

Stellungnahme zum Thüringer Gesetz zur Neuregelung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – Gesetzentwurf der Landesregierung – Drucksache 8/3713

Insgesamt begrüßen wir den vorliegenden Entwurf als Mittel zur Modernisierung und Weiterentwicklung des ÖGD in Thüringen. Positiv bewerten wir die Aufwertung und Konkretisierung, die Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgaben des ÖGD erfahren. Diese Teilbereiche zu stärken ist eine gesundheitsökonomische Notwendigkeit bei stetig steigenden Gesundheitsausgaben in einer älter werdenden Gesellschaft. Gleichwohl sehen wir in einigen Aspekten Nachbesserungsbedarf, denn ohne verbindliche Regelungen ist zu befürchten, dass sich die defizitäre Situation der Suchtprävention in Thüringen nur auf dem Papier verbessert.

Eingangs werden die entsprechenden Inhalte des Gesetzentwurfs bewertet. Anschließend werden, soweit möglich, Fragen aus dem Fragenkatalog beantwortet.

1 Fachliche Bewertung und Anmerkungen

Art. 2 § 6 Abs. 2 S. 1

Der Partizipationsgrad der Landesgesundheitskonferenz (LGK), und damit der Akteure der Thüringer Gesundheits- und Sozialwirtschaft, ist nicht ausreichend. Die gebündelte Expertise der genannten Akteure muss in gesundheitspolitischen Prozessen berücksichtigt werden. Deshalb ist eine Formulierung vonnöten, die mindestens eine Befassung der Landesregierung mit Beschlüssen und Empfehlungen der LGK vorschreibt. Solange eine Befassung nicht vorgeschrieben ist, handelt es sich nicht um Partizipation – und mangelnde Verbindlichkeit steht dem Ziel entgegen, das Prinzip Health in All Policies (HiAP) nachhaltig umzusetzen und dabei bestehende Expertisen zu nutzen.

Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Die Landesgesundheitskonferenz berät über gesundheitspolitische Fragen von grundsätzlicher Bedeutung, formuliert Gesundheitsziele und gibt gesundheitspolitische Empfehlungen ab, mit welchen sich die Landesregierung befasst.“

Art. 2 § 8 Abs. 2

Im Zuge des Gesetzentwurfs sollte auch die „Thüringer Personalempfehlung für die Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention sowie der Suchtberatung im öffentlichen Gesundheitsdienst“ aus dem Jahr 2006 aktualisiert werden. In einer internen Erhebung unserer Fachstelle 2022 wurde zudem deutlich, dass die Empfehlung in vielen Kommunen nicht eingehalten wird und die Mitarbeitenden teils erheblichen Mehrbedarf anmelden. Die aktualisierten Empfehlungen sollten daher mit einer gewissen Verbindlichkeit einhergehen. Dies entspricht den Einschätzungen einer wissenschaftlichen Untersuchung der Personalsituation im Thüringer ÖGD¹ und einer Bedarfsanalyse der Thüringer Suchthilfe und Suchtprävention².

¹ Vgl. Behnke & Zimmermann (2019). *Den öffentlichen Gesundheitsdienst weiterentwickeln und stärken. Bericht für das Thüringer Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie*. Darmstadt, S. 107f. https://www.politikwissenschaft.tu-darmstadt.de/media/politikwissenschaft/ifp_dokumente/arbeitsbereiche_dokumente/oeffentliche_verwaltung_public_policy/Behnke_BerichtOeGD_03_10_19_1.pdf (05.08.2026).

² Vgl. Merten et al. (2019). *Bestands- und Bedarfsanalyse des Thüringer Suchthilfesystems (BeBeTS)*

Weiterhin sollten die Empfehlungen auch zukünftig in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. angepasst werden.

Art. 2 § 10

Analog zu den in Art. 2 § 11 benannten Aufgaben der Landkreise und kreisfreien Städte sollten auch Prävention und Gesundheitsförderung als kommunale Pflichtaufgaben im *übertragenen* Wirkungskreis festgelegt und mit angemessenen, verbindlichen Personalschlüsseln versehen werden. Andernfalls ist zu befürchten, dass sich in diesem Handlungsfeld am Status quo nichts ändert in Bezug auf nicht eingehaltene Stellenempfehlungen (siehe oben). Wer in Thüringen mit Suchtprävention erreicht wird, ist dann weiterhin eine Frage des Wohnorts. Das steht dem Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit entgegen.

Art. 2 § 10 Abs. 2, 3

Positiv hervorzuheben ist, dass das Lebensweltprinzip sowie eine bedarfsorientierte und datenbasierte Handlungsweise zugrunde gelegt werden. In Abs. 3 S. 1 wird die Entwicklung und Implementierung von Programmen der Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe des ÖGD benannt. Hier sollte, in Verzahnung mit dem Lebensweltprinzip, betont werden, dass verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen umzusetzen sind, da in der Praxis zu häufig auf rein verhaltenspräventive Maßnahmen gesetzt wird. Denn verhältnispräventive Maßnahmen sind besonders geeignet, die in Art. 2 § 1 Abs. 1 S. 2 benannte gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern.

Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Die Landkreise und kreisfreien Städte entwickeln und implementieren verhältnis- und verhaltenspräventive Maßnahmen zur Krankheits- und Suchtprävention sowie Gesundheitsförderung, um die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.“

2 / 6

Art. 2 § 10 Abs. 5 S. 2

Auch hier sollte die Verbindlichkeit der Partizipation von (regionalen) Akteuren im Sinne des HiAP-Ansatzes erhöht werden. Da nicht jede Kommune eine Gesundheitskonferenz einrichten muss, sondern auch regionale Zusammenschlüsse möglich sind, wird dem Ziel der für die Kommunen kostenneutralen Umsetzung des Gesetzes trotz Verbindlichkeit entsprochen.

Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Sie richten kommunale oder regionale Gesundheitskonferenzen mit den im Bereich der Gesundheitsförderung tätigen Organisationen sowie Gruppen ein und steuern die Gesundheitskonferenzen.“

Art. 2 § 10 Abs. 6

Die Betonung stabiler kommunaler Strukturen der Prävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Zielgruppen bewerten wir positiv. Der Auftrag für die Landkreise und kreisfreien Städte lautet hier allerdings nur, Angebote zu konzipieren. Im Sinne der Qualitätssicherung und einer effizienten Mittelverwendung sollte ergänzt werden, dass Kommunen auch bereits bestehende qualitative Angebote (z. B. Thüringer Präventionsketten oder Communities That

mit dem Schwerpunkt der strukturellen Ausrichtung der Suchtprävention auf allen Verwaltungsebenen – insbesondere der Kommunalverwaltung. Jena, S. 181. https://parldok.thueringer-landtag.de/ParlDok/dokument/72545/beschluss_des_thueringer_landtags_drucksache_6_5771_zu_der_drucksache_6_5734_zukunftskonzept_zur_verbesserung_der_versorgung_schwangerer_eltern_und_ki.pdf (20.08.2026).

Care) implementieren können. Ggf. können solche strukturgestaltenden Maßnahmen, zumindest größtenteils, durch die GKV nach § 20a SGB V oder durch andere Kostenträger finanziert werden.

Wir schlagen folgende Formulierung vor: Zur Entwicklung und Koordinierung stabiler kommunaler Strukturen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung für vulnerable Bevölkerungsgruppen beschreiben die Landkreise und kreisfreien Städte ihre Bedürfnislagen, konzipieren eigene oder implementieren bestehende Angebote und koordinieren deren Umsetzung.“

Art. 2 § 11 Abs. 2 S. 1

Hier ist zum einen darauf hinzuweisen, dass diagnostisch nicht (mehr) zwischen physischer und psychischer Abhängigkeit unterschieden wird. Zum anderen erscheint die Aufzählung von „Rauschmitteln, Suchtmitteln oder Medikamenten“ nicht schlüssig. Je nach Verwendung können auch Medikamente Rausch- oder Suchtmittel sein, und Rauschmittel können zu Suchtmitteln werden. Im Sinne einer klareren Benennung empfehlen wir, analog zu Art. 2 § 11 Abs. 1 Nr. 1 („Menschen, die eine Suchterkrankung [...] haben“), den Passus umzuformulieren.

Wir schlagen folgende Formulierung vor: „Die untere Gesundheitsbehörde hält für die Erbringung der Gesundheitshilfen für psychisch kranke Menschen nach § 1 Abs. 2 ThürPsychKG, für Menschen mit einer seelischen Behinderung mit einer Störung von erheblichem Ausmaß mit Krankheitswert und für Menschen mit einer Suchterkrankung und deren Angehörige einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor.“

3 / 6

Art. 2 § 13 Abs. 2

Der Satz ist unvollständig („...Indikatoren zu Klima und Gesundheit sowie Daten.“).

2 Fragenkatalog

1. Der Begriff der „gesundheitlichen Chancengleichheit“ wird mehrfach im Gesetzentwurf genannt, etwa gleich zu Beginn in Artikel 2 in § 1 Abs. 1. Ist diese Formulierung darauf ausgelegt, den Aufgabenbereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes zu erweitern?

Nein. Der Aufgabenbereich des ÖGD, insbesondere im Teilbereich Prävention und Gesundheitsförderung, wird nicht erweitert. Es kommen durch das Ziel, gesundheitliche Chancengleichheit zu verbessern, keine neuen Aufgaben hinzu. Vielmehr kann das Ziel dabei helfen, Maßnahmen, die ohnehin umgesetzt werden müssen, hinsichtlich ihres Zielgruppenbezugs sowie ihrer Wirksamkeit zu verbessern und entsprechend auszurichten.

3. Zu Artikel 2, § 2 Abs. 2 des Gesetzentwurfs: § 2 Abs. 2 zählt eine Reihe von fachlichem Personal verschiedener Disziplinen auf, mit dem die unteren Gesundheitsbehörden zur Durchführung ihrer Aufgaben auszustatten sind. Inwieweit ist dieses Personal der verschiedenen Disziplinen derzeit bereits in den unteren Gesundheitsbehörden vorhanden?

Im Bereich Suchtprävention nur bedingt. Hier sind überwiegend Personen mit Abschlüssen in den Studienrichtungen Soziale Arbeit, (Sozial-)Pädagogik und selten Psychologie beschäftigt. In diesen Studiengängen spielen Prävention und Gesundheitsförderung sowie Wissen zur Steuerung und Wirkungsorientierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen jedoch kaum eine Rolle, sodass Fort- und Weiterbildungen zielgerichtet vorgehalten werden müssen. Zugleich sollten Stellenprofile auf Personen mit Studienabschlüssen in den Bereichen Gesundheitswissenschaften / Public Health ausgeweitet werden.

5. Zu Artikel 2, § 10 Abs. 5 des Gesetzentwurfs: Welche finanziellen Belastungen kommen auf die Landkreise und kreisfreien Städte zu, sollten sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten kommunale und regionale Gesundheitskonferenzen steuern? Welche Erwartungshaltung ist damit verbunden und welche Synergieeffekte sind zu erwarten?

Zusätzliche Kosten sind nicht zu erwarten. Bereits jetzt existieren in den Kommunen verschiedene Arbeitsgruppen und -kreise, z. B. zu den Themen Suchthilfe, Suchtprävention und Psychiatrie. Kommunale und regionale Gesundheitskonferenzen ermöglichen es, die Vielzahl der Arbeitsgruppen und ggf. Doppelstrukturen zu reduzieren und Ressourcen in den Konferenzen themenspezifisch zu bündeln. Verbesselter Austausch sowie verbesserte Planung und Koordinierung können die Folge sein. Hinzu kommt, dass sich Kommunen bei der Organisation von Gesundheitskonferenzen zusammenschließen können, was den Verwaltungsaufwand insgesamt reduziert. Daher plädieren wir auch für eine verbindliche Regelung (siehe Teil 1 der Stellungnahme).

4 / 6

7. Wie belastbar ist die Aufgaben- und Personalplanung des Gesetzentwurfs angesichts des absehbaren Auslaufens der ÖGD-Pakt-Finanzierung Ende 2026? Welche Stellen, Qualifikationen und Funktionen sind nach Ihrer Einschätzung ohne landesrechtliche oder haushaltsrechtliche Verstetigung besonders gefährdet?

Uns sind vereinzelt Stellen in Thüringer Kommunalverwaltungen bekannt, die über Mittel aus dem ÖGD-Pakt finanziert werden, insbesondere im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung. Insofern ist davon auszugehen, dass solche Funktionen bzw. Stellen gefährdet sind, wenn der ÖGD-Pakt ausläuft und eine Anschlussfinanzierung fehlt.

8. Reichen die in Artikel 2, §§ 8 und 9 des Gesetzentwurfs vorgesehenen Instrumente zu Personalgewinnung, Personalentwicklung und Qualitätssicherung aus, wenn der Gesetzentwurf keine ausdrückliche Verordnungsermächtigung für verbindliche Stellenprofile, Personalausstattung und Personalstärken vorsieht? Welche gesetzlichen Mindeststandards oder Berichtspflichten wären aus Ihrer Sicht erforderlich?

In der Suchtprävention werden die seit 2006 gültigen Personalempfehlungen häufig nicht eingehalten (eigene Erhebung der Fachstelle 2022, unveröffentlicht). Dieses strukturelle Defizit beeinträchtigt Reichweite und Nachhaltigkeit der Prävention erheblich. Hier sind verbindliche

Vorgaben auf Basis einer aktualisierten Bedarfsermittlung dringend notwendig. Bezüglich erforderlicher Fort- und Weiterbildungen sowie angepasster Stellenprofile verweisen wir auf unsere Antwort auf Frage 3.

13. Halten Sie die Regelungen zur Gesundheitsberichterstattung, Evaluation und parlamentarischen Information in Artikel 2 § 13 und § 31 des Gesetzentwurfs sowie im sonstigen Gesetzeszuschnitt für ausreichend? Welche Indikatoren, Berichtsintervalle, Veröffentlichungspflichten und Unterrichtungen des Landtags sollten ergänzt werden, damit Umsetzungsdefizite frühzeitig erkennbar werden?

Im Gesetzentwurf werden neben den konkreten Beispielen von Daten des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes, der Impfdaten sowie von Daten zu Infektionskrankheiten keine Daten zur psychosozialen Verfassung von Menschen oder zu ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität genannt. Diese Lücke sollte der Gesetzestext schließen. Bei der Auswahl konkreter Indikatoren sollte sich zudem an nationalen Gesundheitszielen (z. B. „Alkoholkonsum reduzieren“) und Risiko- und Schutzfaktoren hinsichtlich psychischer Erkrankungen orientiert werden. Eine Liste entsprechender Indikatoren der GBE hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Gesundheitsbehörden der Länder erarbeitet.³ Die Intervalle der Berichterstattung sollten mit Vertretern der unteren Gesundheitsbehörden abgestimmt werden.

14. Ist die Formulierung in Artikel 2, § 10 Abs. 5 des Gesetzentwurfs, wonach Landkreise und kreisfreie Städte „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ kommunale oder regionale Gesundheitskonferenzen einrichten sollen, ausreichend, um regionale Versorgungsketten, sektorenübergreifende Kooperation und Health in All Policies verlässlich zu organisieren?

Nein. Wir verweisen auf Teil 1 unserer Stellungnahme („Fachliche Bewertung und Anmerkungen“) und auf unsere Antwort auf Frage 5.

15. Sichert Artikel 2, § 10 des Gesetzentwurfs den Auftrag zu Prävention, Gesundheitsförderung und gesundheitlicher Chancengleichheit in der Praxis ausreichend ab, insbesondere für sozial benachteiligte, arme, wohnungslose, ältere, migrierte, von Behinderung betroffene oder anderweitig vulnerable Gruppen? Welche Regelungslücken sehen Sie bei Zielgruppenbezug, Niedrigschwelligkeit, aufsuchender Arbeit und Gesundheitskompetenz?

Zu Teil 1: Das Konzept der vulnerablen Zielgruppen, das in Art. 2 § 10 Abs. 6 explizit benannt wird, ist fachlich etabliert und umfasst unter anderem die in der Frage aufgelisteten Gruppen.⁴ In Kombination mit der Vorgabe, auf gesundheitliche Chancengleichheit hinzuwirken (Art. 2 § 1 Abs. 1 S. 2) und bedarfsorientierte sowie datengestützte Maßnahmen durchzuführen (Art.

³ Vgl. GBE – Gesundheitsberichterstattung des Bundes (o. J.). *Indikatoren – Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder*. https://www.gbe-bund.de/gbe/isgbe/indikatoren?p_uid=gast&p_aid=1&p_sprache=D&p_thema_id=30000 (30.07.2026).

⁴ Siehe z. B. Weber & Lütke Lanfer (2026). *Gesundheitsberatung*. In: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln. <http://dx.doi.org/10.5680/BIÖEG:LB-i027-1.0> (30.07.2026).

2 § 10 Abs. 2 S. 2), sehen wir den Bezug zu vulnerablen Zielgruppen in ausreichendem Maß hergestellt. Durch die allgemeine Formulierung verbleibt die nötige Flexibilität, die es Kommunen erlaubt, je nach Bedarf unterschiedliche Problemlagen und vulnerable Gruppen zu adressieren. Allerdings ist zu befürchten, dass – falls Prävention und Gesundheitsförderung Aufgaben der Thüringer Kommunen im eigenen statt im übertragenen Wirkungskreis bleiben – der Zugang zu Angeboten der Suchtprävention auch weiterhin abhängig vom Wohnort ist. Der bestehende Flickenteppich dahingehend, in welchem Umfang Suchtprävention umgesetzt wird, bliebe bestehen. Das wirkt der Förderung von gesundheitlicher Chancengleichheit entgegen.

Zu Teil 2: Im Sinne der Qualitätssicherung und Wirkungsorientierung könnte es sinnvoll sein, etwa in Art. 2 § 10 Abs. 3 abschließend den Satz anzufügen: „Sie orientieren sich dabei an Qualitätskriterien der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung.“ Solche Qualitätskriterien beinhalten u. a. die genannten Aspekte von Niedrigschwelligkeit und Zielgruppenbezug und können dabei helfen, Maßnahmen an fachlichen Standards auszurichten.⁵

17. Sind die Gesundheitshilfen nach Artikel 2, § 11 des Gesetzentwurfs und die aufsuchenden Hilfen nach Artikel 2, § 12 des Gesetzentwurfs für Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen, Behinderungen, psychosoziale Problemlagen und infektiologische Beratungsbedarfe hinreichend bestimmt und hinreichend finanziell abgesichert? Wo sehen Sie Nachsteuerungsbedarf bei Zuständigkeit, Kooperation, Verweisstrukturen und Personal?

6 / 6

Die finanzielle Absicherung in den Bereichen Suchtprävention und Suchtberatung auf kommunaler Ebene ist nicht annähernd gegeben, wenn sich die Situation auch je nach Kommune sehr unterschiedlich darstellt. Suchtberatungsstellen können mehrheitlich ihre Kosten nicht decken,⁶ und in der Suchtprävention werden die seit 2006 gültigen Personalempfehlungen häufig nicht eingehalten (eigene Erhebung der Fachstelle 2022, unveröffentlicht), was Reichweite und Nachhaltigkeit der Prävention erheblich beeinträchtigt. Hier sind verbindliche Vorgaben gekoppelt mit der Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung als Aufgabe im übertragenen Wirkungskreis dringend notwendig.

Erfurt, 08.09.2026

gez. Dr. Timo Bonengel

Koordinator Thüringer Fachstelle Suchtprävention (fdr+)

⁵ Vgl. Kooperationsverbund Gesundheitliche Chancengleichheit (o. J.). *Die Good-Practice-Kriterien*. <https://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien/> (30.07.2026).

⁶ Vgl. zur bundesweiten Situation Rummel (2024). *Finanzierung der Suchtberatungsstellen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)*. Hamm, S. 7. https://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/2024-09-26-Bericht_zur_Finanzierung_der_Suchtberatung_FL-NAL.pdf (30.07.2026).