

Öffentlichen Gesundheitsdienst stärken – Daseinsvorsorge im Grundgesetz verankern

Am Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) wird deutlich, wie wichtig Daseinsvorsorge ist. Daseinsvorsorge stärken heißt: Sozialen Zusammenhalt und Vertrauen in unseren Staat stärken.

Unsere Forderungen:

1. Beauftragung des Gesundheits-Sachverständigenrates Vorschläge zu unterbreiten, wie der ÖGD bundesweit zu einem zentralen Versorgungsbaustein wird.
2. Stärkung des ÖGD durch Ausweitung der Bundeskompetenz für den ÖGD, Überlegungen zur Neugründung eines Bundesgesundheitsamtes.
3. Verankerung der Daseinsvorsorge im Grundgesetz.

Problembeschreibung:

Wir wissen: Nur ein starker Staat, der für seine Bürgerinnen und Bürger da ist, ist wichtiger Garant für unsere Demokratie und den sozialen Frieden.

Mit diesem Wissen um die Verantwortung des Staates gegenüber seinen Bürgerinnen und Bürgern müssen Bereiche der Daseinsvorsorge wie z.B. der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) gestärkt werden. Das Vertrauen darin, dass der Staat in grundsätzlichen Lebensbereichen wie Gesundheit Versorgungssicherheit bietet, ist Voraussetzung für eine positive Haltung zu unserem Staat und Voraussetzung der Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben.

Das ist auch die Lehre aus der COVID-19 Pandemie, die unser Gesundheitswesen aufs Äußerste beansprucht. Es hat sich gezeigt, dass der ÖGD, der eine zentrale Rolle bei der Bewältigung der Pandemie einnehmen müsste, schlecht aufgestellt ist. Es fehlt an Personal und technischer Ausstattung. Auch die schnelle Unterstützung durch den Bund hat daran nichts geändert.

1. In den Bundesländern wird mit unterschiedlicher Intensität am Aufbau und Ausbau der digitalen Ausstattung gearbeitet. Auch wenn der Bund sehr schnell 50 Millionen Euro bereitgestellt hat, dauert es Monate, bis eine Verwaltungsvereinbarung mit den Ländern zustande kommt.
2. Jedes Bundesland hat nach wie vor eine eigene Herangehensweise, was die digitale Ausstattung angeht. Die Vernetzung untereinander wird nicht angestrebt.
3. Die im Konjunkturprogramm vorgesehenen 4 Mrd. Euro für den ÖGD als Pauschalbetrag über die Umsatzsteuer an die Länder ist noch nicht geregelt. Es fehlt die Vorstellung darüber, wie die Kontrolle über die Verwendung dieser Mittel erfolgen soll und über den Entwurf eines Mustergesundheitsamtes.
4. Nicht geklärt ist, wie bzw. mit wem die neu geschaffenen Stellen besetzt werden sollen. Die Länder müssen die Bezahlung der Stellen im ÖGD verbessern, um bspw. amtsärztliche Tätigkeiten attraktiver zu machen.
5. Die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die niedergelassenen Ärzte füllen diese Lücke nicht aus.

Grundlagen der Daseinsvorsorge:

Die Leistungen der Daseinsvorsorge wie der Gesundheitsversorgung zählen zwar zum Kernbestand des deutschen Rechts- und Gesellschaftssystems, sie sind aber in den letzten Jahrzehnten einem starken Sparzwang und letztlich einem Privatisierungsdruck ausgesetzt gewesen. Dafür war maßgeblich auch der Druck von europäischer Ebene durch den Binnenmarkt verantwortlich. Daseinsvorsorge wurde stärker der wettbewerbsorientierten Privatwirtschaft überlassen, hoheitliche Aufgaben wurden an private Erbringer delegiert.

Die Europäische Kommission hat im Grünbuch zur Daseinsvorsorge dazu drei Gruppen von Leistungen der Daseinsvorsorge unterschieden. Die Abgrenzung zwischen diesen Gruppen ist nicht immer eindeutig und auch die nachfolgend vorgenommene Zuordnung der als Beispiele aufgeführten Sektoren ist keine abgeschlossene Auflistung:

1. Netzgebundene Wirtschaftszweige, die Dienstleistungen von allgemeinem Interesse erbringen: Post, Telekommunikation, Strom, Gas, Verkehr (Öffentlicher Nah- und Fernverkehr)
2. Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse, bei denen umfassende Gemeinschaftsregelungen der EU fehlen oder bestehende als unzureichend angesehen werden: Abfall, Wasserversorgung, öffentlicher Rundfunk, Sozialwirtschaft, gemeinwohlorientierte Finanzdienstleistungen.
3. Nichtwirtschaftliche Tätigkeiten und Dienstleistungen sind Tätigkeiten, die der Erfüllung wesentlicher Staatsaufgaben dienen und in der Regel nicht dem europäischen Binnenmarktwettbewerbs- und Beihilferecht unterliegen. Das sind hoheitliche Aufgaben wie die Justiz, Öffentliche Sicherheit und Militär, Steuer- und Finanzwesen, Raumordnung und Verkehrsinfrastruktur (zum Beispiel Wasserstraßen), das nationale Bildungssystem (Bildung, Schulen, Hochschulen, Kindergärten, Bibliotheken) Soziales (Wohnungswesen, Sozialschutz), Gesundheitswesen, Kultur (Kulturelle Einrichtungen wie Theater und Opernhäuser), Freizeitgestaltung.

Auch auf diesen Bereich der sogenannten nichtwirtschaftlichen Tätigkeiten und Dienstleistungen gibt es mittlerweile ebenfalls Angriffe aus der Privatwirtschaft. Außerdem sind die Abgrenzungen zwischen den Kompetenzen der unterschiedlichen nationalen politischen Ebenen (Kommunen, Land, Bund) nicht eindeutig. Seit der Föderalismusreform 2006 ist die Rahmenkompetenz des Bundes entfallen und teils in konkurrierende, teils in ausschließliche Kompetenz von Bund und Ländern gefallen. So können z.B. Kommunen per Gesetz vom Bund keine Aufgaben übertragen werden. Neu geregelt sind auch die Bundesfinanzhilfen der Mischfinanzierung. Eine finanzielle Unterstützung durch den Bund kann nach derzeitiger Rechtslage nach Artikel 104 a und b des Grundgesetzes nur schmal ausfallen.

Alle Bereiche der Daseinsvorsorge, sei es Pflege, Gesundheit, Bildung, Wasserversorgung oder Soziales etc. gilt es zu schützen. Am Beispiel des ÖGD kann man sehen, wie wichtig eine Stärkung der Daseinsvorsorge ist.

Was ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)?

Der ÖGD, der 1935 als staatliche Gesundheitsversorgung gegründet worden war, war im Zuge der Nachkriegsordnung den Ländern zugeordnet worden. Je nach Bundesland wurden die staatlichen Gesundheitsämter nach und nach in Kommunalbehörden umgewandelt. Der Bund bekam nur eingeschränkte Zuständigkeiten bei der Lebensmittelhygiene, der Seuchenabwehr, der Boden-, Wasser- und Luftthygiene.

Der ÖGD ist in Deutschland heute ein gesetzlicher Flickenteppich. Generell sind zwar in allen Landesgesetzen folgende Aufgabenzuordnung zu finden: Gesundheitsschutz, -vorsorge, -förderung, Gesundheitshilfe, Gesundheitsaufsicht und -überwachung, Gesundheitsberichterstattung und -planung sowie gutachterliche Tätigkeiten, aber darüber hinaus gibt es deutliche strukturelle, organisatorische und inhaltliche Unterschiede. In manchen Bundesländern ist der ÖGD ausschließlich auf den humanmedizinischen Bereich beschränkt, in anderen Bundesländern hat er auch veterinärmedizinische Aufgaben, ist zuständig für die Einrichtung von Ethik-Kommissionen oder regelt Fragen des gesundheitsbezogenen Verbraucherschutzes. Auch organisatorisch gibt es Unterschiede. In manchen Ländern werden Gesundheitsämter als unterste

Gesundheitsbehörde ausdrücklich vorgeschrieben. Die Leitung wird in manchen Ländern ausdrücklich einer/m Amtsärzt*in übertragen, aber nicht in allen. Immer wichtiger ist der Umgang mit den besonders sensiblen Gesundheitsdaten. Regelungen zum Datenschutz finden sich aber in unterschiedlicher Intensität nicht in allen Landesgesetzen, Niedersachsen verzichtet ganz darauf. Selbst bei der Wahrnehmung der Aufgaben geht die Lesart auseinander. Während in Berlin der ÖGD subsidiär zu anderen Sektoren tätig sein soll, erbringt er in Bremen Leistungen mit einem eigenständigen Auftrag.

Zudem wurde am öffentlichen Gesundheitsdienst massiv eingespart. Seit Anfang der 2000er Jahre ist es zu einer Ausdünnung des Personals und der Ausstattung gekommen, allein das ärztliche Personal ist um 30 % zurückgegangen. Zum einen wegen des Tarifgefälles zu Ärzt*innen z.B. in Krankenhäusern und zum anderen, weil die Länder und Kommunen im öffentlichen Dienst eingespart haben.

2016 wurde von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder gemeinsam ein Leitbild festgelegt, um den ÖGD zukunftsfähig zu gestalten. Hierin wurde festgehalten, dass der ÖGD:

- eine wesentlich bessere multiprofessionelle Ausstattung bekommen muss, um seine interdisziplinären Aufgaben auch entsprechend wahrnehmen zu können. Die Ausgaben für den ÖGD dürfen sich nicht an finanzpolitischen oder verwaltungstechnischen Vorgaben orientieren, sondern an Versorgungsherausforderungen.
- sich entlang einer gemeinwohlorientierten und interdisziplinären Arbeit ausrichten und damit die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung umfassend im Blick haben muss und sich mit allen Akteur*innen im Gesundheitswesen koordinieren muss.
- die Zusammenarbeit mit Forschung und Wissenschaft verbessern muss.
- die Unterstützung von Kommunen, Ländern und Bund zu bekommen hat, um frei von kommerziellen Interessen neben Information, Vernetzung, Überwachung, Prävention, allgemeinmedizinischen Aufgaben auch aufsuchende Hilfen anbieten zu können.

Davon sind wir weit entfernt.

Maßnahmen für den ÖGD im Zuge der Corona-Pandemie:

Im Beschluss der Bundeskanzlerin und der Regierungschef*innen der Länder vom 15. April 2020 wird erstmals klar die Grundlage für die Stärkung des ÖGD aufgezeigt. Im „Zweiten Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ wurden 50 Millionen Euro für Kontaktstellen für den ÖGD am Robert-Koch-Institut und für eine verbesserte technische Ausstattung des ÖGD beschlossen. Hier heißt es: Es sind „Maßnahmen zur Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes in den Ländern vorzusehen und insbesondere Finanzhilfen für Investitionen (...) zur technischen Modernisierung der Gesundheitsämter (...)“. Die Umsetzung ist - wie oben beschrieben - nicht nur sehr zögerlich und im engen grundgesetzlichen Rahmen möglich, sondern auch wieder von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich.

Im Rahmen des am 3. Juni 2020 vorgestellten Konjunkturpaketes zur Bekämpfung der Folgen der Corona-Pandemie wurde der „Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst“ mit einem Gesamtvolumen von 4 Mrd. EUR vorgestellt. Der Pakt sieht einige Reformen innerhalb des ÖGD vor:

- Zukünftig sollen Mitarbeiter der Gesundheitsämter in der Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes erfasst werden.
- Es sollen definierte Kriterien für eine Personalmindestausstattung für ein Mustergesundheitsamt festgelegt werden.
- In der Form von Umsatzsteuerfestbeträgen sollen den Ländern finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden, um zusätzliche Stellen bei den Gesundheitsämtern vor Ort für die kommenden 5 Jahre zu finanzieren, solange die Anstellungen bis Ende 2021 erfolgt sind.

- Es soll eine Anpassung der ärztlichen Gehälter mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens geben, was durch Tarifverträge im ÖGD sichergestellt werden soll.
- Im Rahmen der Änderung der Approbationsordnung der Ärzte soll es ermöglicht werden, dass Famulaturen und Praktisches Jahr als praktische Teile in Gesundheitsämtern abgeleistet werden können. Themen des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollen zudem stärker in den Ausbildungszielen und –inhalten verankert werden.
- Der Bund stellt ein Förderprogramm (die oben genannten 50 Millionen Euro) zur digitalen bzw. technischen Auf- und Ausrüstung zur Verfügung. Gelder könnten für die Hard- und Software-Ausstattung, zur Verbesserung des Meldewesens und der Krisenreaktion sowie in Informations- und Kommunikationstechnologie, als auch in die notwendigen Schulungen der Mitarbeiter investiert werden. Für diese Umsetzung soll eine „Muster-Ausstattung“ für Digitales vereinbart werden.
- Eine verbesserte Kommunikation und Konzeptentwicklung zur Stärkung des ÖGD über alle Ebenen sollen von Bund und Kommunen unterstützt werden, z.B. eine Anpassung der landesgesetzlichen Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Stärkung des Ansatzes „Health in all Policies“ oder eine Organisationsanalyse des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Diese Maßnahmen und Ideen des Bundes können sich durch den Umsetzungsweg über die Länder nicht schnell und für die Bevölkerung erfahrbar entfalten.

Die nach wie vor -wie auch oben beschriebene- schwierige Situation des ÖGD wird durch eine Umfrage des Deutschen Städtetages und des Deutschen Landkreistages vom 05.08.2020 bestätigt. An ihr nahmen von den 356 Gesundheitsämtern 252 teil. Demnach haben die befragten Ämter rund 5.900 zusätzliche Mitarbeiter*innen eingestellt, die vor allem für die Kontaktnachverfolgung, die Durchführung von Corona-Tests sowie für die Kontrolle von Quarantänemaßnahmen eingesetzt werden. Dabei handelt es sich jedoch ausschließlich um temporär eingestelltes Personal, bei dem es sich meist nicht um Fachpersonal handelt.

Ein weiter Mangel, der in der Bilanzierung bestätigt wird, ist die schlechte Ausstattung mit ausreichend Schutzmaterialien vor Ort, als auch eine unterdurchschnittliche digitale Ausstattung der einzelnen Ämter. Während sich erstes auf die sichere Durchführung von z.B. Corona-Tests, das Quarantänemanagement, aber auch die Sicherheit der Mitarbeiter*innen auswirkt, hat ein Mangel an digitaler Ausstattung einen negativen Effekt auf die Koordinierungs- und Kommunikationsfähigkeit der einzelnen Ämter, auch untereinander.

Zudem wird eine schnelle Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Dienst gefordert, der im Kern von allen Akteuren begrüßt wird.

Nicht zuletzt diese Umfrage bestätigt, dass eine Stärkung des ÖGD notwendiger denn je und im Interesse der Bevölkerung ist. Es darf nicht bei Absichtserklärungen bleiben. Die Stärkung muss dauerhaft und konstant auf hohem Niveau sein. Der ÖGD muss neben den ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen der dritte gleichgewichtige Versorgungsbaustein sein. Er muss der Versorgungsbaustein sein, der nicht von ökonomischen Interessen geleitet ist.

Unsere Verantwortung ist es, einen allgemeinen und diskriminierungsfreien Zugang zu existentiellen Gütern und Leistungen wie denen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu garantieren sowie die Bereitstellung der nötigen Infrastruktur für alle Bürger*innen zu organisieren.

Hierfür braucht es bundeseinheitliche Regelungen.

Daher haben wir folgende Forderungen:

- 1. Beauftragung des Gesundheits-Sachverständigenrates Vorschläge zu unterbreiten, wie der ÖGD bundesweit zu einem zentralen Versorgungsbaustein wird.**

Um aus der Corona-Krise zu lernen, muss der Gesundheits-Sachverständigenrat damit beauftragt werden, sich mit den Auswirkungen der Corona-Krise zu beschäftigen und unter Einbeziehung anderer Forschungsergebnisse und der Erfahrungen anderer Länder bezüglich der medizinischen

Versorgung und psycho-sozialen Belastung durch insbesondere die nicht pharmakologischen Interventionen Vorschläge für die Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes auszuarbeiten mit dem Ziel, den ÖGD neben der ambulanten und stationären Versorgung als zentralen Versorgungsbaustein zu etablieren, der nicht profitorientiert aufgestellt ist.

Ein wichtiges und konkretes Problem des öffentlichen Dienstes ist und bleibt die schlechte personelle Ausstattung. Neben Ausarbeitung von Tarifen, Anpassung von ärztlichen Gehältern und einer verbesserten Nachwuchsgewinnung, muss ein bundesweites Gutachten erstellt werden, der den einzelnen Personalbestand und –bedarf der einzelnen Ämter – gemessen an einem Mustergesundheitsamt – ausweist.

Eine Grundlage bietet die vom Deutschen Städtetag und Deutschen Landkreistag durchgeführte Umfrage der Ämter, denn die Gesundheitsämter wissen durch die Erfahrung mit dem Umgang der Pandemie am besten, wie sie personell aufgestellt sein müssen.

Der nach § 142 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch eingesetzte Sachverständigenrat hat die Aufgabe, Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen.“ Er hat den Auftrag, „Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ aufzuzeigen und „er kann in seine Gutachten Entwicklungen in anderen Zweigen der sozialen Sicherung einbeziehen.“

2. Stärkung des ÖGD durch Ausweitung der Bundeskompetenz für den ÖGD

Die Bundeskompetenzen im Bereich Gesundheit müssen erweitert werden um eine Beteiligung des Bundes an weiterreichenden Ansätzen zur medizinischen und psychosozialen Gesundheitsversorgung zu ermöglichen. Hierfür braucht der Bund unter Berufung auf die öffentliche Fürsorge eine erweiterte Zugriffsmöglichkeit auf das Gesundheitswesen. Bislang schränkt Art. 74 Abs.1 Nr.7 GG diese ein. Die im Bereich des Gesundheitswesens bestehende konkurrierende Gesetzeskompetenz gemäß Art. 74 Abs.1 Nr. 19 GG bezieht sich ausschließlich auf „Maßnahmen gegen gemeingefährliche oder übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren, Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe, sowie das Recht des Apothekenwesens, der Arzneien, der Medizinprodukte, der Heilmittel, der Betäubungsmittel und der Gifte“. Darüber hinaus gemäß Art.74 Abs.1 Nr. 19a GG in Bezug auf die „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze“.

Eine ausgeweitete Gesetzgebungskompetenz des Bundes für den Gesundheitsbereich würde die Ausweitung der Finanzierungsmöglichkeiten des Bundes nach Art. 104b GG möglich machen und damit über die Feststellung einer z.B. epidemischen Lage von nationaler Tragweite hinaus wie jetzt bei COVID-19, eine verstetigte Finanzierung von Personal ermöglichen.

Grundlage einer Stärkung im Grundgesetz könnte das 2016 von der Gesundheitsministerkonferenz der Länder gemeinsam festgelegt Leitbild sein. Dies würde dem Bund auch ermöglichen einen Personalschlüssel für die Gesundheitsämter festzulegen.

Auf Bundesebene fehlt es an einer zentralen Ansprechstelle für den ÖGD. Zwar soll das Robert-Koch-Institut (RKI) die Koordinierung der Gesundheitsämter im Bereich Infektionsschutz, Seuchenbekämpfung und Impfungen übernehmen, aber die Aufgaben der Gesundheitsämter sind sehr viel breiter. Bis 1994 stand das Bundesgesundheitsamt bereit, das als ein zentrales Amt die verschiedenen gesundheitlichen Bereiche, darunter Infektionsschutz, Hygiene, gesundheitlicher Verbraucherschutz und mehr abgedeckt hatte. Es wurde aber vom damaligen Gesundheitsminister Horst Seehofer aufgelöst. Damit ging auch der interdisziplinäre Wissenstransfer zwischen den unterschiedlichen Instituten verloren, die heute auf drei Ministerien verteilt sind. Den Gesundheitsämtern fehlt es somit an zentralen Ansprechpartnern im Bund. Die Neugründung eines Bundesgesundheitsamtes 2.0 mit der expliziten Aufgabe der Vernetzung und Koordinierung des ÖGD würde diese Leerstelle füllen.

3. Verankerung der Daseinsvorsorge im Grundgesetz.

Die Corona-Pandemie, aber auch andere gesetzgeberischen Herausforderungen der letzten Jahre haben gezeigt, dass eine klare gesetzliche Definition der Kernbereiche der Daseinsvorsorge eine große Sicherheit und einen großen Schutz für die Bevölkerung darstellt.

Kernbereiche der Daseinsvorsorge wie z.B. Gesundheit- und Pflege wären dann vollumfänglich staatlich geschützt. Die Erkenntnis für diese Maßnahme geht auch aus den Bilanzen der letzten Monate hervor.