Landesseniorenrat Thüringen

Thüringer Landtag
Ausschuss für Soziales, Arbeit, Gesundheit und
Gleichstellung
Jürgen-Fuchs-Straße 1
99096 Erfurt

Erfurt, 18.01.2024

Stellungnahme zum Thüringer Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Thüringen
Hier: Gesetzesentwurf der Fraktionen Die LINKE, der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN

Partizipationsprozess:

1. Der Gesetzentwurf der obengenannten Parteien wurde an alle Mitglieder des Landesseniorenrates sowie die kommunalen Seniorenbeiräte mit der Bitte um Stellungnahme bzw. um Zuarbeit zu einer Stellungnahme verschickt.
2. Erarbeitung des Entwurfs einer Stellungnahme sowie Verantwortung für die Stellungnahme: Geschäftsstelle LSR. Entwurfsverschickung der Stellungnahme an alle Seniorenbeauftragten und -beiräte mit der Bitte um Hinweise für eine gemeinsame Stellungnahme
3. Rücksprachen zum Stellungnahmeentwurf u. a. mit der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung AGETHUR
4. Endfassung und dessen Verschickung am 18.01.2024

Stellungnahme des Landesseniorenrates zum Gesetzentwurf – der Fraktionen Die LINKE, der SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN zu einem Thüringer Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Freistaat Thüringen (Entwurf)

1. Zur Begründung der Gesetzesinitiative – neue Herausforderungen

Die Gesetzesinitiative der obengenannten Parteien ist zu begrüßen. Die gesetzlichen Grundlagen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Thüringen sind veraltet. Eine Verordnung wird der Dignität des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und des Gesundheitsschutzes nicht gerecht. Der Öffentliche Gesundheitsdienst erscheint ungenügend ausgestattet und personell unterbesetzt. Es gibt, was die Stellenbesetzung betrifft, große regionale Unterschiede, was ein Hinweis auf fehlende Standards oder eine mangelhafte Umsetzung von Standards ist. Es fehlen offenbar zuallererst Ärzte. Für übergreifende, koordinierende und zukunftsgerichtete Aufgaben wie Netzwerkbildung oder Gesundheitsplanung sind, so stellt der Bericht über die Thüringer

Schillerstraße 36, 99096 Erfurt
Telefon 0361 601 38 21
Mobil 0152 553 53 013

Vorsitzende Landesseniorenrat: Hannelore Hauschild
Vorsitzende Trägerverein: Elvira Fischer
Geschäftsführer: Dr. Jan Steinhaußen

www.landesseniorenrat-thueringen.de
info@landesseniorenrat-thueringen.de

Gesundheitsämter 2019 fest, praktisch keine Personalkapazitäten vorhanden.[1] Eine adäquate Reflexion der auch vom Öffentlichen Gesundheitsdienst und insbesondere den Gesundheitsämtern verantworteten Maßnahmen während der Corona-Pandemie erfolgte nicht. Insofern erscheint eine Gesetzgebung für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst in Thüringen überfällig.

Die Begründung des Regelungsbedürfnisses bleibt im Gesetzentwurf der obengenannten Parteien erstaunlicherweise unterkomplex. Richtig ist, dass neue Technologien das Gesundheitswesen verändern werden. Richtig ist auch, dass die Pandemiebewältigung auf grundlegende Schwächen eines isoliert wirkenden und schlecht ausgestatteten Öffentlichen Gesundheitsdienstes offenlegte. Aber die großen Herausforderungen im Gesundheitswesen und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind humaner und sozialer Natur. Sie kommen an faktisch keiner Stelle des Gesetzentwurfes adäquat in den Blick

Unerwähnt bleiben:

- der grundsätzliche Wandel des Gesundheitsverständnisses in den letzten Jahrzehnten
- der überragende Stellenwert von Prävention und Gesundheitsförderung in alternden Gesellschaften
- die dominante Existenz von Multimorbidität, chronischen Erkrankungen sowie von Zivilisationserkrankungen auch bei Kindern und Jugendlichen
- der demografische Wandel
- die durch die Globalisierung enorm gestiegenen Risiken von pandemischen Gefährdungen sowie
- die Auswirkungen der Migration.

Das heißt, die grundsätzliche Frage, welche Verantwortung der Staat für die Gesundheit der Bevölkerung hat, bleibt in der Begründung zum Gesetzentwurf unbefriedigend beantwortet. Zudem: Der Zustand des ÖGD, auch das wird in der Begründung nicht adäquat reflektiert, ist, folgt man dem ÖGD-Bericht aus Thüringen aus dem Jahr 2019, ein Desaster. Anders kann man diesen Bericht nicht interpretieren. Es ermangelt nicht nur an einem neuen ÖGD-Gesetz, sondern an einer klaren Umsetzungsperspektive.

2. Begründung des Gesetzentwurfes – empirische Grundlagen

Der Gesetzesentwurf der obengenannten Parteien hängt eigenartig in der „Luft“. Ihm fehlt sozusagen das empirische Fundament, das uns als Stellungnehmende gleichermaßen fehlt. Worauf fußt die Annahme, dass sich die bisherigen Verordnungsgrundlagen bewährt hätten, wie die Begründung unterstellt? Auch die sicher richtige Annahme, dass der ÖGD in Thüringen während der Pandemie verschiedenste Schwierigkeiten hatte – digitale und personelle Unterausstattung, fehlende Vernetzung zu sozialen und anderweitigen Akteuren usw. usf. – ist eher eine landläufige Annahme, als dass sie auf evaluierten Ergebnissen des Pandemiemanagements beruht. Wie sah die Praxis des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in den letzten drei Jahrzehnten aus, was hat sich bewährt und was erweist sich in der Praxis des ÖGD als hinderlich. Es ist einigermaßen befremdlich, dass der ÖGD in Thüringen über 30 Jahre nicht häufiger evaluiert wurde. Die Evaluierung von 2019 liefert einige fundamentale Hinweise, woran es dem ÖGD in Thüringen ermangelt: an Personal, an verbindlichen Standards, an einer präzisen realistischen Aufgabenbeschreibung, an landesseitiger Unterstützung. Wesentliche Aufgaben kann der ÖGD auf kommunaler Ebene nicht oder in nicht genügendem Maße umsetzen. Das betrifft auch die Kernbereiche des ÖGD wie Vorsorgeuntersuchungen, Hygiene- und

[1] https://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/institut/arbeitsbereiche_und_nachwuchsgruppen/oeffentliche_verwaltung_public_policy/forschung_oev/OeffentlicherGesundheitsdienstThringen.de.jsp

Kontrollaufsichten. Aber der Bericht liefert nur wenige Hinweise, wie die Aufgaben des ÖGD en détail umgesetzt werden (können). Es gibt in dem Bericht dennoch ernsthafte Hinweise darauf, dass selbst die elementarsten Pflichtaufgabe, die sich auf den Bevölkerungsschutz, auf Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen beziehen, nur ungenügend umgesetzt werden können.

Der Grundsatz müsste und muss sein: Ohne adäquate Evaluierung der bestehenden Praxis, die letzte liegt inzwischen mehr als fünf Jahre zurück, kein neues ÖGD-Gesetz. Ansonsten bleiben die im Gesetzentwurf formulierten weitreichenden Aufgaben, was späterhin noch einmal aufgegriffen wird, rein deklaratorischer Natur, ohne dass ihnen eine Praxis folgt.

3. Begründung des Gesetzentwurfes - Perspektiven des ÖGD

Die Begründung zum Gesetzentwurf und der Gesetzentwurf reklamieren und unterstellen an verschiedenen Stellen die hohe und systemische Bedeutung des ÖGD im Rahmen der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. „Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist“, so heißt es in der Begründung zum Gesetzentwurf, „ein unverzichtbarer Teil eines modernen Sozialstaates. § 1 (4) reklamiert: „Der ÖGD hat eine zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion die Bevölkerungsgesundheit betreffend.“

Wir teilen im Grundsätzlichen und in abstracto diese Einschätzung. Allerdings täte es gut, sich dessen zu versichern, was der ÖGD alles nicht kann, um den ÖGD nicht mit rein deklaratorischen Gesetzespassagen zu belasten, die keinerlei Bedeutung haben und die diesen nur belasten. Festzustellen bleibt deshalb:

- Der ÖGD hat keine systemische Steuerungskompetenz mit Bezug auf die essentiellen medizinischen Versorgungsstrukturen und -angebote. D. h. er hat keinerlei Einfluss und Handlungsmacht auf die medizinischen und pflegerischen Angebotsstrukturen und die Qualität der Angebote. Damit hat er auch keine essentielle Steuerungskompetenz, was die Bevölkerungsgesundheit innerhalb dieser Strukturen betrifft.
- Er hat keinen Zugriff auf essentielle, in den medizinischen und ambulanten und stationären Einrichtungen generierten Gesundheits- und Krankheitsdaten.
- Er hat keine Steuerungsmacht, wenn essentielle Versorgungsangebote, etwa im pflegerischen Bereich fehlen. Er hat auch keinerlei Einfluss, gegen eklatante medizinische Versorgungsdefizite, wie sie im Bereich der medizinischen Versorgung in stationären Einrichtungen seit vielen Jahren vorzufinden sind, adäquat zu intervenieren.
- Auf den Großteil der Bevölkerung, auf deren Gesundheitsverhalten, auf deren Versorgung, hat der ÖGD keinen direkten Einfluss, sondern allenfalls indirekt über die Einhaltung etwa von Hygienestandards in Einrichtungen u. dgl. Die meisten Menschen haben im Lebensverlauf keine direkte Berührung zu Gesundheitsämtern. Sie partizipieren insbesondere von Maßnahmen zum Gesundheitsschutz. Die relative „Bedeutungslosigkeit“ des ÖGD für ihre persönliche Gesundheit spiegelt sich in dem Urteil des ÖGD-Berichtes wider, der mangelnden Bekanntheit und Attraktivität des ÖGD in der öffentlichen Wahrnehmung reklamiert[2]. Daran wird auch eine opulente Aufgabendefinition in einem Gesetz nichts ändern.

Insofern, wenn solche deklaratorischen Sätze wie der oben zitierte in einem Gesetzestext zum ÖGD Verwendung finden, sollte man sie auf den Gesundheitsschutz beziehen. Diese Befreiung des Gesetzestextes von rein deklaratorischen Sätzen erscheint sinnvoll, weil die Qualität und die Quantität der Aufgabenerfüllung in den letzten Jahrzehnten nie, wie der Evaluationsbericht aus dem Jahr 2019 feststellte, zuverlässig sichergestellt werden konnte. Selbst pflichtige Aufgaben

[2] Ebenda S. 31

wie Schuleingangsuntersuchungen oder Hygienekontrollen konnten und können nicht (mehr) zu 100 % erfüllt werden.[3]

Diese relative „Einflusslosigkeit“ des ÖGD liegt nicht in der Verantwortung der Länder. Sie hängt mit der Organisation des Gesundheitswesens in Deutschland zusammen. Nichts desto trotz wenn es den Autoren des Gesetzesentwurfes um Entbürokratisierung und Entlastung des ÖDG geht (siehe Punkt B. Lösung) dann sollte auf dekorative globale Aufgabenzuweisungen radikal verzichtet werden.

4. En détail

§ 1 Ziele

Wir begrüßen die umfängliche Zielstellung mit ihrer Bezugnahme auf soziale, psychosoziale und ökologische Belange. Dass der ÖGD auf die Stärkung der Eigenverantwortung rekurriert, erscheint selbstverständlich. Sie ist aber in einem Gesetzestext Dekoration und ist in praxi kaum zu realisieren. Der ÖGD hat keine substantielle Macht, auf das individuelle Verhalten der gesamten Bevölkerung Einfluss zu nehmen. Hier wäre der Hinweis auf das Hinwirken des ÖGD auf gesunde Lebensverhältnisse sinnreich, denn darauf kann der ÖGD sehr wohl Einfluss nehmen.

Wie der ÖGD tatsächlich Einfluss nehmen kann, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen oder auch die Gesundheit aller Menschen zu verbessern, erschließt sich uns nicht. Punkt (4) erster Satz ist rein deklaratorisch. Der ÖGD hat mit seinen Kompetenzen keine derartig ausgewiesene Steuerungs-, Koordinierungs- und Informationsmacht, um auf die Bevölkerungsgesundheit zu wirken, ausgenommen seine Wirkung im Gesundheitsschutz.

Die Fokussierung auf Kernaufgaben halten wir für ausdrücklich richtig, durchaus auch in der entsprechenden Reihenfolge, obwohl das Leitbild für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anders priorisiert.[4]

§ 2 Organisation und Behörden

Wir halten den Gesundheitsschutz, erst recht aber die Bevölkerungsgesundheit für eine Querschnittsaufgabe insbesondere in den Kommunen. Insofern sollte der ÖGD in Form einer ressortübergreifenden Stabsstelle und des Weiteren in den Gesundheitsämtern wahrgenommen werden.

Der ÖGD war in der Vergangenheit sehr stark auf medizinische Themen orientiert. Insofern begrüßen wir die Öffnung der Gesundheitsämter für Nichtmediziner. Wenn der oder ein Schwerpunkt der Arbeit in der Prävention und Gesundheitsförderung liegt, warum sollten nicht auch Präventologen, Public Health-Spezialisten oder Soziologen Gesundheitsämter leiten können. Auch die Medizinischen Dienste werden sehr häufig von Nichtmedizinern geschäftsführend verantwortet. Das würde einem modernen Gesundheitsverständnis entsprechen, dass Gesundheit keine ausschließliche Angelegenheit von Medizinern ist, sondern in sozialen Lebenswelten entsteht.

§ 3 Zuständigkeiten

Der Gesetzentwurf geht in seinen Strukturvorstellungen von der traditionellen Behördenstruktur und nicht von einem modernen Gesundheitsverständnis aus. Er priorisiert, wenn es um Aufgaben

[3] https://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/institut/arbeitsbereiche_und_nachwuchsgruppen/oeffentliche_verwaltung_public_policy/forschung_oev/OeffentlicherGesundheitsdienstThringen.de.jsp

[4] www.akademie-oegw.de/die-akademie/leitbild-oegd/

des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsförderung geht, bei den unteren Gesundheitsbehörden die Gesundheitsämter.

Dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in den Landkreisen strukturell in alleiniger Verantwortung der Gesundheitsämter liegen soll, entspricht diesem traditionellen und im Grunde veralteten Verständnis von Gesundheit. Gesundheit entsteht aber, wenn man sie nicht auf eine Gefahrenabwehr bezieht, in den Lebenswelten von Menschen. Der Schutz der Gesundheit und insbesondere die Gesundheitsförderung sind eine Querschnittsaufgabe der Kommunen. Sie sollte eher in einer Stabsstelle der Landratsämter bzw. Stadtverwaltungen wahrgenommen werden. Jena könnte hier als Beispiel dienen. Selbst wenn man die Aufgabe des ÖGD auf den Gesundheitsschutz fokussiert: Die Gefahrenabwehr während der Pandemie lehrt, dass Gesundheitsämter zwar virale Schutzmaßnahmen ergreifen können. Sie können sich aber unmöglich um die komplexen sozialen Implikationen einer Pandemie kümmern, die mit der Gesundheit der Bevölkerung rückgekoppelt sind.

§ 4 Grundsätze der Aufgabenerfüllung

(2) Die Ansätze der Berichterstattung begrüßen wir ausdrücklich. Die Jahresberichte müssten u. E. nicht nur dem Fachausschuss des Landtags, sondern der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Das gilt auch für die kommunale Ebene.

(3) Wir begrüßen es, dass die Gesundheitsämter andere Behörden, Institutionen bis hin zur Landesregierung beraten. Allerdings nicht auf deren Verlangen, sondern als eine interventionistische Pflichtaufgabe. Alle kommunalen Belange (von der Verkehrsführung dem Lärmschutz bis hin zum Schulbau) sind auf ihre Gesundheitsrelevanz hin zu prüfen. Wir sehen in dieser Beratung durch die Gesundheitsämter, in der es um Verhältnisprävention geht, als eine vordringliche Aufgabe der Gesundheitsämter an. Insofern müssen sie den Status einer Pflichtaufgabe besitzen.

§ 6 Landesgesundheitskonferenz

Wir begrüßen gesetzliche Regelungen für die Landesgesundheitskonferenz. Gesundheitskonferenzen müssen auch auf der kommunalen Ebene eine Pflichtaufgabe sein.

In Punkt (5) sollten als Angehörige der Landesgesundheitskonferenz auch Interessen- und Patientenvertreter sowie zivilgesellschaftliche Akteure aufgeführt werden.

Unseres Erachtens sollte die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung AGETHUR als die Organisation anerkannt werden, die mit ihrem kommunalen, präventionsorientierten und den ÖGD unterstützenden Arbeitsansatz als besonders förderungswürdig gilt. Insofern wäre ihre Förderung als Pflichtaufgabe für das Land zu definieren. Vergleichbare Regelungen gibt es im Sportfördergesetz für den Landessportbund.

§ 7 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Wir begrüßen den prioritären Stellenwert von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Gesetzentwurf. Die Aufgabenzuweisung für die Gesundheitsämter bleibt im Gesetzentwurf allerdings einigermaßen nebulöse.

Natürlich gehört die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung zum Aufgabenrepertoire aller Gesundheitsämter, obwohl sie eine Phantomaufgabe ist. Die Reichweite der Gesundheitsämter ist diesbezüglich eher gering. Sie können punktuell etwa in Kitas und Schulen, was präventive Aufklärung betrifft, die Zahngesundheit von Kleinkindern, sehr aktiv, aber mit Bezug auf die Gesamtbevölkerung eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt kaum wirksam werden. Die

Erwartungsverheißung des Gesetzentwurfes geht hier eindeutig zu weit. Die Gesundheitsämter können keinen wirksamen Beitrag für eine gesunde Lebensweise der ganzen Bevölkerung leisten, den nicht andere Akteure besser, weitreichender, informativer und kompetenter leisten könnten. Wozu sie mit einer solchen Phantomaufgabe belasten? Die Webseiten von Gesundheitsämtern spiegeln das Aufgabenspektrum und die Aufgabenwahrnehmung sehr realistisch wider.

Wir sehen mit Bezug auf Prävention und Gesundheitsförderung die Kompetenz der Gesundheitsämter eher darin, andere Verwaltungsbereiche für eine auf Strukturen und Verhältnisse zielende Prävention und Gesundheitsförderung zu qualifizieren.

Konkret: In Punkt (1) ist die Zielgruppe des Anliegens nicht klar, d. h. sie wird nicht benannt. Wenn die Gesamtbevölkerung intendiert ist, halten wir das für unrealistisch. Die Gesundheitsämter können mit Bezug auf die Gesamtbevölkerung keinen wirksamen Aufklärungsbeitrag leisten. Dafür gibt es andere Akteure, die bei weitem wirksamer agieren (Ärzte, Krankenhäuser, medizinische Fachgesellschaften, Verbraucherzentrale, Apotheken, Medien mit öffentlichem Auftrag, BZgA). Ihr Schwerpunkt kann auf bestimmten Themen und Zielgruppen liegen (z. B. Zahngesundheit von Kleinkindern, Migrantinnen und Migranten), nicht aber auf der Gesamtbevölkerung. Insofern halten wir den in Punkt (3) formulierten Anspruch die Bevölkerung in Fragen der Gesundheit in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht aufzuklären und über Gesunderhaltung und Krankheitsverhütung zu beraten für völlig unrealistisch und überzogen. Dafür gibt es im Gesundheitssystem andere Akteure.

Der Arbeitsschwerpunkt der Gesundheitsämter sollte ausdrücklich auf Verhältnisprävention liegen, in dem sie andere Behörden und Akteure in Wohnquartieren auf gesunde Lebenswelten orientieren. Punkt (6) ist in diesem Sinne zu priorisieren. Alle auf individuelle Beratung bezogenen Aktivitäten, wie sie in Punkt (4) genannt werden, könnten sich allenfalls auf Einzelfälle oder definierte Gruppen, niemals auf die Bevölkerung beziehen.

§ 8 Gesundheitshilfe für besondere Personengruppen

Wir begrüßen die Bezugnahme des Gesetzentwurfes auf besondere und besonders gefährdete Gruppen. Eine Inklusionsverpflichtung ist besonders für teilhabegefährdete Gruppen zu formulieren. Dass der Schutz der Älteren hier erwähnt wird, halten wir für angemessen. Unter Umständen sollte man explizit auf die besondere Teilhabegefährdung von hospitalisiert lebenden Pflegebedürftigen, auf Pflegebedürftige in der häuslichen Pflege und pflegende Angehörige verweisen.

Eine allgemeine Beratung zu Ernährungsfragen halten wir für unrealistisch. Das meinen wir mit fehlender Evaluierung. Ohne die Leistungen des gesamten Versorgungs- und Bildungssystems in den Blick zu nehmen, kann man keine konkreten Aufgaben für den Öffentlichen Gesundheitsdienst formulieren, ohne dass die Gefahr von doppelten und dreifachen Angebotsstrukturen besteht.

Mit Bezug auf Ernährungsberatung: Der Verbraucherschutz, die öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten, nahezu jede Volkshochschule und andere Akteure sind hier kompetenter und wirksamer. Der ÖGD muss sich davon verabschieden, die Gesamtbevölkerung in Fragen der Gesundheit, der Krankheit, der Gesundheitskompetenz u. dgl. aufklären zu wollen. Er kann allenfalls über Regionalspezifika, überregionalspezifische Fragen des Gesundheits- und Infektionsschutzes oder mit Bezug auf spezielle und ihm obliegende Zielgruppen informieren und aufklären.

§ 10 Gesundheitsberichterstattung

Die Gesundheitsberichterstattung der Gesundheitsbehörden ist Bestandteil aller ÖGD-Gesetze. Gleichzeitig wurde diese etwa mit Bezug auf Thüringen nie adäquat evaluiert. Aufschlussreich ist der Evaluierungsbericht von 2019 für Thüringen durch Nathalie Behnke und Matthias Zimmermann dennoch. Er konstatiert: „Ergänzend zur quantitativen Betrachtung zeigte sich in den Interviews, dass die Gesundheitsämter keine systematische Gesundheitsberichterstattung durchführen." Und weiter als Erfahrungsbericht: "Überhaupt nicht erfüllen tun wir weitgehend oder fast gar nicht die Gesundheitsberichterstattung und Prävention, weil schlichtweg keiner da ist. ... Wir sind nicht in der Lage vollumfänglich die Überwachungsaufgaben im Bereich der Hygiene zu übernehmen." [5]

Die ungenügende Gesundheitsberichterstattung in Thüringen wird seit Jahren kritisiert. Die profunden Gesundheitsberichte lieferten in der Vergangenheit die Bundesregierung und das Robert-Koch-Institut.

Den unteren Gesundheitsbehörden wird im Gesetzentwurf der oben genannten Parteien die Aufgabe einer Gesundheitsberichterstattung zugewiesen. Sie sollen u. a. die gesundheitliche Situation der Bevölkerung beobachten, beschreiben und bewerten. Sie sollen des Weiteren Daten zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung bewerten und beschreiben.

Auf welcher Datenbasis und auf welcher gesetzlichen Grundlage zur Erhebung der Daten soll denn die Berichterstattung erfolgen? Auf essentielle Daten zur Bevölkerungsgesundheit, auf lokale oder regionale Daten der Krankenkassen haben Gesundheitsämter keinen Zugriff. Es gibt keine Berichtspflichten über allgemeine Krankheitsprävalenzen und den Gesundheitsstatus durch Krankenhäuser, Arztpraxen und Pflegeeinrichtungen. Es ist also völlig unklar, woher ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt seine Gesundheitsdaten beziehen kann außer über das Thüringer Gesundheitsportal. Der Evaluierungsbericht von 2019 stellt fest, dass ein zentrales Problem der Mangel an Infrastruktur für eine einheitliche und zentral koordinierte Datenerhebung, -weitergabe und -verarbeitung ist.[6]

Die eigene Praxis der Gesundheitsämter liefert zwar Daten wie etwa die Datenerfassung der Vorsorgeuntersuchungen an Schulen, die gesetzlich in § 8 der Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege geregelt ist. Die Arbeitspraxis der Gesundheitsämter bildet aber nicht annähernd adäquat die gesundheitliche Versorgungssituation, die Krankheitsprävalenzen, die Bevölkerungsbedarfe u. a. ab. Die Dürftigkeit der Berichterstattung kann man, was kein Vorwurf an die Stadt oder das Gesundheitsamt der Stadt Erfurt ist, an dem Erfurter Gesundheitsbericht von 2013 (!) nachvollziehen. In diesem wird die „Seniorengesundheit", was immer das auch sein mag, in 183 Wörtern beschrieben. Die Beschreibung bezieht sich auf die Anzahl der Pflegebedürftigen, dass Ältere mitunter unnötige Untersuchungen erhalten und dass es bei der Behandlung Älterer gewisse Besonderheiten gibt. Woher sollen Gesundheitsämter andere Daten nehmen? Das heißt, wenn man die Gesundheitsberichtserstattung der Gesundheitsämter gesetzlich festschreibt, müssen deren Datenerhebungsmöglichkeiten geregelt und erweitert werden.

Die Krankenkassen erstellen (zumindest auf Bundesebene) profunde eigene Berichte. Die Gesundheitsämter haben aber keinen privilegierten Zugriff auf Gesundheitsdaten der lokalen Krankenkassen, auf Fallzahlen und Krankheitsbefunde in Krankenhäusern und Arztpraxen, sie haben auch keine Gesundheitsdaten etwa aus Pflegeeinrichtungen, in denen seit Jahren diskriminierende und teilhabegefährdende medizinische Versorgungsdefizite konstatiert werden. Die Gesundheitsämter können gegen solche Versorgungsdefizite auch nicht intervenieren, weil sie nicht in deren Kompetenzbereich fallen.

---

[5] Ebenda S. 26

[6] https://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/institut/arbeitsbereiche_und_nachwuchsgruppen/oeffentliche_verwaltung_public_policy/forschung_oev/OeffentlicherGesundheitsdienstThringen.de.jsp

Insofern wäre in einem Gesetz über den ÖGD realistisch davon auszugehen, was Gesundheitsämter tatsächlich leisten können. Sie können Daten aus ihren Tätigkeitsbereichen beibringen. Eine adäquate Gesundheitsberichtserstattung müsste unter Rückgriff auf Daten der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes, der Krankenhäuser und der Landeskrankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Vereinigung sowie universitären und Hochschulforschung durch das Land erfolgen. Die entsprechende Handlungsempfehlung findet sich in dem Bericht über den ÖGD von 2019: „Zentralisierung und Professionalisierung der Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsplanung. Hierzu ist es nötig, die Jahresberichterstattung so anzupassen, dass sie besser als Informationsgrundlage der Gesundheitsberichterstattung verwendet werden kann; sowie eine zentrale Stelle auf Landesebene einzurichten, die hauptamtlich für die Gesundheitsberichterstattung zuständig ist und Prozesse der Gesundheitsplanung landesweit koordiniert und durchführt.“[7] Auf der Ebene der Kommune ist aber eine adäquate und umfängliche Berichterstattung über die Bevölkerungsgesundheit nicht möglich.

Unabhängig davon: Die Pflichtaufgaben der Gesundheitsämter sind absorbierend. Sie sind nicht auf eine Gesundheitsberichterstattung orientiert. Insofern müsste man die Gesundheitsberichterstattung in einem ÖGD-Gesetz auf die Landesebene verweisen, auf die die regionalen Gesundheitsdienste zurückgreifen können.

§ 11 Kinder- und Jugendgesundheit

Die hier formulierten Aufgaben sind umfänglich und u. E. ausreichend. Die Aufgaben des Gesundheitsamtes beziehen sich hier vor allem auf Vorsorgeuntersuchungen im Kita- und Schulbereich mit Schwerpunkt auf die Schuleingangsuntersuchungen und die Zahn- und Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen. Der ÖGD-Bericht für Thüringen hat diesbezüglich konstatiert, dass selbst in diesem Elementarbereich der Vorsorge die Thüringer Gesundheitsämter in Teilen wegen personeller Engpässe überfordert sind. Insofern muss diese Aufgabe priorisiert werden.

Die im Gesetzentwurf der obengenannten Parteien formulierte globale Aufgabe, dass die Gesundheitsämter die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen fördern könnten, halten wir für euphemistisch und nicht realisierbar.

Je älter Schüler werden, desto geringer ist die Einflussnahme(möglichkeit) der Gesundheitsämter auf deren Gesundheitsverhalten. Die meisten Schüler haben im Verlaufe des Schullebens keinerlei Kontakte zum Gesundheitsamt, und auch Gesundheitsprojekte an Schulen, die Organisationsentwicklung an Schulen hin zu einer „gesunden Schule“ dürfte in den seltensten Fällen durch Gesundheitsämter begleitet werden können. Adipositas, das Bewegungsverhalten, die sozial-emotionale Entwicklung von Schüler werden in der Regel im weiteren Schulverlauf nicht oder nur in Extremfällen durch die Gesundheitsämter betrachtet. Die Schule ist hier in einer elementaren Verantwortung. Deren Verantwortung wäre in der entsprechenden Verordnung zu stärken. Die Gesundheitsämter hätten hier lediglich eine Begleitfunktion.

Sollte der Gesundheitsstatus von Schüler im weiteren Schulverlauf angesichts der Tatsache, dass Zivilisationskrankheiten bereits im Kindesalter zu Ausbruch kommen, ein Gegenstand des Aufgabenbereichs des ÖGD sein? Sicher wäre hier der Verweis auf die Thüringer Verordnung über die Schulgesundheitspflege sinnvoll, in der Verantwortlichkeiten benannt werden. Allerdings müsste auch diese Verordnung aktualisiert werden.

Im Gesetzentwurf erscheint uns die Klientenarbeit, etwa die Beratung von Sorgeberechtigten, für Gesundheitsämter unrealistisch. Sorgeberechtigte werden durch Kita-Erzieher, durch Lehrer, durch Beratungsstellen, durch Schulpsychologen, durch Hausärzte und niedergelassene

[7] Ebenda S. 10

Psychologen, durch Erziehungsberatungsstellen usw. beraten, aber in der Regel nicht durch die Gesundheitsämter. Der Fokus der Beratung und Aufklärung der Gesundheitsämter sollte deshalb eher auf den Multiplikatoren und Fachleuten in Kitas, Schulen und Beratungsstellen liegen.

§ 13 Hygiene, Überwachungsaufgaben

In der Tat sehen wir hier (sowie in den Vorsorgeuntersuchungen von Kindern und Jugendlichen) angesichts der begrenzten Ressourcen des ÖGD (auch in Zukunft) die Kernaufgabe der Gesundheitsämter. Sieht man die vielerorts problematischen Hygienebedingungen in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen, die Gefahr, die von multiresistenten Keimen, Viren, Bakterien ausgeht, sind diese Überwachungsaufgaben essentiell und zu priorisieren.

§ 14 Schutz vor gesundheitlichen Umwelt- und Klimaeinflüssen

Der Klimawandel stellt eines der größten gesundheitlichen Risiken der Gegenwart und Zukunft dar. Jeder ÖGD muss sich diesbezüglich ganz neu aufstellen und profilieren. Hier entstehen ganz neue Allianzen zur Stadtentwicklung, zu Bauträgern und Wohnungsgenossenschaften. Hier könnte ein völlig neues Paradigma für den ÖGD entstehen, nämlich Expertise dafür zu entwickeln, verhältnispräventiv und beratend tätig zu werden.

Insofern finden wir es als richtig, dass der Klimawandel zum Gegenstandsbereich der Gesundheitsämter gehört. Allerdings ist die Aufgabenformulierung diesbezüglich nebulös und unrealistisch. Die Gesundheitsämter können realistischerweise nicht die Einwirkungen der Umwelt und des Klimas auf die menschliche Gesundheit beobachten und bewerten. Mit welchen Instrumenten denn? Dafür gibt es wissenschaftliche Einrichtungen, Bundes- und gegebenenfalls Landesbehörden. Sie können auch nicht die Bevölkerung diesbezüglich beraten und aufklären.

Sie müssen die in Punkt (2) formulierte Aufgabe wahrnehmen, nämlich andere Ressorts bezüglich des Klimaschutzes beraten, und zwar nicht nur in Form von Stellungnahmen, sondern verpflichtend bei allen Vorhaben, die den Öffentlichen Raum betreffen. Die Gesundheitsämter müssen, gerade wenn es um Hitzeschutz geht, ein Interventionsrecht besitzen.

Für die Landkreise, insbesondere für Städte, sind verbindlich **Hitzeatlanten** zu erstellen, in denen Hitzehotspots ausgewiesen werden.

§ 19 Allgemeine Aufgaben der Oberen Gesundheitsbehörde

Das Selbstverständnis der Oberen Gesundheitsbehörde besteht in unserem Verständnis darin, in erster Linie ein Dienstleister für die unteren Gesundheitsbehörden. Dieser Dienstleistungscharakter sollte in einem ÖGD-Gesetz konkretisiert werden. D. h., was leistet die Obere Gesundheitsbehörde konkret für die Gesundheitsämter?

In Punkt 5. wird auf die Vernetzung der Oberen Gesundheitsbehörde mit anderen Akteuren hingewiesen. Vor dem Hintergrund eines modernen Gesundheitsverständnisses und die Bildung von Arbeitsgruppen wäre der Hinweis auf das verpflichtende Einbeziehen sozialer Akteure und Interessenvertretungen sinnvoll.

Fazit

Der Gesetzesentwurf der Fraktionen DIE LINKE, SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN weist in vielerlei Hinsicht in eine gute Richtung. Er ist umfassend und strukturell begründet. Er verweist in seiner Begründung auf essentielle Implikationen der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie auf wichtige Herausforderungen, vor denen ein moderner Öffentlicher Gesundheitsdienst steht.

Er ist insofern systemisch inkonsequent, weil er das grundlegende Dilemma des ÖGD – seine relative „Machtlosigkeit“, die Bevölkerungsgesundheit nachhaltig zu beeinflussen – nicht auflösen kann. Der ÖGD hat den Anspruch, neben den anderen Versorgungsbereichen einen grundlegenden Beitrag zum Gesundheitsschutz und zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung zu leisten. Er kann dies aber nur mit Bezug auf den Gesundheitsschutz realistisch einlösen. Daran wird auch ein wie auch immer formuliertes neues ÖGD-Gesetz nichts ändern. Insofern bedarf es für ein neues ÖGD-Gesetzes einer realistischen Perspektive. Die Stärken des ÖGD liegen im Gesundheitsschutz, im Schutz von vulnerablen Gruppen und in der Vorsorge für Kinder und Jugendliche. Diese Aufgabenwahrnehmung sollte durch den Gesetzgeber gestärkt werden.
Das impliziert, dass der Gesetzgeber auch folgende Aufgaben priorisiert:

- eine Übernahme planerischer und koordinativer Aufgaben neben traditionellen Aufgaben des Gesundheitsschutzes sowie der Fürsorge sowie das Mitwirken an der integrierten kommunalen Sozialplanung
- unterstützende und beratende Leistungen für das Gemeinwesen, um zivilgesellschaftlichen und sozialen Herausforderungen gerecht zu werden
- eine Orientierung an den Essential Public Health Operations (EPHOs) und
- Multiprofessionalität als Voraussetzung, um das Prinzip von „health in all policies“ auf den unterschiedlichen Ebenen zu etablieren (siehe auch die Stellungnahme der AGETHUR).

Die Fokussierung des Gesetzesentwurfes in der Zielstellung auf das individuelle Gesundheitsverhalten der Bevölkerung, auf eine gesunde und gesundheitsfördernde Lebensweise der Bevölkerung, auf individuelle Beratung sowie auf Angebote zur gesundheitlichen Aufklärung wie Ernährungsberatung erscheinen uns als unrealistisch. Der Fokus muss unseres Erachtens auf einem auf die Verhältnisse bezogenem Bevölkerungsschutz und mit Bezug auf Gesundheitsförderung und Prävention einerseits auf der Vorsorge im Kinder- und Jugendbereich und andererseits auf der gesundheitlichen Fürsorge für besonders gefährdete Gruppen, darunter Hochaltrige und Pflegebedürftige, liegen, des Weiteren aber in der Expertise dafür, wie Verwaltungen und andere Akteure eine gesunde Lebenswelt für Menschen herstellen können. Inwiefern das Tierwohl und die Tiergesundheit sowie das Verhältnis zwischen Menschen und Tieren in einem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst mit berücksichtigt werden sollten, wie im Gesetz und dem neuen Gesetzentwurf für den ÖGD Sachsens, müsste diskutiert werden.
Unser Anliegen geht weiter. Für Thüringen bedarf es eines umfassenden **Gesundheitsfördergesetzes**, in dem der ÖGD nur eine, wenn auch eine wichtige Komponente darstellt. In einem Gesundheitsfördergesetz sind Strukturen in den Blick zu nehmen, die im vorliegenden Entwurf unberücksichtigt bleiben, etwa die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung in Thüringen e. V. - AGETHUR, die als Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention prioritär und gesetzlich geregelt zu fördern ist, die stärkere Akzentuierung von Verhältnisprävention, die Etablierung der Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen Verwaltungsbereichen u. a. m.

Alexandra Graul
Stellv. Vorsitzende LSR

Jan Steinhaußen
Geschäftsführer