

Ausschussvorlage SIA 20/63 – öffentlich –

Stellungnahmen der Anzuhörenden zur mündlichen Anhörung

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

1. Klinikverbund Hessen e. V.	S. 1
2. Lahn-Dill-Kreis	S. 3
3. LV Hessen der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.	S. 5
4. Deutscher Verband Ergotherapie e. V.	S. 9
5. Hessischer Landkreistag	S. 11
6. Kreis Bergstraße	S. 18
7. Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V.	S. 20
8. Marburger Bund Landesverband Hessen	S. 24
9. Hessischer Städtetag	S. 28



Klinikverbund Hessen e.V. | Forsthausstraße 1-3 | 35578 Wetzlar
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
des Hessischen Landtages

Reinhard Schaffert
Geschäftsführer
Telefon: +49 171 99 53 045
r.schaffert@klinikverbund-hessen.de

Geschäftsstelle
Forsthausstraße 1-3
35578 Wetzlar
Telefon: +49 6441 897 43 41
gf@klinikverbund-hessen.de
www.klinikverbund-hessen.de

Wetzlar, 6. Oktober 2021

Anhörung zum Änderungsgesetz des HGöGD – Stellungnahme des Klinikverbunds Hessen e. V.

Sehr geehrte Damen und Herren,

gerne nimmt der Klinikverbund Hessen e. V. die Gelegenheit zur Stellungnahme im Rahmen der Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Drucks. 20/6335 – wahr.

- Die grundsätzliche Ausrichtung des Gesetzentwurfes im Hinblick auf die Konkretisierung der Aufgaben und die Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes wird begrüßt.
- Insbesondere begrüßt werden die neu aufgenommenen Regelungen in Artikel 1 Nr. 9f (§ 7 Abs. 8 und 9 HGöGD) mit der Möglichkeit, kommunale Gesundheitskonferenzen einberufen. Dies kann die bessere Vernetzung der Gesundheitsangebote und die Entwicklung der Gesundheitsversorgung auf kommunaler Ebene fördern.
- **Nicht zugestimmt** werden kann Artikel 1 Nr. 7, konkret der vorgesehenen Formulierung von § 5a Abs. 2 Satz 2 HGöGD in dieser allgemeinen Form:

Problemstellung

Grundsätzlich wird auch vom Klinikverbund Hessen die in dem eingefügten § 5a Abs. 2 Satz 1 formulierte enge Zusammenarbeit zwischen Behörden, Leistungserbringern und Gesundheitsämtern begrüßt.

Die in § 5a Abs. 2 Satz 2 vorgesehene Formulierung schreibt dem öffentlichen Gesundheitsdienst jedoch dabei eine „**zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in allen gesundheitlichen Fragen**“ zu. Ohne weitere Einschränkung wäre der öffentliche Gesundheitsdienst damit gesetzlich berechtigt, zu jeder Zeit maßgeblichen Einfluss auf das Leistungsangebot und die Patientenversorgung auch mit Wirkung für die Leistungserbringer zu nehmen.

Aus Sicht der im Klinikverbund Hessen verbundenen öffentlichen Krankenhäuser, die Leistungserbringer im Sinne von § 5a Abs. 2 Satz 1 sind, wäre diese Möglichkeit ein Eingriff in die Versorgungs- und Behandlungsfreiheit der Krankenhäuser, verbunden mit wirtschaftlichen Auswirkungen.

Lösungsansatz

Aus Sicht des Klinikverbunds Hessen wäre Artikel 1 Nr. 7 des Gesetzentwurfes dahingehend zu ändern, dass:

- § 5a Abs. 2 Satz 2 gestrichen wird

hilfsweise

- § 5a Abs. 2 Satz 2 dahingehend eine Ergänzung erhält, dass Leistungserbringer ausgenommen sind

hilfsweise

- § 5a Abs. 2 Satz 2 dahingehend eine Ergänzung erhält, dass die Wahrnehmung der Aufgaben und Leistungen, die Berufsfreiheit sowie die wirtschaftlichen Belange der Leistungserbringer davon unberührt bleiben.

Wir bedanken uns für die Möglichkeit der Stellungnahme, die wir gerne auch in der mündlichen Anhörung am 19.11.2022 ab 13:00 Uhr vertreten werden.

Mit freundlichen Grüßen,



Reinhard Schaffert

Reinhard Schaffert Geschäftsführer

Klinikverbund Hessen e.V.
Forsthausstraße 1-3 / Haus 3
35578 Wetzlar

+49 6441 8974341
klinikverbund-hessen.de



Der Kreisausschuss
Abteilung Gesundheit

Abteilungsleitung

Datum: 04.11.2021
Aktenz.: 21 CSMUE
Kontakt: Christian Müller
Telefon: 06441 407-1600
Telefax: 06441 407-1055
Raum-Nr.: 216
E-Mail: christian.mueller@lahn-dill-kreis.de
Standort: Schlossstraße 20, 35745 Herborn
Servicezeiten:
Mo. – Fr. 07:30 – 12:30 Uhr
Do. 13:30 – 18:00 Uhr
und nach Vereinbarung

Lahn-Dill-Kreis | Postfach 12 55 | 35722 Herborn

per E-Mail: m.sadkowiak@ltg.hessen.de
a.bartl@ltg.hessen.de

Hessischer Landtag
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

HLT-Rundschreiben 1222/2021 vom 08.10.2021

hier: Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst

Drucksache 20/6335 des Hessischen Landtags

Sehr geehrte Damen und Herren,

zum o.g. Rundschreiben erhalten Sie seitens des Lahn-Dill-Kreises folgende Stellungnahme:

Der Inhalt des Gesetzentwurfes wird von uns grundsätzlich begrüßt. Auch wenn über die Finanzierung von Stellen aus den Mitteln für den Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst gesondert entschieden werden soll, so möchten wir gerade im Lichte des neuen § 3 HGöGD die Notwendigkeit einer solchen Regelung noch einmal ausdrücklich betonen.

Das Ziel, auf kommunaler Ebene flächendeckende Strukturen zur Befassung mit Fragen der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren, wird nach unserer Einschätzung ohne eine Stellenausweitung nicht zu bewältigen sein.

Wir gehen davon aus, dass bei allen neu zugewiesenen Aufgaben die Anwendbarkeit des Konnexitätsprinzips geprüft wird. Im Übrigen verweisen wir auf die bereits erfolgte Stellungnahme des HLT vom 15.07.2021 und schließen uns dieser an.

Bezüglich § 7 sei auf die Empfehlungen der Landesarbeitsgruppe Gesundheitsförderung & Prävention mit Stand 19.02.2019 (siehe Anlage) verwiesen, sofern diese in dem Entwurf noch nicht berücksichtigt worden sind.

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar
Tel.: 06441 407-0
Fax: 06441 407-1051
info@lahn-dill-kreis.de
www.lahn-dill-kreis.de

Sparkasse Wetzlar
IBAN: DE04 5155 0035 0000 0000 59
BIC: HELADEF1WET

Sparkasse Dillenburg
IBAN: DE43 5165 0045 0000 0000 83
BIC: HELADEF1DIL

Postbank Frankfurt
IBAN: DE65 5001 0060 0003 0516 01
BIC: PBNKDEFF

Für die Einladung zur öffentlichen mündlichen Anhörung im Landtag am Freitag, den 19.11.2021 bedanken wir uns. Wir bitten unsere Abwesenheit aufgrund der aktuellen Pandemiesituation zu entschuldigen.

Freundliche Grüße



Stephan Aurand
Hauptamtlicher Kreisbeigeordneter

Anlage

Empfehlungen LAG Gesundheitsförderung und Prävention (Stand: 19.02.2019)

Kreisausschuss des Lahn-Dill-Kreises
Karl-Kellner-Ring 51
35576 Wetzlar
Tel.: 06441 407-0
Fax: 06441 407-1051
info@lahn-dill-kreis.de
www.lahn-dill-kreis.de

Sparkasse Wetzlar
IBAN: DE04 5155 0035 0000 0000 59
BIC: HELADEF1WET

Sparkasse Dillenburg
IBAN: DE43 5165 0045 0000 0000 83
BIC: HELADEF1DIL

Postbank Frankfurt
IBAN: DE65 5001 0060 0003 0516 01
BIC: PBNKDEFF



Landesverband Hessen der
Ärztinnen und Ärzte und Zahnärztinnen
und Zahnärzte des Öffentlichen
Gesundheitsdienstes e.V.

**LANDESVERBAND HESSEN
DER ÄRZTE UND ZAHNÄRZTE DES
ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES E. V.**

c/o JÜRGEN KRAHN, GESUNDHEITSAMT DARMSTADT, NIERSTEINER STR. 3, 64295 DARMSTADT

An den
Hessischen Landtag
Herrn Sadkowiak

Dr. med. J. Krahn
c/o Gesundheitsamt
Darmstadt-Dieburg
Niersteiner Str. 3
64295 Darmstadt
Tel.: 06151-3309-22
Fax: 06151-319134

Per Mail an: m.sadkowiak@ltg.hessen.de

Darmstadt, 04.11.21

Stellungnahme zum Gesetzentwurf des HGöGD

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit diesem Schreiben sende ich Ihnen die Stellungnahme unseres Verbandes zum vorliegenden Gesetzentwurf des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienstes (HGöGD) zur Vorbereitung der mündlichen Anhörung, die uns natürlich „besonders am Herzen liegt“.

Die Rückmeldungen sind von mehreren Mitgliedern unseres Landesvorstandes entworfen worden und werden von mir im folgenden zusammengefasst:

§ 1 Neufassung: Ziele und Kernaufgaben des ÖGD

(2) 1. b) ... sowie Gesundheitsberichte, die sich an den Anforderungen der Region orientieren und entsprechend zu berücksichtigen sind, zu erstellen und

Begründung:

Gesundheitsberichtserstattung dient nicht alleinig dem „Selbst-zweck“, sondern soll sich an lokalen/regionalen Bedarfen orientieren und muss dann entsprechende Berücksichtigung finden.

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.

§ 3 Ausstattung der Gesundheitsämter

(1) Den Gesundheitsämter müssen ~~im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel~~ Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie das erforderliche Fachpersonal in ausreichender Zahl angehören.

Begründung:

Es ist definitiv zu begrüßen, dass der Punkt Ausstattung der Gesundheitsämter eingeführt werden soll! Allerdings muss der Passus *im Rahmen der verfügbaren Stellen und Mittel* unbedingt gestrichen werden, da dies für „Gesundheitsschutz nach Kassenlage“ sprechen würde.

(2) spätestens innerhalb eines Jahres ... erwerben.

Begründung und Vorschlag:

Die Facharzt-Qualifikation für die Stellvertretung ist genauso unbedingt erforderlich wie für die Leitung! Deshalb sollte hier nicht eine „generelle Ausnahme“ eingebaut werden, sondern vielmehr durch entsprechenden Text auf die Notwendigkeit einer spezifischen Ausnahmesituation hingewiesen werden, z. B.: „ ... kann in Einzelfällen auf Antrag eine befristete Ausnahme zulassen.“

(3) Amtsärztinnen ... sind alle beim Gesundheitsamt beschäftigten Ärztinnen und Ärzte.

Begründung und Vorschlag:

Da nun eine Bezeichnung für die Leitung des Gesundheitsamt fehlt, sollte hier zur Klarstellung/Abgrenzung zusätzlich die Bezeichnung: Leitende Amtsärztin/leitender Amtsarzt eingeführt werden.

§ 5 Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren

(3), insbesondere ~~Alarmpläne~~ aufzustellen

Begründung und Vorschlag:

Der Begriff *Alarmpläne* ist nicht mehr zeitgemäß und adäquat. Er sollte durch kommunaler Pandemieplan ersetzt werden und in Bezug auf die Krankenhäuser durch Krankenhauseinsatzplan.

(3) fortzuschreiben, sowie angemessene Schutzkleidung zu bevorraten

Begründung und Vorschlag:

Hier müssen eindeutig die Zielgruppen für eine Bevorratung benannt werden, für die Schutzkleidung zu bevorraten sein soll.

Außerdem wäre eine Ergänzung im Sinne von „ zu bevorraten oder die Durchführung einer anderen geeigneten Stelle zu überwachen ... “ sinnvoll.

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.

§ 7 Prävention und Gesundheitsförderung

(3) ... unterstützen ... durch einen sozialpsychiatrischen Dienst

Begründung und Vorschlag:

Nachdem durch das PsychKHG die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes nun eine genaue Beschreibung und Aufgaben-Zuweisung erfahren haben, sollte der Sozialpsychiatrische Dienst als Kernaufgabe und –kompetenz der Gesundheitsämter nicht länger unter dem §7 sub-summiert werden, sondern vielmehr durch einen eigenen Paragraphen deutlich herausgehoben werden, deshalb unser Vorschlag: **§ 7a Sozialpsychiatrischer Dienst.**

§ 9 Hygienische Überwachung von Einrichtung

(1) der im Vierten, Sechsten und Siebten Abschnitt des Infektionsschutzgesetzes ...

Begründung und Vorschlag:

Unter Berücksichtigung der regelmäßigen Anpassungen des IfSG erscheint uns die Formulierung „des Infektionsschutzgesetzes in der aktuell gültigen Fassung und den zu diesem Zwecke genannten Einrichtungen“.

§ 10 Kinder- und Jugendgesundheit

(2) ärztliche Einschulungsuntersuchungen durchzuführen.

Begründung und Vorschlag:

Hier wäre der Einsatz des gebräuchlicheren Begriffes Schuleinganguntersuchung wünschenswert.

§ 11 Zahngesundheit

(2) werden dokumentiert und statistisch ausgewertet, um

Begründung:

Dies wird ausdrücklich befürwortet!

§ 12 Maßnahmen im Rahmen der Berufsaufsicht

(1) Änderungen hinsichtlich der notwendigen Angaben sind dem Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen.

Begründung und Vorschlag:

Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.

Diese Formulierung ist nicht eindeutig genug und führt in der täglich erlebten Praxis dazu, dass sich hier der Eine (z. B.: Arbeitgeber) auf den Anderen (z. B.: Beschäftigten) verlässt. Deshalb bitte Klarstellung: WER ist zur Anzeige/Meldung verpflichtet!

Zum Abschluss bitte ich Sie um sorgsame Durchsicht und bestmögliche Berücksichtigung,

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Jürgen Krahn
Landesvorsitzender
Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

An den
Hessischen Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Herrn Maximilian Sadkowiak
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Per Mail: m.sadkowiak@ltg.hessen.de

05. November 2021

Stellungnahme des Deutschen Verband Ergotherapie

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtages zu dem Gesetzesentwurf der Landesregierung für ein Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Drucks. 20/6335 –

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

vielen Dank zur Möglichkeit einer Stellungnahme und Teilnahme an der mündlichen Anhörung zum oben genannten Gesetz.

Der Deutsche Verband Ergotherapie e.V. (DVE) ist seit über 60 Jahren der maßgebliche Berufsverband aller (auch der angehenden) Ergotherapeut:innen in Deutschland mit derzeit ca. 13.000 Mitgliedern. Das wesentliche Ziel einer ergotherapeutischen Behandlung ist größtmögliche Selbstständigkeit und Autonomie, das Teilhaben am Leben mit all seinen Perspektiven und Herausforderungen. Dafür erarbeiten Ergotherapeut:innen gemeinsam mit ihren Patient:innen jeweils individuelle Lösungen, damit sie ihre Handlungsfähigkeiten entwickeln, wiedererlangen oder erhalten können.

Ergotherapeut:innen arbeiten in den unterschiedlichsten Gesundheitseinrichtungen im stationären und im ambulanten Bereich. Deutschlandweit sind ca. 10.000 Ergotherapie-Praxen durch die gesetzlichen Krankenkassen zugelassen. Sie versorgen damit flächendeckend und vor Ort die Bürger:innen mit Gesundheitsleistungen. Während der vergangenen eineinhalb Jahre im Verlauf der Covid-19 Pandemie in Deutschland, haben die Ergotherapie-Praxen ohne Unterbrechung die therapeutische Versorgung für die Bürger:innen aufrecht erhalten, haben informiert, unterstützt und waren zum Teil wichtige Kontaktpersonen zur Außenwelt für alleinstehende bzw. isolierte Bürger:innen, die per Hausbesuch versorgt werden.

Aus diesem Grund schlagen wir folgende nachfolgende Änderung und Ergänzung (in kursiv und rot hervorgehoben) vor.

§7

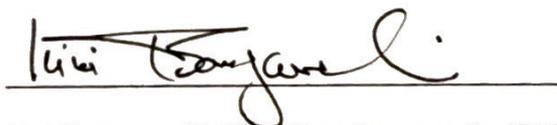
(8) Als Instrument zur Umsetzung der Gesundheitsstrategien und zur Koordinierung der lokalen Versorgung im Gesundheitsbereich können Kommunale Gesundheitskonferenzen eingerichtet werden. Diese können auf der Basis der Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattungen und Versorgungsanalysen sowie im Rahmen der integrierten Gesundheitsstrategie der Kommune die kommunalen Entscheidungsträger beraten, konkrete Lösungsvorschläge und Handlungsmaßnahmen erarbeiten sowie die für die Umsetzung notwendige Netzwerkbildung unterstützen. *Die Gesundheitskonferenzen setzen sich unter anderem aus Vertretern der medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Versorgung der Kommune zusammen.*

(9) In jedem Versorgungsgebiet nach §17 Abs. 5 des Hessischen Krankenhausgesetzes 2011 vom 21. Dezember 2010 (...), sind regionale Netzwerke der Gesundheitsämter zu bilden. Diese haben die regionalen Versorgungsstrukturen zu beobachten und gemeinsame kreisübergreifende Handlungsmaßnahmen für die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes im jeweiligen Versorgungsgebiet zu erarbeiten. (...)

Der DVE begrüßt die vorgeschlagenen Änderungen des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Die pandemische Lage hat von den Leistungserbringern im Gesundheitswesen und den Gesundheitsbehörden höchste Anstrengungen abverlangt, um die Bürger:innen weitestgehend zu schützen und zu unterstützen.

Aus diesem Grund legen wir Wert darauf, dass die Akteure vor Ort und kommunal zukünftig noch besser **miteinander** arbeiten können.

Mit freundlichen Grüßen,



Irini Tsangaveli, Dipl.-Ergotherapeutin (FH)
Vorsitzende Landesgruppe Hessen im DVE



Hessischer
Landkreistag

Hessischer Landkreistag · Frankfurter Str. 2 · 65189 Wiesbaden

Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
des Hessischen Landtags
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Frankfurter Str. 2
65189 Wiesbaden

Telefon (0611) 17 06 - 0
Durchwahl (0611) 17 06- 16

Telefax-Zentrale (0611) 17 06- 27
PC-Fax-Zentrale (0611) 900 297-70
e-mail-Zentrale: info@hlt.de
e-mail-direkt: hilligardt@hlt.de
www.HLT.de

Datum: 05.11.2021

Az. : Hi/500.01

Per E-Mail an m.sadkowiak@ltg.hessen.de und a.bartl@ltg.hessen.de

Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit Schreiben vom 6. Oktober 2021 baten Sie um eine Stellungnahme zum Gesetzentwurf zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD).

Grundsätzlich wird der Gesetzentwurf von den hessischen Landkreisen und die Zielsetzung, dem Öffentlichen Gesundheitsdienst eine noch aktivere Rolle zuzuweisen, begrüßt. Gemeinsam gilt hierbei aber zu beachten, dass die Ausweitung des Aufgabenspektrums bzw. dessen Umsetzung durch den Fachkräftemangel hierfür deutlich erschwert ist. Zudem gehen wir davon aus, dass bei allen neu zugewiesenen Aufgaben die Anwendbarkeit des Konnexitätsprinzips geprüft wird.

Zu einzelnen Paragraphen haben wir die folgenden Hinweise und Anmerkungen:

§ 1 Ziele und Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Nach § 1 Absatz 2 Ziffer 1b (übertragbare Krankheiten bei Menschen zu verhüten... zu bewerten sowie Gesundheitsberichte zu erstellen...) erscheint die Gesundheitsberichterstattung als Teil der Hygiene. Dies ist inhaltlich falsch. Die Gesundheitsberichterstattung wird nachfolgend unter Ziffer 3b gesondert aufgenommen. Damit wird die Berichterstattung doppelt erwähnt. Um Klarheit zu schaffen, sollte die Erstellung von Gesundheitsberichten im Punkt 1b gestrichen werden.

In § 1 Absatz 2 Ziffer 2 c) wird ausgeführt, dass eine der Kernaufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) bei der Sozialmedizin die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung ist. Der ÖGD kann jedoch die psychiatrische Versorgung nicht sicherstellen. Dieser Punkt ist zu streichen oder so umzuformulieren, dass Aufgabe des ÖGD die Beobachtung der psychiatrischen Versorgungslage und die Beteiligung bei der Schließung von Versorgungslücken ist.

§ 2 Träger und Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Hier wird ausgeführt, dass die Aufsichtsbehörde an Stelle der lokalen Behörden tätig werden kann, wenn dies im Einzelfall bei Gefahr im Verzug erforderlich ist. Zu bedenken ist, dass die Aufsichtsbehörden dann personell angemessen auszustatten sind. In früheren Jahren, bevor die Gesundheitsämter komplett an den RP Darmstadt angebunden worden sind, waren in jedem Regierungspräsidium (Kassel, Gießen, Darmstadt) mindestens 2 Ärzte beschäftigt, die den Gesundheitsämtern beratend zur Seite standen und entsprechende Betreuungen und bei Bedarf auch Überwachungen durchführten.

§ 3 Ausstattung der Gesundheitsämter

Die Einführung eines zusätzlichen § 3 ist zu begrüßen. Das Ziel, auf kommunaler Ebene flächendeckende Strukturen zur Befassung mit Fragen der Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention zu etablieren, wird aber ohne eine Stellenausweitung nicht zu bewältigen sein.

Absatz 1

Ein Landkreis schlägt eine Regelung bei der Fort- und Weiterbildung wie bei den Fachärzten im Krankenhaus, als auch den niedergelassenen Ärzten im ambulanten Sektor, vor. So könnte eine jährliche zu erreichende Mindestpunktzahl auferlegt werden. Hierdurch wären die Arbeitgeber gefordert, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Auch die oberen und obersten Gesundheitsbehörden müssten dann entsprechende Fortbildungsveranstaltungen anbieten.

Da der ÖGD ein relativ kleiner Bereich im Kanon der ärztlichen Tätigkeit ist, sind entsprechende Fortbildungsmaßnahmen nur marginal vorhanden. Hier wäre es zumindest notwendig, dass eine Durchsicht angebotener Fortbildungsmaßnahmen aus anderen Fachrichtungen durch das Ministerium oder den RP erfolgt, um diese dann entsprechend den unteren Gesundheitsbehörden anzubieten bzw. zu empfehlen, dass diese wahrgenommen werden.

Absatz 2

Es ist vorgesehen, dass die Stellvertretungen eine Anerkennung als Fachzahnärztin/ Fachzahnarzt für öffentliches Gesundheitswesen spätestens innerhalb eines Jahres erwerben. Stellvertretung bedeutet, dass diese Person bei kürzerer und längerer Nichtanwesenheit der Amtsleitung diese – auch ggf. längerfristig – übernimmt. Daher sollte die Anforderung an die Stellvertretung die gleiche sein wie an die Amtsleitung.

Es sollte aufgenommen werden, dass die obere Gesundheitsbehörde insbesondere für Fachzahnärzte und Fachzahnärztinnen für Öffentliches Gesundheitswesen in Einzelfällen auf Antrag eine befristete Ausnahme aussprechen kann.

Absatz 3

Durch die vorgesehene Änderung fehlt nun eine Bezeichnung für die Leitungen eines Gesundheitsamtes (vorher „Amtsarzt/Amtsärztin“).

Daher sollte für die Leitung des Gesundheitsamtes die Bezeichnung „Leitende Amtsärztin/Leitender Amtsarzt“ bzw. „stellvertretende leitende Amtsärztin/stellvertretender leitender Amtsarzt“ eingeführt werden.

Absatz 4

Die klare Festlegung wird begrüßt. Damit sind die Landkreise bzw. kreisfreien Städte angehalten, entsprechende Strukturen zu schaffen. Hervorzuheben ist, dass die Erreichbarkeit nicht auf Ärzte fokussiert ist, was auch alternative Möglichkeiten eröffnet.

Ein Landkreis schlägt vor, dass nach einem Beschluss des Gesetzes im Rahmen eines nachfolgenden Erlasses dazu eine hesseneinheitliche Regelung erfolgt. Hier sollte geregelt werden, wie lange der Zeitraum maximal sein darf bis der diensthabende Arzt vor Ort zu erscheinen hat, wie die Fahrtkostenregelung für die Fahrt vom Wohnort zum Einsatzort zu erfolgen hat. Gleiches gilt auch für die Einsatzzeiten.

§ 4 Abwehr erheblicher gesundheitlicher Gefahren

In früheren Versionen gab es regelmäßig Diskussionen, ob die Gesundheitsämter für die Umsetzung der Schädlingsbekämpfungsverordnung zuständig sind. Da in dem neuen § 4 nur von Gesetzen, aber nicht von Verordnungen, die Rede und keine Änderung der Schädlingsbekämpfungsverordnung bekannt ist, ist angeraten zu prüfen, ob hier den Gesundheitsämtern nicht doch eine Aufgabe übertragen wird. Da die Schädlingsbekämpfungsverordnung auf dem Bundesseuchengesetz fußt, wurde oftmals die Zuständigkeit nach IfSG durch die Zuständigkeitsregelung im HGöGD bei den Gesundheitsämtern gesehen.

§ 5 Zusammenarbeit und Aufgabenübertragung

Ein Landkreis schlägt vor, dass Wort „Alarmplan“ durch „Kommunaler Pandemieplan“ zu ersetzen.

Bei den Krankenhäusern sollte der Begriff „Alarmplan“ durch „Krankeneinsatzplan (KHEP)“ ersetzt werden (Begriff nach dem Hessischen Krankenhausgesetz).

Der Hinweis „angemessene Schutzkleidung zu bevorraten“ ist zu ungenau: Für wen und in welchem Umfang soll die Schutzkleidung bevorratet werden? Für die Bevölkerung? Mit oder ohne Krankenhäuser, Arztpraxen, etc.? Dies sollte näher beschrieben werden. Es wird eine Regelung vorgeschlagen, dass auf Kreisebene die dort vorhandenen Strukturen zu nutzen sind (Gefahrenabwehr und Gesundheitsamt oder ähnliches).

§ 6 Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

Der neue Absatz 3 ist sicherlich sinnvoll, kann jedoch ohne Erweiterung des Stellenschlüssels, hier insbesondere des ärztlichen Stellenschlüssels, nicht umgesetzt werden. Die Durchführung von Impfungen ist teilweise zeitintensiv und bedarf immer der Begleitung durch einen Arzt und eine Arzthelferin.

§ 7 Prävention und Gesundheitsförderung

Absatz 3

Die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes ist der Kernaufgaben der Gesundheitsämter und sollte, wie alle anderen großen Aufgaben (z.B. Kinder und Jugendgesundheit § 10), in einem eigenen Paragraphen beschrieben werden. Es ist nicht angemessen diese Aufgabe unter der Überschrift „Prävention und Gesundheitsförderung“ zu behandeln.

Absatz 8 und 9:

In den neu gefassten Formulierungen des § 7 Abs. 8 und 9 wird die verstärkte Zusammenarbeit in Form einer Netzwerkbildung in den Kommunen in Form der Gesundheitskonferenzen angesprochen. Um auch dem Anspruch des neu gefassten HGÖGD gerecht zu werden, einer Schaffung von verbindlichen Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen, bedarf es eines verbindlichen Sitzes und Stimmrechtes der jeweiligen Gesundheitsämter in den Gesundheitskonferenzen, die sich nach den Versorgungsregionen aus mehreren Landkreisen, bzw. auch kreisfreien Städten jeweils zusammensetzen.

Ohne eine verbindliche Teilnahme des jeweils verantwortlichen Gesundheitsamtes in dieser Gesundheitskonferenz lässt sich eine Beeinflussung der Versorgungsstrukturen nur schwer umsetzen.

Deswegen die Empfehlung die jeweiligen Vertreter der Gesundheitsämter in den Gesundheitskonferenzen verbindlich als Teilnehmer zu etablieren.

§ 9 Hygienische Überwachung von Einrichtungen

Hier sollte auf das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in seiner jeweils aktuellen Fassung verwiesen werden. Da das IfSG im Rahmen der aktuellen Covid-Pandemie sehr häufig geändert wurde, wäre ansonsten immer eine Änderung des HGÖGDs für diesen Paragraph erforderlich.

Wir regen ferner an, eine Klarstellung dahingehend einzufügen, was mit der Überwachung verwaltungstechnisch gemeint ist, insbesondere ob immer auch die notwendigen Anordnungen zu treffen sind oder (vorrangig) eine Abgabe an andere Stellen erfolgen sollen. Zur Verdeutlichung: Werden z.B. Hygienemängel in einem Pflegeheim festgestellt, zu denen nicht unmittelbar nach dem IfSG eine Verfügung erfasst werden kann, ist unklar, ob eine Anordnung nach § 9 HGöGD ergehen kann oder eine Abgabe an die Pflegeaufsicht zur weiteren Bearbeitung nach § 15 HGBP erfolgen muss.

§ 10 Kinder- und Jugendgesundheit

Die Änderung des Terminus Einschulungs-Untersuchung in Maßnahmen der Schulgesundheitspflege wird befürwortet. Dieser Begriff umfasst und verdeutlicht vielmehr die Aufgaben des Jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes.

Absatz 2:

Die Einfügung des Absatzes 2 wird vollumfänglich begrüßt.

Insbesondere der Begriff „bei allen Kinder sind ...“ zeigt auf, dass die Einschulungs-Untersuchungen durchzuführen sind und keine Manövriermasse sind. Auch die Nutzung der erhobenen Impfdaten für andere Bereiche des Infektionsschutzes ist mehr als überfällig.

So kann z. B. bei Auftreten einer Maserninfektion innerhalb von Stunden festgestellt werden, welche Kinder ausreichend wegen Masern geimpft wurden. Diese Kinder müssen dann nicht vom Schulbesuch freigestellt werden.

Absatz 3:

Ist ebenfalls sinnvoll und notwendig.

Absatz 4:

Bei Absatz 4 wird in der Änderungsfassung auf die Verordnung über die Zulassung und die Ausgestaltung von Untersuchungen und Maßnahmen der Schulgesundheitspflege vom 19. Juni 2015 verwiesen. Auch hier sollte der Querverweis allgemein gehalten werden. Hierdurch können sich Änderungen des HGÖGDs erspart werden.

Absatz 7:

Alle Maßnahmen des Kinderschutzes, sei es in infektiologischer, psychischer oder auch sozialer Hinsicht, werden befürwortet.

§ 11 Zahngesundheit

Die Implementierung einer statistischen Erfassung über die Zahngesundheit von Schülerinnen und Schülern ist dringend erforderlich. Dadurch können Tendenzen erkannt und in Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Krankenkassen (§ 21 SGB V) allgemeine Maßnahmen ergriffen werden. Eine spätere, massive Schädigung des Gebisses und der damit verbunden psychosozialen, aber auch gesundheitlichen Folgen können so verhindert werden.

§ 12 Maßnahmen im Rahmen der Berufsaufsicht, Anzeigepflicht

Die Formulierung „Niederlassung“ ist zu unpräzise. Auch bedarf es einer konkreteren Bestimmung, wer Angehörige eines Berufes des Gesundheitswesens im Anstellungsverhältnis melden muss. Es bedarf unbedingt einer konkreteren Bestimmung. Nur hierdurch ist sichergestellt, dass das Gesundheitsamt erfasst, wer was im Kreis ausübt.

Ein Landkreis schlägt vor, dass Fachberufe nicht in einem Atemzug mit dem Heilpraktiker-Gesetz genannt werden sollten. Hier wäre eine Trennung zwischen Fachberufen und Heilpraktiker innerhalb des Gesetzes vorzunehmen. Die Heilpraktiker sollten daher einen eigenen Absatz erhalten. Auch hier sollte nicht direkt auf ein entsprechendes Gesetz verwiesen werden.

§ 13 Gesundheitsberichtserstattung, Epidemiologie

Leider scheint § 13 HGöGD unverändert beibehalten zu werden. Der Paragraph hat sich in der Praxis nicht bewährt und bedarf dringend der Überarbeitung. So liest sich der Paragraph, als müssten die Gesundheitsämter alle für die Gesundheitsberichterstattung (GBE) erhobenen Daten an das HLPUG übersenden (dies ist nicht Praxis, aber dies kann so gelesen werden). Die LAG GBE hatte schon einen ausführlicheren Vorschlag erarbeitet, aber auch andere Bundesländer haben leichter bzw. klarer zu handhabende Formulierungen.

Positiv ist die Aufnahme von Definitionen in die Begründung, auch wenn diese lieber im Gesetz gesehen worden wären.

Im § 13 könnte jedoch ergänzt werden, wie die jeweilige Gesundheitsberichterstattung qualitativ durchzuführen ist. Hier wären ebenso Mindestkriterien und Items festzulegen, um eine landesweite einheitliche Gesundheitsberichterstattung zu ermöglichen. Auch die Ausgestaltung einer zukünftigen Digitalisierung, bzw. einheitlicher Software, würde eine derartige Festlegung zugutekommen, da die jeweiligen Softwareentwickler sich auf diese Mindeststandards entsprechend einstellen könnten. Alternativ könnte dies auch im Rahmen des Erlasses einer Rechtsverordnung gemäß § 22 HGöGD in Zukunft erfolgen.

Im HGöGD sollte die Möglichkeit für die Gesundheitsämter festgeschrieben werden, die Gesundheitsdaten aus der e-Gesundheitskarte bzw. e-Gesundheitsakte auszulesen. Gerade die Daten die in Zukunft auf der e-Gesundheitskarte hinterlegt sein werden, beispielsweise die Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten beim niedergelassenen Arzt, bzw. der durchgeführten Impfungen (sowohl im Kindes- als auch im Erwachsenenalter), sollten dem Gesundheitsamt zugänglich gemacht werden.

§ 15 Aufgaben des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen

Ein Landkreis sieht die Aufnahme des „Klima“ kritisch, da der Begriff „Umwelt“ immer auch das Klima beinhaltet. Ansonsten müssten auch andere wichtige Bereiche (z. B. Wasserschutz) mit eingefügt werden.

§ 17 Befugnisse

Hier zeigt sich wieder das Problem des Explizit-Verweises auf ein Gesetz inklusive Datum und Fundstelle.

§ 18 Datenschutz

Im neu gefassten § 18 wird dem öffentlichen Gesundheitsdienst der Zugang zu den Daten der jeweiligen Schulklassenzugehörigkeit vereinfacht. Neben diesem leichteren Zugang der jeweiligen Daten der Schülerinnen und Schüler wäre es auch zukünftig sinnvoll je eine Verbindung zu dem derzeit eingeführten Modell der Schulgesundheitsfachkräfte in den Schulen bereits mit zu etablieren. Aus fachlicher Sicht ist es für einen zukünftigen Erfolg der Arbeit der Schulgesundheitspflegekräfte eine direkte Kommunikationsmöglichkeit zwischen dem Schulärztlichen Dienst und den zurzeit noch auf der Ebene der jeweiligen staatlichen Schulämter und der angesiedelten Schulgesundheitsfachkräfte zu gewährleisten. Mittelfristig wäre hier eine direkte Zusammenarbeit zwischen Schulärztlichen Dienst, Schulzahnärztlichen Dienst, Schulsozialarbeiter, als auch Schulgesundheitsfachkräfte für die jeweiligen Schulen sehr sinnvoll, um die gesundheitlichen Belange der Schülerinnen und Schüler der verschiedensten Altersgruppen gerecht werden zu können.

Da dies voraussichtlich nicht mehr abschließend in das Gesetzgebungsverfahren eingebunden werden kann, wäre es auf jeden Fall sinnvoll dies für die Evaluation, die in drei Jahren erfolgen soll, mit zu berücksichtigen. Ggf. wäre auch die Ansiedlung der Schulgesundheitsfachkräfte unter dem Dach des Gesundheitsamtes in fachlicher Hinsicht hier die langfristig zukunftsweisende Organisation.

§ 22a Eilverkündung

Die Durchführung von Eilverkündigungen auf elektronischer Basis mit nachfolgender Verkündung in Schriftform ist aufgrund der Ereignisse in der letzten Zeit sinnvoll und sollte genutzt werden.

§ 23 Aufhebung von Rechtsvorschriften

Ob weiterhin ausgeführt werden muss, dass das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 03. Juli 1934 aufgehoben werden muss, ist der Redaktion vorbehalten. Fast 90 Jahre nach Verkündung dieses Gesetzes noch hierzu zu rekurrieren erscheint nicht zielführend. Gleiches gilt für die Durchführungsverordnungen.

§ 24 Inkrafttreten, Außerkrafttreten

Die Befristung des Gesetzes auf 3 Jahre wird ausdrücklich begrüßt.

Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. Jan Hilligardt
Geschäftsführender Direktor

Von: [Wurtz, Anja](#) im Auftrag von [Buero Landrat](#)
An: [Sadkowiak, Maximilian \(HLT\)](#); [Bartl, Andrea \(HLT\)](#)
Cc: [Buero Stolz](#)
Betreff: Einladung öffentliche mündliche Anhörung im Hessischen Landtag am 19.11 zu einem Gesetzentwurf zum ÖGD
Datum: Freitag, 5. November 2021 12:20:47
Dringlichkeit: Hoch

Sehr geehrte Damen und Herren,

der aktuelle Gesetzentwurf zum Dritten Gesetz zur Änderung des HGöGD wird unsererseits begrüßt, ausdrücklich auch die verkürzte Verlängerungszeitspanne, um der Dynamik der sich verändernden Umstände besser gerecht werden zu können.

Der Gesetzentwurf macht gegenüber dem aktuell gültigen Gesetz klarer und differenzierter deutlich, welche komplexe und steuernde Rolle der Öffentliche Gesundheitsdienst für die Bevölkerungsgesundheit einnimmt und einnehmen soll und unterstreicht somit den ihm zuerkannten hohen Stellenwert für die Gewinnung von gesunder Lebensqualität und von Lebenszeit für unsere Bevölkerung. Ziele wurden dem GMK-Beschluss 2018 / dem „Leitbild für einen modernen öffentlichen Gesundheitsdienst“ angepasst.

Die im Gesetz formulierten und in der Begründung hierzu weiter erläuterten Notwendigkeiten und Ziele verfolgen zu Recht einen hohen Anspruch.

Als Aufgaben der Gesundheitsämter ergeben sich unter anderem:

- Integrierte Gesundheitsstrategien zu entwickeln, umzusetzen und zu evaluieren
- Eine hochwertige Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln und umzusetzen
- Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden zu untersuchen
- Gesundheitsförderung, Prävention und Versorgung zu koordinieren und zu evaluieren
- Konzepte einer verbesserten Daseinsvorsorge, insbesondere für besonders förder- und schutzbedürftige Personengruppen mit zu entwickeln und zu implementieren
- Konzepte der verbesserten Gewaltprävention mit zu entwickeln und zu implementieren
- Konzepte des verbesserten Kinder- und Jugendschutzes mit zu entwickeln und zu implementieren

Diese Aufgaben und Ziele, wie auch alle sonstigen Aufgaben der Gesundheitsämter, müssen jedoch auch mittels der vorhandenen oder zu schaffender Voraussetzungen praktisch mit Leben gefüllt und wirksam gemacht werden können. Ohne ausreichendes und angemessen qualifiziertes Personal und die notwendigen finanziellen Mittel werden die Gesundheitsämter die ihnen zugedachte Rolle nicht übernehmen können.

Für die Übernahme und Erweiterung von Steuerungsfunktionen in einer kooperativen Netzwerksarbeit der Gesundheitsämter, erscheint zudem die Präzisierung der Befugnisse der Gesundheitsämter gegenüber den anderen beteiligten Akteurinnen und Akteuren sinnvoll.

Die Pandemie hat mit dazu geführt, dass sich der Öffentliche Gesundheitsdienst in einer großen Um- und Aufbruchphase befindet. Aus laufenden Erkenntnissen resultierte die überregional auf den fachlichen und den politischen Ebenen getragene Entscheidung, dass der ÖGD gestärkt werden müsse, der „Pakt für den ÖGD“ wurde beschlossen. Dies ist als erster Schritt gut.

Unter Würdigung der im Entwurf des HGöGD formulierten Aufgaben und Ziele erscheinen jedoch der gesetzte hohe Anspruch und die in den Gebietskörperschaften -mit den bestehenden Gestaltungsmöglichkeiten der Gesundheitsämter / des ÖGD und auch mit dem ersten Schritt der Umsetzung des „Paktes für den ÖGD“- realisierbaren Rahmenbedingungen aus Fachpersonal und Mitteln noch nicht kongruent.

Dies ist ein grundsätzliches Problem von überregionaler Dimension, denn die Verwirklichung der als notwendig erkannten und gesetzlich festgeschriebenen Aufgaben und Ziele dürfen nicht bereits konzeptionell eine defizitäre Umsetzung erwarten lassen. Es bedarf diesbezüglich begleitender Lösungskonzepte auf Landesebene. Eine strategische Neuausrichtung und Höherbewertung bevölkerungsmedizinischer Themen muss vom Land bereits mit Verabschiedung des Gesetzes perspektivisch die Option einer realistischen Umsetzbarkeit durch angemessene Unterstützung eröffnen.

Mit freundlichen Grüßen

Christian Engelhardt
Landrat

*Kreis Bergstraße
Gräffstraße 5
64646 Heppenheim*

*Tel. 06252/15-5349
Fax. 06252/15-5250
buero.landrat@kreis-bergstrasse.de*

www.kreis-bergstrasse.de

Falls Sie diese vertrauliche e-Mail irrtümlich erhalten, informieren Sie bitte umgehend den Absender.
Bitte vernichten Sie diese e-Mail. Unbefugte Weitergabe ist nicht gestattet.

Stellungnahme der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. zum Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Drs. 20/6335

Wir bedanken uns für die Übersendung des o. g. Gesetzentwurfes und für die Möglichkeit der Stellungnahme. Die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE) ist eine landesweit arbeitende Vereinigung, die Akteure aus allen Bereichen und Arbeitsfeldern der Gesundheitsförderung und Prävention vernetzt sowie Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Prävention anstößt und verbindet. Die HAGE versteht sich als Brückeninstanz zwischen Praxis, Wissenschaft und Politik und setzt sich dafür ein, Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe in allen politischen und gesellschaftlichen Handlungsfeldern zu verankern. Unser Ziel dabei ist, die Gesundheit der hessischen Bevölkerung zu verbessern und gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen. Die HAGE zählt aktuell 60 institutionelle Mitglieder, darunter neben mehreren Landesministerien, viele Akteure aus dem Gesundheits- und Sozialbereich sowie zahlreiche Gesundheitsämter. Als Fachvereinigung für Gesundheitsförderung und Prävention fokussieren wir uns im Folgenden insbesondere auf die diesbezüglichen Aspekte des Gesetzes.

Allgemeine Anmerkung

Als Landesvereinigung für Gesundheitsförderung begrüßen wir die Zielsetzung des vorliegenden Gesetzesentwurfes, den ÖGD zu modernisieren und insbesondere seine steuernden und koordinierenden Aufgaben zu stärken. Im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention existieren auf Landes- und kommunaler Ebene in der Regel bereits viele Ansätze und Maßnahmen, die zumeist jedoch wenig bis gar nicht aufeinander abgestimmt und meist nicht an den konkreten Bedarfen der lokalen Bevölkerung orientiert sind. Dadurch ergeben sich zum einen zahlreiche Ineffizienzen. Zum anderen werden viele Bedarfe, insbesondere die von vulnerablen Bevölkerungsgruppen, nicht ausreichend adressiert. Vor diesem Hintergrund ist die Entwicklung einer kommunalen Gesundheitsstrategie, wie sie der vorliegende Gesetzentwurf vorsieht, ein notwendiges Instrument zur Koordinierung und Steuerung der Gesundheitsförderung und Prävention und als solches nachdrücklich zu befürworten.

Anmerkungen zu den einzelnen Inhalten des Gesetzentwurfes

Zu §1 Ziele und Kernaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

§ 1 (1) widmet sich den **Zielen** des ÖGD und bleibt durch den vorliegenden Gesetzentwurf unverändert. Aus normativer Sicht wäre es wünschenswert, die Zielsetzung des ÖGD um die Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit zu ergänzen. Gesundheit und Krankheit sind in Deutschland weiterhin sehr ungleich verteilt, was sich unter anderem an einer deutlich kürzeren Lebenserwartung von Menschen mit niedrigem sozioökonomischen Status zeigt. Gesundheitliche Ungleichheiten werden vom HGÖGD bislang nur vereinzelt adressiert, obwohl sie für alle Handlungsfelder des ÖGD von Relevanz sind. Eine Ergänzung des § 1 um das Ziel der Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit würde deutlich machen, dass dies ein Querschnittsziel ist, das für alle Bereiche des ÖGDs gilt. Auch im „Leitbild für einen modernen Öffentlichen Gesundheitsdienst“ sind beide Ziele, gesundheitliche Chancengleichheit und bestmögliche Gesundheit für alle, verankert.

§ 1 (2): Gesundheitsförderung und Prävention waren von Beginn an als **Aufgaben des ÖGD** im hessischen Gesundheitsdienstgesetz von 2007 definiert. Mit den vorliegenden Änderungen werden Gesundheitsförderung und Prävention noch einmal explizit als Kernaufgaben des ÖGD benannt, was aus unserer Sicht sinnvoll ist und der gestiegenen Bedeutung der Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesellschaft Rechnung trägt.

Zu § 7 Prävention und Gesundheitsförderung

§ 7 (1): Die Ersetzung des Verbs „aufklären“ durch „informieren und beraten“ ist Ausdruck für ein modernes Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention, das Menschen als selbständige Subjekte wahrnimmt. Die Änderung ist daher aus unserer Sicht zu begrüßen.

Der neue **§ 7 (2)** stellt klar, dass gesundheitliche Versorgung Bestandteil der kommunalen Daseinsvorsorge ist und es deshalb Aufgabe der Gesundheitsämter ist, insbesondere für die Bevölkerungsgruppen, die keinen bzw. nur eingeschränkt Zugang zum Versorgungssystem haben, eine Versorgung zu ermöglichen. Aus unserer Sicht ist zu begrüßen, dass das Gesetz nun auch explizit Vorsorgemaßnahmen als Leistungen, die von den Gesundheitsämtern für vulnerable Bevölkerungsgruppen erbracht werden können, benennt.

Der **§ 7 (4)** bleibt im vorliegenden Gesetzesentwurf ohne Änderung. Aus unserer Sicht sollte hier ein Bezug zur kommunalen Gesundheitsstrategie hergestellt werden: Die im Absatz genannten Stellen bzw. Akteure sollten in die Entwicklung der Gesundheitsstrategie einbezogen und die präventiven und gesundheitsförderlichen Angebote und Maßnahmen gemeinsam im Hinblick auf die im Zuge der Strategie entwickelten Ziele und identifizierten Bedarfe überprüft, angepasst und abgestimmt werden. Grundlegend besteht bei der Koordinierung der Gesundheitsförderung und Prävention das Problem, dass der ÖGD gegenüber den meisten Akteuren keine Weisungsbefugnis besitzt und deshalb lediglich, wie im Gesetz beschrieben, auf die Bereitstellung von Angeboten „hinwirken“ kann. Durch die partizipative und transparente Gestaltung des Prozesses kann die Bereitschaft zur Kooperation jedoch erhöht werden.

Aus unserer Sicht ist es notwendig, die **Aufgabenbeschreibung des ÖGD im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu erweitern**. Gesundheitsförderung und Prävention sind kommunale Querschnittsaufgaben, die nicht alleine durch den ÖGD verfolgt werden können. Der ÖGD muss zur Erreichung der unter § 1 (1) genannten Ziele auch innerhalb der Kommunalverwaltung eng mit anderen Stellen und Fachabteilungen, wie z. B. der Stadtplanung, Umweltamt, Kinder- und Jugendhilfe zusammenarbeiten und dabei gesundheitliche Belange im Sinne der Ottawa-Charta anwaltschaftlich einbringen und vertreten. Der neue § 5a verweist zwar allgemein auf die zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des ÖGD in allen gesundheitlichen Belangen, er bezieht sich jedoch nicht auf Behörden und Stellen außerhalb des Gesundheitsbereichs.

In § 7 werden bislang die **bestehenden Landesstrukturen der Gesundheitsförderung und Prävention** nicht berücksichtigt. Mit dem Präventionsgesetz wurden die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen verpflichtet, mit den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und mit den zuständigen Länderministerien eine gemeinsame Landesrahmenvereinbarung (LRV) zu schließen. In der LRV sollen im Hinblick auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten und die betriebliche Gesundheitsförderung u. a. gemeinsam und einheitlich zu verfolgenden Ziele und Handlungsfelder definiert und die Leistungen zwischen den Partnern koordiniert werden (§ 20f SGB V). Die vor kurzem konsolidierte

Fassung der LRV Hessen nennt ausdrücklich, dass die Partner der LRV eine Zusammenarbeit mit dem ÖGD anstreben (§ 3 (3) LRV Hessen 2021). Eine entsprechende Zusammenarbeit sollte im HGÖGD aufgegriffen und als Aufgabe des ÖGD explizit benannt werden. In diesem Zusammenhang wäre es zudem sinnvoll, die Aufgaben des ÖGD in Bezug auf die Gesundheitsförderung und Prävention in Lebenswelten näher zu definieren.

Zu § 13 Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie

Die Gesetzesbegründung hebt hervor, dass die Ergebnisse der Gesundheitsberichterstattung (GBE) die Grundlage für die Gesundheitsstrategien bilden (S. 10). Bislang sind jedoch nur wenige Gesundheitsämter in Hessen in der Lage Gesundheitsberichte zu erstellen, die als Grundlage für eine umfassende Gesundheitsstrategie dienen können. Dies liegt zum einen am Fehlen personeller Ressourcen, zum anderen am Fehlen entsprechender Datengrundlagen. Durch den Aufbau einer Landes-GBE und die Bereitstellung entsprechender Daten könnten die Gesundheitsämter bei der Erstellung der kommunalen GBE unterstützt werden. In Hessen existiert mit dem Gesundheitsdatenpool, der im Rahmen des Gesundheitspaktes 3.0 entwickelt wurde, bereits ein Prototyp für eine entsprechende Datenbank die hierfür genutzt werden könnte. Der Vorteil einer solchen geodatenbasierten Anwendung ist die Integration verschiedenster Daten (z. B. Sozialdaten, Umweltdaten), wodurch eine umfassende Darstellung gesundheitlicher Belastungsfaktoren und die Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren ermöglicht wird. Die Notwendigkeit einer Stärkung der GBE als Grundlage der Gesundheitsplanung, insbesondere auch für Krisen, wird auch im Bericht des Beirats zur Beratung zukunftsfähiger Strukturen im Öffentlichen Gesundheitsdienst in Umsetzung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (S. 11) hervorgehoben.

Anmerkungen zur Struktur

Die Neuordnung der Kernaufgaben des ÖGD in § 1 (2) führt insgesamt zu mehr Übersichtlichkeit. Die Subsumtion der Gesundheitsstrategie unter die Gesundheitsförderung und Prävention steht aus unserer Sicht im Widerspruch zu ihrer Definition und führt im Verlauf des Gesetzes insbesondere in § 7 zu größeren Inkonsistenzen. Gemäß der Gesetzesbegründung (S. 10) handelt es sich bei Gesundheitsstrategien um „das Ergebnis eines langfristig angelegten interdisziplinären und partizipativen Prozesses, durch den die Handlungsfelder Gesundheitsförderung und Prävention sowie Versorgung gesteuert und koordiniert werden.“ Gesundheitsstrategien beziehen sich demnach nicht nur auf Gesundheitsförderung und Prävention, sondern auch auf weitere Bereiche der Versorgung. Sie sind ein Instrument zur Planung und Koordinierung kommunaler Gesundheitsförderung und Prävention sowie Versorgung. Wir regen deshalb an, entweder einen eigenen, neuen Paragraphen zur Gesundheitsstrategie bzw. den Koordinierungsaufgaben des ÖGD einzufügen, und dort alle koordinierungs- und steuerungsbezogenen Regelungen zusammenzuführen (insbesondere § 7 Absatz 8 und 9). In diesem Paragraphen könnte dann auch eine ausführlichere Darstellung der Ziele, Inhalte und Prozesse der Gesundheitsstrategien erfolgen. Der aktuelle Gesetzentwurf geht hierauf nicht ein. Eine andere Möglichkeit die o. g. Inkonsistenzen aufzulösen wäre, zwischen Gesundheits- und Versorgungsstrategien zu differenzieren. Gerade auf kommunaler Ebene macht es aus unserer Sicht jedoch Sinn, integrierte Strategien zu verfolgen, weil nur so die Angebote miteinander verschränkt und die Bedürfnisse der Bürgerinnen und Bürger ganzheitlich adressiert werden können.

Der vorliegende Gesetzesentwurf beschränkt sich auf kurzfristig umsetzbare und punktuelle Änderungen. Eine umfassende Überarbeitung des HGÖGD soll in den kommenden Jahren nach einer grundlegenden Analyse der Maßnahmen zur Bewältigung der Corona-Pandemie erfolgen. Gerne ist die HAGE bereit in diesem Prozess mitzuwirken und die Perspektive der Gesundheitsförderung einzubringen.



Marburger Bund – Wildunger Str. 10 a – 60487 Frankfurt

An den
Hessischen Landtag
Herrn Sadkowiak

Wa/br

0 69 / 76 80 01-0
wagner@mbhessen.de

8. November 2021

Per E-Mail an: m.sadkowiak@ltg.hessen.de
und a.bartl@ltg.hessen.de

Sehr geehrter Herr Sadkowiak,

vielen Dank für die Möglichkeit der Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein Drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst – Drucks. 20/6335 –.

Der Marburger Bund, Landesverband Hessen e.V. unterstützt und teilt vollumfänglich die Inhalte der Stellungnahme des Landesverbandes der Ärzte und Zahnärzte im ÖGD zu diesem Gesetzentwurf.

Ergänzend möchten wir noch zu den Ausführungen zu § 3 Abs. 1 des Gesetzesentwurfs anmerken, dass eine Konkretisierung insbesondere hinsichtlich des geforderten ärztlichen und zahnärztlichen Personals fehlt. Hier wären Parameter für die Festlegung von ärztlichen und zahnärztlichen Personalgrößen geboten. Wie nötig dies ist, zeigt der beigefügte - von mehr als 120 hessischen Ärztinnen und Ärzten aus Gesundheitsämtern unterschriebene und an den Hessischen Landkreistag und den Kommunalen Arbeitgeberverband Hessen gerichtete – so genannte „Brandbrief“ vom November 2020. Die Ärztinnen und Ärzte machen darin sehr deutlich, dass vor allem Fachärztinnen und Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen/ Ärztinnen und Ärzte mit Expertise und Berufserfahrung im Infektionsschutz, aber auch Gesundheitsaufseher/ Hygienekontrolleure fehlen. Verbindliche Vorgaben zu Personalgrößen wären hier ein erster wichtiger Schritt, diesen Mangel zu beheben.

Mit freundlichen Grüßen
MARBURGER BUND HESSEN e.V.


Andreas Wagner
Geschäftsführer
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Anlagen

Brandbrief der Ärztinnen und Ärzte in hessischen Gesundheitsämtern an den Hessischen Landkreistag und den Kommunalen Arbeitgeberverband Hessen (versandt am 11. November 2020)

“So wird der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst ein Milliardengrab”

Brandbrief der Ärztinnen und Ärzte in hessischen Gesundheitsämtern (ÖGD) an den Hessischen Landkreistag und den Kommunalen Arbeitgeberverband Hessen (KAV Hessen)

Viel Beachtung findet der kürzlich präsentierte „Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst“. Neben dringend erforderlichen Finanzmitteln für die Digitalisierung unserer Ämter sieht die Vereinbarung insgesamt 3 Milliarden Euro auch zur Einstellung von Personal, insbesondere von Ärztinnen und Ärzten in Gesundheitsämtern vor.

Während Bund und Länder hier ihren Verpflichtungen nachgekommen sind und die Bedeutung und Verantwortung der Gesundheitsämter erkannt haben, gefährdet die „kommunale Familie“ nicht nur den Erfolg dieses Pakts, sondern die öffentliche Gesundheitsversorgung in Deutschland insgesamt.

Namentlich der Deutsche Landkreistag (DLT) und die Vereinigung kommunaler Arbeitgeberverbände (VKA) als ihre Dachverbände gefährden mit ihrer Verbandsideologie die personelle Zukunft in den Gesundheitsämtern.

Schon jetzt **fehlen** den hessischen Gesundheitsämtern Fachpersonal u.a. im Infektionsschutz: vor allem Fachärztinnen und Fachärzte für öffentliches Gesundheitswesen/ Ärztinnen und Ärzte mit Expertise und Berufserfahrung im Infektionsschutz und Gesundheitsaufseher/ Hygienekontrolleure. Auf Grund der Altersstruktur müssen in ganz Deutschland in den nächsten 10 – 15 Jahren 70 % der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD ersetzt werden.

Schon vor der Corona-Pandemie konnten wir gesetzliche Pflichtaufgaben in der Hygieneüberwachung, z.B. Hygieneüberwachung in Krankenhäusern, Arztpraxen, Altenpflegeheimen) nicht im gesetzlich geforderten Umfang erfüllen – einfach aus dem Grund, dass wir dazu **personell nicht in der Lage** waren. Die Pandemie hat diese Situation noch deutlich verschärft.

Nur mit fachlich ausreichend geschultem Personal werden wir in der Lage sein, unsere vielfältigen Aufgaben auch präventivmedizinisch sachgerecht zu erfüllen. **Mangelverwaltung** kann nicht durch ungelernete und fachfremde Kräfte – wie jetzt in der Pandemie durchgeführt – kaschiert werden.

Aber wie sollen tausende Arztstellen in den Gesundheitsämtern besetzt werden, wie sollen ärztliche Kolleginnen und Kollegen aus dem stationären Bereich gewonnen werden,

- bei Aussagen von Ihnen wie wir seien “gefordert aber nicht überfordert” und das trotz tausender Überstunden und besonderen Engagements in Nächten und an Wochenenden,
- bei herabwürdigenden Aussagen, Ärztinnen und Ärzte in Gesundheitsämtern seien nur “Aktenärzte”, also “Ärzte zweiter Klasse”,
- wenn sie in den Gesundheitsämtern rund 1.500 Euro monatlich weniger verdienen,
- wenn unsere Arbeitsbedingungen von fachfremden Gewerkschaften ohne nötige ärztliche Expertise verhandelt werden,
- wenn kein arzt spezifischer Tarifvertrag durch eine Arztgewerkschaft verhandelt wird?

Bitte handeln Sie endlich! Sonst wird der Pakt für den ÖGD zum Milliardengrab und Sie setzen die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung aufs Spiel, denn:

Wir sind als Gesundheitsämter in Hessen auch für die infektiologischen Herausforderungen der kommenden Jahre und Jahrzehnte, die wir leider erwarten müssen, nicht ausreichend gut aufgestellt.

Die kommunalen Arbeitgeber haben sich im Mai 2019 (!) vertraglich dazu verpflichtet, mit dem Marburger Bund einen arzt-spezifischen Tarifvertrag für den ÖGD zu verhandeln. Beenden Sie Ihren Wortbruch, stehen Sie endlich zu Ihrer Verhandlungspflicht. Tarifverträge mit Gewerkschaften, die keine Legitimation haben, für uns zu verhandeln, lehnen wir ab.

Hessischer Städtetag · Frankfurter Straße 2 · 65189 Wiesbaden

Hessischer Landtag
Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss
Herrn Vorsitzenden Moritz Promny
Schlossplatz 1-3
65183 Wiesbaden

Öffentliche mündliche Anhörung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses des Hessischen Landtags zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung für ein drittes Gesetz zur Änderung des Hessischen Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD)

Sehr geehrter Promny,

wir bedanken uns für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Eine Befragung hat ergeben, dass unserer Mitglieder keine grundlegenden Bedenken gegen die vorgesehenen Änderungen haben.

Jedoch stellen wir allgemein fest, dass mit dem vorgelegten Gesetzentwurf der Aufgabenkatalog der Gesundheitsämter an verschiedenen Stellen ausgeweitet werden soll. Zusätzliche Aufgaben sind nur mit zusätzlichem Personal zu bewältigen, was sich in Zeiten des steigenden Fachkräftemangels schwierig gestaltet. Für genuine Versorgungsaufgaben sehen wir auch zukünftig die Vertragsärzte und Vertragsärztinnen der Kassenärztlichen Vereinigung zuständig.

Ihre Nachricht vom:
06.10.2021

Ihr Zeichen:
I 2.11

Unser Zeichen:
500.0 Wk/Hö

Durchwahl:
0611/1702-21

E-Mail:
wokittel@hess-staedtetag.de

Datum:
09.11.2021

Stellungnahme Nr.:
109-2021

Verband der kreisfreien und
kreisangehörigen Städte im
Lande Hessen

Frankfurter Straße 2
65189 Wiesbaden

Telefon: 0611/1702-0
Telefax: 0611/1702-17

posteingang@hess-staedtetag.de
www.hess-staedtetag.de

Nassauische Sparkasse Wiesbaden
BIC: NASSDE55
IBAN: DE79 5105 0015 0100 0727 77

Auch bedeuten neue Aufgaben zusätzliche Belastungen der Kommunen.

Wir sehen den Gesetzgeber gefordert, die Finanzierung zusätzlicher Aufgaben der Gesundheitsämter nachhaltig sicherzustellen.

Darüber hinaus wurden im Rahmen der Regierungsanhörung und nun auch der Landtagsanhörung Anmerkungen aus der Mitgliedschaft an uns herangetragen, die wir im Einzelnen an Sie weiterreichen möchten.

§ 5 Abs. 3 Satz 1 HGöGD

Bevorratung von Schutzmaterialien durch die Gesundheitsämter

Wir raten dringend eine klarere Formulierung des Gesetzestextes an. Nicht nur aus der Gesetzesbegründung, sondern aus dem Gesetzestext selbst muss hervorgehen, dass Schutzmaterialien allein für das Personal der Gesundheitsämter vorzuhalten ist.

Auch mit Blick auf die Verpflichtung der koordinierenden Krankenhäuser zur Bevorratung von Schutzausrüstung in den sechs Versorgungsgebieten müssen Überschneidungen und Doppelstrukturen vermieden werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn sich neben dem öDG auch die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft befinden. Da die Lagerbestände regelmäßig umgeschlagen werden müssen, um Verfallsdaten zu berücksichtigen, wäre eine Koordinierung der Bestände sinnvoll und wirtschaftlicher. Daher wird von einer kreisfreien Stadt vorgeschlagen, den Gesundheitsämtern die Möglichkeit einer Kooperation und der Bündelung der Bestände zu ermöglichen. Die nach § 5a neu geregelte Zusammenarbeit der Gesundheitsämter untereinander würde hier zu kurz greifen.

Schaffung präventiver Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien auf lokaler Ebene

Unklar bleibt, was unter präventiven lokalen Strukturen zur Bewältigung von Epidemien und Pandemien zu verstehen sein soll. Hier ist eine Klarstellung oder Konkretisierung erforderlich.

Aus der Mitgliedschaft wird uns rückgespiegelt, dass mit dieser neuen Aufgabe der Gesundheitsämter ein finanzieller und personeller Aufwand einhergehen wird. Hier muss sich das Land erklären, wie es eine Finanzierung sichern will.

§ 5a Abs. 2 HGöGD n. F.

Zusammenarbeit des öGD u. a. mit anderen Stellen

Der neu einzuführende § 5a Abs. 2 HGöGD sieht vor, dass der öGD bei der Zusammenarbeit mit anderen Behörden und Stellen, die Leistungen zur gesundheitlichen Versorgung erbringen oder gesundheitliche Interessen vertreten, eine steuernde und koordinierende Funktion in allen gesundheitlichen Fragen übernehmen soll. Dies ist inhaltlich und fachlich gewiss gerechtfertigt, es stellt sich allerdings die Frage, ob und ggf. welche Auswirkungen dies auf bereits laufende Kooperationen haben würde, etwa aktuell im Rahmen der Impfallianz. Das Verhältnis etwa zur Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erscheint insofern nicht geklärt. Hier fehlt es in gewisser Weise an der Vorsorge für ggf. erforderliche Übergänge in laufenden Prozessen.

§ 6 Abs. 3 HGöGD n. F.

Durchführung von Impfungen durch die Gesundheitsämter

Die inhaltliche Straffung des § 6 Abs. 2 HGöGD a. F. ist einerseits zu begrüßen, andererseits entfällt aber auch die Aufgabe der Förderung der Durchführung öffentlich empfohlener Impfungen. Dies könnte gerade in Zeiten, in denen keine akute Impfkampagne gefahren wird und in denen ggf. eine gewisse Impfrägheit einsetzt, eine Lücke im Vergleich zum Jetztstatus reißen.

Bereits jetzt statuiert § 6 Abs. 2 Satz 2 HGöGD a.F. die Aufgabe der Gesundheitsämter, Impfungen in bestimmten Fällen selbst durchzuführen. Mit der nun eigens in § 6 Abs. 3 HGöGD n. F. vorgesehen regulatorischen Aufwertung dürfte auch eine Erhöhung des tatsächlichen Aufwands sowohl in personeller wie finanzieller Hinsicht einhergehen. Die Gesundheitsämter werden hierfür vielerorts eine Anpassung des ärztlichen Stellenplans vornehmen müssen. Denn nur mit einer ausreichenden Personalausstattung sind ein adäquater Ablauf und die Sicherstellung der Impfungen zu gewährleisten. Hier sehen wir das Land aufgefordert, zusätzliche Mittel bereitzustellen.

Ferner sollten die Gesundheitsämter zudem ausdrücklich ermächtigt werden, die Impfungen „*durchführen zu lassen*“, dies für den Fall, dass akut kein eigenes Personal vorhanden ist, um eine belastbare Grundlage für eine entsprechende ggf. befristete Personalakquise zu haben.

Die Aufgabenzuweisung nach § 6 Abs. 3 HGöGD n. F. darf nicht bedeuten, dass die Gesundheitsämter zukünftig genuine Versorgungs-Aufgaben der Vertragsärzte und Vertragsärztinnen der Kassenärztlichen Vereinigung übernehmen. Deshalb muss aus dem Gesetzestext klar hervorgehen, dass die Gesundheitsämter nur dann impfen, wenn Personengruppen schwer erreichbar sind.

Darüber hinaus werden wir aus der kommunalen Praxis darauf hingewiesen, dass Aufgabenzuweisungen im Bereich der medizinischen Versorgungsleistungen ein grundsätzliches Umsetzungsproblem begründen, die wir am Beispiel des § 6 Abs. 3 HGöGD n. F. wie folgt darlegen:

§ 6 Abs. 3 HGöGD n. F. sieht zusätzliche Aufgaben der Erbringung medizinischer Versorgungsleistungen vor. Dies wird als äußerst kritisch betrachtet, da in den Gesundheitsämtern enorme personelle Engpässe bestehen.

Die 24 h-Rufbereitschaft sowie die Tätigkeiten, für die in der ärztlichen Behandlung geschultes Personal erforderlich ist (§ 6 Abs. 3 HGöGD n. F. Impfungen und § 7 Abs. 2 HGöGD n. R. ambulante Behandlungen und Vorsorgeleistungen) sind für die Gesundheitsämter immer schwerer umzusetzen. Die Umsetzung ist nicht nur durch die Gewinnung des entsprechenden Personals und auch nicht alleine durch die Vergütung begründbar. Vielmehr ist das Vorhalten einer dafür notwendigen hohen Fachlichkeit für einen in den meisten Gesundheitsämtern nur geringen Anteil an Umsetzung nicht gut realisierbar.

Darüber hinaus stellen sich auch für einige weitere Tätigkeiten in denen medizinisch operative Leistungen erforderlich sind zunehmend Engpässe ein.

§ 7 Abs. 6 HGöGD n. F.

Gewaltprävention / Schutz vor Gewalt

Aus der beabsichtigten Regelung und der Begründung geht nicht klar genug hervor, welche Rolle die Gesundheitsämter in Bezug auf Gewaltprävention und Schutz vor Gewalt spielen sollen. Es stellt sich die Frage, ob dies als bloße klarstellende „Aufforderung zur Kooperation“ zu verstehen ist, oder ob damit weitergehende Aufgabenzuweisungen verbunden sind, die erneut einen gesonderten weiteren finanziellen und personellen Aufwand mit sich bringen würden.

Gleiches gilt im Übrigen für den neu eingeführten § 10 Abs. 7 HGöGD n. F. – Präventive Tätigkeit der Gesundheitsämter bei Kindern und Jugendlichen.

§ 7 Abs. 8 HGöGD n. F.

Kommunale Gesundheitskonferenzen

Der neu vorgesehene Absatz 8 des § 7 HGöGD erlaubt die Einrichtung nunmehr auch Kommunalen Gesundheitskonferenzen. Wir sehen positiv, dass die Kommunalen Gesundheitskonferenzen die Gesundheitsämter in ihrer Funktion als zentrale Informations-, Steuerungs- und Koordinierungsstelle in der jeweiligen Gebietskörperschaft stärken.

Aus der Gesetzesentwurfsbegründung geht indessen lediglich hervor, dass die im neuen Absatz 9 vorgesehene regionale Vernetzung der Gesundheitsämter noch im Verordnungswege näher ausgestaltet werden soll. Für die Kommunalen Gesundheitskonferenzen ist, soweit ersichtlich, eine Konkretisierung gerade im Hinblick auf die Tätigkeitsbereiche der bestehenden Regionalen Gesundheitskonferenzen nicht vorgesehen. Eine klarere Abgrenzung beider Gremien bzw. die Klärung von deren kooperativem Verhältnis unter- bzw. zueinander wäre sicherlich begrüßenswert, nicht zuletzt da es ggf. zu Teilnahmeidentitäten kommen dürfte. Überschneidungen und Doppelstrukturen sollten weitestgehend vermieden werden.

§ 7 Abs. 9 HGöGD n. F.

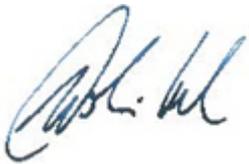
Der neu einzuführende Absatz 9 weist eine terminologische Ungenauigkeit auf, die sich, soweit ersichtlich, in der bisherigen Fassung des HGöGD nicht fand. Dort ist die Rede von „*kreisübergreifend*“. Da auch mehrere kreisfreie Städte betroffen sind, sollte womöglich besser von „*gebietskörperschaftsübergreifend*“, „*stadt-/kreisübergreifend*“ oder „*gemeinde-/kreisübergreifend*“ die Rede sein.

§ 22a HGöGD n. F.

Eilverkündungsmöglichkeit

Die Schaffung einer Eilverkündungsmöglichkeit für infektionsschutzrechtliche Rechtsverordnungen ist sicherlich sinnvoll, dies insbesondere im Hinblick auf die derzeit diskutierten Pläne, die epidemische Lage von nationaler Tragweite für die Zeit nach dem 25. November 2021 nicht mehr durch den Deutschen Bundestag feststellen zu lassen, wodurch Regelungen durch die Länder besondere Bedeutung zukommen dürfte. Es ist insofern bedauerlich, dass eine analoge Regelung für die Bekanntmachung kommunaler Handlungsinstrumente, konkret von Allgemeinverfügungen, im Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetz nach hiesiger Kenntnis trotz entsprechend benannter Bedürfnisse nicht vorgesehen ist.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Felix Wokittel
Referatsleiter