

**Rede  
des sozial- und gesundheitspolitischen Sprechers**

**Uwe Schwarz, MdL**

zu TOP Nr. 30

Abschließende Beratung

**Den Öffentlichen Gesundheitsdienst als  
unverzichtbare Säule des niedersächsischen  
Gesundheitswesens nachhaltig stärken!**

Antrag der Fraktion der SPD und der Fraktion der CDU - Drs.  
18/10782

während der Plenarsitzung vom 23.03.2022  
im Niedersächsischen Landtag

*Es gilt das gesprochene Wort.*

Anrede,

als die Enquete zur Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung vor einem Jahr ihren Abschlussbericht vorlegte, war es unser erklärtes Ziel, dass die Ergebnisse der Enquete nicht nur eine Bereicherung für die Landtagsarchive und zukünftige Historiker werden sollten. Vielmehr wollten die Gesundheitspolitiker noch in dieser Legislaturperiode mit der Umsetzung beginnen.

Nicht wenige haben uns dafür belächelt. Was sie wirklich dachten, will ich gar nicht ergründen.

Gestern nun haben wir das Gesetz zur Landarztquote und die Entschließung zur Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung beschlossen. Im Februar war es die Digitalisierung. Im vergangenen Jahr wurden die Beschlüsse zur stationären Krankenhausversorgung, zur sektorenübergreifenden Versorgung und zur Digitalisierung verabschiedet. Heute befassen wir uns mit der nachhaltigen Stärkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Ich finde, das ist schon eine beachtliche Gemeinschaftsleistung. Einige Akteure scheint es geradezu zu erschrecken, dass wir tatsächlich Ernst machen.

Wenn wir vor drei Jahren jemanden gefragt hätten, was der öffentliche Gesundheitsdienst oder ÖGD ist, man hätte uns verstört angesehen. Allenfalls die Älteren hätte mit dem ÖDG oder Gesundheitsamt noch was anfangen können.

Corona hat das schlagartig verändert. Plötzlich stand der ÖGD im Mittelpunkt der Pandemiebekämpfung, wo er aktuell nach wie vor Großartiges leistet, und zwar unabhängig davon, dass die FDP die Pandemie für beendet erklärt hat. Die tagesaktuellen Infektionszahlen zeigen, wie unverantwortlich das ist.

Der ÖGD hatte viele Jahre ein Schattendasein, obwohl er gerade bei der Kinder- und Jugendgesundheit, der Prävention oder diverser Kontroll- und Überwachungsfunktionen zentrale Aufgaben hatte und hat.

Der ÖGD ist rechtlich im eigenen Zuständigkeitsbereich der Landkreise und kreisfreien Städte. Darüber können auch die reflexartigen Rufe nach Konnexität nicht hinwegtäuschen. Personell war er chronisch unterbesetzt und diente nicht selten als kommunale Spardose. Durch die Pandemie wurde dieses überdeutlich.

Bund und Länder vereinbarten zügig einen Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Im aktuellen Doppelhaushalt des Landes Niedersachsen ist dieses erstmalig abgebildet und soll zunächst bis 2026 laufen. Das beinhaltet auch eine stufenweise Aufstockung des Personal.

Alles, was wir gestern zum Nachwuchsproblem bei den Hausärzten gesagt haben, stellt sich bei der Gewinnung von Ärzten für die Gesundheitsämter nochmal deutlich dramatischer dar. Das hängt auch mit der vergleichsweise schlechten Bezahlung zusammen. Deshalb fordert der Antrag die Wiedereinführung eines einheitlichen Ärztetarifs und besoldungsrechtliche Regelungen für angestellte und beamtete Ärztinnen und Ärzte.

Vor allem aber brauchen wir zügig die Verstetigung der zusätzlichen Stellen. Für einen lediglich befristeten Arbeitsplatz werden sich bei dieser Ausgangslage wirklich Fachkräfte nicht finden lassen. Allenfalls mit der Methode: Festhalten und weitersuchen. Hier sind Bund, Länder und Kommunen gleichermaßen gefordert.

Wir fordern auch die Wiedereinführung der Verordnungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte im sozialpsychiatrischen Dienst. Für die Abschaffung dieser Möglichkeit gab es keinen wirklichen Grund. Es kann doch nicht sein, dass der Facharzt im sozialpsychiatrischen Dienst die 116117 anrufen muss, damit sein Patient, ggf. auch noch in einer Krisenintervention, das benötigte Medikament bekommt.

Das Gesundheitswesen treibt schon unglaubliche Blüten, wenn es um die Geldverteilung geht.

Die zukünftigen Anforderungen an den ÖGD müssen zeitnah neu justiert werden. Hier auf das Ende der Pandemie zu warten, war in den vergangenen Jahren ein Trugschluss. Wir müssen deshalb: die intersektorale und auch interkommunale Zusammenarbeit ausbauen, vielfach überhaupt erstmal aufbauen; bedarfsgerechte Gesundheitsziele beschreiben; den ÖGD bei der Planung und Gestaltung regionaler Gesundheits- und Versorgungskonzepte mit einbeziehen. Das gilt ausdrücklich auch für die Verstetigung der Gesundheitsregionen.

Damit bin ich beim ärgerlichsten Thema: Die dringende technische und digitale Modernisierung.

Spätestens nach der ersten Coronawelle war klar, dass ein schneller Datenaustausch zwischen den Gesundheitsbehörden einschließlich des RKI unverzüglich notwendig ist. Sehr früh hat die MPK die flächendeckende Einführung von SORMAS und DEMIS beschlossen. Dieser Beschluss wurde auf Drängen des Expertenrates der Bundesregierung durch die MPK mehrfach bestätigt. Er ist bis heute nicht umgesetzt.

Am Anfang der Pandemie habe die Argumentation noch verstanden, dass man bei dem Arbeitsdruck in den einzelnen Gesundheitsämtern nicht auch noch die Software wechseln wollte. Aktuell sind aber bei über einem Drittel der

Gesundheitsämter die Plattformen von DEMIS und SORMAS immer noch nicht eingerichtet.

Zehn bis zwölf Gesundheitsämter melden am Sonntag noch immer nicht die Infektionszahlen und wundern sich, wenn sie spätestens ab Dienstag hochschießen. Kann jeder im täglichen Lagebericht auf NDR Niedersachsen nachverfolgen.

Das ist nicht mehr nicht können, sondern das stark verbreitete „Nicht wollen“ im Gesundheitswesen.

Das ist genau wie bei der flächendeckenden Nutzung von IVENA in den Krankenhäusern. Alle haben es zwischenzeitlich, weil damit die Belegungszahlen täglich an das Land gemeldet werden müssen. Wenn es aber um die Meldung zur Teilnahme an der Notfallversorgung geht, nutzen 10 % der betroffenen Krankenhäuser IVENA bewusst nicht.

Auch wenn es den Patienten helfen würde: Transparenz ist nicht sonderlich beliebt in unserem Gesundheitssystem, weil es den Wettbewerb schädigt. So wurden jahrzehntelang die elektronische Chipkarte und jetzt EAP verhindert. Als Scheinargument wird immer der Datenschutz vorgeschoben.

Die meisten europäischen Länder haben das längst gelöst, und da stand der Patientenschutz im Vordergrund.

Es gibt also noch dicke Bretter zu bohren, wenn Deutschland sich nicht weiter abhängen lassen will. Fangen wir heute erstmal mit dem Öffentlichen Gesundheitsdienst an.