dürfen Sie sich nicht so vorstellen. Das ist nur ein Beispiel, wie das in Darmstadt im Moment läuft. Darüber bin ich mehr als unglücklich.

Sie haben gefragt, was wir brauchen, um das Ganze attraktiver zu machen. Ich sage es noch einmal: Wir wollen nichts Besonderes. Wir wollen noch nicht einmal so bezahlt werden wie die Ärztinnen und Ärzte in Unikliniken. So wichtig sind wir nicht. Aber ein moderner ÖGD muss derart sein. Es ist nicht so, dass sich Leute bei uns verirren, aus dem Geflecht des ÖGD nicht mehr herausfinden und bis zur Rente bei uns bleiben. Es muss so sein: Genau so, wie man vier Jahre vielleicht in eine Kreisklinik geht, um Kardiologie zu lernen, kann man auch einmal vier Jahre zu uns kommen. Es darf aber keine Gehaltseinbußen geben. Das muss gleichwertig sein. Wir machen keine Individual-, sondern Bevölkerungsmedizin. Das ist keine Verwaltungstätigkeit.

Ich habe es Ihnen vorhin schon gesagt: Ich gehe regelmäßig zu Veranstaltungen. Wir haben Studenten. Die jungen Leute haben die Bevölkerungsmedizin und die präventiven Aufgaben der Gesellschaft komplett auf dem Schirm, anders als ich vor 25 Jahren. Ich habe mich damals nur gefragt: Mache ich Chirurgie oder Innere? – Die jungen Leute haben das auf dem Schirm und fragen, was bei uns läuft. Ich habe schon diverse Medizinstudenten im Amt gehabt, weil wir Fakultäten ermöglichen. Wir sind attraktiv. Wir müssen es nur nach außen tragen, und das tun wir.

Der Chirurg, der ich früher einmal werden wollte, der Nebentätigkeiten durch Dienst hat, verdient mehr. Aber die Zeit müssen sie bei uns nicht arbeiten. Auch wir haben eine Rufbereitschaft. Die ist in einem großen Amt glücklicherweise nur drei- bis viermal im Jahr. In der Zeit, in der man keinen Dienst macht, lassen wir gerne Nebentätigkeiten zu. Das ist überhaupt kein Problem und klappt auch sehr gut.

Wenn wir einmal nicht an einen § 7a, sondern in einer Vision an den § 8 denken und den Sozialpsychiatrischen Dienst dort hineinfüllen wollen, dann geht es darum: Wie muss er ausgestattet sein? Welche Struktur hat er? Welche Aufgaben bekommt er? – Das ist ein bisschen redundant mit dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz. Aber ich denke, so muss das aufgestellt sein. Sonst kommt es dahin, wo wir im Moment sind, nämlich dass kleine Gesundheitsämter eine halbe bis eine Stelle für den Sozialpsychiatrischen Dienst haben und Verwaltung machen und dass große Gesundheitsämter wie unser großer Bruder in Frankfurt teilweise sogar Versorgung macht. Auch wir können aufsuchend tätig werden, obwohl wir groß sind und über Mittel verfügen. Das kann es nicht sein. Auch die kleinen Kreise müssen eine Möglichkeit haben, sich an der sozialpsychiatrischen Versorgung zu beteiligen. Deshalb müssen die Aufgaben meiner Meinung nach ganz klar definiert werden.

Die personelle Ausstattung muss quantitativ und auch qualitativ entsprechend vorhanden sein. Wir sind es gewohnt, regelmäßig zu priorisieren. Das weiß ich, seitdem ich im ÖGD bin. Frau Böhm hat das zu Recht eingefordert. Wir müssen dies zahlen und machen das auch im Kleinen. Aber wir müssen das ordentlich, anständig und mit einer guten Qualität machen. Die mittleren und größeren Gesundheitsämter müssen sich auch an Studien beteiligen. Aber das fällt hinten herunter, weil wir sowohl quantitativ als auch qualitativ nicht gut genug ausgestattet sind. Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Beratung fallen immer hinten herunter, weil wir mit unseren Pflichtaufgaben zugedeckt sind. Das ist definitiv so.

Der letzte Punkt ist meiner Ansicht nach sehr wichtig. Da bin ich definitiv bei Herrn Dieter. Nehmen wir die Impflücken einmal als Metapher. Wir sind schon seit Jahrzehnten tätig. Wir machen das sozialkompensatorisch, wie dies schon das erste HGöGD vorgesehen hat. Wir machen das beispielsweise bei Schulseiteneinsteigern, genau wie Sie das gefragt haben. Wenn einmal einer da ist und wir Impfstoff haben, dann machen wir das natürlich. Aber das ist keine Lösung. Das zeigt nur auf, wo eventuell die Versorgungslücken sind.

Die Impflücken zeigen auch an anderen Stellen auf, dass wir in vielen Bereichen eine Schnittstelle zu den niedergelassenen Kollegen haben. Selbst in einer Struktur wie bei mir, in der es in die Peripherie, in den Landkreis geht, wird mittlerweile auch die hausärztliche Versorgung immer schwieriger. Damit verschiebt sich diese Schnittstelle automatisch ein kleines bisschen in unseren Bereich. Da ist die Impflücke nur eine Metapher, ein Beispiel für ganz viele verschiedene Punkte. Ja, wir können dort tätig werden, wenn wir Expertise besitzen. Wir müssen das immer kritisch hinterfragen. Auch wir können nicht alles; niemand kann das. Aber wir müssen dazu zum einen die Expertise und zum anderen das Personal haben. Vor allen Dingen müssen wir in diesem Bereich arbeiten und ihn identifizieren. Das halte ich für extrem wichtig.

Bei einigen Punkten beim Pakt für den ÖGD sehe ich positiv nach vorne. Zentral für uns ist: Wir leben nicht nur von Ärztinnen und Ärzten. Die Ärztinnen und Ärzte leiten Abteilungen und die Gesundheitsämter. Wir brauchen Menschen, die gerne zu uns kommen. Wir brauchen Menschen, die sich für unser Feld interessieren. Diese Leute müssen nicht reich werden, aber sie müssen adäquat bezahlt werden. Ich denke, das ist auch möglich. Von den 4 Milliarden €, die wir bekommen haben, hätten Sie nur 10 Millionen € nehmen müssen und hätten in der Bundesrepublik Deutschland alle Amtsärzte adäquat bezahlen können. Gemessen an der Gesamtsumme ist das lächerlich.

Herr **Dr. Reygers**: Ich möchte im Großen und Ganzen auf den Amtsleiter und Kollegen Dr. Krahn aus Darmstadt verweisen. Bezüglich GBE und Konferenzen wird mein Stellvertreter, Herr Dr. Rau, noch etwas sagen.

Wir hatten früher einmal subsidiär bzw. generell geimpft. Ich entsinne mich noch: Als ich in den Achtzigerjahren angefangen habe, haben wir in den Schulen regelhaft die Rötelnimpfung und die Poliotouren durchgeführt. Das funktionierte eigentlich ganz gut.

Bezüglich des Landesgesundheitsamtes – ich gehe noch einmal in die Achtzigerjahre zurück – hat Prof. Dr. Rauterberg, der seinerzeit beim HLPUG in Dillenburg tätig war, den Plan gehabt, ein Landesgesundheitsamt zu schaffen. Leider ist es dazu nie gekommen. Das Landesgesundheitsamt sollte spezielle Fragen beantworten können, die beispielsweise ich als Amtsleiter eines kleinen Gesundheitsamtes nicht beantworten kann. Das funktionierte dann so, dass man jemanden kannte, der wiederum jemanden kannte, z. B. im Lahn-Dill-Kreis. Die Kollegin Ballmann war unsere Q-Fieber-Päpstin. Wenn wir ein Q-Fieber-Problem hatten, haben wir uns an den Lahn-Dill-Kreis gewandt, um solche Probleme zu regeln. Jeder konnte etwas zu irgendetwas Speziellem sagen.

Gleichzeitig muss man sagen, dass unser Landesverband eigentlich das Landesgesundheitsamt ist. Wir haben Arbeitsgemeinschaften, Fachausschüsse, Psychiatrie usw., mit denen wir Probleme selbstständig erkennen und bearbeiten. Dies passiert in unserer Freizeit. Ich erlaube mir zu sagen: Die meisten ärztlichen Kolleginnen und Kollegen leben Gesundheitsamt. Das ist kein Job, sondern ein Beruf, wenn nicht gar eine Berufung.

Bezüglich der Gehaltssituation vergleiche ich als Amtsleiter mich mit einem Leitenden Oberarzt, nicht mit einem Chefarztgehalt, AT oder irgendetwas. Die Differenz zwischen einem Leitenden Oberarzt im Krankenhaus und dem, was wir als Amtsleiter auf der TVöD-Ebene bekommen, beträgt ca. 23.000 bis 26.000 € per anno.

Zur Rufbereitschaft: Der Kollege Krahn hat sie nur dreimal im Jahr. Bei uns hat man ca. ein Drittel pro Jahr Rufbereitschaft. Das sind beispielsweise an einem Sonntag vier Stunden. Das sind vier Stunden mal 35 bis 40 €. Das heißt, keine Feier, sich nicht weit entfernen, weil man auf dem flachen Land häufig Funknetzlücken hat etc. Man muss auch in einem gewissen Zeitraum, in ein bis zwei Stunden, am Ort des Geschehens sein. Das alles ist nicht vergnügungssteuerpflichtig.

Zu den RPs – auch hier bin ich wieder in den Achtziger- und Neunzigerjahren –: Damals hatten wir drei RPS, nämlich Darmstadt, Gießen und Kassel. In jedem RP waren zwei bis drei Ärzte für uns als Ansprechpartner, als übergeordnete Gesundheitsbehörde, zuständig. Wenn wir ein Problem hatten, konnte man sich dorthin wenden. Alternativ gab es zwei- bis dreimal pro Jahr Amtsärztendienstversammlungen auf lokaler Ebene. Momentan arbeitet – Jürgen, korrigiere mich! – eine Ärztin in Darmstadt für alle Gesundheitsämter in Hessen, und die nicht einmal Vollzeit. Wir organisieren uns auf der Ebene der Gesundheitsbehörden im Rahmen der Schwarmintelligenz.

Bezüglich der Nebentätigkeiten ist zu sagen, dass es einen Unterschied zwischen TVöD und Beamten gibt. Bei Beamten ist bei, ich glaube, 5.000 € per anno für Nebentätigkeiten Schluss. Beim TVöD sieht das etwas anders aus. Da gibt es nur eine Anmeldepflicht. Man muss dem Arbeitgeber sagen: Ich bin Angestellter und arbeite nicht gegen meinen Arbeitgeber.

Zur Gehaltssituation ist zu sagen: Wir haben zwei Ebenen – Herr Wagner wird vielleicht noch etwas dazu sagen –, nämlich zum einen EG 14 und zum anderen EG 15. Ein Facharzt ohne Leitungsfunktion bekommt EG 15/5. Das sind 240 € mehr im Monat als bei einem Altassistenten, also bei einem Arzt im Gesundheitsamt, der sagt: Mir macht das Spaß, wie ich das mache. Eine Facharztausbildung ist nicht mein Ding. – Das heißt, ein Facharzt mit deutlich mehr Weiterbildung, deutlich mehr Verantwortung und deutlich mehr Risiko bekommt 240 € mehr pro Monat als ein Altassistent.

Wir haben jetzt AT-Möglichkeiten vonseiten des VKA. Aber das gibt nur unschöne Situationen. Es gibt Kreise, in denen die neuen Kollegen Zulagen bekommen. Aber die alten Kollegen, die schon länger dort sind, bekommen keinen Cent mehr. Man kann sich vorstellen, welche Stimmung dort dann am Ende des Tages herrscht. Da muss es eine Abstufung zwischen Assistenzarzt – ich nenne es einmal Arzt im Gesundheitsamt oder in Zukunft Amtsarzt –, Facharzt, Facharzt mit Sachgebietsleitungsfunktion, stellvertretender Amtsleiter und Amtsleiter geben. Wenn wir rein den TVöD leben, gibt es ab der Sachgebietsleitungsebene mit Ärztinnen und Ärzten, die mitbetreut werden, EG 15/6. Der Stellvertreter bekommt EG 15/6. Auch die Amtsleitung bekommt EG 15/6. Da ist ein kleiner Fehler im System. Dafür ist der Landtag natürlich der falsche Ansprechpartner. Aber das sollte einfach als Grund im Hinterkopf sein, warum es momentan einen Mangel an Fachärzten im Gesundheitsamt gibt. Die hören bei Vorstellungsgesprächen, was bezahlt wird, danken für die Tasse Kaffee und wünschen dann einen schönen Tag.

Herr **Wagner**: Vielen Dank für Ihre Fragen, auf die ich gerne eingehe. – Frau Sommer, Sie haben die Mangelverwaltung angesprochen. Dies wurde von den Ärztinnen und Ärzten aus dem ÖGD in dem Brandbrief vorgebracht. Ich glaube, Herr Dr. Krahn und Herr Dr. Reygers haben sehr ausführlich dazu Stellung genommen.

Frau Anders hat gefragt, was das Gesetz in diesem Bereich machen kann. Ich glaube, das Gesetz kann da in der Tat nur Mindeststandards setzen, was die personelle Ausstattung angeht.



Herr Dr. Bartelt, Frau Böhm und Frau Dr. Sommer, Sie haben die Frage der Bezahlung angesprochen. Frau Böhm, Sie hatten dazu auch Herrn Prof. Hilligardt angesprochen, der zwar von der kommunalen Familie her der Ansprechpartner, aber nicht der eigentliche Ansprechpartner dafür ist. Ich möchte gar nicht so sehr auf die Tarifsituation hinweisen. Frau Böhm, Sie haben auch gefragt, was die Ursache dafür ist. Wir als Marburger Bund fordern schon seit mehreren Jahren einen arzt-spezifischen Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte in den kommunalen Gesundheitsämtern. Wir laufen damit seit Jahren, um es einmal salopp zu sagen, an die Wand. Das wird mit unterschiedlichen Argumenten abgelehnt: Das sind Aktenärzte. Wir wollen die Verwaltung nicht aufbrechen. Wir wollen Tarifeinheit. Wir wissen gar nicht, welche Gewerkschaft hierfür zuständig ist. – Aus unserer Sicht sind das Argumente, die nicht in der Sache begründet sind, sondern die vor dem Hintergrund ablaufen: Das wollen wir nicht.

Wir haben dazu letztmals im Jahr 2019 eine Verhandlungsverpflichtung aufgenommen. Sie ist Anfang 2020 eingeschlafen. Wir sind momentan nicht in der Lage, da weiterzukommen. Was machen Gewerkschaften bei so etwas klassischerweise? – Sie rufen zum Streik auf. Aber Sie wissen auch: Wir werden unserer Verantwortung gerecht und werden in einer Pandemie Ärztinnen und Ärzte in den Gesundheitsämtern nicht zu Streiks aufrufen.

Das zentrale Problem bleibt – das ist hier sehr eindrücklich genannt worden; ich bekomme das immer in der Beratung mit –: Die Vergütungsdifferenz ist so frappierend, dass man Menschen nicht oder nur sehr eingeschränkt dazu bewegen kann, diesen Beruf zu ergreifen, der dringend nötig ist. Wir haben das schon vor der Pandemie gesagt. Die Pandemie hat diese Probleme noch verschärft. Insofern kann unser gemeinsamer Appell an die kommunalen Arbeitgeber nur sein, die Blockadehaltung aufzugeben, damit wir den dringend nötigen personellen Nachschub gewährleisten können. Die Alterspyramide auch in den Gesundheitsämtern zwingt uns dazu, weil in den nächsten Jahren immer mehr in Rente gehen werden. Aber ein Nachschub muss erfolgen.

**Frau Dr. Böhm:** Vielen Dank für die Fragen. – Ich möchte zuerst auf die Frage von Frau Dr. Sommer antworten, wie ein moderner ÖGD aussehen muss. Dazu muss ich ein bisschen weiter aus-holen, weil wir da in Deutschland noch nicht so weit sind wie in anderen Ländern. Wir haben international eine Entwicklung, die in den 1970er- und 1980er-Jahren in der WHO beginnt und die zu einem geänderten Gesundheitsverständnis geführt hat. Gesundheit ist nicht die Abwesenheit von Krankheit, sondern – ich will jetzt hier nicht die WHO-Definition zitieren – ein mehrdimensionaler Prozess, nicht nur ein Zustand. Gesundheit wird von uns in unserer Lebensumwelt jeden Tag hergestellt und produziert. Das heißt, wenn wir Gesundheit fördern wollen, müssen wir all die Determinanten adressieren, die auf unsere Gesundheit Einfluss nehmen.

Ein traditionelles Verständnis – international spricht man von „old public health“ – bezieht sich eher auf den Gesundheitsschutz. Das ist das, was wir als traditionelle Aufgaben kennen, nämlich Gefahren abzuwenden, Hygienemaßnahmen zu ergreifen usw., damit keine Krankheiten eintreten.



Wenn wir ein umfassendes Gesundheitsverständnis zugrunde legen, dann heißt das, wir müssen in vielen Handlungsfeldern tätig werden und all die Determinanten adressieren, die auf Gesundheit einwirken. Das bedeutet heruntergebrochen für ein modernes Verständnis von ÖGD, dass wir neben den traditionellen Aufgaben, die weiterhin wichtig sind, auch in den anderen Felder tätig werden müssen. Das heißt, Lebenswelten müssen gesundheitsförderlich gestaltet werden. Wir müssen in die Kitas, in die Schulen, an die Arbeitsplätze usw.

Da stellt sich die Frage – mit dem Leitbild wurde das beantwortet –, welche Rolle der ÖGD bei einem modernen Gesundheitsverständnis hat und welche Rolle er übernehmen soll. Im Leitbild wurde sie dergestalt beantwortet: Er übernimmt eine koordinierende Rolle. Mehr kann er auch nicht tun; denn wir brauchen alle gesamtgesellschaftlichen Akteure, die sich beteiligen.

Auf kommunaler Ebene wird deutlich, dass der ÖGD keine Weisungsmacht gegenüber den meisten Akteuren hat, die auf diesem Feld aktiv werden. Er kann hier nur koordinierend und steuernd eingreifen, indem er die Akteure zusammenbringt und vernetzt. Das ist letztlich auch das, was Sie in der Regierung kennen, nämlich als Wandel hin zu Governance. Das ist der ÖGD, der den Steuerungswandel hin zu Governance vollzieht und nicht zu hierarchischer Steuerung oder polizeilichen Verboten. Auch das wird es in manchen Bereichen brauchen. Aber es geht eher hin zu dem Governancewandel, dass der ÖGD in Netzwerken steuert.

Es gibt zwei wichtige Elemente des neuen Gesundheitsverständnisses, das in der Ottawa Charta gründet. Das ist Partizipation, also nichts von oben herab, und Prävention für die Menschen zu machen. Wir haben das auch in dieser Pandemie wieder gesehen. Das scheitert von vorne bis hinten, wenn wir versuchen, Gesundheitspolitik von oben zu machen. Vielmehr müssen wir die Menschen mitnehmen. Da sehe ich eine Aufgabe des ÖGD, nämlich Partizipation auf kommunaler Ebene zu gestalten und partizipativ Konzepte zu entwickeln. Die meisten ÖGDs können das heute noch nicht. Aber das wäre meine Zukunftsvision, die auch in dem Leitbild anklingt.

Ein zweiter Punkt, der in der Ottawa Charta tief verankert ist, ist die gesundheitliche Ungleichheit. Dies muss bei den Maßnahmen, die ergriffen werden, eine viel stärkere Rolle spielen. Das können wir wiederum nur machen, wenn wir in die Lebenswelten hineingehen und anfangen, Präventionsketten umzusetzen. Das geht bis hin zum Thema Klima und Gesundheit. Auch da sehen wir eine sehr starke Schieflage.

Sie haben auch gefragt, was im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention noch fehlt. Das ist der Punkt, den ich am Anfang ausgewiesen habe, nämlich „health in all policies“, also Gesundheit in allen Politikfeldern, relevant zu machen.

Ich gehe noch ganz kurz auf die Frage von Frau Böhm ein, die gefragt hat, welche Voraussetzungen es für eine Landes-GBE bräuchte und welche Schwerpunkte notwendig sind. Ich bin nicht die Fachexpertin, um zu sagen, welche Schwerpunkte es bräuchte. Aber ich glaube, den Gesundheitsämtern wäre am besten geholfen, wenn sie einen Datenpool hätten, wenn Daten zur Verfügung stünden und sie sich nicht alle einzeln, wie Herr Dr. Krahn es beschrieben hat, 24- bzw. 25-mal auf die Suche machen müssten. Es gibt entsprechende Datenpools.

Mir wäre daran gelegen, dass Daten so kleinräumig wie möglich und integriert zur Verfügung stehen, damit wir mehrere Daten aus unterschiedlichen Bereichen matchen und auch nachvollziehen können, beispielsweise Hitzedaten mit Sozial- und Gesundheitsdaten zusammenlegen. Dann können wir handeln. Dann sehen wir nämlich: Wo liegen die Probleme? Welche Bevölkerungsgruppen sind besonders betroffen? Dann können wir zielgerichtet Maßnahmen ergreifen und müssen nicht mit der Gießkanne drübergehen. Herr Dr. Rau wird sicherlich noch einiges dazu sagen können.

Herr **Dr. Rau:** Meine Ausführungen passen hervorragend zu den ausführlichen Darlegungen von Frau Dr. Böhm.

Wenn wir fragen, welche Ressourcen wir für Gesundheitskonferenzen brauchen, dann muss man erst einmal feststellen, dass gar nicht definiert ist, was eine Gesundheitskonferenz leisten soll. Wir haben hier ein Spektrum von sehr definierten Gesundheitskonferenzen auf Versorgungsebene, die sich speziell mit der Krankenhausversorgung in Hessen beschäftigen, bis hin zu dem Modell Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und Baden-Württemberg, wo es eine duale Struktur gibt. Ein Ziel in den nordrhein-westfälischen Gesundheitskonferenzen war, Doppelstrukturen, Versorgungsengpässe und auch Überversorgung abzubauen.

Ganz wichtig ist auch der Impuls von der WHO, die Ottawa Charta, die Frau Dr. Böhm eben genannt hat, aufzunehmen: Wie kann man „health in all policies“ – Stichwort „Gesundheitsförderung“ – in Settings, Sozialkompensation und Chancengleichheit auf kommunaler Ebene gemeinsam umsetzen? Das ist ein extrem schwieriges und komplexes Themenfeld. Hierbei hilft uns das Präventionsgesetz. Damit sind viele Vorarbeiten geleistet worden, um das Ganze zu kanalisieren und auch messbar und quantifizierbar zu machen. Das ist aus meiner Sicht eine wichtige Voraussetzung, um die Akteure überhaupt an einen Tisch zu bringen. Wir haben keine gesetzliche Verpflichtung oder Grundlage, hier auf eine Kooperation hinzuwirken. Wir können lediglich auf den Grundlagen des Sozialgesetzbuchs und auf den Daten zu gesundheitlichen Ungleichheiten einen gemeinsamen „team spirit“ entwickeln – das ist die Erfahrung aus Nordrhein-Westfalen – und auch eine neue Kooperationskultur aufbauen.

Am Ende des Spektrums stehen die Gesundheitskonferenzen nach dem Vorbild des Gesunde Städte-Netzwerks. Das soll helfen, die WHO-Strategie in Reinform, wenn ich das so sagen darf, umzusetzen. Auch das ist ein sehr komplexes und schwieriges Unterfangen. Es gibt Planungshilfen aus Berlin zum Thema Gesundheitsförderung und Prävention.

Wenn wir uns hier darauf einigen würden, dass wir Kommunale Gesundheitskonferenzen etwa so wie in Nordrhein-Westfalen umsetzen wollen, dann ist die Mindestvoraussetzung eine Koordinierungsstelle. Das zeigen auch internationale Studien aus den USA, Kanada und anderen angloamerikanischen Ländern. Die Mindestvoraussetzung ist eine personelle Kontinuität, um überhaupt eine dauerhafte und glaubwürdige Umsetzung zu ermöglichen. Zusätzlich ist ein eigenes Budget erforderlich. Darüber muss man im Einzelfall nachdenken.

Was hilfreich wäre, wäre das Präventionsgesetz, dass wir hier den Ball aufnehmen und die Gesundheitsämter in ihrer speziellen Expertise zu Koordinatoren auf kommunaler Ebene befähigen, um die Ressourcen und die Mittel im Rahmen des Präventionsgesetzes für die Kommunen und die Zielgruppen nutzbar zu machen. Insofern würde ich dafür plädieren, diesen Mittelweg zu wählen: Gesundheitskonferenzen, die mit verschiedenen Berufsgruppen, aber auch Vertretern der Selbsthilfegruppen, der Patienten und natürlich auch je nach Thema besetzt sind.

Wenn wir uns beispielsweise auf das Setting Alten- und Pflegeheime beziehen, müssen wir natürlich auch die Pflege berücksichtigen und die Wohlfahrtsverbände mit einbinden. Es wäre extrem hilfreich, wenn eine einheitliche Matrix oder eine Planungshilfe vorgelegt würde. Dazu kann man sich Anregungen aus anderen Bundesländern holen. Ich glaube, da sind wir nicht ganz bei null, sondern es gibt schon Anregungen über die Richtlinie zur Förderung der Koordination im ländlichen Raum, über die Koordinationsstellen eingerichtet werden, bei denen die HAGE unterstützt, qualifiziert und den Prozess begleitet.

Ich fasse zusammen: Aus meiner Sicht wäre eine klare Koordinationsstelle in den Kommunen wichtig, in denen eine Gesundheitskonferenz etabliert werden soll, die kontinuierlich diesen Bereich abdeckt und die Mittel akquiriert, mit einem eigenen Budget versehen.

Herr **Dr. Behschad**: Ich als Vertreter der Zahnärzteschaft bin nicht direkt angesprochen worden und kann zu den fachspezifischen Sachen nur wenig beitragen.

Was ich heute mit sehr großem Interesse von hier mitnehme, ist die Schaffung eines landesweit tätigen Kompetenzzentrums, eines Landesgesundheitsamts. Wir Zahnärzte haben mit den Gesundheitsämtern und den Regierungspräsidien immer dann Kontakt, wenn es um die Begehung der Zahnarztpraxen zur Überwachung der Hygiene und der Arbeitsschutzmaßnahmen geht. Das ist für uns als Landeszahnärztekammer immer sehr schwierig, weil wir derzeit 24 und, wie ich jetzt mit Entsetzen höre, bald 25 verschiedene Ansprechpartner haben. Das ist bei den Gesundheitsämtern ähnlich wie auch im Leben. Da hat jeder seine eigenen „specials“, sage ich einmal, worauf er wert legt. Für uns als Landeszahnärztekammer ist es schwierig, dem Kollegen in Frankfurt etwas zu empfehlen, wenn wir nicht wissen, wo die Unterschiede zwischen dem Gesundheitsamt Frankfurt und dem Gesundheitsamt Kassel sind.

Deshalb sehe ich mit dem landesweit organisierten Kompetenzzentrum für uns eine Chance – man sollte sie auch nutzen –, dass man für die Zahnärzteschaft im Bereich der Praxisbegehung und der Hygieneumsetzung in den Praxen im Prinzip einen zentralen Ansprechpartner schafft, sodass wir gerade bei kritischen Fragestellungen landesweit für Hessen eine Antwort bekommen und das dann auch landesweit umsetzen können. Insofern nehme ich das sehr gerne in meinen Vorstand nach Frankfurt mit.

**Vorsitzender:** Ich frage die Kolleginnen und Kollegen: Gibt es noch Rückfragen zu den Ausführungen? – Das ist offensichtlich nicht der Fall.

Dann frage ich der guten Ordnung halber: Ist eine Institution anwesend, die noch nicht gehört worden ist? – Auch das ist offensichtlich nicht der Fall.

Dann darf ich mich ganz herzlich bei Ihnen für Ihre Ausführungen bedanken, wünsche Ihnen noch einen schönen Tag und schließe hiermit die 64. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses.

**Beschluss:**

SIA 20/64 – 19.11.2021

Der Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss hat zu dem Gesetzentwurf eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.

Wiesbaden, 22. November 2021

Protokollführung:

Vorsitz:

Maximilian Sadkowiak

Moritz Promny