Landtag
Nordrhein-Westfalen
16. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 16/603
25.06.2014

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

47. Sitzung (öffentlich)

25. Juni 2014

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:30 Uhr bis 17:45 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Marion Schmieder

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

1 Masernerkrankungen verhindern, Aufklärung und Impfschutz für alle Generationen verbessern! 7

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/4583

– Öffentliche Anhörung –

Die Sachverständigen beantworten Fragen der Ausschussmitglieder. Die Wortbeiträge der Sachverständigen und die eingegangenen Stellungnahmen sind nachfolgenden Tabellen zu entnehmen.

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellungnahmen	Seiten
Ärztekammer Nordrhein Frau Hirthammer-Schmidt-Bleibtreu, Dr. Ulrich Langenberg, Düsseldorf	Dr. Rudolf Lange	16/1891	15

Organisationen/Verbände	Sachverständige	Stellung-nahmen	Seiten
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dortmund	Dr. Michael Anders-Hoepgen		14
Dr. Thomas Fischbach, FA für Pädriatrie, FA für Anaesthesiologie, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte BVKJ e.V., Solingen	Dr. Martin Terhardt	16/1887	8
Tropen- und Reisemediziner Dr. Burkhard Rieke, Düsseldorf	Dr. Burkhard Rieke		17, 31
Dr. Alfred Längler Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke	Nicola Fels		21, 29
Dr. Jan Leidel, Köln	Dr. Jan Leidel	16/1843	23, 28
Sanofi Pasteur MSD GmbH Dr. Klaus Schlüter, Leimen	Dr. Klaus Schlüter		29
Dr. Ute Teichert, MPH Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf	Dr. Ute Teichert	16/1882	12, 26

Weitere Stellungnahme	
Dr. Fabian Feil Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, Hannover	16/1873
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW	16/1916

2 Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und die Angelegenheiten der Berufsbildung im Rahmen der Handwerksordnung (HwO) sowie die Zuständigkeiten nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG) **34**

Vorlage 16/1977
Bericht der Landesregierung

Der Ausschuss nimmt den Entwurf der Verordnung zur Kenntnis und erhebt keine Einwendungen.

3 Bericht über den Beratungs- und Abstimmungsstand der Länder zum Thema Hilfsfonds für Opfer von Unrecht und Misshandlungen in der Heimerziehung **35**

Vorlage 16/1964
Bericht der Landesregierung

Der Ausschuss erwartet nach der Sommerpause einen umfangreichen Bericht der Landesregierung unter Beteiligung aller betroffenen Ressorts.

4 Aktueller Verfahrensstand zum Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW) sowie zur Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI (AGP DVO NRW) **39**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/3388
Vorlage 16/1795
Bericht der Landesregierung

– Diskussion –

5 Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes **42**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/2723
APr 16/281

– abschließende Beratung und Abstimmung

Der Änderungsantrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion angenommen.

Der Änderungsantrag der CDU-Fraktion zu § 4 Abs. 1, den einzufügenden § 4a, § 19 Abs. 1 sowie § 19 Abs. 3 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion und der Piratenfraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag der Fraktion der CDU zu § 9 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion und der FDP-Fraktion bei Enthaltung der Piratenfraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag der CDU-Fraktion zu § 1, an dessen Absatz 6 ein weiterer Satz angehängt werden soll, wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 16 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU, der FDP und der Piratenfraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 1, in dem ein Absatz 5 eingefügt werden soll, wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 15 wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion abgelehnt.

Der Gesetzentwurf in der geänderten Fassung wird mit den Stimmen der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion und der Piratenfraktion angenommen.

6 Gesetz über die Zulassung von Zentren und über die Einrichtung der Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik in Nordrhein-Westfalen (Präimplantationsdiagnostikgesetz Nordrhein-Westfalen – PIDG NRW) 44

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/5546

– abschließende Beratung und Abstimmung

Dem Gesetzentwurf Drucksache 16/5546 wird – ohne Änderungsanträge – mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion bei Stimmenthaltung der CDU-Fraktion zugestimmt.

7 Bericht zur Umsetzung des Aktionsprogramms „Obdachlosigkeit verhindern – Weiterentwicklung der Hilfen in Wohnungsnotfällen“ 45

Vorlage 16/2011
– Bericht der Landesregierung

8 Verschiedenes 47

a) NRW-Tag in Bielefeld

b) nach der Sommerpause
Die nächste reguläre Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales findet am 27. August 2014 mit einem Anhörungsmarathon statt. Es kann durchaus möglich sein, dass in der zweiten Hälfte der Sommerpause notwendig wird, eine Sondersitzung einzuberufen. Das geschieht aber nur mit Genehmigung durch die Präsidentin, und dann nach Fraktionsstärke.

* * *

Aus der Diskussion

1 Masernerkrankungen verhindern, Aufklärung und Impfschutz für alle Generationen verbessern!

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/4583

– Öffentliche Anhörung –

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren, ich begrüße Sie ganz herzlich zur mittlerweile 47. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales. Mein Gruß gilt den Ausschussmitgliedern und den Vertretern der Landesregierung aus den Ministerien. Insbesondere begrüße ich zu unserem ersten Tagesordnungspunkt die eingeladenen Sachverständigen.

Ich bedanke mich im Namen des Ausschusses für die eingegangenen Stellungnahmen sowie für Ihr Erscheinen hier, um den Fragen der Damen und Herren Abgeordneten zur Verfügung zu stehen. Der Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales hatte sich schon am 2. April 2014 darauf verständigt, eine öffentliche Anhörung durchzuführen.

Im Hinblick auf unseren Zeitrahmen – wir haben anschließend noch eine Sitzung – wie auch auf das Prozedere bei allen öffentlichen Anhörungen in diesem Ausschuss wollen wir nicht nur auf Ihre Eingangsstatements verzichten, sondern die Damen und Herren Abgeordneten können sich direkt mit Fragen an Sie wenden. Das ist ein eingeübtes Verfahren hier in diesem Ausschuss. Sie kennen es vielleicht auch aus anderen Anhörungen. Wir werden uns aber die Zeit nehmen, die zur Aufklärung und zur Durchdringung dieses Sachverhaltes notwendig ist.

Ich habe bei der Durchsicht der Stellungnahmen schon deren hohe Qualität zur Kenntnis nehmen dürfen. Dafür bedanke ich mich persönlich ganz ausdrücklich.

Jetzt eröffne ich die erste Fragerunde. Hier wird jede einzelne Fraktion zu Wort kommen. Die antragstellende Fraktion beginnt. Bitte schön.

Susanne Schneider (FDP): Sehr geehrte Damen und Herren, zunächst herzlichen Dank von der FDP-Fraktion für Ihre Stellungnahmen und Ihr Erscheinen heute. Ich habe zunächst eine Frage an Frau Dr. Teichert und an Herrn Dr. Terhardt. Könnten Sie etwas konkreter beschreiben, wie solch ein aufsuchendes Impfangebot gestaltet werden könnte oder sollte? Welche Einstellung haben Sie zu dem Impfmobil, das in Nordrhein-Westfalen inzwischen leider eingestellt wurde?

Dr. Roland Adelmann (SPD): Im Namen der SPD-Fraktion herzlichen Dank für Ihre Stellungnahmen und Ihre Zeit heute. Unsere erste Frage geht an Herrn Dr. Anders-

Hoepgen von der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe. Inwieweit kann die Impfförderung noch unterstützt werden? Gibt es da noch Möglichkeiten, oder finden Sie, dass ausreichend Mittel zur Verfügung stehen?

Die nächste Frage geht an Herrn Dr. Terhardt vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte. Würden Sie bitte noch einmal kurz die positiven Einflussfaktoren für ein positives Impfverhalten beschreiben? Könnten Sie gerade mit Bezug auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse der letzten ein bis zwei Jahre eine kurze Einschätzung der Gefährlichkeit des natürlichen Verlaufes geben? Dafür wäre ich Ihnen dankbar.

Oskar Burkert (CDU): Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Rieke. Wie kann man die Bedeutung einer Schutzimpfung vor dem Hintergrund der immer wieder beschriebenen Nebenwirkungen stärken? An Herrn Dr. Lange habe ich die Frage, welche Steuerungsmöglichkeiten bestehen, um den Impfstatus in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen deutlich zu verbessern.

Arif Ünal (GRÜNE): Ich danke Ihnen auch im Namen von Bündnis 90/Die Grünen für Ihre Stellungnahmen. Meine erste Frage geht an Herrn Dr. Terhardt. Dabei geht es um zwei Aussagen aus Ihrer Stellungnahme.

Erstens. Da ist die Rede von einer Unterstützung durch das Landesministerium für Gesundheit und Schule, die nicht als Impfverhinderung wahrgenommen werden könne. Können Sie diese Aussage bitte konkretisieren?

Zweitens. Sie schreiben, dass Sie eine strengere Anwendung der berufsrechtlichen Vorschriften bei Ärzten und Hebammen, die von STIKO-empfohlenen Impfungen abraten, befürworten. Gibt es keine andere Möglichkeit, mit diesen Skeptikern umzugehen? Diese Frage geht auch an Frau Fels. Haben Sie auch mit solchen Ärztinnen und Ärzten zu tun? Wie gehen Sie damit um?

Eine weitere Frage richtet sich an Frau Dr. Teichert. In Ihrer Stellungnahme weisen Sie auf die Möglichkeiten hin, nach § 20d SGB V die GKV an der Finanzierung zu beteiligen, und dass diese Möglichkeit in Nordrhein-Westfalen überhaupt nicht genutzt wird. Wie verhält es sich damit?

Meine letzte Frage geht an Herrn Dr. Leidel. Sie haben als Leiter des Gesundheitsamts Köln Erfahrung damit, wie man die Durchimpfungsrate erhöhen kann. Können Sie bitte aus Ihren Erfahrungen berichten, welche Maßnahmen Sie damals durchgeführt haben, um diese Immunisierungsrate von über 95 % zu erreichen?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank. – Herr Kollege Wegner? – In der ersten Runde nicht. Dann gehen wir in die Beantwortung. Herr Dr. Terhardt ist, glaube ich, am meisten angesprochen worden. Dann darf ich Ihnen für die Beantwortung jetzt das Wort geben. – Bitte schön.

Dr. Martin Terhardt (Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte): Vielen Dank, Herr Garbrecht. Vielen Dank, verehrte Abgeordnete, für die Gelegenheit, dieses Thema hier diskutieren zu können. Das liegt uns als Kinder- und Jugendärzte schon

sehr lange am Herzen und hat in den letzten Jahren und Jahrzehnten immer wieder zu Kontakten mit der Politik geführt.

Die erste Frage von Frau Schneider betraf das aufsuchende Impfangebot und meine Einschätzung zum Impfmobil. Aufsuchendes Impfen können wir Kinder- und Jugendärzte nicht selbst leisten; hier brauchen wir Unterstützung durch den ÖGD.

Spontan fallen mir dazu ein: Gemeinschaftsunterkünfte für Asylsuchende, Schulen, Institutionen, wo die Menschen anzutreffen sind, bei denen wir Impflücken wissen. Das sind aber auch Betriebe mit Betriebsmedizinern; das wäre dann eine Mischung aus aufsuchendem und nicht aufsuchendem Impfen. In diesen Bereichen würde sich unsere Berufsgruppe Unterstützung wünschen, um das Ziel – eine Durchimpfungsrate in allen betroffenen Altersgruppen auf die anzustrebenden 95 % – zu erreichen.

Bei den Kindern sind wir mittlerweile ganz gut dabei, auch wenn wir manchmal etwas zu spät dran sind. Die großen Impflücken jedoch gibt es in den Jahrgängen 2003 und älter. Diese Zielgruppe zu erreichen, ist in der Praxis viel schwieriger, weil die Betroffenen das Angebot oft nicht mehr nutzen. Um an diese Gruppe heranzukommen, bräuchten wir aufsuchendes Impfen.

Das Impfmobil, wie es bis vor einigen Jahren in Aktion war, wurde an Schulen eingesetzt. Allerdings ist es relativ sporadisch eingesetzt worden, sicherlich insgesamt zu wenig; auch ist es zu schlecht ausgestattet gewesen. Ich könnte mir vorstellen, dass dieses Angebot deutlich ausgeweitet werden kann. Ich glaube – das habe ich auch in meiner Stellungnahme geschrieben –, dass man da sehr viel kreativer sein muss; wir müssten überlegen, auch ganz andere Veranstaltungen zu nutzen, um auf das Impfen hinzuweisen.

Meine Idee ist – das ist vielleicht ein bisschen abwegig –: Warum nicht da impfen, wo das Publikum ist, das wir ansprechen wollen? Das wären zum Beispiel Fußballveranstaltungen, Rockkonzerte und dergleichen. Es gibt genügend Anlässe, wo sich Menschen aufhalten, die garantiert Impflücken haben. Hierüber müsste man nachdenken; dafür müssen Konzepte entwickelt werden. – So viel dazu.

Zu Herrn Adelmann – er ist ein Kollege, wir haben uns schon kennengelernt –: Positive Einflussfaktoren für positives Impfverhalten – das ist etwas, das wir Kinder- und Jugendärzte von Anfang an zu leisten haben. Da haben wir es etwas leichter als die betreuenden Ärzte von älteren Generationen, weil wir die Familien von Anfang an sehen.

Wenn es uns gelingt, unsere positive Einstellung zum Impfen vertrauensvoll und überzeugend rüberzubringen, haben wir überhaupt keine Probleme, die Eltern zu überzeugen. Es gibt genügend Studien, die nachweisen, dass die Impfraten in den verschiedenen Praxen abhängig sind von der Einstellung der impfenden Ärzte.

Das heißt: Wenn die impfenden Ärzte eine positive Einstellung zum Impfen haben – und die ist bei Kinder- und Jugendärzten mehrheitlich vorhanden –, dann bekommen wir das auch rübergebracht. Es gibt schwarze Schafe; dazu kommen wir gleich noch im Zusammenhang mit der Frage von Herrn Ünal. Damit müssen wir umzugehen lernen.

Generell jedoch ist es unsere ureigenste Aufgabe, das Verhalten der Eltern zu beeinflussen bzw. die Eltern zu einer informierten Entscheidung zu bringen, und das können wir grundsätzlich gut. Wir brauchen sicherlich noch Unterstützung, wenn es darum geht, das Ganze zeitgerecht durchzuführen. Uns Kinder- und Jugendärzten ist es manchmal nicht möglich – das hat der KBV-Versorgungsatlas gezeigt –, die Grundimmunisierung mit zwei Jahren abgeschlossen zu haben, wie es eigentlich das Ziel ist.

Gemessen wird nur beim Schuleintritt. Eigentlich sollte die Grundimmunisierung mit zwei Jahren abgeschlossen sein, damit diese Kinder gesichert geimpft sind und die Herdenimmunität noch besser gewährleistet ist. Hier brauchen wir sicher noch etwas mehr Fortbildung bei den Kinder- und Jugendärzten; diese müssen es eben als ihre ureigenste Aufgabe sehen, dass das Impfen mit zwei Jahren abgeschlossen ist.

Wenn Sie nach einer Einschätzung des natürlichen Verlaufs der Masern aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten zwei Jahre fragen, dann meinen Sie wahrscheinlich – Sie haben es sicherlich auch gelesen –, dass das SSPE-Risiko bei den Kindern deutlich anzusteigen scheint, die in den ersten beiden Lebensjahren Masern erwerben.

Die SSPE-Fälle – das heißt die Spätkomplikationen tödlicher Art bei Masern – in Deutschland, die in den letzten Jahren wissenschaftlich aufgearbeitet wurden, haben fast immer Kinder betroffen, die sich im Alter von null bis zwei Jahren angesteckt haben. Dies statistisch zu berechnen, ist bei der geringen Fallzahl nicht ganz einfach; aber es sieht so aus, dass das Risiko einer Erkrankung bei den Kindern im ersten Lebensjahr wahrscheinlich noch deutlich höher ist als 1 : 1.000.

Die Todesfälle, die wir zu beklagen hatten, sind durch die Medien gegangen. In den nächsten Jahren werden noch Todesfälle hinzukommen. Es gibt genügend Masernfälle bei kleinen Kindern, die noch nicht selbst geimpft werden können, weil sie eben noch zu klein sind, die aber von ihrer Mutter nicht genügend Impfschutz mitbekommen haben, weil diese vielleicht gar nicht geimpft war, und sich keiner um sie gekümmert hat.

Dieses Problem schleppen wir weiter mit uns herum. Wir müssen uns darum kümmern, dass die Mütter über einen guten Schutz verfügen, bevor sie schwanger werden. Darum muss sich die Gruppe der Frauen- und Hausärzte kümmern; sie müssen für die Nachimpfung sorgen. Wir Kinderärzte müssen so früh wie möglich impfen. Es gibt die Vorschrift, dass wir mit elf Monaten impfen sollen, und wenn die Kinder schon vorher in eine Kita kommen, bereits mit neun Monaten. Das muss konsequent umgesetzt werden. Da müssen wir die Kinder- und Jugendärzte sicherlich noch gut ausbilden.

Der natürliche Verlauf der Masern bedeutet in den meisten Fällen – diejenigen, die hier sitzen, haben das wahrscheinlich alle als Kinder durchgemacht – eine heftige und ernste Erkrankung. Komplikationen kommen vor, zum Glück relativ selten. Aber wenn sie vorkommen, dann sind sie sehr gefährlich. Die neurologische Komplikation kann akut auftreten. Das hat die FDP in ihrem Antrag sehr gut dargestellt.

Ich will nicht zu lange reden, deshalb komme ich jetzt zu Herrn Ünal. Er fragte danach, was ich damit meine, dass ich Unterstützung durch das Gesundheitsministerium und das Schulministerium haben möchte, die nicht als Impfverhinderung wahrgenommen werden kann. Das habe ich natürlich sehr provozierend geschrieben, und deshalb freut es mich, dass Sie darauf hingewiesen haben.

Wir haben als Berufsverband so unsere Erfahrungen mit dem Ministerium gemacht. Wir haben erlebt, dass es uns zum Beispiel in den Fällen schwer gemacht wird, wo wir mit impfskeptischen Eltern zu tun haben. Da hätten wir dann gerne Unterstützung. Ich kann mich an Gespräche im Innenministerium erinnern, bei denen es darum ging, dass wir nicht dadurch Druck ausüben sollten, dass wir eine Unterschrift der Eltern verlangten, wenn diese eine Impfung verweigern.

Wir als Ärzte sind verpflichtet, gut aufzuklären. Wir müssen uns manchmal schriftlich bestätigen lassen, dass die Eltern gut aufgeklärt waren und dass sie einverstanden sind, das Risiko der Impfung in Kauf zu nehmen. Aber das Risiko, das damit einhergeht, dass ihre Kinder nicht geimpft werden, das müssen die Eltern mir nicht bestätigen.

Ich hatte mit dem Ministerium darüber gesprochen, dass wir diesbezüglich gerne eine Unterstützung hätten, dass wir landesweit die Eltern um eine Unterschrift bitten dürften, wenn sie die Impfung verweigern. Das wurde uns dann so ausgelegt, dass wir unsere Position ausnutzen würden und dass das eine ungerechte Ausübung von Druck wäre. Das sehe ich als Impfverhinderung, und da hätte ich mir etwas anderes gewünscht.

Dann war da noch die Frage nach dem Schulministerium. Es gab die MMR-Impfkampagne in Nordrhein-Westfalen, wobei es darum ging, an den Schulen Impfkampagnen durchzuführen. Es war notwendig, die Schulen mit ins Boot zu holen; wir brauchten an den Schulen Unterstützung, damit die Lehrer das Thema überhaupt transportieren. Das hat sich in der Landeskampagne heterogen und sehr personenabhängig dargestellt.

Hier wäre mehr Aufklärung durch das Schulministerium sicher wünschenswert gewesen. Für die Zukunft wünsche ich mir auch einen gesellschaftlichen Konsens, wenn wir das Ziel, Masern zu eliminieren, in Deutschland wirklich ernst nehmen. Dieser Konsens muss von allen verantwortlichen Institutionen der Politik überall dort hingetragen werden, wo diese zuständig sind; und das ist das Schulministerium in den Schulen. Wir kommen ohne die Schulen nicht aus, auch beim aufsuchenden Impfen nicht.

Letzter Punkt. Dabei geht es um die strengere Anwendung der Berufsordnung bei Ärzten und Hebammen, die von der Impfung abraten. Das ist ein sehr schwieriges Thema. Dafür sind eigentlich die Ärztekammern zuständig; bei den Hebammen sind als Aufsichtsbehörden die lokalen Gesundheitsämter zuständig.

Ich habe aber das Gefühl, dass alle ein bisschen Angst davor haben, hier tatsächlich tätig zu werden. Man kann sanktionieren, wenn ein Arzt eindeutig von den STIKO-Empfehlungen abrät. Es gibt Länder auf der Welt, da wird Ärzten die Berufserlaubnisse entzogen; in Österreich ist das passiert. Man kann auch die Berufsaufsicht ins

Feld führen, wenn Hebammen ihre Kompetenzen überschreiten und vom Impfen abraten, was natürlich flächendeckend passiert.

Dafür gibt es genügend Beispiele. Die Mehrheit der Hebammen tut das nicht, aber es passiert dennoch in ganz Nordrhein-Westfalen. Natürlich gibt es auch andere Wege, und ich wünschte mir auch, dass man durch einfache Information, Aufklärung und Beratung dieses Problem aus der Welt schafft. Gerade bei den Impfskeptischen dieser Berufsgruppen ist jedoch missionarischer Eifer im Spiel; es ist sehr schwer, dagegen anzukommen. Manchmal kann man nur sagen: Man muss die Patienten vor diesen Leuten schützen. – Danke.

Dr. Ute Teichert (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen): Schönen guten Tag, Herr Garbrecht, meine sehr geehrten Damen und Herren. Herzlichen Dank für die Einladung und für die Chance, hier als Vorsitzende des Bundesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes unsere Position darzulegen. Ich möchte direkt anschließen an das, was Herr Dr. Terhardt gesagt hat, und diesen Appell unterstreichen.

Er hat eben davon gesprochen, dass wir einen gesellschaftlichen Konsens vonseiten aller Politiker brauchen. Ich würde das sogar noch ein bisschen ausweiten wollen: Wenn wir mit dem Impfen wirklich weiterkommen wollen, dann ist das auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, bei der wir alle beteiligen müssen.

Herr Dr. Terhardt, Sie haben eben sehr schön angesprochen, welche Gruppen da alle beteiligt sind. Neben den medizinischen Sachverständigen ist es ganz wichtig, dass auch Sie sich damit beschäftigen und das Thema in die verschiedenen Ministerien und Gremien tragen, in die es hineingehört.

Wir haben zudem gehört – Herr Dr. Terhardt, auch das haben Sie schön gesagt –, dass in der Ärzteschaft beim Thema „Impfen“ an einem Strang gezogen wird. Sie hatten auch schon gesagt – das war die erste Frage von Frau Schneider –, dass wir im Zusammenhang mit der aufsuchenden Hilfe den ÖGD benötigen.

Das möchte ich noch ein bisschen ausführen: Ganz richtig ist, dass es nicht darum geht, eine Konkurrenzsituation zu schaffen, vielmehr hat jeder seine Aufgabe und sein Gebiet. Während niedergelassene Kolleginnen und Kollegen individualmedizinisch beraten und auf die Patienten eingehen können, ist der Ansatz im Öffentlichen Gesundheitsdienst ein eher bevölkerungsmedizinischer.

Genau da liegt die Stärke bei den aufsuchenden Hilfen. Wir sind regelmäßig vor Ort, in verschiedenen Lebenswelten anwesend. Es finden Untersuchungen und Beratungsgespräche in Kitas und Schulen statt. Auch in Gemeinschaftseinrichtungen ist der ÖGD zu verschiedenen Fragestellungen immer wieder präsent, sei es in der Hygieneüberwachung, beim Trinkwasser oder in vielen anderen Fragestellungen. Dadurch tut sich die Chance auf, anzudocken und das Impfen in unterschiedlichen Settings zu verankern.

Das würde sich auch bei den Sprechstunden der Gesundheitsämter anbieten, zum Beispiel bei Einstellungsuntersuchungen; das könnte man mit einem Impfcheck verbinden. Das ist eine Sache, die relativ schnell geht. Ich weiß nicht, wie es Ihnen geht:

Sie kennen sicher alle die Kampagne der BZgA, „Deutschland sucht dem Impfpass“. Wenn ich dann einmal in die Runde frage: Wer von Ihnen weiß, wo sein Impfpass ist? Meistens zucken die Leute dann mit der Schulter. Ich kenne es auch aus meinem Umfeld, wie schwierig es ist, das Thema „Impfen“ mit einem persönlichen Touch zu versehen.

Ich will damit sagen: Vom gesellschaftlichen Ansatz her und seitens der Politik sind wir uns, glaube ich, alle einig. Wir wollen die Masern eliminieren. Aber wir müssen zusehen, wie wir das an den Mann, an die Frau und an jedes Kind gebracht bekommen; denn wir wissen, dass es sehr große Impflücken gibt. Da ist es ganz wichtig, sich die Zielgruppen vor Augen zu führen.

Frau Schneider, Sie hatten auch das Thema „Impfmobil“ angesprochen. Das ist sicherlich eine Möglichkeit, die verschiedenen Zielgruppen anzusprechen und gezielt anzusteuern. Aber ich würde Herrn Dr. Terhardt zustimmen, dass man dieses Angebot sicherlich noch weiter ausbauen könnte. Es ist ein guter Schritt, aber ich glaube, zur Eliminierung von Masern kommen wir alleine mit dem Impfmobil nicht aus.

Es gibt sehr viele Ansätze in diesem Bereich. Wir müssen gut überlegen, welche Kampagnen wir starten. Sehr viele sind bereits gelaufen, auch hier in NRW. Sinnvoll ist es dabei sicherlich, vor allen Dingen zu klären, welches die Risikogruppen sind, die man als erste ins Visier nehmen will, und welche Zielgruppen man anspricht.

Werfen wir einen Blick in den Kinderbereich hinein; dazu haben wir schon das eine oder andere gehört. Ich möchte gerne noch anfügen: Es gäbe ja auch die Möglichkeit, bei der Aufnahme in die Kindertagesstätte zugleich den Impfstatus zu überprüfen. Es gibt andere Bundesländer, zum Beispiel Schleswig-Holstein, wo das bereits erfolgreich läuft; dort wird der Impfstatus bei der Aufnahme in die Kita direkt mit abgeprüft. Das müsste gar nicht unbedingt über den ÖGD erfolgen, sondern das könnte einfach im Rahmen der Aufnahme mit abgefragt werden. Auch damit wäre man schon wieder einen Schritt weiter.

Die nächste Zielgruppe sind ältere Jugendliche. Wie kommen wir an diese heran? Hier könnte man überlegen, im Rahmen der Berufsausbildung an sie heranzutreten, zum Beispiel ganz gezielt in die berufsbildenden Schulen zu gehen. Man könnte auch überlegen, einen Impfcheck und ein Impfangebot vorzuhalten, wenn die Jugendlichen aus der Schule kommen und ein freiwilliges soziales Jahr oder etwas Ähnliches machen wollen.

Es gibt noch ganz viele Möglichkeiten, aber ich will Ihnen jetzt nicht stundenlang etwas erzählen. Man muss gemeinsam überlegen, was richtig ist. Da ich hier für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sitze, möchte ich allerdings noch hinzufügen: Der ÖGD könnte wirklich eine Menge machen. Es gibt sehr viele engagierte Kolleginnen und Kollegen, gerade in Nordrhein-Westfalen, die den Impfgedanken hochhalten und die sich gerne einbringen würden.

Aber leider ist der Öffentliche Gesundheitsdienst in den letzten etwa 15 Jahren personell so ausgedünnt worden, dass wesentliche Aufgabenbereiche in den Gesundheitsämtern schon nicht mehr durchgeführt werden können. Wenn es nicht gerade eine Aufgabe ist, auf der ein hoher Druck lastet, dann fallen manche Dinge ganz ger-

ne durchs Raster. Ich fürchte, das könnte beim Impfen auch passieren, weil dies keine Pflichtaufgabe ist, bei der ständig abgefragt wird, wie viele Impfungen durchgeführt werden.

Außerdem sind derzeit die bürokratischen Hürden für die Gesundheitsämter sehr hoch, wenn sie Impfungen durchführen wollen. Damit komme ich zu Ihnen, Herr Ünal. Sie hatten gefragt, wie das denn mit den Impfvereinbarungen ist. Es gibt die Chance, dass auf Landesebene Impfvereinbarungen mit den Krankenkassen abgeschlossen werden, was im Prinzip ein sehr elegantes Modell ist, weil man damit alle Beteiligten in ein Boot holen könnte.

Leider wird von dieser Möglichkeit bundesweit sehr wenig Gebrauch gemacht. Wir haben über unseren Verband eine Abfrage bei den Landesverbänden gemacht und aus Nordrhein-Westfalen die Auskunft erhalten, dass das hier noch nicht umgesetzt wird. Das finde ich sehr schade, weil das eigentlich eine sehr gute Chance wäre.

Man muss aber wissen: Selbst wenn diese Impfvereinbarungen umgesetzt werden, wie im Hamburg – dort läuft das eigentlich ganz erfolgreich –, ist das nur ein erster Schritt. In der Impfvereinbarung ist nämlich enthalten, dass die Sachkosten für die Impfung erstattet werden, darüber hinaus der Rest aber quasi über den Öffentlichen Gesundheitsdienst geleistet wird. Da sind wir dann wieder bei dem Problem, das ich eben ansprach: wenig Personal und schlechte Auslastung im Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Daher kurz und knapp mein Plädoyer: Der ÖGD kann und will sehr gerne impfen und sich auch am Impfziel „Ausrottung der Masern“ beteiligen. Das ist eine gute Sache. Aber hierfür brauchen wir die Ressourcen. Wir brauchen auch Ihre Ressourcen in der Politik: dass Sie uns die Wege ebnen, dass die Finanzen und das Personal vorhanden sind. Damit wären wir einen ganzen Schritt weiter und könnten Hand in Hand mit den Kinder- und Jugendärzten einiges bewegen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Frau Dr. Teichert. – Der Deutsche Ärztetag, der in Düsseldorf getagt hat, hatte als einen Schwerpunkt den Öffentlichen Gesundheitsdienst. Ich hoffe, dass die Impulse, die davon ausgegangen sind, in Nordrhein-Westfalen fruchten werden. – Ich erteile jetzt Herrn Anders-Hoepgen das Wort, der von Herrn Dr. Adelmann angesprochen wurde.

Dr. Michael Anders-Hoepgen (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe): Guten Tag, Herr Garbrecht, guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich möchte versuchen, die Frage des Kollegen Adelmann zu beantworten. Es gibt Bedarfe, denen wir mit den Mitteln der Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechen können, und andere, denen wir nicht so gut entsprechen können, und von denen ich meine, dass wir hier Unterstützung brauchen könnten.

Es gelingt, glaube ich, ausreichend, mit unseren Mitteln die Kollegen, unsere Mitglieder, zu schulen. Das geschieht in ungefähr zehn Veranstaltungen pro Jahr dezentral in Westfalen-Lippe. Wir schulen jedes Jahr weit über 1.000 unserer Mitglieder; das sind fast 10 % unserer fast 12.000 Haus- und Fachärzte.

Ich habe den Eindruck, dass da gar nicht – bis auf vielleicht einige Ausnahmen – so viel Überzeugungsarbeit notwendig ist, sondern dass das Gros der Kollegen schon sehr bemüht ist, das ordentlich zu machen. Ich kann auch aus eigener Erfahrung sprechen. Ich bin selbst Hausarzt aus Dortmund-Ewing; das ist ein strukturschwacher Vorort von Dortmund, mit vielen Menschen aus bildungsfernen Schichten, bei denen die Überzeugungsarbeit oft schwierig ist.

Hier muss ich sagen: Die Öffentlichkeitsarbeit, die nötig ist, um zur Überzeugung beizutragen, können wir als Kassenärztliche Vereinigung sicherlich nicht alleine stemmen. Da braucht es Öffentlichkeitsarbeit, und hier würde ich mich meinen Vorrednern anschließen: Ich würde jede Form von Öffentlichkeitsarbeit begrüßen, die möglich ist.

Ein weiterer Punkt ist folgender: Ich will gar nicht so von „schwarzen Schafen“ sprechen, aber es ist tatsächlich so, dass es sehr stark von der Einstellung des einzelnen Arztes abhängig ist, wie stark die Durchimpfungsrate ist. Das hängt vielleicht auch ein bisschen damit zusammen, dass das sehr viel Arbeit ist, insbesondere dann, wenn es viele Patienten gibt, die man überzeugen muss.

Die Kinderärztin bei uns in Dortmund-Ewing, mit der ich eng zusammenarbeite, hat auch viele Kinder aus diesen Schichten zu betreuen und muss da sehr viel Aufwand betreiben, um den Familien hinterherzutelefonieren, manchmal Quartal auf Quartal.

Dieser – ich sage mal – Managementaufwand wird möglicherweise nicht entsprechend in unserer Honorarsystematik abgebildet. Hier wären Ideen, wie so etwas besser abgebildet werden kann, vielleicht hilfreich, um die Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen. Wenn da der eine oder andere Kollege nicht entsprechend tätig wird, würde ich einmal die Frage stellen, ob das wirklich schwarze Schafe sind, oder ob einfach unsere Systematik einen solchen Einsatz nicht fördert. – Ich hoffe, ich habe die Frage damit ausreichend beantwortet.

Dr. Rudolf Lange (Ärztekammer Nordrhein): Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren, herzlichen Dank für die Möglichkeit, mich hier zu äußern. Herr Burkert, Sie bringen mich ein wenig in Verlegenheit, weil ich hier für die Ärztekammer sitze, die Frage sich aber eher noch an die Praxis richtet. Ich bin hauptberuflich Leiter des Kreisgesundheitsamtes Mettmann, und damit habe ich sehr viel mit der praktischen Arbeit, auch mit der Frage nach Impflücken, zu tun.

Sie hatten die Frage nach den Steuerungsmöglichkeiten gestellt, wie der Impfstatus verbessert werden könnte. Da kann ich sagen – auch bezugnehmend auf meine Vorredner –, dass es eine ganze Reihe von Optionen gibt. Sie suchen sicherlich nach Möglichkeiten, wie das Ganze aus dem politischen Bereich heraus umgesetzt werden kann.

Ich will es einmal auf den Punkt bringen: Die Motivation und die Beratung von Eltern als Aufgabe der niedergelassenen Kinder- und Jugendärzte ist völlig unstrittig und dort auch am besten aufgehoben. Die Strategie, die jedoch erforderlich ist, um den Impfstatus zu verbessern, heißt ganz klar: Impflücken finden und diese den behandelnden und betreuenden Ärzten zur Impfung zuführen.

Damit wären wir auch an der Thematik „Kassenärztliche Vereinigung“ und „Abrechnungswesen“ vorbei und hätten das entsprechend erledigt. Um das aber bewerkstelligen zu können, sollte man doch die Möglichkeiten nutzen, die sich aus den Strukturen ergeben. Fast alle Kinder und Jugendlichen durchlaufen die Phase von Gemeinschaftseinrichtungen. Sie werden in den Kindertagesstätten betreut und später in den Schulen aufgenommen.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist in dieser Richtung bei den Einschulungsuntersuchungen aktiv und bei den Kindergartenuntersuchungen zumindest eingeschränkt aktiv. Hier findet sich – und das werden Sie vielleicht beim Durchlesen der vorliegenden Statements zur Kenntnis genommen haben – schon der allerfrüheste Ansatz: nämlich bei der Aufnahme in eine Kindertagesstätte grundsätzlich die Vorlage eines ärztlichen Attestes mit dem aktuellen Impfstatus zu verlangen. Das wäre ein halber Satz, der in § 10 KiBiz eingefügt werden könnte.

Damit hätte man zum frühestmöglichen Zeitpunkt – insbesondere unter dem Expositionsrisiko, dem sich die Kinder bei der U3-Situation noch früher als gedacht aussetzen – die Gelegenheit, die Impfberatung durch den behandelnden, betreuenden Kinderarzt durchführen zu lassen, eine entsprechende Motivation zu erreichen und den Impfstatus – soweit die Eltern sich beraten und überzeugen lassen – zu optimieren.

Viel schwieriger wird es bei der Altersgruppe, mit der wir auch in den letzten Jahren unsere Probleme hatten. Im Kreis Mettmann gab es im Jahr 2007 eine Beteiligung an dieser Masern-Kleinepidemie, die damals in Nordrhein-Westfalen herrschte. Wir waren mit über 100 Kindern betroffen. Die hauptsächlich betroffene Gruppe bestand aus Kindern und Jugendlichen in der Altersgruppe zwischen zehn und 18 Jahren.

Das heißt, die Impflücken, die uns im Moment epidemiologisch gerade die größten Sorgen machen, betreffen diejenigen, die jetzt schon in einem Alter sind, wo sie eigentlich längst durchgeimpft sein sollten. Das sind sozusagen die Lücken der Vergangenheit. Wenn nur einmal oder keinmal geimpft worden ist, haben wir da ein entsprechendes Problem.

An dieser Stelle erinnere ich an die Funktion des Gesundheitsamtes als schulärztlicher Dienst: Hier, am zweiten gesetzlichen Ansatzpunkt, bietet das Schulrecht Möglichkeiten, den schulärztlichen Dienst in seiner Funktion zu charakterisieren und deutlich zu machen, in welcher Funktion er für die Gemeinschaftsschule und die Gesundheit zuständig ist. Hier böte sich die Möglichkeit der regelmäßigen Impfbuchkontrolle – zumindest der anlassbezogenen Impfausweiskontrolle – und daraus eine Verpflichtung der Eltern, im Rahmen ihres Sorgerechts auch den Impfausweis zur Überprüfung vorzulegen. Dann gilt wieder der gleiche Ansatz: Impflücke finden und den behandelnden Ärzten zur Impfung zuführen.

Wir führen im Kreis Mettmann routinemäßig Kontrollen von Impfausweisen der Viertklassen und der neunten Schuljahre durch. Wenn man dann eine Vorlagequote von 40 % der Impfausweise hat und dort eine Impfquote von 97 % findet, könnte das Anlass zur Freude sein. Allerdings ist die Freude nur von kurzer Dauer, weil man von 60 % der Jugendlichen eher davon ausgehen muss, dass der Impfstatus nicht hinrei-

chend ist. Wenn man die Impfausweise nicht sieht, kann man sie nicht kontrollieren, und dann kann man auch nicht entsprechend reagieren.

Kurz zusammengefasst: Im Kindergartenbereich und im Schulbereich – KiBiz und Schulgesetz – gibt es Möglichkeiten, die Ansätze für die regelmäßige oder zumindest systematische Überprüfung und die Schließung von Impflücken zu fördern. – Herzlichen Dank.

Dr. Burkhard Rieke (Tropen- und Reisemediziner): Auch von meiner Seite herzlichen Dank für die Einladung. Ich sehe das Thema ein wenig aus der Perspektive der Reise- und der Tropenmedizin. Wir haben einen großen Verband, dessen Vizevorsitz ich innehabe.

Wir befinden uns insofern in einer Sondersituation, als wir vor allem mit Erwachsenen, jungen Erwachsenen, beruflich und privat Reisenden zu tun haben. Außerdem kennen wir auch viele dieser Erkrankungen, gegen die wir impfen, konkret durch eigene Auslandstätigkeit.

Daher können wir über die Krankheit konkreter sprechen. Für mich – das muss ich ganz klar sagen – ist Masern die Krankheit, die in meinem westafrikanischen Krankenhaus in Ghana für viele tote Kinder gesorgt hat. Ich erinnere mich sehr konkret an sie und an den Befund, wenn man mit der Hand hinten über den Rücken geht; das ist immer wieder das Gleiche.

Da sehen Sie keine großartige Rötung, aber Sie haben so ein Reibeisengefühl. Sie schauen den Kindern ins Gesicht, Sie sehen die roten Augen, und Sie wissen: Aus dem Dorf werden jetzt wohl noch mehr kommen; wahrscheinlich war der Impfstoff vergammelt, den wir letztes Jahr bekommen haben. Das ist für mich die Assoziation. Insofern kann ich solche Dinge auch konkreter weitergeben.

Ich weiß sehr genau, dass wir mit den Zahlen in Deutschland nicht an solche Verhältnisse heranreichen, das ist ganz klar. Wir sind hier in einer fast gesetzmäßig zu nennenden Situation, einer instabilen Situation in der Endphase einer Ausrottung der Erkrankung.

Sie können das, wenn Sie wollen, vergleichen mit einem Großbrand. Da kommt die Feuerwehr, und am Anfang hat jeder Angst vor dem Feuer. Aber je kleiner das Feuer wird, desto mehr Angst hat man vor dem Löschwasser – bis irgendwann die ersten Stimmen kommen, die sagen, dass man doch vielleicht so ein kleines Feuerchen in der Ecke erhalten sollte, sodass man gleich noch Tee kochen kann.

Das ist ein bisschen die Situation, in der wir uns befinden. In anderen Bereichen müssen wir uns über die Nebenwirkungen der Pockenimpfung deshalb nicht mehr aufregen, weil vorhergehende Generationen das Risiko dieser Impfung – das nicht gering ist – auf sich genommen haben. Daher brauchen wir heute Todesfälle durch Pockenimpfungen nicht mehr zu befürchten.

Deshalb: Das Ziel der Maserneradikation muss uns wirklich konkret vor Augen stehen, im politischen Raum und im Raum des ÖGD auf jeden Fall. Wir haben uns als

WHO Europa dazu verpflichtet, dieses Ziel bis 2015 zu erreichen. Davon sind wir aber noch ein ganzes Stück entfernt.

Was wir aber beobachten, das ist eine Entsolidarisierung. Die Masernimpfung ist eine Impfung mit einer Solidarfunktion, das heißt ich schütze zum einen mich selbst. Das mache ich zwar auch bei der Tetanusimpfung, aber wenn ich Tetanus bekomme, gefährde ich niemanden sonst, das ist mein eigenes Problem.

Bei Masern ist aber die Funktion der Impfung auch der Umgebungsschutz. Das kann sehr wohl ein Kind oder ein Erwachsener sein, dessen eigene Immunitätsleistung zur Abwehr von Masernkeimen nicht ausreicht, nie ausgereicht hat oder durch konkrete Erkrankung nicht mehr ausreicht.

Diese Funktion – also die Solidarfunktion der Impfung im Allgemeininteresse – ist heute für die Leute null Argument. Das ist vielleicht auch eine politische Aufgabe, hierauf wieder konkreter zu verweisen. Es ist ein bisschen wie auf dem Fußballplatz: Wenn genügend Leute einen Schirm haben, bleibe ich trocken, selbst wenn ich keinen Schirm mitgebracht habe. Aber immer mehr Leute wollen, dass die anderen den Schirm aufspannen und das minimale Restrisiko der Impfung, das ja nun wirklich insgesamt nicht hoch ist, für sie schultern. Sie denken: Ich bin doch der Schutzbedürftige! Ich bin nicht der, der andere schützen soll.

Diese Form der Selbstinterpretation ist vielleicht die Folge eines Sozialstaatsverständnisses, das um sich greift und das vor allem Solidarität einfordert, aber nicht mehr in gleichem Maße zu geben bereit ist. Damit müssen wir unter Umständen leben.

Konkret heißt das für uns, dass wir natürlich kommunizieren, auch über die Risiken. Das kann man mit einem Merkblatt machen, wir machen es aber lieber mündlich. Man muss manchmal die Argumente wirklich beim Namen nennen. Die Masernimpfung ist eine Lebendimpfung, das heißt sie kann einen kleinen Infekt machen. Sie wird meist kombiniert gegeben mit Mumps und Röteln.

Das heißt aber, die Leute sehen den Infekt schon wieder als schwere Nebenwirkung oder überhaupt als Nebenwirkung. Das Ganze muss jedoch eigentlich interpretiert werden als Unterstreichen der Indikation, denn ein Impfinfekt – was insgesamt eher eine Harmlosigkeit ist – kann sich nur entwickeln, wenn eine natürliche Immunität nicht vorhanden war.

Der junge Erwachsene, der mit 22 Jahren vor uns sitzt und ins Auslandsjahr gehen will und eine Woche später einen kleinen Infekt bekommt – wenn er denn durch die Impfung hervorgerufen wurde – sollte sich eigentlich freuen, dass es das Impfvirus war und nicht das Originalvirus. Dieses ist mit einer viel höheren Rate von Folgen, Pneumonien, Durchfallerkrankungen, schweren Enzephalitisfällen – also Hirnsubstanzentzündungen – verbunden und führt in anderen Ländern ohnehin – ich habe es eben gesagt – zu gravierenden Folgen.

Masern sind in der Welt eine der wichtigsten Ursachen für Erblindungen, nämlich über die Xerophthalmie, die Austrocknung der Hornhaut. Das ist vielen nicht bewusst. Ich mache in Aachen immer den Impfkurs an der Universität, und wenn ich

dann den Leuten das Referat gebe und sage, das fehlt noch als Argument, dann sind die immer ganz baff. Es ist aber tatsächlich so.

Wir bewahren den Keim hier auch auf und exportieren ihn in andere Länder. Das ist auch als Land nicht unsere Privatsache. Wir haben mehrere Epidemien „auf dem Gewissen“, zum Beispiel in Südamerika – in Venezuela, in Ecuador –, wo man das sehr gut verfolgen kann, weil es dort keine eigenständige Zirkulation mehr gibt.

Die nord- und südamerikanische Gesundheitsorganisation hat inzwischen gesagt, sie hätte Verständnis, wenn ein Land die Masernimpfung zur Einreisevoraussetzung erklärt. El Salvador hat das bereits umgesetzt. Wenn Sie da hinfahren wollen, vergessen Sie den Impfausweis nicht oder eine Serologie, die Ihnen die Positivität bestätigt. Man sieht das in anderen Ländern anders.

Und während ein Kontinent wie Afrika seine Masernzahlen um über 90 % gesenkt hat, mit irren Anstrengungen, gehen wir hier relativ nonchalant damit. Für manche Leute ist das eine Art Lifestyle-Risiko. Sie sagen: Das akzeptieren wir, und eine Krankheit hat doch persönlichkeitsfördernde Wirkung.

Das hat sie auch wirklich. Man muss auch nicht jeden Infekt von jedem Kind fernhalten, dafür bin ich auch nicht. Aber bitte nicht bei einem solchen Infekt! Auch ein Beinbruch hat persönlichkeitsfördernde Effekte, aber deswegen schubse ich mein Kind nicht aus dem Kirschbaum. Insofern muss man da wirklich wissen, mit welchen Argumenten man hantiert.

Wer diese Krankheit nicht kennt in ihren Konsequenzen für das Individuum, aber erst recht für die Gemeinschaft – wenn beispielsweise in der Nachbarschaft ein Kind mit einer Leukose an schweren Masern erkrankt –, der geht nicht wirklich verantwortet in eine solche Entscheidung hinein.

Es gibt einen solchen Fall, der ganz gut dokumentiert ist. Das können Sie googeln unter den Stichwörtern „Masern“ und „Michaela“. Es geht um ein Kind in Duisburg, das selber noch nicht geimpft werden konnte, sich im Wartezimmer des Arztes angesteckt hat und zu Tode gekommen ist.

Da sind wir bei der „verantworteten Impfentscheidung“. Das ist die Chiffre, auf die man das heute gerne bringt, auch vonseiten des Ministeriums. Nur: In diese Verantwortung gehen die Folgen für ein solches Kind gar nicht ein. Das ist für mich – neben den berufsrechtlichen juristischen Aspekten – eigentlich unverständlich, muss ich ehrlich sagen.

Wenn ich eine Arbeitsunfähigkeitserklärung ausfülle, dann gibt es da ein Kästchen, wo ich ankreuzen muss, ob es ein sonstiger Unfall war, ob es Unfallfolgen gab usw. Und wenn ich das ankreuze, geht die Krankenkasse her und fragt: Wer hat ihm denn da auf den Fuß getreten? Dann tritt sie an die Haftpflichtversicherung heran und holt sich die Kosten zurück.

Aber wenn ich das benachbart sitzende Kind im Wartezimmer, das noch nicht geimpft werden konnte, mit Masern anstecke – das kann man heute sehr gut nachweisen; diese Infektketten sind sehr gut zu analysieren –, dann bleibt das Ganze im

Grunde völlig haftungsfrei: der Krankenhausaufenthalt, die Behinderung, die Pflegebedürftigkeit, vielleicht auch der Tod.

Wir haben solche Fälle, aber wir buchstabieren das nicht wirklich durch. Erst dann, wenn die Verantwortung angetreten ist, kann man auch von einer „verantworteten Impfentscheidung“ sprechen. Jetzt aber wird, egal was passiert, wieder bei der Solidargemeinschaft abgeladen, und implizit wird gesagt: Schicksal, Schicksal. Aber das ist es heute eben nicht, sondern unser Maserngeschehen ist zum größten Teil die Konsequenz von Fehlentscheidungen über eine Impfung.

Wenn Sie sich beispielsweise die eben schon zitierte Studie über die SSPE – also die spezielle Enzephalitis, die nur die Masern machen – vornehmen und einen Blick hineinwerfen, dann stellen Sie bei den über 30 Fällen, die da aufgelistet sind, ein weiteres ganz wichtiges Kriterium fest: Ich würde sagen, die Hälfte hat einen Auslandshintergrund. Das muss uns klar sein. Wir können nicht sagen: Wir haben bei den Dreijährigen von mir aus 94 % oder 97 % durch Impfung erreicht, dann wird das wohl so weitergehen.

Nein, die Leute kommen zu uns und sind vielleicht acht, zehn oder zwölf Jahre alt. Wir hatten den Fall einer neuen Praxismitarbeiterin, 20 Jahre alt, bei der wir in den Impfausweis geschaut haben, und darin war praktisch eine leere Menge, weil sie aus Kriegswirren eines anderen Landes zu uns gekommen ist.

Da gibt es Lücken, und das hat zur Konsequenz, dass wir bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen später einen zweiten Maserninzidenzgipfel verzeichnen. Wir brauchen mehr Originalität in der Kommunikation, wir brauchen Kooperation über Grenzen, die bislang vielleicht zu wenig kooperiert haben.

Der Kollegin vom ÖGD möchte ich ganz konkret empfehlen: Suchen Sie sich unter Umständen einen kooperierenden Kassenarzt, wenn Sie noch nicht die Vereinbarung nach SGB haben, sodass Sie so etwas gemeinsam stemmen können. Und wenn Ihnen das zu sehr nach Kungelei klingt, dann schreiben Sie das Ganze aus. Dann werden sich wahrscheinlich die Richtigen melden.

Das Vorhaben gelingt nicht mit der Ausgabe von Zetteln oder einer Impfempfehlung, sondern mit der Umsetzung einer Impfung. Aber das muss natürlich vorbereitet werden. Ich würde beispielsweise nie mitmachen, wenn der Elternwille im Grunde ausgehebelt wird. Darum geht es nicht, das ist ganz klar. Aber erst dann ist etwas passiert.

Ein anderer Bereich, der mir immer vorschwebt, von dem ich aber nicht weiß, ob man das wirklich umsetzen kann: Die Jugendlichen, die meist mit 17 Jahren den Führerschein machen, die die Regeln einer Gesellschaft lernen, machen alle noch einen Erste-Hilfe-Kurs. Warum kann man nicht hier – es gibt ja relativ wenige Veranstalter in einer Region, das sind drei oder vier Anbieter – auch die Überprüfung des Impfschutzes andocken?

Dort wird über Unfälle geredet. Was macht man mit dem Knochen, der im Erdreich steckt? Das ist konkret ein Thema, das auch mit Impfungen zu tun hat. Wie gesagt, viele Impfungen lassen Sie aus rein individuellem Schutzbedürfnis vornehmen, aber

bei anderen geht es um einen Solidareffekt. Das ist wirklich ein politisches Geschehen, und da brauchen wir den Rückenwind von Ihnen allen.

Fragen Sie sich mal selber, wann Sie das letzte Mal in Ihren Impfausweis geguckt haben. Wenn man aber beim Arzt sitzt und hat gerade Fieber und Husten, wird der gerade nicht impfen. Unser Vorteil sind die präventiven Kontakte. Gehen Sie einfach einmal anlasslos zum Arzt, oder machen Sie das im Zusammenhang mit einer Krebsvorsorgeuntersuchung oder so etwas. Nur so entsteht dieser Rückenwind auch in informeller Art und Weise.

Erst recht würden wir uns diesen Rückenwind auch vom Ministerium wünschen und seitens der Gesundheitspolitik sowie von der Spitze des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, sodass wir nicht den Eindruck haben, dass wir den Schlauch flicken, während woanders straflos Nägel gestreut werden. – Herzlichen Dank.

Nicola Fels (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke): Schönen guten Tag und herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin hier für Herrn Längler, den leitenden Arzt des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke. Vorhin fühlte ich mich ab und zu angesprochen, als es um die sogenannten schwarzen Schafe als Impfgegner ging. Ich halte mich nicht für einen Impfgegner, und ich spreche da auch im Namen von Herrn Längler. Wir sind keine Impfgegner.

Ich würde das gerne noch etwas differenzieren. Sie hatten das vorhin angesprochen, Herr Anders-Hoepgen, es ging um die bildungsfernen Eltern, die aus – ich sage jetzt mal – Nachlässigkeit, Vergesslichkeit oder Stress ihre Kinder nicht impfen. Das sind, ehrlich gesagt, weniger die, die wir bei uns in den Praxen und in den Kliniken haben. Nach Herdecke kommen diese Leute nicht mit Fragen zur Impfung.

Wir haben eher die Menschen – sehr viele Akademikerkinder, viele Intellektuelle –, die wirklich differenziert aufgeklärt werden möchten. Deren Fragen sind viel differenzierter als all die, die jetzt – leider, muss ich Ihnen sagen – hier so beantwortet worden sind.

Dort wird gefragt: Warum ist das so, dass die SSPE jetzt mehr im Säuglingsalter auftritt? Warum haben die Säuglinge jetzt mehr Masern als früher? Warum haben die Mütter keinen Nestschutz mehr, was früher doch der Fall war? Was bedeutet die Impfung? Was sind – das Thema kam hier noch gar nicht – die Nebenwirkungen der Impfung? Gibt es überhaupt Nebenwirkungen?

Diese Leute kommen reihenweise zu mir – ich kann jetzt nur von mir sprechen –, weil die Kollegen – ich möchte jetzt keinen Kollegen als schwarzes Schaf beschimpfen, weil ich weiß, dass wir alle nur im Sinne unserer Kinder arbeiten und nur das Beste für sie wollen –, sagen: Wir behandeln Sie nicht weiter, wenn Sie Ihr Kind nicht impfen lassen.

Ich bin sehr gegen eine Polarisierung bezüglich Impfen oder Nicht-Impfen. Es geht hier um differenzierte Aufklärung. Die Menschen wollen sachlich, transparent, offen und ehrlich aufgeklärt werden.

Eine Sache möchte ich in Klammern anmerken: Mich selbst hat etwas erschüttert, dass auch ich nicht mitbekommen habe – ich weiß nicht, ob Sie das alle wissen –, dass es seit Ende 2012 über ein EU-Recht für Eltern die Möglichkeit gibt, beim Paul-Ehrlich-Institut einen Impfschaden zu melden. Das wissen die wenigsten Eltern.

Die Eltern wollen aber wissen, ob es Impfschäden gibt, sie wollen das auch nachlesen. Und dann lesen sie das nach auf irgendwelchen für mich als Wissenschaftlerin und Ärztin skurrilen Internetseiten. Aber darauf muss ich eingehen. Ich kann nicht einfach nur sagen: Gibt es nicht, geht nicht. Darauf muss ich eingehen, weil wir in einer Informationsgesellschaft leben, und weil diese Eltern wissen wollen, worum es eigentlich geht, und was mit dem Kind passiert, wenn man es impfen lässt oder auch nicht.

In diesem Zusammenhang habe ich eine Bitte als Ärztin. Ich frage Sie: Wie kann es sein, dass wir niedergelassene Kinderärzte für diese doch sehr ausführliche Aufklärung, die es braucht, nicht bezahlt werden, aber für die Impfung sehr wohl bezahlt werden? Ich kann nur sagen: Das macht mich stutzig.

Ich denke daran, wie viel Zeit und Aufwand es braucht, bis ich die Eltern entsprechend aufgeklärt habe. Dann sagen diese: Ich muss das zu Hause erst mit meinem Mann besprechen. Und dann besprechen sie es auch noch mit ihrer Freundin und dann kommen sie vielleicht wieder, und ich impfe dann gegen Masern. Es ist ja nicht so, dass ich dagegen bin, dass die Masern in Deutschland oder noch viel besser in der Welt ausgerottet werden – aber das dauert seine Zeit, und dafür kriegen wir niedergelassenen Ärzte keinen Cent, während wir für die Impfung sehr wohl bezahlt werden.

Ich glaube, wenn wir als Ärzte da mehr Unterstützung bekommen würden und sich etwas ändern würde, dann würden auch die Kollegen die Eltern beruhigen können und sagen, wann Nebenwirkungen auftreten – Sie hatten das erwähnt – und welche Nebenwirkungen auftreten. Es gibt natürlich noch mehr als nur Fieber. Fieber ist sicher eine gesunde Nebenwirkung, das sehe ich genauso. Aber es gibt natürlich noch mehr. Das lesen die Eltern nach. Und diese Nebenwirkungen einfach zu verheimlichen und zu sagen, diese gäbe es nicht, das halte ich für einseitig.

Trotzdem bin ich dafür, dass wir dieses Thema gemeinsam angehen. Und auch wir als sogenannte schwarze Schafe sind dafür, auch wenn wir sicherlich in manchen Beziehungen mit dem Thema Krankheit und Gesundheit anders umgehen.

Hierzu noch ein letztes Wort: Impfung ist zweifelsohne Krankheitsverhinderung, da sind wir uns alle einig. Aber es ist auch – auch da sind wir uns alle einig – keine Gesundheitsförderung. Wir niedergelassenen Kinderärzte haben so viele Aufgaben vor uns, die die Gesundheitsförderung betreffen – auch da wünsche ich mir sehr viel mehr Unterstützung –, ich nenne nur die Themen Übergewicht, Diabetes, Allergien, Unfälle oder die Suizidrate.

Das sind sehr viele Dinge, wo wir sozusagen die Gesundheit unserer Kinder fördern können. Ich fände es sehr wünschenswert, wenn wir auch hier gemeinsam Energie hineinstecken und das miteinander angehen. Das kann geschehen, ohne ein schwarzes Schaf sein zu wollen und gegen die Eradikation von Masern zu sein.

Dr. Jan Leidel (Köln): Sehr geehrte Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Herr Ünal, Sie fragen mich nach meinen Erfahrungen aus der Zeit als Amtsleiter des Kölner Gesundheitsamtes. Das ist ein Blick in die Vergangenheit, da ich mich seit mittlerweile fünf Jahren im Ruhestand befinde.

Aber dieser Blick in die Vergangenheit war für mich selbst jetzt auch ganz interessant, weil ich gesehen habe, dass ich in den Jahren meiner Tätigkeit sehr unterschiedliche Rahmenbedingungen im Öffentlichen Gesundheitsdienst erlebt habe. Bis 1979 haben die Gesundheitsämter die Hauptlast des Impfens getragen, weil die Krankenkassen die Kosten von Schutzimpfungen gar nicht erstatten durften.

Das heißt: Entweder wurde auf vom Land angeordneten öffentlichen Terminen die Impfung kostenlos durch das Gesundheitsamt durchgeführt oder aber beim niedergelassenen Arzt als – heute würde man sagen – IGe-Leistung, also auf eigene Kosten.

Ich möchte an die Diphterie erinnern. Sie hat mit den Masern gemeinsam, dass sie – dadurch, dass sie selten geworden ist oder auch gar nicht mehr bei uns auftritt – an Schrecken verloren hat und dass die Erkrankung unterschätzt wird, die befürchteten Folgen einer Impfung jedoch maßlos überschätzt werden.

In diesem Zusammenhang war es für mich ganz spannend, den letzten Ausbruch an Diphterie in Köln zu erleben. Das war 1976; es gab 80 Erkrankte, zehn davon starben. Das Gesundheitsamt war die einzige Institution, die in dieser Zeit Erwachsene impfen konnte, denn es gab keinen Erwachsenenimpfstoff auf dem Markt. Das Gesundheitsamt hatte aus dem Kinderimpfstoff einen Erwachsenenimpfstoff hergestellt.

Die Nachfrage war plötzlich wieder so hoch, dass diejenigen, die fertig geimpft worden waren, nicht durch die Gänge und Treppenhäuser ins Freie gelangen konnten, weil die Nachdrängenden dies verhinderten, sondern von der Feuerwehr aus den Fenstern herausgeschleust werden mussten.

Seit 1980 dürfen Krankenkassen Schutzimpfungen finanzieren. Es gab lange Zeit ein Nebeneinander, das relativ rasch zu einem deutlichen Überwiegen der Impfungen durch die niedergelassene Ärzteschaft führte. Das halte ich auch für vernünftig, denn es ist sicher sinnvoll, dass die Menschen, soweit sie den Weg zu ihrem Arzt finden, auch von diesem geimpft werden.

Was versäumt wurde, waren vernünftige Verabredungen, wie man in Kooperation zu einer guten Beteiligung an den Impfungen gelangen könnte, also Stichwort: bildungsfernere Menschen mit einem eingeschränkten Zugang zu unserem regulären Gesundheitssystem.

Erst ab 2007 ist durch den § 20d im SGB V die Schutzimpfung als Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung deklariert worden. Im Zusammenhang mit dieser Vorschrift, nämlich dort im Absatz 3, steht ja auch der Antrag, über den Sie sich hier heute informieren, und den ich sehr begrüße. Auch ich möchte mich bedanken dafür, dass wir uns hierzu äußern können.

Was haben wir getan, um die Impfbeteiligung zu erhöhen? Damals waren die Zeiten günstiger: Zum einen waren die Ressourcen des Kölner Amtes recht gut, und zum anderen war die Ausgangssituation noch deutlich schlechter, sodass es mit einem

vergleichsweise eher niedrigen Aufwand gelang, die Impfbeteiligung deutlich zu vergrößern.

Wir haben zu diesem Zweck auch die Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchung auf der Stadtteilebene ausgewertet und dabei gesehen, dass es ganz große Unterschiede gab. In Köln gab es Stadtteile, wo schon um 2005 die Beteiligung an zwei Masernimpfungen bei fast 100 % lag; es gab aber auch andere, wo sie die 50 % nicht erreichte.

Würde man genauer nachschauen, dann würde man feststellen, dass in der Tat Ärzte und ein ähnlich wie er denkendes Klientel auch zueinanderfinden. Jedenfalls haben wir versucht, ganz gezielt Kontakt zu den Kolleginnen und Kollegen aufzunehmen; mit sehr unterschiedlichem Erfolg.

Den meisten Erfolg brachten immer schulbasierte Programme, wenn also der Öffentliche Gesundheitsdienst seine privilegierte Zugangsmöglichkeit in die Schulen dazu nutzen konnte, um Impflücken festzustellen. Damals hatten wir auch noch keine Scheu, die Schließung dieser Lücken selber anzubieten, aber selbstverständlich wurde auch an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verwiesen.

Ich habe es außerordentlich begrüßt, als der § 20d SGB V mit seinem Absatz 3 verabschiedet worden ist, denn ich sah darin eine rechtliche Grundlage dafür, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Krankenkassen gemeinsam dafür Sorge tragen, dass die Schutzimpfungen der Versicherten auch tatsächlich in ausreichendem Umfang durchgeführt werden.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist hierzu heute vielfach gar nicht mehr in der Lage. Aber hier bieten sich aus meiner Erfahrung heraus Kooperationen mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sehr gut an.

Ich möchte noch ein Wort zu den jetzt schon häufiger zitierten „schwarzen Schafen“ sagen: In diesem Zusammenhang ist es wichtig zu wissen, dass es ein Gutachten des renommierten Medizinrechtlers Prof. Deutsch gibt, das sehr viel Beachtung bei den Ärztekammern gefunden hat. Dieses Gutachten ist seinerzeit im Auftrag des Landes Niedersachsen erstellt worden.

Prof. Deutsch vertritt darin die Auffassung, dass es durchaus nicht ins Belieben der Ärzte gestellt werden kann, ob sie ihren Patienten Schutzimpfungen nahelegen oder nicht. Vielmehr sei die Ärzteschaft verpflichtet, ihren Patienten zumindest die von den Ländern öffentlich oder die von der STIKO empfohlenen Impfungen – das ist weitgehend deckungsgleich – nahezulegen.

Er stützt sich dabei auch auf ein Urteil des Bundesgerichtshofs von 1999, in dem die STIKO-Empfehlungen als „medizinischer Standard“ bezeichnet werden. Wenn also nun ein Arzt seinen Patienten diese Impfungen nicht nahelegt, dann verweigert er – so Prof. Deutsch – seinen Patienten eine dem medizinischen Standard entsprechende Versorgung, was sehr wohl zivil- als auch berufsrechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Aber – und da gebe ich Ihnen recht, Herr Dr. Terhardt –, ich glaube, da traut sich niemand wirklich ran. Aber möglich wäre es, denke ich.

Vielleicht noch ein Satz zu der Regelung des § 20d SGB V, der heute im Zentrum steht. Dort wo solche Rahmenverträge bereits abgeschlossen wurden, kranken sie in meinen Augen daran, dass es nicht gelang, bürokratische Probleme und Hürden zu vermeiden.

Wenn zum Beispiel bürokratischer Aufwand dadurch auftritt, dass die durchgeführten Impfungen spitz den einzelnen Kassen zugerechnet werden müssen, wenn Schwierigkeiten bei der Impfstoffbeschaffung damit im Zusammenhang stehen, dann ist tatsächlich die Effektivität einer solchen Regelung etwas kritischer zu sehen. Gerade die Formulierung in § 20d Abs. 3 SGB V, dass nämlich die Krankenkassen einheitlich und gemeinsam die Bestimmungen durchzuführen haben, scheint mir eine Verhandlungsmöglichkeit darzustellen, mit der man vielleicht versuchen könnte, die bürokratischen Hemmnisse zu reduzieren, die damit verbunden sein könnten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Dr. Leidel. Ich will als Ausschussvorsitzender nochmals darauf hinweisen, dass sich dieser Ausschuss mit dem Thema „Masern“ sehr ausführlich beschäftigt hat, ebenso die Ausschüsse in den vergangenen Legislaturperioden.

Die Landesgesundheitskonferenz als weiteres Gremium, an dem dieser Ausschuss auch beteiligt ist und an dem viele von Ihnen über Verbände ebenfalls beteiligt sind, hat sich dem Thema „Kinder- und Jugendgesundheit“, auch den Fragen des Impfschutzes, insbesondere in mehrfachen Landesgesundheitskonferenzen und Entschließungen gewidmet, letztmalig 2009, insbesondere zu der Frage „Impfschutz bei Masern“.

Der Masernausbruch 2005/2006 war nochmals ein Anlass, sich intensiv mit diesem Thema zu beschäftigen. Wir hatten 2007 – daran kann ich mich noch gut erinnern – eine Diskussion hier im Ausschuss darüber, wie wir denn diese Masernpartys begrenzen können.

Ich sehe jetzt keinen weiteren Fragebedarf von Seiten der Damen und Herren. Wir gehen in die zweite Runde, immer mit Blick auf die nachfolgende Sitzung.

Susanne Schneider (FDP): Ich habe nur noch zwei Fragen, die ich an Herrn Dr. Leidel und Frau Dr. Teichert stelle, weil es ein Komplex ist.

Frau Dr. Teichert sprach schon an, dass es in manchen Bundesländern – Sie erwähnten das Beispiel Hamburg – anscheinend ganz gut klappen würde mit diesen Rahmenvereinbarungen. Herr Dr. Leidel sagte gerade, das sei ein bisschen schwierig. Ich würde gern einmal wissen, in welchen Bundesländern – außer Hamburg – es noch solche Vereinbarungen gibt, in denen es richtig gut klappt. Was kann zum Beispiel von Seiten des Ministeriums getan werden, um diese Rahmenvereinbarungen schneller voranzutreiben oder das Ganze optimal durchzuführen?

Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Punkte, die in solchen Vereinbarungen mit den Kassen aufgenommen werden müssten? Können Sie eine Einschätzung geben, wie lange so etwas dauern kann, bis solche Vereinbarungen geschlossen werden können?

Norbert Post (CDU): Ich habe noch eine kurze Nachfrage an die Vertreter des Öffentlichen Gesundheitswesens bzw. an Herrn Dr. Rieke. Können Sie die Relation der Gefahr bei Erkrankung durch Impfung zur Erkrankung ohne Impfung einmal kurz in Zahlen darstellen?

Meine zweite Frage – dazu haben Sie mich eben provoziert – geht an Herrn Dr. Schlüter. Wie und unter welchen Bedingungen kann es zu Engpässen bei Impfstoffen kommen? Ich habe nichts davon gehört, dass irgendwelche Impforgien stattgefunden hätten und dass dadurch Engpässe entstanden seien.

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE): Ich möchte mich kurz halten: Wir haben zwei Standpunkte auseinanderzuhalten: Zum einen gilt es, die Impfmüdigkeit zu überwinden durch – überspitzt gesagt – Druck, Sanktionen oder dadurch, den Elternwillen auszuhebeln. Diese Formulierungen habe ich aus dem Kreis der Experten gehört.

Zum anderen gibt es die Auffassung, dass dezidierte und differenzierte Information insbesondere bei entsprechenden Nachfragen von Eltern durchaus erfolgversprechend sei. Diese Frage geht an Frau Fels. Bei Ihnen habe ich herausgehört, dass Sie auf Informationen setzen und die Skepsis, die es ja gibt, aufgreifen und versuchen, dieser durch Aufklärung zu begegnen.

Ich möchte gerne wissen, inwieweit dies von Erfolg gekrönt ist. Sie hatten ja angedeutet, diese Leute kämen zurück und ließen sich dann impfen. Wenn Sie dazu bitte noch etwas ausführen könnten?

Olaf Wegner (PIRATEN): Auch wenn wir jetzt in der zweiten Runde sind, möchte ich mich im Namen der Piratenfraktion noch bei allen Sachverständigen für Ihre Stellungnahmen und für Ihr heutiges Erscheinen bedanken.

Konkret habe ich eine Frage an Herrn Dr. Leidel und an Frau Dr. Teichert. Es geht ebenfalls um die Rahmenvereinbarungen, die in § 20d SGB V vorgesehen sind. Meine Frage: Sind solche Rahmenvereinbarungen Ihrer Meinung ausreichend, um eine Durchimpfrate von 95 % zu erreichen? Ist eine solche Art der Finanzierung in Ihren Augen notwendig, um eine derartige Durchimpfrate zu erreichen? Welche Folgen würde es Ihrer Meinung nach haben, wenn solche Rahmenvereinbarungen in Nordrhein-Westfalen nicht zeitnah abgeschlossen würden?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Vielen Dank. – Wir kommen zur Beantwortungsrunde. Frau Dr. Teichert, Sie haben als Erste das Wort.

Dr. Ute Teichert (Akademie für öffentliches Gesundheitswesen): Das Thema „Rahmenvereinbarungen“ war mehrfach nachgefragt worden. Ich kann Ihnen leider keine genauen Zahlen dazu nennen, wie die Rahmenvereinbarungen in den einzelnen Bundesländern umgesetzt werden oder nicht. Ich weiß, dass das Bundesministerium für Gesundheit im Moment eine Erhebung durchführt, um den genauen Sachstand zu eruieren. Was ich vortragen kann, sind die Zahlen einer Umfrage innerhalb

unserer Landesverbände. Da würde ich sagen, dass circa ein Drittel Impfvereinbarungen abgeschlossen hat.

Frau Schneider, Sie fragen danach, wo es besonders gut läuft. Ich hatte Hamburg erwähnt; ich kann auch Mecklenburg-Vorpommern erwähnen und überhaupt noch einmal darauf hinweisen, dass in den östlichen Bundesländern die Impftradition natürlich eine ganz andere ist als hier in den westlichen Bundesländern.

Impfen wird dort innerhalb der Bevölkerung ganz anders gelebt und hat einen ganz anderen Stellenwert als bei uns. Wenn wir überlegen, wie wir in eine solche Richtung gelangen, können wir einmal schauen, was wir von solch einem System, das es heute nicht mehr gibt, vielleicht übernehmen oder lernen können. Es ist ja nicht alles schlecht, was in anderen Systemen gelaufen ist.

Da wurde Impfen gelebt, das war selbstverständlich. Da wurde das auch nicht so hinterfragt, wie es hier und heute der Fall ist. Ich möchte nicht für andere Systeme plädieren, aber ich glaube, man kann sich das eine oder andere vielleicht einmal anschauen.

Ganz wesentlich ist: Mecklenburg-Vorpommern hat ein sehr ausgeklügeltes Impfsystem. Auch in Sachsen gibt es eine eigene ständige Impfkommission mit eigenen Impfvereinbarungen. Auch dort wird sehr aktiv geimpft. Wenn man also einmal schauen will, was andere Bundesländer machen, dann kann ich diese empfehlen, ohne dass ich Ihnen einen umfassenden Überblick geben kann, weil ich den nicht habe.

Dann hatten Sie gefragt, was man noch machen muss, und ob diese Rahmenvereinbarungen ausreichend sind. Ich denke, es ist ein erster Schritt, den man auf jeden Fall gehen sollte, denn es gibt die gesetzlichen Vereinbarungen dafür. Herr Dr. Leidel hat eben ausgeführt, welch große Hoffnungen er ursprünglich darin gesetzt hatte. Dass sich diese Hoffnungen bis jetzt nicht erfüllt haben, liegt vielleicht zum einen daran, dass das Ganze nicht flächendeckend umgesetzt ist.

Zum anderen – das hatte ich auch schon in der Stellungnahme ausgeführt – gibt es relativ hohe bürokratische Hindernisse im Zusammenhang mit den Impfvereinbarungen. Da würde ich bitten, noch einmal genau hinzuschauen. Wenn es denn so ist, dass bei Impfkampagnen – die von mir aus in Schulen oder Kitas im Setting laufen, bei denen der Öffentliche Gesundheitsdienst beteiligt ist – jede Impfung einzeln abgerechnet werden muss und jeder Impfling mit seinen Daten eigens erfasst werden muss – das heißt, es muss ein Lesegerät mitgenommen werden, es muss eine Datenübertragung stattfinden, das muss alles ausgerechnet werden –, dann wäre es viel einfacher, man würde über einen Schlüssel gehen, indem man den Schlüssel der Verteilung der Krankenversicherten nimmt und eine pauschale Abrechnung vornimmt.

So aber ist das eine relativ hohe Hürde, die in der Praxis zu vielen Erschwernissen führt. Wenn man da einfach über eine pauschale Aufteilung der Kosten reden könnte, wäre das sicherlich ein ganz wesentlicher Punkt.

Herr Wegner, Sie hatten noch gefragt, ob eine solche Finanzierung notwendig ist. Ich denke schon, dass eine Finanzierung auch über das GKV-System notwendig ist. Die Konsequenz wäre ja sonst, dass die öffentliche Hand das alles vielleicht alleine tragen müsste, wenn wir keine weiteren Finanzierungssysteme hätten. Ich meine sogar, wir müssten die Finanzierungssysteme noch weiter ausbauen und überlegen, wen wir noch mit in die Finanzierung hineinnehmen können.

Direkte Folgen von nicht abgeschlossenen Impfvereinbarungen erleben Sie konkret nicht. Man kann sich natürlich die Impfzahlen anschauen und sagen: Wir sind noch weit weg von der Eliminierung der Masern. Das kann man sicherlich sagen, aber man kann keine konkreten Folgen daraus ziehen, dass es keine abgeschlossene Impfvereinbarung gibt.

Das würde ich für ausgesprochen schwierig halten. Wir haben keine Daten und Zahlen, die wir damit verbinden können. Wir wissen auch nicht, was wir damit erreichen würden, wenn wir eine Impfvereinbarung hätten. – Ich glaube, das waren die wesentlichen Fragen.

Dr. Jan Leidel (Köln): Die Bundesrepublik hat sich dazu verpflichtet, die Maserneliminination voranzutreiben. Die Gesundheitsministerkonferenz hat sich wiederholt diesem Thema gewidmet und hat einstimmig entsprechende Beschlüsse gefasst. Woran scheitert die Umsetzung? Der Hauptgrund liegt tatsächlich in den häufiger schon angesprochenen Impflücken bei älteren Kindern, Jugendlichen und auch jungen Erwachsenen.

Die Impfung der Kinder hoffentlich im zweiten Lebensjahr – oft leider zu spät – hat aber mittlerweile ein Ausmaß erlangt, das man als nahezu befriedigend bezeichnen kann. Es geht also wirklich um die Schließung der Impflücken. Die davon betroffenen Personen sind glücklicherweise in aller Regel relativ gesund. Wenn sie zu Vorsorgeuntersuchungen gehen, werden diese leider nicht immer und flächendeckend zur Überprüfung des Impfstatus genutzt.

Es geht also darum, Wege zu finden, die den Zugang zu diesen uns letztlich bekannten Gruppen – nicht namentlich bekannt, aber wir wissen, um welche Anteile der Bevölkerung es sich handelt – zu finden, um Impflücken zu schließen. Dafür ist dieser dritte Absatz des § 20d SGB V meines Erachtens eindeutig gedacht. Er verpflichtet die Gesetzliche Krankenversicherung seit 2007. Die Gesetzliche Krankenversicherung geht diesem Auftrag jedoch nicht mit der Entschlossenheit und Beherztheit nach, die ich mir gewünscht hätte. Ein Schelm, wer Böses dabei denkt.

Die Bundesländer sind im Moment ein bisschen aus der Schusslinie, weil der Bundesgesetzgeber im Rahmen seiner verfassungsmäßigen Zuständigkeit diese Verpflichtung tatsächlich nur gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung aussprechen konnte.

Das Charmante – wenn ich das so sagen darf – an Ihrem Antrag ist die Tatsache, dass hier nach einem Weg gesucht wird, auch vonseiten des Partners der Gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich den Bundesländern oder zumindest einem Bundesland, den ersten Schritt zu tun und auf den Verhandlungspartner zuzugehen.

Insofern ist für mich die Frage, ob es einer solchen Rahmenvereinbarung überhaupt bedarf, eindeutig mit Ja zu beantworten. Ohne ein solches Instrument werden wir an dem Ziel der Maserneliminierung scheitern.

Die Finanzierung halte ich auch für nötig. Das war natürlich ein bisschen ein Paradigmenwechsel, als die Schutzimpfungen zur Pflichtleistung der Gesetzlichen Krankenversicherung erklärt wurden. Mich hat immer etwas gewundert, dass die Ausgestaltung des ersten Absatzes von § 20d SGB V – mit dem Gemeinsamen Bundesausschuss, der letztlich darüber entscheidet, welche STIKO-Empfehlungen tatsächlich in die Schutzimpfungsrichtlinie aufgenommen und zur Pflichtleistung der Krankenkasse werden – so widerspruchslos geschluckt wurde.

Der Gemeinsame Bundesausschuss ist nach dieser Vorschrift verpflichtet, seine Entscheidungen zu fällen, vor allem auch unter dem Gesichtspunkt der gesundheitlichen Bedeutung für die Bevölkerung. Das ist für mich neu gewesen. Bis dahin habe ich die Zuständigkeit immer hauptsächlich in der Versorgung der Versicherten gesehen und nicht so sehr in der Sorge um die Gesundheit der Bevölkerung. Die sah ich eigentlich immer eher in der Pflicht der staatlichen Institutionen.

Aber wir haben nun einmal entschieden, so zu verfahren. Und dann ist es in der Tat notwendig, dass die in diesen Rahmenvereinbarungen genannten Impflückenschließungen auf diese Art und Weise finanziert werden. Insofern, denke ich, gibt es da derzeit gar keine Alternative.

Nicola Fels (Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke): Zu Ihrer Frage, ob sich die Leute dann auch alle impfen lassen: Natürlich nicht alle, keine 100 %. Aber ich glaube, dass das auch gar nicht der Auftrag ist, dass sich 100 % impfen lassen. Das würden wir nur mit einer Impfpflicht hinbekommen, und das wollen wir nicht. Ich denke, dass doch so viel individuelle Freiheit erlaubt ist.

Ich kann aber wohl sagen kann, dass diese Menschen, die dann so aufgeklärt sind, extrem verantwortungsvoll mit dieser Frage umgehen. Zum Beispiel hat Herr Dr. Leidel gerade von den Jugendlichen gesprochen. Die Jugendlichen lassen sich impfen. Sie wissen, dass sie wieder zum Arzt gehen müssen; sie zeigen ihre Impfpässe. Ich wiederhole mich: Das sind eben Eltern in unserem Klientel, die wirklich sehr bewusst, sehr verantwortungsvoll mit diesen Fragen umgehen.

Natürlich habe ich auch andere Patienten. Ich habe nicht nur Akademikerkinder, und damit gehe ich auch anders um. Aber es ist schon so, dass die sich gut informieren. Und so, wie es jetzt hier dargestellt wird – ausschließlich impfen und alles andere gibt es nicht –, ist es ja letztlich auch nicht. Es ist insgesamt sehr viel komplizierter, gerade auch epidemologisch global gesehen.

Wenn ich jetzt kurz noch einwerfe, dass man jetzt festgestellt hat, dass auch bei Fledermäusen Masernviren entdeckt worden sind, dann wissen wir: Da haben wir noch ein Problem zu lösen, das doch größer ist als das Thema jetzt.

Dr. Klaus Schlüter (Sanofi Pasteur MSD GmbH): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, herzlichen Dank, dass ich die Frage zum Thema „Lieferengpässe bei

Impfstoffen“ beantworten darf. Vielleicht muss man vorweg sagen, dass der Markt für Impfstoffhersteller ein sehr kleiner ist. Anders als im Arzneimittelmarkt, wo eine Vielzahl von Anbietern vorhanden ist, finden Sie auf dem Impfstoffherstellermarkt häufig nur zwei Anbieter. So ist das auch für die Masernimpfung.

Die einzige Ausnahme bei Impfstoffen stellen die Grippeimpfstoffe dar, wo es mehr Anbieter gibt. Aber alle anderen Indikationen werden in der Regel nur von zwei Anbietern abgedeckt. Das heißt: Immer dann, wenn einer dieser beiden Hersteller in Lieferprobleme oder Produktionsprobleme gerät, hat der andere die Notwendigkeit, das zu kompensieren. Aus dem, was ich Ihnen gleich noch erläutern möchte, wird dann sicherlich deutlich werden, wie schwierig das ist.

Die Impfstoffherstellung als solche ist extrem komplex. Impfstoffe sind biologisch hergestellte Arzneimittel, also keine Tabletten, die – ich sage das jetzt etwas despektierlich – einfach gepresst werden, sondern es handelt sich um Produkte, die biologisch hergestellt werden, und die einen langen Herstellungsprozess benötigen.

Teilweise dauert die Herstellung von einer Charge eines Impfstoffes bis zu 24 Monate. Allein das macht schon deutlich: Sie können nicht auf Knopfdruck entscheiden, dass Sie heute in Deutschland mehr Impfstoff brauchen, als Sie das gestern eigentlich geplant haben. Sie haben also lange Vorplanungszeiten, die immer dann zu beachten sind, wenn ein Ausfall von Liefersituationen droht.

Im Übrigen verfällt 70 % der Herstellungsdauer auf Qualitätskontrollen. Dies ist gut so, denn unsere Produkte werden gesunden Menschen injiziert. Deswegen sind wir besonders der Qualität verpflichtet. 50 % unserer Mitarbeiter arbeiten im Bereich der Qualitätssicherung.

Diese langen Vorlaufzeiten machen deutlich, wie störanfällig ein solches System sein kann. Immer dann, wenn es zu Problemen kommt, ist es an uns, dies zu kompensieren. Bisher ist das – so darf ich sagen – in Zusammenarbeit mit den Behörden, aber auch mit den Berufsverbänden, gelungen. Immer dann, wenn Impfstoff knapp war, konnten wir dies kompensieren.

Ich glaube, keiner von Ihnen weiß, dass im Moment die Mitbewerber, die auch einen Masernimpfstoff herstellen, nicht lieferfähig sind. Das werden Sie nicht mitbekommen haben, aber es ist de facto der Fall. Verschärft werden solche Situationen allerdings – das muss ich an dieser Stelle sagen – immer da, wo Ausschreibungen auf dem Impfstoffmarkt den Markt zu regeln versuchen.

Bei einer Ausschreibung auf dem Impfstoffmarkt haben Sie als Hersteller folgende Situation: Sie haben die Zusage, ein Bundesland – zum Beispiel Baden-Württemberg; das Land hat sich entschieden, so für die Masernimpfung zu verfahren – exklusiv beliefern zu dürfen.

Das heißt, wir als Mitbewerber, der diese Ausschreibung nicht gewonnen hat, gehen in unserer Kalkulation davon aus, dass wir Deutschland beliefern müssen minus Baden-Württemberg. Wenn Sie dann Vorlaufzeiten von 24 Monaten haben, können Sie – wie das im Januar 2014 der Fall war, als der Mitbewerber Baden-Württemberg nicht beliefern konnte – nicht einfach so einspringen.

Wir sind da von der AOK Baden-Württemberg als zuständiger Krankenkasse gefragt worden, ob wir einspringen können. Wir haben das entsprechend unseren Möglichkeiten tatsächlich hinbekommen, aber ich sage ganz offen: Wenn sich jedes Bundesland für eine solche Ausschreibungssituation entscheidet, kann das zu Schwierigkeiten führen. Baden-Württemberg hatte zu diesem Zeitpunkt das Ansinnen an uns, nur für Baden-Württemberg eine Liefergarantie zu 100 % abzugeben, mit dem gleichzeitigen Vernachlässigen anderer Bundesländer. Das haben wir als Hersteller nicht getan.

Wenn sich also tatsächlich alle Bundesländer auf solch eine Ausschreibung hin einrichten würden, dann wären wir nicht mehr in der Lage, Engpässe durch Flexibilität zu kompensieren. Das ist etwas sehr Wichtiges, und daher warnen wir als Hersteller gemeinsam vor solchen Ausschreibungen, die aus unserer Sicht fatal sein können.

Wir suchen eher nach anderen Wegen, die die Versorgung mit Impfstoffen verbessern, die auch in innovativen Verträgen der Hersteller mit den Krankenkassen zur Versorgung und zur Steigerung der Impfraten liegen können.

Ganz kurz von meiner Seite noch mal zur Frage, die heute auch diskutiert worden ist: Was können Anreize für Ärzte sein? Das könnte – so entnehme ich es den Diskussionen mit vielen Kinderärzten – auch eine Frage des Einbeziehens der Kontrolle von Impfraten in das Qualitätsmanagementsystem einer Praxis sein.

Warum sollten wir das nicht verpflichtend machen? Warum sollten wir nicht im Qualitätsmanagement festlegen, dass ein Kinderarzt Impfraten für seine eigene Praxis erhebt? Das wäre zum Beispiel eine Anregung, die wir als Industrie gerne unterstützen würden. Das würde auch dazu dienen, in der eigenen Praxis das individuelle Verhalten des Arztes entsprechend zu steuern. – So weit meine Ausführungen.

Dr. Burkhard Rieke (Tropen- und Reisemediziner): Weil eine Formulierung von mir aufgegriffen worden ist, darf ich vielleicht im Vorfeld noch kurz dazu Stellung nehmen: Es geht um den „ausgehebelten Elternwillen“. Ich habe mich ausdrücklich dafür ausgesprochen, den Elternwillen zu wahren, und eben nicht für ein Aushebeln. Darin sehe ich den Hauptunterschied zu den Verfahrensweisen, wie sie in der DDR vorherrschten.

Selbst wenn das Impfen viel weniger politisch gehandhabt wurde, war es quasi eine Serviceleistung des Staates; das Kind kam geimpft aus der Krippe zurück – was hatte man sich darum zu kümmern, das konnte der Staat entscheiden. Mit der gegenwärtigen Privatisierung dieser Entscheidung quälen sich manche so, wie es Frau Fels gerade beschrieben hat.

Für mich als Reisemediziner ist es immer wieder erstaunlich, wie über 15 Jahre gehegte Bedenken im 16. Lebensjahr plötzlich fallen gelassen werden, wenn das Kind für ein Auslandsschuljahr in den USA angemeldet wird. Oft steht im Anmeldeformular: Bitte bringen Sie eine Bescheinigung des Arztes, dass eine Masernimmunität und eine Meningokokkenimmunität besteht. Innerhalb von fünf Minuten werden die Kinder dann geimpft – überhaupt keine Fragen, keine Diskussion.

Das ist die positive Grundstellungnahme, die irgendwann dabei herauskommen muss: Natürlich bleibt das Ihr individuelles Entscheidungsrecht, aber ich würde mich freuen, wenn wir endlich zu dieser Impfung kämen; das würde Ihrem Kind und darüber hinaus einigen anderen nutzen.

Selbst wenn man individuelle Kontraindikationen berücksichtigt, haben wir dafür aber nur 5 % freie Plätze. Das muss uns klar sein. Wenn wir mehr als 5 % Ungeimpfte in einer Gesellschaft zulassen, dann werden diese Ungeimpften beim nächsten Ausbruch vom Keim gefunden. Der ist sehr infektiös. Das ist das Problem. Damit werden auch diejenigen, die wir nicht impfen dürfen, vom Keim gefunden. Und statt des Impfrisikos haben Sie dann eben das Originalmasernkeimrisiko zu tragen, und damit bin ich genau bei der Frage, die mir gestellt worden ist.

Ich habe mehrere Statistiken, die ich Ihnen nennen kann. Einen Punkt kann ich nicht gut beantworten, vielleicht müssen wir da den Öffentlichen Gesundheitsdienst noch einmal mit einbeziehen.

Zu den anerkannten Impfkomplikationen gibt es eine sehr schöne umfangreiche Publikation, leider sehr alt, 1999 erschienen. Frau Fels, da bin ich ganz bei Ihnen, dass man darüber wirklich transparenter und zeitnäher berichten sollte.

Es gibt allerdings im Nationalen Impfplan noch eine zweite Statistik, auf die ich kurz eingehen möchte. Von den genannten Impfkomplikationen entfallen fast zwei Drittel, 64,7 %, auf die Pocken, und das, obwohl die Pocken zum Zeitpunkt der Publikation schon seit 20 Jahren nicht mehr geimpft werden. Da kommen auch die Ängste her: Ist nicht jede Impfung irgendwie ein bisschen wie die Pockenimpfung? Nein, lautet die Antwort, das ist sie nicht.

Die Pockenimpfung, heute erfunden, würde wahrscheinlich gar nicht mehr zugelassen, würde ich einmal sagen. Das kommt ein bisschen darauf an, wie sehr uns die Pocken dann noch unter den Nägeln brennen würden. Aber wenn wir jetzt sehen, wie es in Westafrika mit Ebola abläuft, würden wir wahrscheinlich auch einen gefährlichen Ebola-Impfstoff akzeptieren, wenn er uns diese Krankheit vom Leibe halten würde. Das ist immer eine Güterabwägung, auch in so einer Situation.

Eine weitere Publikation stand im Nationalen Impfplan 2012. Darin sind die anerkannten Impfschäden aufgelistet. Dazu muss man wissen, dass die Hürde für die Anerkennung von Impfschäden niedriger ist als sonst im Sozialrecht. Das heißt also, die Anforderungen an die Kausalität werden absichtlich so formuliert, wie sie bei einer Berufskrankheit oder einer zivilrechtlichen Haftung nicht ausreichen würden. Das geschieht, um quasi einen generösen Schutz des Staates für die Beteiligung an der wichtigen gemeinschaftlichen Zielsetzung des Impfens zu erreichen.

Nehmen wir das Jahr 2009 – ein durchaus nicht ganz unrepräsentatives Jahr: Wir hatten 222 Anträge auf Anerkennung eines Impfschadens und 38 Anerkennungen; und das bei einem Impfgeschehen von jährlich 45 Millionen Impfungen zu Lasten der GKV. Das ist unsere Relation. Wir kommen also irgendwo zu einem Verhältnis von 1 aus 1 Million.

Wenn man die Impfstoffe, sofern sie denn dokumentiert sind, zusammenzählt – und das sind gute 100, für die das ausgewiesen wurde –, dann sind weiterhin Pocken auf der vierten Stelle, mit 9 % der anerkannten Impfschäden – immer noch, auch nach so langer Zeit. Die Antragstellung kann völlig abgehoben davon sein; man kann auch nach 30 Jahren noch den Antrag auf Anerkennung eines Impfschadens stellen.

Wir haben Mumps-Masern-Röteln mit 4 % der anerkannten Impfschäden. Die anderen, die höher liegen, sind FSME, Influenza oder die Kombi-Impfung, also Sechsfach-Kinderimpfstoffe. Die Pocken hatte ich genannt; Hepatitis A und B, Polio und Tetanus sind auf den Plätzen vor der MMR.

Zu Nutzen und Risiko gibt es eine Statistik aus dem Hause des Grünen Kreuzes. Da wird richtigerweise darauf verwiesen: bei den natürlichen Masern eine Exanthemrate 98 %, das ist auch das, was wir erwarten. Bei der Impfung etwa so im Bereich von bis zu 5 % gehen wir von 2 % aus, das ist wahrscheinlich realistischer. Wobei man sagen muss: Wenn es nur Exantheme machen würde, würden wir wahrscheinlich gar nicht impfen. Wir impfen ja nicht, um das Exanthem zu vermeiden.

Die Enzephalitis durch Krankheit bei 1 zu 1.000, das ist etwas höher als die Zahl, die vorhin schon genannt wurde, und zwar deshalb, weil es drei verschiedene Formen von Enzephalitis gibt, die nach Masern entstehen können. Alle drei sind extrem problematisch. Nach der Impfung ist das fraglich, unter 1 zu 1 Million.

Wozu ich nichts sagen kann, ist die Rater derer, die mit Masern im Krankenhaus aufgenommen werden, die eine Pneumonie haben oder ähnliches, also stationär behandlungsbedürftig werden. Das wäre zur Einschätzung der Gefährdung sicherlich auch noch wichtig. Ich würde es jetzt aus dem Kopf mit so etwa 5 % bis 10 % veranschlagen, aber ich denke, Sie werden es besser beantworten können, Herr Leidel.

(Zuruf Dr. Leidel: 16 %!)

– 16 %; ich danke für die Hilfe. Das ist natürlich keine fixe Grenze, weil das Ausmaß der Gefährdung zum Beispiel auch immer vom Alter abhängt und wir einen großen Teil von Masernfällen in der Altersgruppe haben, die noch nicht geimpft werden soll – also unter einem Jahr –, weil die Impfung eventuell ineffektiv ist.

Sie haben vorhin das Problem angesprochen, dass die durch Impfung immunisierten Mütter dem Kind einen nicht ganz einen so hohen Antikörpertiter weitergeben, sodass dieser sicher durch das erste Jahr tragen würde. Das ist ein Teil unseres Problems. Das heißt, die unter Einjährigen müssen wir ganz konkret durch gute Impfbeteiligung der anderen schützen, weil wir sie nicht direkt selber impfen können. Das ist eben ein Teil des Solidarprojekts Masernschutz. – Herzlichen Dank.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Herr Dr. Rieke. – Wir sind jetzt am Ende der Anhörung angelangt. Ich danke noch einmal für die Sachaufklärung, die Sie alle hier zu diesem Thema geleistet haben. Ich wünsche den Sachverständigen jetzt eine gute Heimfahrt und einen angenehmen Resttag. Wir unterbrechen die Sitzung für zwei Minuten.

(Sitzungsunterbrechung von 17:00 Uhr bis 17:02 Uhr)

2 Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Zuständigkeiten nach dem Berufsbildungsgesetz (BBiG) und die Angelegenheiten der Berufsbildung im Rahmen der Handwerksordnung (HwO) sowie die Zuständigkeiten nach dem Berufsqualifikationsfeststellungsgesetz (BQFG)

Vorlage 16/1977
Bericht der Landesregierung

Vorsitzender Günter Garbrecht informiert, dass die Ministerpräsidentin des Landes Nordrhein-Westfalen mit Schreiben vom 17. Juni 2014 den Entwurf der Verordnung übersandt habe, welcher als Vorlage 16/1977 verteilt worden sei. Die Landesregierung habe den Entwurf der Verordnung gebilligt und beabsichtigt, nach Anhörung des zuständigen Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Sinne des § 5 Abs. 2 und 3 des Landesorganisationsgesetzes den Entwurf der Verordnung auszufertigen.

Der Ausschuss nimmt den Entwurf der Verordnung zur Kenntnis und erhebt keine Einwendungen.

3 Bericht über den Beratungs- und Abstimmungsstand der Länder zum Thema Hilfsfonds für Opfer von Unrecht und Misshandlungen in der Heimerziehung

Vorlage 16/1964
Bericht der Landesregierung

Vorsitzender Günter Garbrecht teilt mit, dass die CDU-Fraktion diesen Tagesordnungspunkt mit Schreiben vom 6. Juni 2014 beantragt habe. Das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter habe mit Schreiben vom 13. Juni 2014 einen schriftlichen Bericht unter Vorlage 16/1964 vorgelegt.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) trägt vor:

Ich möchte anregen, dass man über diesen Punkt vielleicht noch einmal intensiver auf einer anderen Sitzung diskutiert. Es gibt ein kleines Missverständnis und eine gewisse Verunsicherung bei der Frage, über was eigentlich berichtet werden kann.

Für das MGEPA ist das Problem, dass wir, wenn überhaupt, dann nur am Rande davon berührt sind. Eigentlich liegt die Zuständigkeit auf Bundesebene bezüglich des gesamten Fonds beim Arbeits- und Sozialministerium. Es hat aber auch – da müssen wir untereinander schauen, wie das zwischen dem MAIS und dem MFKJKS geregelt ist – zumindest auf der ASMK, wo auch das MFKJKS ist, in der Zuständigkeit beim MAIS gelegen. Es hat also in der Zuständigkeit zwischen diesen beiden Ministerien gelegen, gerade weil es sich zum Teil um eine große Gruppe von Kindern und Jugendlichen handelt, die in der Einrichtung der Behindertenhilfe zu Schaden gekommen sind; das ist ein Anteil von etwa 24.000.

Diese tauchen in dem Bericht von mir jetzt nicht auf, weil wir hier nur versucht haben, zum Teil aus den Vorlagen der ASMK, die Eck- und Rahmendaten irgendwie zu formulieren und darüber hinaus die Zahl zu erheben, die in der Psychiatrie über die Landschaftsverbände zu ermitteln war.

Deswegen sind wir da ein bisschen die Falschen, die berichten sollen. Wenn es dazu einen intensiven Bericht geben soll, dann müsste man zusehen, dass sowohl das MAIS einbezogen wird als auch das MFKJKS gebeten wird, einen Bericht vorzulegen, denn sonst ist es immer nur ein Ausschnitt.

Oskar Burkert (CDU) weist darauf hin, dass es bereits einen Fonds gebe. Er wolle wissen, ob es nun um einen Fonds gehe, der noch zusätzlich aufgelegt werden solle, oder nur darum, noch zusätzliche Mittel einzubringen. Nordrhein-Westfalen habe eingezahlt bis zum 31. März 2013, und zwar insgesamt 4.078.721 €.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) erläutert, man habe versucht, dies alles für den Bericht zusammenzutragen. Das MGEPA sei hier nicht involviert. Es gebe bisher den einen Fonds, der ursprünglich eingerichtet worden sei. Hier sei die Rede von ei-

nem neuen, zweiten, zusätzlichen Fonds. Dieser sei für Kinder und Jugendliche gedacht, die in den Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht worden seien – das betreffe ungefähr 24.000 Personen –, sowie Kinder, die in Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht worden seien oder in Stationen von psychiatrischen Krankenhäusern.

Hierzu müsse man allerdings sagen, dass Psychiatrie damals nicht gleich Psychiatrie heute sei. Damals sei es nicht um psychisch Kranke im heutigen Sinne gegangen, sondern es habe eine Vermischung und Vermengung im Zusammenhang mit der Frage gegeben, wo eine Behinderteneinrichtung zuständig sei und wo das Krankenhaus. Diese Grenzen seien fließend gewesen. Hier betrage die Zahl der Betroffenen etwa 8.900.

Bei diesem neu zu gründenden Fonds habe ihres Wissens das Bundesministerium gesagt, es wolle 20 Millionen € hierfür einzahlen. Diesen Betrag habe der Haushaltsgesetzgeber noch einmal um 0,5 gekürzt, sodass jetzt die Rede von 19,5 Millionen € sei.

Der ASMK-Beschluss, der vom MFKJKS gezeichnet worden sei, besage, dass die zuständigen Minister und Ministerinnen sich dafür ausgesprochen hätten, dass die Finanzierung durch den Bund erfolgen solle und dass sich die Länder an der Finanzierung dieses Fonds nicht beteiligen wollten.

Werde jedoch ein ausführlicher Bericht gewünscht, müsse die Zuständigkeit geprüft werden. Sie habe bis heute gedacht, es sei auch das MAIS, denn die Zuständigkeit sei nicht klar gewesen. Jetzt sehe es so aus, dass es noch nicht einmal mehr das MAIS sei, sondern das MFKJKS, das innerhalb der Landesregierung und innerhalb der ASMK die Federführung habe.

Oskar Burkert (CDU) wünscht solch einen ausführlichen Bericht. Er nehme Bezug auf die BT-Drucksache 17/13671, Seite 11, die die Ministerin in ihrem Bericht selber angeführt habe. Da sei die Rede von Verwaltungskosten in Höhe von 10 %, die aus diesem Fonds gezahlt würden. Er verstehe das so, dass dies nicht auskömmlich sei.

Da es nun drei Beteiligte gebe, die in diesem Bericht des Bundestags aufgeführt seien, wolle er wissen, ob die drei Gruppen – also der Bund, die Länder und die Kirchen – zur Finanzierung dieses Topfes herangezogen werden sollten, weil sie auch mittelbar oder unmittelbar beteiligt gewesen seien.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) betont erneut, es tue ihr leid, aber sie könne nicht mehr dazu sagen als das, was in ihrem Bericht gestanden habe. Dieser Bericht sei aus Berichten der ASMK zusammengetragen und habe insofern nicht unter der Federführung des MGEPA gestanden. Man verstehe sich eher als Redaktionsteam, das die Daten aufbereite, die zur Verfügung stünden.

Wenn ein weitergehender Bericht gewünscht werde, dann müsse das zuständige Ministerium eingebunden werden. Dies sei für die Frage dieses Prozesses das MFKJKS, weil das zwischen den Häusern so aufgeteilt sei. Auch die Frage, wie die

Mittel verteilt würden, müsste von beiden Ministerien gemeinsam beantwortet werden; das MGEPA sei jedenfalls nicht zuständig.

Die Angaben, die sie in ihrem Bericht vorgelegt habe, seien durch das Zusammentragen anderer Berichte entstanden. Hinzu gekommen sei das, was man über die Psychiatrie habe in Erfahrung bringen können; das Ganze sei sozusagen nach dem Prinzip „Malen nach Zahlen“ zusammengestellt worden. Die Anforderungen müssten gegebenenfalls an ein anderes Ministerium gehen.

Vorsitzender Günter Garbrecht stellt fest, dass sich heute eine weitere Diskussion erübrige. Er wolle noch einmal darauf hinweisen, dass dieses Thema den Ausschuss nicht nur aktuell beschäftige, sondern schon über einen längeren Zeitraum beschäftigt habe. Es gehe letztlich immer um die Frage der Finanzen.

Er wolle ehrlich sagen, dass das Gezerre über die Frage der Finanzierung zu Lasten derjenigen gehe, die wirklich betroffen seien. Das sei grenzwertig und im Prinzip unwürdig. Man müsse in der Frage der unterschiedlichen Finanzierung zwischen Bund, Ländern und Kirchen ein passendes Verfahren finden.

Da müsse man die Frage der Verursachung und der Zuständigkeit stellen, zum Beispiel, auf welcher gesetzlichen Grundlage – Länder- oder Bundesgesetze – die Menschen eingewiesen worden seien oder wer die Träger gewesen seien. Das kennzeichne ein Stück Verantwortung und wäre ein Maßstab, wie eine geeignete Finanzierung herzustellen sei.

Dazu müsse jedoch dringend eine Einigung der staatlichen Ebenen herbeigeführt werden. Daher könne er nur appellieren – und er gehe davon aus, dass der Ausschuss das ebenso sehe –, dass die Landesregierung in diesem Sinne handle.

Oskar Burkert (CDU) pflichtet den Ausführungen des Vorsitzenden bei. Wenn der gewünschte Bericht gegeben werde, bitte er darum, dass dann auch Möglichkeiten aufgezeigt würden, wie man seitens des Landes Nordrhein-Westfalen diesem Gezerre ein Ende machen könne.

Das könne geschehen, indem entsprechende Finanzierungsvorschläge gebracht würden. Die Kirchen säßen ebenfalls im Boot. Es seien feste Summen aufgeführt für die einzelnen Länder und für die Kirchen, die eingebracht werden könnten.

Das Problem für die Betroffenen sei, dass irgendwann die Zeit biologisch ablaufe. , Diejenigen hätten riesige Probleme mit ihrer Rente, zusätzlich zu dem Leiden, das sie die ganze Zeit bereits erfahren hätten. Hier müsse man daher zu vernünftigen Lösungen kommen.

Vorsitzender Günter Garbrecht spricht sich dafür aus, dass die Angelegenheit nach der Sommerpause erneut diskutiert werde, sobald der erwartete Bericht vorliege.

Der Ausschuss erwartet nach der Sommerpause einen umfangreichen Bericht der Landesregierung unter Beteiligung aller betroffenen Ressorts.

4 Aktueller Verfahrensstand zum Gesetz zur Entwicklung und Stärkung einer demographiefesten, teilhabeorientierten Infrastruktur und zur Weiterentwicklung und Sicherung der Qualität von Wohn- und Betreuungsangeboten für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen (GEPA NRW) sowie zur Verordnung zur Ausführung des Alten- und Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen und nach § 92 SGB XI (AGP DVO NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/3388
Vorlage 16/1795
Bericht der Landesregierung

Vorsitzender Günter Garbrecht weist darauf hin, dass sich der Ausschuss schon seit Längerem mit diesem Thema beschäftige.

Zur Sachstandsdarstellung führt für das Ministerium **Frau Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache** aus:

Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich werde versuchen, mich kurz zu fassen. Die Situation stellt sich derzeit so dar, dass uns die Zeit ein wenig davonläuft. Die Bescheide über die gesonderte Berechnung des Investitionskostenanteils an den Pflegesätzen in den Pflegeeinrichtungen sind alle bis zum 31. Dezember 2014 befristet.

Im Moment gibt es keine Rechtsgrundlage dafür, um diese Bescheide zu verlängern. Das führt dazu, dass die Verbände der Einrichtungsträger ihre Mitglieder aufgefordert haben, nach aus deren Sicht derzeit noch geltendem Landesrecht Anträge auf erneute gesonderte Berechnung bei den Landschaftsverbänden zu stellen.

Das führt zu besonderen Schwierigkeiten, weil aus unserer Sicht das bisher geltende Landesrecht so nicht mehr anwendbar ist. Die BSG-Rechtsprechung gibt vor, dass spätestens ab dem nächsten Jahr auf der Basis der Rechtsprechung über die Investitionskostenanteile zu bescheiden ist, was zur Folge hätte, dass wir die Landschaftsverbände anweisen müssten, die Bescheide händisch nach einem Verfahren zu erteilen, welches sich auf die BSG-Rechtsprechung bezieht.

Dieses händische Verfahren ist – das muss man leider sagen – in der zur Verfügung stehenden Zeit praktisch kaum umsetzbar; denn es müssten dann alle Einrichtungen kompliziert händisch untersucht werden.

Eine Verlängerungsmöglichkeit der derzeitigen Bescheide ist lediglich vorgesehen in dem Entwurf der Durchführungsverordnung, so wie Sie Ihnen zur Beratung vorliegt. Eine andere Grundlage gibt es nicht, sodass wir jetzt gemeinsam überlegen müssen – das war unter anderem auch Gegenstand der Beratungen –, wie man jetzt in dieser Situation ein Chaos oder eine unsichere Lage bei der Bescheidertei-

lung bzw. bei den ablaufenden Bescheiden für die Investkostenanteile möglichst verhindern kann.

Vorsitzender Günter Garbrecht informiert, dass die Obleute über diese Situation in zwei Sitzungen beraten hätten und eine Erklärung vorbereitet hätten, die auch an die Mitglieder des Ausschusses verteilt worden sei.

Oskar Burkert (CDU) möchte wissen, wann die Änderungsvorschläge zum GEPA vorliegen werden, also die Punkte, die aus der Durchführungsverordnung in Gesetzestext gegossen werden müssten. Von der Terminlage her stelle es sich so dar: Falls das Ganze bis zum 1./2. Oktober 2014 nicht mehr machbar sei, dann müsse am 24. September 2014 – er glaube, das sei § 13 Pflegegesetz – per Gesetz verlängert werden.

Vorsitzender Günter Garbrecht teilt mit, das habe man im Prinzip so schon vereinbart.

Frau Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache führt zum Gutachten des Parlamentarischen Dienstes und zur Frage, ob wesentliche Teile der DVO in das Gesetz zu überführen seien, aus, dass hier schon ein Entwurf gefertigt worden sei, wie eine solche Überführung von Teilen aus der DVO in das Gesetz unverändert durchgeführt werden könne. Hierzu gebe es auch schon eine schriftliche Vorlage.

Innerhalb der Landesregierung werde nun abgestimmt, auf welchem Wege die Überlegungen allen Fraktionen zugänglich gemacht werden könnten. Man müsse sich noch mit der Staatskanzlei und den anderen Ressorts abstimmen. Sie könne aber zusichern, dass die Unterlagen zeitnah zur Verfügung gestellt würden.

Oskar Burkert (CDU) fragt nach, wie es mit einer zwingenden Anhörung aussehe, wenn das Gesetz geändert werde.

Frau Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache erläutert, der Vorschlag werde lediglich so aussehen, dass Textbausteine aus der DVO unverändert in den Gesetzentwurf übertragen würden, sodass sich keine neue inhaltliche Sachlage im Vergleich zu den bereits vorliegenden Unterlagen ergebe, zu denen bereits eine Anhörung durchgeführt worden sei.

Vorsitzender Günter Garbrecht verweist darauf, dass sowohl zum Gesetzentwurf als auch für die DVO bereits eine Anhörung durchgeführt worden sei. Von daher sei der Sachverhalt inhaltlich im Prinzip mit allen Sachverständigen besprochen worden.

Norbert Post (CDU) stellt fest, dass die Auswertung zur Anhörung der DVO noch ausstehe.

Vorsitzender Günter Garbrecht fasst zusammen, dass im ersten Schritt nur die Übertragung der wesentlichen Bestandteile der DVO in das Gesetz zu erfolgen habe. In einem zweiten Schritt werde dann die inhaltliche Änderung beruhend auf der Anhörung zur DVO erfolgen.

5 Gesetz zur Änderung des Bestattungsgesetzes

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/2723
APr 16/281

– abschließende Beratung und Abstimmung

Vorsitzender Günter Garbrecht weist darauf hin, dass dieser Tagesordnungspunkt hinreichend behandelt worden sei, sodass keine weitere inhaltliche Diskussion erforderlich sei. Insgesamt stünden acht Abstimmungen an.

Der Änderungsantrag der SPD-Fraktion und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion angenommen.

Der Änderungsantrag der CDU-Fraktion zu § 4 Abs. 1, den einzufügenden § 4a, § 19 Abs. 1 sowie § 19 Abs. 3 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion und der Piratenfraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag der Fraktion der CDU zu § 9 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion und der FDP-Fraktion bei Enthaltung der Piratenfraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag der CDU-Fraktion zu § 1, an dessen Absatz 6 ein weiterer Satz angehängt werden soll, wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 16 wird mit den Stimmen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU, der FDP und der Piratenfraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 1, in dem ein Absatz 5 eingefügt werden soll, wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion abgelehnt.

Der Änderungsantrag zu § 15 wird mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion gegen die Stimmen der CDU-Fraktion abgelehnt.

Der Gesetzentwurf in der geänderten Fassung wird mit den Stimmen der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen gegen die Stimmen der CDU-Fraktion bei Enthaltung der FDP-Fraktion und der Piratenfraktion angenommen.

6 Gesetz über die Zulassung von Zentren und über die Einrichtung der Ethikkommission für Präimplantationsdiagnostik in Nordrhein-Westfalen (Präimplantationsdiagnostikgesetz Nordrhein-Westfalen – PIDG NRW)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/5546

– abschließende Beratung und Abstimmung

Vorsitzender Günter Garbrecht erinnert daran, dass dieser Gesetzentwurf in der letzten Ausschusssitzung unter Hinzuziehung zweier Sachverständiger beraten worden sei. Man habe sich darauf verständigt, dass es einvernehmliche Änderungen geben solle. Diese Änderungen seien nunmehr vorgelegt und an die Fraktionen verschickt worden.

Heute gelange man nicht zur Abstimmung, da die Änderungen erst den Fraktionen insgesamt vorgelegt werden müssten. Der Gesetzentwurf sei im Plenum angemeldet. Insofern gehe er davon aus, dass die Verabredungen, die im Ausschuss gelaufen seien, auch in den Ausschussberatungen der Fraktionen entsprechend umgesetzt würden.

Norbert Post (CDU) möchte bei allem Verständnis für die Änderungen darauf hinweisen, dass Grundlage eine Verordnung des Bundes sei und dass es unterschiedliche Einstellungen zu dieser Verordnung gebe. Deshalb könne man dem Ganzen nicht in allen Punkten zustimmen. Das habe jedoch nichts mit dem Anwendungsgesetz für das Land zu tun.

Vorsitzender Günter Garbrecht teilt mit, er habe im Ältestenrat ein mögliches Signal gegeben, dass man – ähnlich wie beim Sprengstoffgesetz – überlegen könne, ob die Redezeiten, die auf der Plenartagesordnung ausgewiesen seien, überhaupt in Anspruch genommen werden müssten. Die letzte Beratung habe er so verstanden, dass darauf möglicherweise auch verzichtet werden könne; bestimmte Positionen könne man auch zu Protokoll geben. Aufgrund der vollen Tagesordnung könnten sich die Bedürfnisse an die Redezeit anpassen.

Die Änderungsanträge würden im Plenum gestellt. Nun werde formell über den vorgelegten Gesetzentwurf der Landesregierung bestimmt, und zwar ohne Änderungsanträge; diese würden plenar nach Beschlussfassung eingebracht.

> Dem Gesetzentwurf Drucksache 16/5546 wird – ohne Änderungsanträge – mit den Stimmen von SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP und der Piratenfraktion bei Stimmenthaltung der CDU-Fraktion zugestimmt.

7 Bericht zur Umsetzung des Aktionsprogramms „Obdachlosigkeit verhindern – Weiterentwicklung der Hilfen in Wohnungsnotfällen“

Vorlage 16/2011
– Bericht der Landesregierung

Vorsitzender Günter Garbrecht weist darauf hin, dass Nordrhein-Westfalen das einzige Bundesland sei, das ein solches Aktionsprogramm vorweisen könne. Darauf könne man stolz sein.

Minister Guntram Schneider (MAIS) trägt ergänzend vor:

Herr Vorsitzender, vielen Dank. – In der gebotenen Kürze möchte ich anmerken, dass wir die Absicht haben – auch aufgrund der Initiative aus der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen –, alljährlich im Landtag eine Berichterstattung über die Entwicklung der Wohnungslosigkeit vorzutragen.

Denken Sie daran, dass zum Beispiel die Wohnungslosigkeit auf dem Land kein Einzelfall mehr ist, sondern auch hier von großer gesellschaftlicher Bedeutung. Denken Sie an die Wohnungslosigkeit von Frauen, von jüngeren Menschen und vor allem auch von Menschen mit einem Zuwanderungshintergrund.

Ich glaube, dass uns dieses Thema weiterhin begleiten wird. Wir sind in der Tat bei diesem für viele Zeitgenossen etwas unappetitlichen Thema – so drücke ich mich mal aus – federführend. Wir wollen hier nichts übertünchen und verdecken, sondern die soziale Realität wiedergeben, um Abhilfe zu schaffen und um Wohnungslosigkeit und Obdachlosigkeit zurückzudrängen.

Wir sollten dies als Aufschlag nehmen und bei nächster Gelegenheit eine tiefergehende Diskussion über diese Thematik führen. – Vielen Dank.

Manuela Grochowiak-Schmieding (GRÜNE) bedankt sich für den Bericht. Nordrhein-Westfalen sei auf diesem Gebiet tatsächlich weit voraus; es sei das einzige Land, das eine solche Berichterstattung vorhalte. Vor diesem Hintergrund könnten gezielt Hilfen eingesetzt werden.

Sie finde auch gut, dass von einer integrierten Wohnungsnotfallberichterstattung hin zu einem Gesamthilfesystem gearbeitet werde. In dem Bericht seien fünf Handlungsfelder aufgezeigt, von denen sie zwei kurz erwähnen möchte, die sie für besonders wichtig halte. Das erste Handlungsfeld betreffe die Forschung und Evaluation. Hier werde die Wirksamkeit einzelner Projekte untersucht, um gegebenenfalls nachzusteuern, zu verbessern und daraus präventiv wirken zu können.

Das zweite Handlungsfeld sei der Wissenstransfer. Auch das sei ein richtiger Ansatzpunkt. Das geplante Handbuch könne den Kommunen vor Ort als Handreichung, als Hilfestellung zur Verfügung gestellt werden. So müsse man nicht immer wieder landauf, landab das Rad neu erfinden.

Sie habe noch eine Bitte bzw. Anmerkung. Man wolle sich weiterentwickeln, das habe auch der Minister gesagt. Insofern wolle sie darauf hinwirken, dass der Bericht noch zielgruppengenauer erstellt werde und spezifisch auf diese Zielgruppen eingehe. Das gelte insbesondere, was die Situation junger Erwachsener angehe, die nicht mehr in einer Bedarfsgemeinschaft lebten und obdachlos geworden seien. Das wiederum führe aus dieser Situation heraus zu Sanktionen im Rahmen des SGB II.

Andererseits betreffe das auch die Situation älterer Menschen, die aus verschiedensten Gründen obdachlos geworden seien, sowie die Situation von Frauen, die im Zusammenhang mit Obdachlosigkeit besondere Gewalterfahrungen machen würden. Diese Problemfälle sollten noch etwas dezidierter nachverfolgt werden, um gezielter Abhilfe schaffen zu können.

Minister Guntram Schneider (MAIS) kündigt an, diese Anmerkungen im Rahmen eines Monitorings gerne aufzunehmen. Er wisse nicht, wie spezifiziert die nächste Berichterstattung ausfallen könne, das hänge auch von den vorliegenden Daten ab, aber er danke für die Anmerkungen.

8 Verschiedenes

a) NRW-Tag in Bielefeld

Vorsitzender Günter Garbrecht weist auf den am Wochenende stattfindenden NRW-Tag in Bielefeld hin und lädt alle herzlich ein, daran teilzunehmen.

b) nach der Sommerpause
Die nächste reguläre Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales findet am 27. August 2014 mit einem Anhörungsmarathon statt. Es kann durchaus möglich sein, dass in der zweiten Hälfte der Sommerpause notwendig wird, eine Sondersitzung einzuberufen. Das geschieht aber nur mit Genehmigung durch die Präsidentin, und dann nach Fraktionsstärke.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

13.08.2014/02.10.2014

160