



## **Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (76.) und Ausschuss für Heimat und Kommunales (63.)**

### **Gemeinsame Sitzung (öffentlich)**

16. Januar 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:03 Uhr bis 12:06 Uhr

Vorsitz: Josef Neumann (SPD)

Protokoll: Sitzungsdokumentarischer Dienst

### **Verhandlungspunkt:**

**Gesetz über die Errichtung des Landesamtes für Gesundheit und  
Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen sowie zur Novellierung landes-  
rechtlicher Vorschriften über den öffentlichen Gesundheitsdienst und  
den Arbeitsschutz**

**3**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 18/10841 (Neudruck)

– Anhörung von Sachverständigen (*s. Anlage*)

\* \* \*



**Gesetz über die Errichtung des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen sowie zur Novellierung landesrechtlicher Vorschriften über den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitsschutz**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 18/10841 (Neudruck)

– Anhörung von Sachverständigen (s. *Anlage*)

**Vorsitzender Josef Neumann:** Ich begrüße die Mitglieder des Ausschusses für Heimat und Kommunales und alle Ausschussmitglieder des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales herzlich zur heutigen Anhörung von Sachverständigen. Ich begrüße die Vertreterinnen und Vertreter der Medien, die Sitzungsdocumentation, alle Zuschauerinnen und Zuschauer im Livestream und ganz besonders die Damen und Herren, die wir heute als Sachverständige anhören werden.

Ich mache darauf aufmerksam, dass die Anhörung live gestreamt und aufgezeichnet wird. Mit Ihrer Teilnahme erklären sich damit einverstanden. Die Einladung zur heutigen Tagesordnung ist Ihnen mit der Nummer E 18/1121 bekannt gegeben worden.

Dann eröffne ich die Anhörung zu dem Gesetzentwurf der Landesregierung – Gesetz über die Errichtung eines Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen – sowie zur Novellierung landesrechtlicher Vorschriften über den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitsschutz, Drucksache 18/10841 Neudruck. Der Antrag wurde vom Plenum zur federführenden Beratung an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales und zur Mitberatung an den Ausschuss für Heimat und Kommunales überwiesen, der an dieser Anhörung teilnimmt.

Die Sachverständigen begrüße ich sehr herzlich. Ich bedanke mich im Namen beider Ausschüsse, dass Sie heute für die Beantwortung von Fragen zur Verfügung stehen. Vielen Dank auch für die vorab eingereichten Stellungnahmen.

Zum weiteren Ablauf der Anhörung gebe ich noch folgende Hinweise: Ein mündliches Statement der Sachverständigen zu Beginn der Anhörung ist nicht vorgesehen. Die Abgeordneten werden ihre Fragen direkt an Sie richten.

Ich schlage vor, wir sammeln die Fragen der Fraktionen in einer ersten Runde und werden dann schauen, wie es weitergeht.

**Lena Teschlade (SPD):** Vielen Dank im Namen der SPD-Fraktion für Ihre eingereichten Stellungnahmen und auch, dass Sie uns heute zur Verfügung stehen, um uns weitere Rückfragen zu beantworten.

Meine erste Frage richtet sich an unternehmer nrw, den Landkreistag und den Städtetag. Aus meiner Sicht geht aus Ihren Stellungnahmen noch nicht hervor, wie Sie das Thema „Arbeitsschutz“ beim Landesamt sehen. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie, wenn es demnächst ein gemeinsames Landesamt geben würde?

Noch eine Frage ausschließlich an unternehmer nrw: Sehen Sie die Gefahr, dass die Entscheidungsspielräume der bei den Bezirksregierungen angesiedelten Aufsichtsbehörden eingeschränkt und in Einzelfällen praktikable Lösungen vor Ort erschwert werden? Könnten Sie dies ggf. näher erläutern und ausführen, an welche Beispiele Sie diesbezüglich denken?

Eine Frage an das Gesundheitsamt Düsseldorf: Die Einrichtung des Landesamts bringt aus Sicht des Ministeriums eine Bündelung der Dienstwege; für die Kommunen würde hingegen keine Hierarchieebene in Richtung Ministerium entfallen. Was hätten Sie sich konkret gewünscht, und wie hätte man dies anders lösen können?

Eine Frage an den Landkreistag: Sie sprechen in Ihrer Stellungnahme davon, dass mit dem Landesamt umfassende Weisungsrechte zugunsten des Landes geschaffen werden. Können Sie Ihre Kritik näher erläutern und darstellen, welche Auswirkungen dies auf die unteren Gesundheitsbehörden hat?

Meine letzte Frage geht an den Städtetag. Sie schlagen vor, dass der Gesetzentwurf noch mehr die den örtlichen öffentlichen Gesundheitsdienst unterstützenden Funktionen herausstellen könnte. Uns würde interessieren, wie dies aussehen könnte.

**Meral Thoms (GRÜNE):** Vonseiten der Grünen-Landtagsfraktion herzlichen Dank an die Sachverständigen für die Stellungnahmen und für Ihre Zeit.

Ich habe eine Frage an Herrn Dr. Skorning, Frau Professorin Starke und Herrn Dr. Wiggerich. Inwieweit korrespondiert die vorliegende Novelle des Gesetzes aus Ihrer Perspektive mit einem modernen Verständnis vom öffentlichen Gesundheitsdienst, und wo sehen Sie Optimierungsbedarf?

Ich würde mich freuen, wenn Sie in Ihren Antworten auf die Rolle des ÖGD und auf Steuerungs- und Koordinierungsfunktionen bei Public-Health-Aufgaben, bei Prävention und Gesundheitsförderung, Klimawandel und Gesundheitsschutz sowie Pandemieplanung eingehen könnten.

**Susanne Schneider (FDP):** Auch vonseiten der FDP-Landtagsfraktion ein herzliches Dankeschön für Ihre Stellungnahmen und dass Sie uns heute hier zur Verfügung stehen und helfen, uns ein bisschen schlauer zu machen.

Die ersten beiden Fragen gehen an den Städtetag und an den Landkreistag. Wie bewerten Sie grundsätzlich den Gesetzentwurf im Hinblick auf die Wahrung der kommunalen Selbstverwaltung? Welcher Aufgabenzuwachs für die kommunalen Gesundheitsämter ist infolge dieses Gesetzentwurfs zu erwarten?

Dann habe ich eine Frage an unternehmer nrw. Sie haben in Ihrer Stellungnahme angemerkt, dass das Landesinstitut für Arbeitsschutz bisher wichtige Arbeit im Bereich der Beratung und Unterstützung von Betrieben geleistet hat. Können Sie dies bitte anhand von praktischen Beispielen erläutern? Inwiefern besteht mit den bisherigen Formulierungen im Entwurf des Errichtungsgesetzes die Gefahr, dass eine Beratung

von Betrieben nicht mehr zulässig wäre? Wie könnte der Entwurf geändert werden, um diese Einschränkungen zu vermeiden?

**Dr. Martin Vincentz (AfD):** Auch ich darf mich zunächst für die eingegangenen Stellungnahmen und vor allem für die Möglichkeit der Rückfrage bedanken, wovon ich in Form von Fragen an Städtetag und Landkreistag auch direkt Gebrauch machen möchte. Ich lese aus Ihren Stellungnahmen heraus, dass Sie das Vorhaben kritisieren und darin eine Einschränkung in der kommunalen Selbstverwaltung sehen. Könnten Sie das noch einmal ausführen?

Zudem wird darauf hingewiesen, dass in dieser Form etwaige Synergieeffekte bzw. Bürokratieabbau nicht unbedingt gelingen werden. Vielleicht können Sie noch einmal ausführen, inwiefern die angepeilten Ziele der Landesregierung verfehlt werden.

Meine letzte Frage geht vor allem an den Landkreistag. Sie erwähnen den zunehmenden Fachkräftemangel im öffentlichen Gesundheitsdienst. Was muss aus Ihrer Sicht geschehen, damit dieser abgebaut wird?

**Marco Schmitz (CDU):** Auch vonseiten der CDU-Fraktion herzlichen Dank für die Stellungnahmen und Ihre Bereitschaft, heute Morgen hier zu sein. Vieles ist schon gefragt worden; ich würde zwei Aspekte gerne etwas konkretisieren.

In der ersten Runde richte ich mich an die kommunalen Vertreter Herr Hahn, Herr Decker, Herr Dr. Zentara und Herr Dr. Skorning. Wie sollte die Zusammenarbeit zwischen dem neuen Landesamt und den kommunalen Gesundheitsämtern konkret ausgestaltet werden, damit wir Doppelstrukturen vermeiden? Welche finanziellen Mittel werden aus Ihrer Sicht benötigt, um die Ausstattung der Gesundheitsämter so sicherzustellen, dass auch neue Aufgaben wie Klimaschutz und Pandemieplanung umgesetzt werden können?

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. Alle Sachverständigen sind angesprochen worden.

**Lutz Decker (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Zum Landesamt für Arbeitsschutz haben wir in unserer Stellungnahme relativ wenig geschrieben. Wenn das gut gemacht wird – und Ansätze dazu sehen wir –, kann dies ein erfolgversprechender Weg sein. Wir haben diesbezüglich keine Bedenken.

Zur Frage, wie wir den Aufgabenzuwachs einschätzen: Wir sehen vor allem beim Aufgabencharakter ein Problem. Es werden sehr viele einfach pflichtige Aufgaben zu Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung umgewidmet, ohne dass mehrere Weisungen erteilt wurden. Begründet wird dies mit den Erfordernissen aus den Krisenzeiten, aus den Pandemiezeiten, dass nämlich Vereinheitlichung, eine klare Zusammenfassung und eine zentrale Expertise, die etwas vorgibt, notwendig seien.

Das ist auch richtig, aber dafür gab es auch schon im bisherigen Gesetz Möglichkeiten, dass etwa in Krisenfällen Anweisungen des Landes an die unteren Gesundheitsbehörden

gegeben werden – gerade im infektiologischen Bereich –, von denen allerdings nicht umfänglich Gebrauch gemacht wurde.

Jetzt soll es neue Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisungen in den Bereichen „Prävention“, „Gesundheitsförderung“, „Zahngesundheit“ geben. Das sind viele wichtige Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden, die nach unserer Auffassung bisher auch gut und vor allem bedarfsgerecht ortsadaptiert gemacht wurden.

Nicht überall sind die Probleme gleich, nicht in jeder Stadt, nicht in jedem Kreis. Es gibt unterschiedliche Schwerpunkte und unterschiedliche Rahmenbedingungen, und die Kommunen sind darauf eingegangen, haben das berücksichtigt und sind deswegen auch unterschiedlich aufgestellt.

Jetzt sollen all diese Aufgaben – über den Infektionsschutz und potenzielle weitere Pandemien hinaus – von der zentralen Weisungsbefugnis des Landes abhängig werden. Damit eröffnet sich das Land die Möglichkeiten, in diese Bereiche hineinzuregieren und neue Standards zu setzen. In der Einleitung des neuen Gesetzentwurfes steht zwar, dass solche Weisungen derzeit nicht geplant seien, aber das alleine wird nicht reichen.

Mit dem Gesetz wird die Möglichkeit geschaffen, diese Aufgaben auszuweiten und die Kommunen auf diese Weise stärker zu belasten. Das führt dann auch zu unseren Ausführungen zu der Konnexität, die ich noch nicht vorwegnehmen will.

Das Potenzial für mehr Aufwände erhöht sich. Gleichzeitig entstehen durch die Anpassung aktueller Erfordernisse im Bereich „Klima und Umwelt“ neue Aufgaben, die zwar sinnvoll sind, die aber auch zusätzliche Aufwände erfordern.

**Stefan Hahn (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Zur Frage nach der Zusammenarbeit mit dem neuen Landesgesundheitsamt und der grundsätzlichen Bewertung: Wir als Städtetag begrüßen die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes, haben sie sogar gefordert. Wir hatten in Nordrhein-Westfalen bisher keine solche übergeordnete Behördenstruktur als Sonderordnungsbehörde. In anderen Bundesländern gibt es sie schon länger. In Bayern und Hessen gibt es beispielsweise Landesgesundheitsämter. Deswegen befürworten wir die Errichtung eines Landesgesundheitsamtes.

Beim Erstellen des Gesetzentwurfs ist die Landesregierung aber über das Ziel hinausgeschossen und hat Aufgaben, die nicht dem Aufgabencharakter der Gefahrenabwehr dienen, zur Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung gemacht.

Zur Frage der konkreten Zusammenarbeit: Eine übergeordnete Aufsichtsbehörde kann gut oder schlecht für eine Kommune sein. Wir als Kommunen brauchen keine Aufsichtsbehörde, die, nachdem ein Sachverhalt eingetreten ist, im Nachhinein meckert und sagt, wie man es hätte besser machen können. Vielmehr brauchen wir Unterstützung, auch Verantwortungsübernahme.

Es gibt heikle Situationen im Bereich „Infektionsschutz“, etwa wenn es darum geht, Betriebe zu schließen oder Warnstufen auszurufen. An dieser Stelle dürfen die Kommunen

als Sonderordnungsbehörde nicht alleingelassen werden, vielmehr muss es dann eine Verantwortungsübernahme der übergeordneten Behörde geben.

Der zweite Punkt ist Unterstützung, fachliche Unterstützung. Im Bereich des Infektionsschutzes müssen wir damit rechnen – Corona ist ein Beispiel dafür –, dass es immer wieder neue Varianten, neue Viren gibt. Im Hinblick auf die medizinisch-fachliche Logistik sind die Gesundheitsämter nicht so aufgestellt, dass sie medizinisch-labor-technisch neue Gefahren identifizieren könnten.

Deswegen ist es wichtig, dort auch eine medizinische Kompetenz anzusiedeln – egal ob diese bei Universitätskliniken, gesondert finanziert durch das Land oder bei einem Landesgesundheitsamt angesiedelt sind. Diese fachliche Unterstützung wird ebenso wie im Pandemiefall personelle Unterstützung benötigt, wenn einzelne Gesundheitsämter überfordert sind.

Ein letzter Punkt richtet sich insbesondere an den Kommunalausschuss. Wir haben bislang in den Konnexitätsregelungen der Landesverfassung eine Regelung, wonach Regelungen durch Gesetz- und Rechtsverordnungen, die bei den Kommunen Folgekosten auslösen, vom Land finanziell erstattet werden müssen.

Wenn jetzt erstmals der Aufgabencharakter von einer pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe zur Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung geändert wird, dann eröffnet sich das Land damit einen Fluchtweg aus der Konnexität heraus: Kostenträchtige Standardsetzungen können künftig durch Weisung erfolgen und sind nach dem neuen Gesetzestext nicht konnexitätsrelevant.

Wenn das Schule macht, etwa im Bereich der Jugendhilfe oder bei vielen anderen Pflichtaufgaben der Kommunen, die bisher weisungsfrei sind, dann ist die Konnexitätsregelung in der Landesverfassung komplett ausgehöhlt. Deswegen halten wir den Gesetzentwurf an dieser Stelle für verfassungswidrig. Wenn er so kommt, müssen wir prüfen, ob eine gerichtliche Überprüfung vor dem Verfassungsgerichtshof notwendig ist.

Wir machen das nicht gerne. Wir halten es vor dem Hintergrund der knappen Ressourcen von Personal und Finanzen für nicht gut, wenn sich staatliche Institutionen untereinander vor höchsten Gerichten streiten. Aber hier wird der Grundsatz der Konnexität doch sehr stark berührt. Diese Frage müssten wir klären, wenn an der Stelle im Gesetzentwurf nicht eingelenkt wird.

**Dr. Kai Zentara (Landkreistag Nordrhein-Westfalen):** Ich freue mich, dass es heute eine Anhörung gibt, denn das erste Schreiben aus dem Landtag ließ die Frage offen, ob wir hier zusammenkommen oder nicht, und wir haben hier die Bearbeitung des maßgeblichen Koordinationsgesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst, das Grundgesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen, vor uns.

Vor fünf Jahren begann die Pandemie. Dann haben wir mindestens drei Jahre lang nur darüber geredet, wie der öffentliche Gesundheitsdienst aufgestellt ist, wie die Gesundheitsämter aufgestellt sind. Der Pakt für den öffentlichen Gesundheitsdienst wurde aufgelegt. Die Themen „Amtsärzte“, „Befugnisse des Gesundheitsamtes“, „Schließungen

von Kindergärten und Schulen“ waren in aller Munde. Zwei Jahre nach Pandemieende scheint das Thema gefühlt aber schon wieder komplett in der Versenkung verschwunden zu sein.

Jetzt haben wir ein Gesetz, das sehr grundlegend etwas an dem bisherigen Aufgabencharakter ändert. Es soll von einer weitgehenden pflichtigen Selbstverwaltungsaufgabe auf eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung in allen Bereichen gewechselt werden. Aber es hat, soweit ich das sehe, überhaupt keinerlei fachliche Diskussion dazu gegeben. Es gibt auch keine Aufsätze dazu oder einen Kongress, auf dem sich die Gesundheitsämter als Gemeinschaft im öffentlichen Gesundheitsdienst in Deutschland gefragt haben, was wir aus der Pandemie hinsichtlich unserer Aufstellung, unserer Strukturen lernen können.

Das Land hat dies offensichtlich relativ schnell für sich beantwortet und gesagt: Wir müssen mehr oder weniger alle Aufgaben zu Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisungen machen, damit wir im Fall eines Falles auch in anderen Bereichen mit der Weisung arbeiten können und uns nicht lange mit den Kommunen herumärgern müssen, die eventuell sogar eigene Ideen, wie man es machen könnte, verfolgen.

Es müsste allerdings eine grundlegende Aufarbeitung geben hinsichtlich der Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und der Frage, was wir aus der Pandemie gelernt haben. Das wäre aus meiner Sicht die erste Aufgabe, die das Landesamt übernehmen sollte: einen Kongress zu machen und zu fragen, was die Gesundheitsämter wollen, wie deren Sichtweisen sind und was man eventuell zusammen entwickeln könnte.

Der Landkreistag hat sich gegen die Errichtung eines Landesamtes ausgesprochen, weil wir nicht glauben, dass die Einrichtung von Landesoberbehörden eine gute Idee ist. Wir glauben, dass die vorhandenen Strukturen mit Bündelungsbehörden wie Bezirksregierungen, aber auch Städten und Kreisen, die in ihrem jeweiligen Bereich alle Aufgaben zusammenführen, besser und flexibler sind als neue Sonderbehörden, die im Zweifel auch nicht die Manpower haben, wenn es darauf ankommt. In der Pandemie war es innerhalb einer Kreisverwaltung, aber auch innerhalb einer Bezirksregierung möglich, Ressourcen im Rahmen einer Sonderaufbauorganisation neu zu allokieren, um flexibel reagieren zu können.

Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung – dazu kann ich mich dem, was die Kollegen ausgeführt haben, nur anschließen: Es ist überhaupt nicht nachvollziehbar, warum Tätigkeiten im Bereich der Prävention oder der Elternberatung einem Weisungsrecht unterworfen werden sollten. Das ist nicht unser Verständnis von kommunaler Selbstverwaltung. Wir glauben – auch wenn es in der Gesetzesbegründung anders dargestellt ist –, dass irgendjemand irgendwann dieses Weisungsrecht nutzen wird. Es wäre, wenn man es nicht nutzen will, auch nicht nötig, es ins Gesetz zu schreiben.

Deswegen ist unser dringender Appell, hier noch einmal gründlich das Gesetz zu überarbeiten und zumindest den Bestand der Aufgaben, die als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung ausgeführt werden sollen, zu arrondieren – am besten auf den Stand, den wir heute haben.



Übrigens ist im Bereich des Infektionsschutzes heute auch schon Weisungsrecht gegeben. Warum das in der Pandemie nur sehr mäßig bzw. gar nicht eingesetzt wurde, müssen Sie die Verantwortlichen fragen. Ein Krisenstab ist bekanntlich nicht eingerichtet worden. Wenn man der Meinung gewesen wäre, einzelne Kommunen weisen zu müssen, dann hätte man mit dem vorhandenen Weisungsrecht im Bereich des Infektionsschutzes arbeiten müssen.

Das Thema „Konnexität“ wurde schon angesprochen. Dadurch, dass der Aufgabencharakter wechselt, besteht die Möglichkeit, über das Weisungsrecht Standards zu setzen, die dann zumindest dem Wortlaut der Verfassung nach, die nur die Begriffe „Gesetz“ und „Rechtsverordnung“ aufführt, wäre es ein Fall, der eventuell aus der Konnexität herausfiele. Das müsste man gegebenenfalls noch einmal nachprüfen. Die verfassungsgerichtliche Prüfung würden wir gerne vermeiden.

Ansonsten habe ich auf Seite 6 unserer Stellungnahme dezidiert aufgelistet, welche neuen Aufgaben dazukommen, die alle keinen besonders großen, aber einen gewissen Aufwand verursachen. Nach § 2 Abs. 5 Satz 2 des KonnexAG sind diese Aufgaben eigentlich zusammen mit anderen Aufgaben zu betrachten, die aus dem MAGS in der Vergangenheit auf die Kommunen übertragen worden sind und die unterhalb der Aufgriffsschwelle lagen. Insofern wäre es die Pflicht des Landes gewesen, eine robuste Kostenfolgeabschätzung zu erstellen, was leider unterblieben ist. Auch hier stellt sich die Frage einer verfassungsgerichtlichen Überprüfung.

Ich finde es schade, dass die Regeln des KonnexAG in dieser Weise nicht beachtet werden. Ich kann mir das auch nicht so richtig erklären, denn ansonsten läuft es eigentlich ganz gut mit dem MAGS. Aber gewisse Dinge scheint man dann doch wieder durchsetzen zu müssen, weil sie nicht von selber gemacht werden. Das ist bedauerlich.

Stichwort „Bürokratieaufbau“: Es besteht die Befürchtung, dass mit dem Weisungsrecht und diesen neuen Aufgaben auch eine neue Bürokratie kommt. Das ist offensichtlich auch gewünscht. Denn dahintersteht, dass wenn man diese Gesetzesänderungen vornimmt und alles detailliert formuliert, man auch möchte, dass man erstens mehr steuern kann und zweitens auch mehr gemacht wird.

Ich habe das einmal ausgerechnet. Der Umfang des Gesetzestextes wächst um 50 %. Das ist aus meiner Sicht schon ein Indikator dafür, dass alles komplizierter, aufwendiger und somit bürokratischer wird. Das passt nicht in den Trend der Zeit und zu allen politischen Bekenntnissen in Koalitionsverträgen usw., wonach man weniger Bürokratie und nicht neue Standards setzen möchte.

Das führt nahtlos zu dem Thema „Fachkräftemangel“. Wie alle Bereiche sieht sich auch der öffentliche Gesundheitsdienst mit massiven Nachwuchssorgen konfrontiert. Es ist deutlich absehbar, dass in den nächsten zehn Jahren erhebliche Personalressourcen in die Pensionierung gehen und ein Ersatz sehr schwierig wird. Das betrifft den Bereich des ärztlichen Personals auch strukturelle, weil Ärzte in anderen Berufen deutlich mehr verdienen als im öffentlichen Gesundheitsdienst. Der öffentliche Gesundheitsdienst kann als Teil des öffentlichen Dienstes auch nicht übermäßig mehr bezahlen, weil es

eine Gleichheit in den Tarifstrukturen geben muss. Wie man dieses Problem löst, ist aus meiner Sicht im Gesetzentwurf nicht adressiert.

Wir hatten bereits vor zwei Jahren das MAGS angeschrieben mit der Bitte, dazu eine gemeinsame Arbeitsgruppe einzuberufen. Wir könnten uns vorstellen, dass man über eine Imagekampagne hinaus auch noch andere Methoden in Betracht zieht, zum Beispiel eine Art Referendariat für den öffentlichen Gesundheitsdienst, wie das auch in anderen Bereichen – nicht nur im Lehramt oder in Jura, sondern zum Beispiel auch im Veterinärwesen – der Fall ist, wo man direkt fertige Ärzte an den öffentlichen Gesundheitsdienst heranführt. Weitere Themen sollte man ebenfalls zügig angehen, denn die Pensionierungswelle rollt und der Fachkräftemangel droht.

Man muss versuchen, dies mit KI oder anderen Sachen zu substituieren. Allerdings kann ich mir trotz allen Vertrauens in die Digitalisierung nicht so richtig vorstellen, wie das gelingen kann, denn am Ende ist der ärztliche Sachverstand gefragt, der, glaube ich, mit KI dann doch nicht substituiert werden kann.

Was wünschen wir uns hinsichtlich der Zusammenarbeit mit einem Landesamt, wenn es denn kommen sollte? – Ich wünsche mir, dass der öffentliche Gesundheitsdienst und die dort Beschäftigten sich als eine Einheit sehen und man versucht, auf Augenhöhe zusammenzuarbeiten, und dass man sich auf die wesentlichen Punkte konzentriert und sich nicht in Einzelthemen verzettelt – so wie das beim derzeitigen LZG manchmal der Fall zu sein scheint. Denn so wichtige Themen wie Klimaschutz und Hitzeschutz auch sind, wenn man 20 Arbeitsgruppen bildet, um diese zu bearbeiten, ist das der Sache auch nicht dienlich.

Ich würde mir wünschen, dass die schon ins Amt berufene Gründungspräsidentin Frau Dr. Gurlit als ersten Schritt einen Kongress macht, alle an einen Tisch holt und fragt, was das Bedürfnis der Kommunen ist, und dass man in möglichst schlanken und effizienten Strukturen zusammenarbeitet.

Noch wichtiger als Klimaschutz scheint mir die Vorbereitung auf einen weiteren Pandemiefall zu sein. Wir hatten ungefähr alle zehn Jahre eine größere Pandemie; die Abstände werden aber eher kleiner. Corona war eine größere Sache, die Schweinegrippe war eine kleinere Sache. SARS um das Jahr 2000/2001 ist zum Glück auf Asien begrenzt geblieben. Aber die nächste Pandemie wird kommen, das können Sie mir glauben, und dass diese dann harmloser wird als Corona, ist nicht gesagt. Insofern tun wir gut daran, uns mit den Strukturen und auch darüber hinaus auf einen solchen Fall vorzubereiten.

**Dr. med. Max Skorning (Stadt Düsseldorf):** Ich bin als Gesundheitsamtsleiter der Landeshauptstadt Düsseldorf hier in Vertretung für den ursprünglich geladenen Dezernenten Christian Zaum, der leider verhindert ist.

Es gab eine Frage zu den Hierarchie-Ebenen, die vom Ministerium in die Fläche in Richtung der Kommunen schlanker werden, weil zwei Landesinstitutionen in dem neuen Landesamt und die Aufgaben von fünf Bezirksregierungen in dieser einen Institution aufgehen. Das neue Landesamt begrüßen wir ausdrücklich – auch vor dem

Hintergrund der vielen genannten Ziele, die häufig mit Stringenz, mit Bürokratieabbau, mit schnelleren einheitlichen Wegen zu tun haben. Das ist im Grunde alles richtig. Trotzdem fällt in der umgekehrten Richtung, von den Kommunen, den einzelnen Gesundheitsämtern in Richtung Ministerium, keine Hierarchie-Ebene weg.

Es gibt nach wie vor die Bezirksregierungen, es gibt das neue Landesamt – es gibt keine Institution, die wegfallen würde, was den größten Sprung beim Bürokratieabbau, bei der Geschwindigkeit und der Stringenz bedeuten würde. Das heißt nicht, dass wir einen fundamental anderen Vorschlag hätten. Deshalb auch der allgemeine Hinweis, dass die Errichtung des Landesamtes und die Novellierung des ÖGD-Gesetzes wichtige Bausteine in der Zukunft des ÖGD sind, aber es sind eben auch nur Bausteine. Damit ist nicht alles erledigt. Vielmehr haben wir viele andere Aufgaben für die Zukunft.

Zur Frage nach der Rolle des ÖGD: Wir wünschen uns im Gesetz grundsätzlich mehr Verbindlichkeit an konkreten Stellen, denn wir haben viele wichtige Aufgaben, die zwar einerseits Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung werden, was mehr Durchgriffsmöglichkeiten und mehr Stringenz suggeriert. Andererseits stehen im Gesetz aber Kann-Regelungen oder Empfehlungen zu diesen Themen. Es passt aus unserer Sicht nicht gut zusammen, wenn man sagt, es sei eine Pflichtaufgabe nach Weisung, aber in Wahrheit steht dort nur, den Gesundheitsämtern wird etwas empfohlen, zum Beispiel beim Thema „Klimaanpassung“. Wenn man Verbindlichkeit und Pflichtaufgaben haben möchte, braucht man im Gesetzestext die entsprechenden Soll- oder Mussregelungen.

Es wurde zudem gefragt, wie wir uns die Zusammenarbeit vorstellen. Wir wünschen uns, dass man dort kooperativ mit den Kommunen und den Gesundheitsämtern zusammenarbeitet. Die Kompetenzen vor Ort sind sehr unterschiedlich ausgeprägt und sollten entsprechend einbezogen werden. Dem Vorschlag, einen großen Kongress zu solchen Themen zu machen, kann ich nur zustimmen. Explizit wünsche ich mir zudem entsprechende Übungen – gerade dort, wo die Pandemiebewältigung nicht Alltagsgeschäft der Gesundheitsämter ist. Man kann viele Standards, Vorgaben und Regelungen erlassen, aber damit es im Fall der Fälle mit den vorhandenen Leuten, die vielleicht ganz andere sind als bei der letzten Pandemie, auch klappt, muss das schlichtweg geübt werden. Wir würden uns zum Beispiel wünschen, dass man dieses szenariobasierte Üben im Gesetz verankert.

Der Vorwurf, dass vieles nicht aufgearbeitet worden sei, mag partiell stimmen, aber auch hier ist die Lage sehr unterschiedlich. Wir haben zum Beispiel ein After Action Review zur Pandemiezeit durchgeführt. Das ist wissenschaftlich publiziert worden und wird auch in anderen Kommunen herangezogen. Das ist nur ein Beispiel, wie man mit dem Landesamt zusammenarbeiten könnte, damit andere von Best Practices oder Erfahrungen lernen können.

Eine grundsätzliche Gefahr wäre es, wenn das Landesamt in Richtung der Kommunen ausschließlich direktiv vorgehen würde. Das würde auch auf die Attraktivität der Arbeitsplätze, die von einer gewissen Selbstständigkeit, von einem Gestaltungsspielraum getragen sind, abfärben. Pauschal sehe ich dieses Problem allerdings nicht. Vielmehr sehen wir den Vorteil einer Qualitätssteigerung, einer Ergänzung der vor Ort an

vielen Stellen überall in irgendeinem Bereich fehlenden oder schwächer ausgeprägten Kompetenzen durch das Landesamt.

Wir wurden auch nach den Mitteln und Kosten gefragt. Auf die Gesundheitsämter kommen, auch von der Bundesebene und vom ÖGD-Pakt, große Aufgaben zu: mehr Prävention im Gesundheitswesen, Stärkung der Gesundheitskompetenz der Bürgerinnen und Bürger, umfangreiche Arbeiten zu Klimaanpassung und Hitzeschutz, Pandemievorbereitung, Koordination der gesundheitlichen Dienstleistungen, Anregen von besonderen Leistungen in der Kooperation der verschiedenen Leistungserbringer in den Sektoren, Nischenversorgung von Menschen, die ansonsten keinen Zugang in die Versorgung haben. Letztere werden mehr, zum Beispiel einsame Menschen.

Wir haben Einsamkeit als riesengroßes, wachsendes Thema mit hoher Krankheitsgefahr. Wir haben Themen wie Sucht, Obdachlosigkeit, psychiatrische Beeinträchtigungen und dies nicht selten in Kombination. Diese Menschen zu unterstützen, ist ein großer Aufwand. Hier werden deutlich mehr Mittel notwendig, um dem hohen Gut „Gesundheit“ und den vielen Herausforderungen Rechnung zu tragen.

**Prof.'in Dr. Dagmar Starke (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen):** Ich bedanke mich für die Frage zum modernen Verständnis des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Im Gesetzentwurf wird der Bezug zum Leitbild für den öffentlichen Gesundheitsdienst hergestellt. Das begrüßen wir ausdrücklich, weil das Leitbild für den öffentlichen Gesundheitsdienst in einer länderübergreifenden Arbeitsgruppe erstellt und von der Gesundheitsministerkonferenz schon 2018 verabschiedet worden ist.

Der ÖGD-Pakt und alles, was in diesem Zusammenhang entstanden ist, hat zum Ziel, das Leitbild mit Leben zu füllen, und ich bedanke mich sehr für die Möglichkeit, zu einzelnen Punkten – insbesondere zur Steuerungs- und Koordinierungsfunktion, die im Gesetz jetzt deutlich besser verankert worden ist – noch einmal Stellung nehmen zu dürfen.

Der öffentliche Gesundheitsdienst ist derjenige Akteur vor Ort mit entsprechender medizinischer, gesundheitswissenschaftlicher, sozialwissenschaftlicher Expertise, der in der Lage ist, die Gesundheit der Bevölkerung einzuschätzen und zwar dort, wo die Bevölkerung wohnt, lebt und arbeitet, denn das ist der Ort, wo Gesundheit passiert.

Wir haben in unserem Land deutliche Unterschiede in den einzelnen Kommunen. Das lässt sich sehr gut anhand der Gesundheitsberichterstattung, die in dem Zusammenhang noch einmal gestärkt worden ist, nachvollziehen. Der öffentliche Gesundheitsdienst kennt die Akteurinnen und Akteure vor Ort aufgrund seiner Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen Lebenswelten der Bevölkerung, beginnend schon im frühen Alter in den Kindergärten und Kindertageseinrichtungen, in den Schulen. Er ist daher sehr gut in der Lage, Bedarfe und Bedürfnisse der Bevölkerung zu erkennen und darüber hinaus zu koordinieren, welche Angebote gemacht werden können.

Genau diese Koordination der Angebote und Maßnahmen ist von größter Bedeutung, weil wir von Aktionismus und Projektitis, die wir gerade im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung hinlänglich erlebt haben, wegwollen. Insofern kann ich nur

begrüßen, dass die Steuerungs- und Koordinierungsfunktion des öffentlichen Gesundheitsdienstes gestärkt worden ist und dass wir hier eine Pflichtaufgabe nach Weisung haben.

Das heißt nicht, dass die Unterschiede in den Kommunen nicht mehr gesehen werden. Aber es ist von höchster Bedeutung, dass wir uns bei den Angeboten im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung klar an vorhandener Evidenz orientieren, dass wir uns auf Qualitätssicherung verständigen, dass wir uns an vorhandenen Qualitätskriterien, die es seit Jahrzehnten gibt, orientieren, dass wir unsere Maßnahmen daran ausrichten und schauen, wie das Ganze funktioniert und wie Wirkungsnachweise generiert werden können. Letztere gibt es viel zu wenig, und auch das ist eine Aufgabe der Gesundheitsberichterstattung, die entsprechend umgesetzt werden könnte und sollte. Das heißt, ich begrüße ausdrücklich, dass die Pflichtaufgaben nach Weisung entsprechend formuliert worden sind.

Ich wünsche mir genauso wie meinen Vorredner, dass wir den Widerspruch im jetzigen Entwurf – dass es einerseits Pflichtaufgaben nach Weisung sind und andererseits den unteren Gesundheitsbehörden empfohlen wird, sich zu beteiligen – auflösen.

Ich halte den Klimawandel für eine der größten Herausforderungen, mit dem überdies neue Epidemien und Pandemien assoziiert sind. Wir müssen uns schon heute mit Zoonosen, durch Tiere übertragbare Erkrankungen, und zum Beispiel Tigermücken auseinandersetzen. Das heißt, dass die Folgen des Klimawandels regionale wie globale Herausforderungen sind. Das bezieht sich wiederum auf das Leitbild für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Dort steht nämlich klipp und klar, dass wir uns den regionalen und globalen Herausforderungen stellen. Aber aus den globalen Herausforderungen werden regionale Herausforderungen. Hier ist es aus meiner Sicht dringend notwendig, dass aus der Empfehlung, man möge sich mit den Folgen des Klimawandels auseinandersetzen und diese beobachten, eine klare Pflichtaufgabe wird, die die Gesundheitsämter ausführen sollen.

Erleichtert wird das dadurch, dass entsprechende Indikatoren bereits auf Bund-Länder-Ebene erarbeitet werden, sodass hier weiterhin eine entsprechende Unterstützung seitens des neuen Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz, das ich ausdrücklich begrüße, erfolgen kann. Entsprechende Indikatoren bereitzustellen, ist eine Aufgabe, die das LZG bisher in hervorragender Art und Weise zur Unterstützung der Kommunen wahrgenommen hat.

Das Ganze muss aber um das Klima-Monitoring erweitert werden, weil wir in den Kommunen unterschiedliche vulnerable Bevölkerungsgruppen haben. Wir haben Menschen ohne Wohnung und Obdach, aber es ist ein Unterschied, ob wir nach Dortmund oder nach Köln oder ob wir aufs Land nach Heinsberg oder Grevenbroich schauen. Nichtsdestotrotz müssen wir in jeder dieser Kommunen genau darauf schauen.

Wir haben große Probleme bei Menschen mit psychischen Erkrankungen; wir haben Menschen in Alten- und Pflegeheimen. Auch da haben wir unterschiedliche Zahlen in den Kommunen. All diese Menschen sind vom Klimawandel und von den Folgen des Klimawandels betroffen und häufig kumuliert es eben. Das heißt, Menschen ohne

Wohnung und Obdach sind nicht nur ohne Wohnung und Obdach und haben möglicherweise keinen Zugang zu kostenlosem Trinkwasser oder Schatten, sondern sie haben zusätzlich Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen oder andere chronische Erkrankungen. Es ist wesentlich, dass wir auch darauf einen Blick werfen.

Ich würde mir wünschen, dass der Ansatz „Health in All Policies“, Gesundheit in allen Politikbereichen, noch stärker verankert wird. Es ist gut, dass das bereits berücksichtigt wird, aber es könnte noch sehr viel deutlicher verankert werden, weil wir wissen – dafür gibt es empirische Belege –, dass Gesundheitsförderung und verhältnispräventive Ansätze einen wichtigen Beitrag leisten können, Chancendisparitäten zu verringern.

Das muss aus meiner Sicht dringend korrigiert werden. Der Satz „Hierbei verfolgt sie das Ziel der gesundheitlichen Chancengleichheit“ sollte bitte dringend wieder in den Paragraphen aufgenommen werden, weil es für mich in keiner Weise nachvollziehbar ist, warum man es in der Begründung zwar erwähnt, es aber aus dem Paragraphen selber gestrichen hat. Es ist die ursprüngliche und wichtigste Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes, sich für gesundheitliche Chancengleichheit stark zu machen. Das gilt in allen Bereichen.

Wenn Gesundheit in allen Politikbereichen verankert wird, dann möchte ich hier noch einmal die Co-Benefits ansprechen, weil eine gesunde Bevölkerung arbeiten kann. Gesunde Menschen haben einen höheren Grad an Zufriedenheit, was ich mit Blick auf die allgemeine Unzufriedenheit, Verunsicherung, Verängstigung in der Bevölkerung mit daraus folgenden Entwicklungen, die ich für demokratiegefährdend halte, für essenziell halte. Gleichzeitig ist es mit Blick auf unsere Sozialausgaben wichtig, dass wir Menschen unterstützen, gesund zu sein.

Diesen Ansatz der Gesundheitskompetenz möchte ich nicht im Sinne einer Eigenverantwortung missverstanden wissen. Vielmehr geht es darum, Menschen zu ermöglichen, auch Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen. Gesunde Menschen sind auch gesund am Arbeitsplatz, und das stärkt aus meiner Sicht die Unternehmen in NRW.

Ich begrüße auch, dass es einen Musterpandemieplan geben wird. Gleichwohl bin ich der Auffassung, dass jede Kommune einen eigenen Pandemieplan schreiben muss, weil es auch hier wieder ganz essenzielle Unterschiede in den Kreisen und kreisfreien Städten gibt und weil wir eine unterschiedliche Verteilung hatten – und im Falle einer neuen Epidemie oder Pandemie auch wieder haben werden.

Es sind in der Regel die Menschen in prekären Lebenssituationen, die in einem deutlich höheren Maße von Morbidität und Mortalität betroffen sind. Wir haben hier in Nordrhein-Westfalen diesbezüglich hervorragende Beispiele gesehen, vor allen Dingen in Köln. Köln hat sehr gezielt zum einen die Gesundheitskompetenz durch entsprechende Aufklärungsangebote gestärkt und zum anderen durch Impfangebote dazu beigetragen, dass das höhere Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko gerade bei bestimmten Gruppen eingedämmt werden konnte. Deswegen plädiere ich dringend dafür, im Rahmen der Pandemieplanung frühzeitig zu berücksichtigen, dass in den Kommunen

Menschen in prekären Lebenssituationen leben. Es gibt dazu ein Projekt, in dem das hinreichend analysiert worden ist, weshalb wir ganz dringend fordern, das jetzt in das Gesetz aufzunehmen.

Wir begrüßen auch, dass die zahnärztlichen Dienste eine deutliche Berücksichtigung gefunden haben und dass der sozialpsychiatrische Dienst jetzt einen eigenen Paragraphen hat.

Insgesamt ist das eine wirklich gute Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes. Natürlich kommen mehr Aufgaben auf den öffentlichen Gesundheitsdienst zu, aber dazu möchte ich mich aus wissenschaftlicher Perspektive gar nicht weiter äußern. Aber ich glaube, dass wir hier einen guten Entwurf haben, der an einigen Punkten optimierbar ist. Ich bin der Überzeugung, dass er den öffentlichen Gesundheitsdienst stärken wird – und den öffentlichen Gesundheitsdienst zu stärken, war das Ziel des Paktes für den öffentlichen Gesundheitsdienst.

Die Stärkung, die jetzt im öffentlichen Gesundheitsdienst passiert, muss fortgesetzt werden. Wenn wir dahinter zurückfallen – und das würden wir zwangsweise, wenn bestimmte Stellen nicht weiter finanziert werden –, dann werden wir diese Aufgaben nicht erledigen können.

Wir brauchen aber einen starken öffentlichen Gesundheitsdienst. Wir sollten nicht den Fehler machen, jetzt Aufgaben herunterzuschrauben. Bisher haben wir einen bunten Flickenteppich an bestimmten Punkten in Nordrhein-Westfalen. Wir haben Kommunen, wo es super funktioniert, und wir haben Kommunen, wo deutlicher Optimierungsbedarf ist.

Aus wissenschaftlicher Perspektive würde ich dringend fordern, dass der öffentliche Gesundheitsdienst weiter gestärkt wird, weil nach der Pandemie vor der Pandemie ist. Darauf sollten wir vorbereitet sein; darauf muss der öffentliche Gesundheitsdienst vorbereitet werden. Aber der öffentliche Gesundheitsdienst hat mehr Aufgaben als Infektionsschutz. Ich persönlich rate dringend davon ab, den öffentlichen Gesundheitsdienst auf den Infektionsschutz zu reduzieren.

**Dr. Emanuel Wiggerich (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW):** Auch wir als Landesverband bedanken uns ausdrücklich, dass wir hier Stellung nehmen dürfen. Ich werde auf Ihre Fragen aus Sicht der unteren Gesundheitsbehörden in unserem Land eingehen. Vieles, was bisher gesagt wurde, kann ich unterschreiben. Deswegen kann ich mich an manchen Stellen kürzer fassen.

Herr Dr. Zentara hat zum Verfahren etwas Entscheidendes angesprochen: Auch wir hätten uns gewünscht, dass wir gemeinsam in die Diskussion gehen und überlegen, in welche Richtung wir wollen und wie ein moderner öffentlicher Gesundheitsdienst aussehen kann. Wir haben einen jährlichen Bundeskongress, einen wissenschaftlichen Kongress, auf dem wir mit den Akteuren, die im öffentlichen Gesundheitsdienst unterwegs sind, auch multiprofessionell, nicht nur Ärzte und Ärztinnen, auch Gesundheitswissenschaftler. Wir haben auch unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft. Es

hätte also durchaus Formate gegeben, in denen wir uns darüber hätten austauschen können.

Dennoch ist es erfreulich, dass wir im vorliegenden Gesetzesentwurf das Bild eines sehr modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes bekommen. Es ist auch sehr zu begrüßen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst gestärkt werden soll. Ich glaube, die Nachhaltigkeit ist hier entscheidend; es darf nicht nur ein Strohfeuer sein. Der Pakt war eine gute Anschubfinanzierung, aber er hat gerade die Lücken gestopft, auch personell, die in den Jahren davor gerissen wurden. Nichtsdestoweniger sind im Gesetzesentwurf wirklich viele Aufgaben genannt, die aus unserer Sicht richtig und wichtig sind.

Die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit ist das Zukunftsthema; damit müssen wir uns befassen. Als Infektionsschützer sage ich, der ÖGD ist mehr als Infektionsschutz. Probleme bekommen wir gerade im Bereich des Klimawandels, da geht es in Richtung Krisenmanagement und Notfallplanung. Der Klimawandel ist erstmalig in das Gesetz aufgenommen worden. Wir müssen uns damit beschäftigen, wie wir uns aufstellen, damit die uns anvertrauten Menschen geschützt werden und nicht verbrennen oder ertrinken: in den Krankenhäusern, in den Altenpflegeheimen, zu Hause, vulnerable Gruppen, ältere Menschen, die außer dem öffentlichen Gesundheitsdienst keiner erreicht.

Dazu zählt auch, dass wir uns über Pandemieplanung Gedanken machen müssen. Der öffentliche Gesundheitsdienst vor Ort hat die Sicht auf die vulnerablen Gruppen. Wir wissen vor Ort, wo diese Leute sitzen. Entscheidend bei der Pandemieplanung sind die Übungen, die wir dort machen müssen; dazu zählen auch Übungen in Richtung des Landes: Die Kommunikationsstrukturen müssen klar sein. Wir haben in der Pandemie erlebt, dass es lokal immer ganz gut funktionierte, aber die Schnittstellen waren optimierungsbedürftig.

Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz sind wichtige Themen, gerade vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels. Niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, aber auch die Gesundheitsämter können das alleine nicht leisten. Wir sind auf gesundheitskompetente Menschen in der Bevölkerung angewiesen, die gewisse Sachen wissen und entsprechend kompetent handeln können, um die Systeme zu entlasten. Es ist vielleicht einmal entscheidend, dass man nicht gleich zum Hausarzt läuft, weil man eine Erkältung hat. Aber dafür müssen wir die Menschen erst einmal gesundheitskompetent machen.

Auch die zentrale Steuerung und Koordination – Gesundheit als Schnittstelle – ist richtig und wichtig. Es ist glücklicherweise festgeschrieben, dass wir zu allen Akteuren, wie den Ärztekammern, aber auch zu anderen Fachbereichen, die Steuerungsfunktion haben, die wir auch schon wahrnehmen. Der „Health in All Policies“-Ansatz ist ein sehr guter, moderner und wichtiger Ansatz, weil wir dadurch sehen, in welche Politikfelder Gesundheit hineinspielt.

Was noch ein bisschen fehlt, ist die Gesundheitskommunikation. Wir haben im Rahmen der Pandemie erlebt, dass es ein Knackpunkt war, wie und wann gewisse Risiken



an die Bevölkerung kommuniziert wurden, welches Vertrauen vor Ort herrschte und wie man das nutzen kann.

Die vorhin genannten vielfältigen Aufgaben übernehmen die Gesundheitsämter schon. Es wurde gefragt, was wir benötigen und wie wir den Gesetzentwurf optimieren können. Ich möchte nicht die Diskussion über Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung aufmachen; mir geht es um die Formulierung: Bei vielen Aufgaben steht „freiwillig“ oder „wird empfohlen“. Ich möchte Ihnen aus kommunaler Sicht sagen, mit welchen Diskussionen die Gesundheitsämter dann zu tun haben:

Aufgrund der kommunalen Haushaltslage ist es ganz normal, dass immer wieder Aufgaben hinterfragt werden; da geht es um Stellenneubesetzungen, aber auch um Stellenwiederbesetzungen. Aus der Politik wird dann gefragt: Was macht ihr da eigentlich? Ist das Pflicht? Man guckt sich den Fragenkatalog genau an, und bei Aufgaben, die man machen kann oder auch nicht, gibt es manche Kommune, die diese Aufgabe streicht. Das wäre fatal, gerade bei den wichtigen Aufgaben, die wir vorhin genannt haben. Deswegen würden wir uns da eine sprachliche Schärfung wünschen, damit klar ist, dass diese Aufgaben zu erledigen sind.

Geschärft werden könnte aus unserer Sicht auch bei den Zuständigkeiten, gerade im Zusammenspiel mit dem Landesgesundheitsamt. Das würde uns im Alltag sehr helfen, um manche Diskussion zu vermeiden. Im Gesetzentwurf ist die ärztliche Weisungsfreiheit erfreulicherweise im Gutachtenwesen enthalten. Diese müsste aus unserer Sicht aber auf alle medizinischen Leistungen ausgeweitet werden, zum Beispiel auf das Impfen. Es ist für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen entscheidend, dass man die Diskussionen mit den Hauptverwaltungsbeamten in medizinischen Belangen vermeiden kann.

Zum Landesgesundheitsamt an sich: Wir begrüßen die Einrichtung sehr, teilen aber die Meinung von Herrn Dr. Skorning, dass wir keine Ebene weniger haben, da die Bezirksregelungen daneben auch noch herlaufen. Diesbezüglich wünschen wir uns eine genaue gesetzliche Regelung, wo und an wen man sich wenden kann.

Entscheidend wird sein, dass uns eine gewisse Standardisierung gelingt. Gerade wenn wir darüber reden, wie Gesundheitsberichterstattung, wie die gesundheitliche Lage aussieht, ist es fatal, wenn wir einen Flickenteppich durch die freiwilligen Aufgaben haben; es ist einfach nicht vergleichbar.

Bei der Gesundheitsberichterstattung wünschen wir uns, dass das Landesgesundheitsamt auch in Richtung der unteren Gesundheitsbehörden, der Gesundheitsämter, wirkt und nicht nur in Richtung Landesregierung. Die Beratungsfunktion in unsere Richtung wäre wichtig.

Wir müssen uns auch über neue Erreger unterhalten, über Ausbrüche. Aber es müssen nicht immer nur neue Erreger sein, es kann auch ein EHEC-Ausbruch sein. Letztendlich ist entscheidend, dass wir genug Kapazitäten haben, Proben zu untersuchen. Ob es eigene Kompetenzen sind, die beim Landesgesundheitsamt aufgebaut sind, oder ob Kooperationen mit Universitäten aufgebaut werden – wir brauchen Kontingente, auf die wir verlässlich zurückgreifen können und die finanziert sind. Es kann

nicht sein, dass wir nur durch gute Kontakte zu manchen Laboren manche Ausbrüche besser und schneller handhaben als andere Teile des Landes. Wir wünschen uns eine Vereinheitlichung oder eine Regelung.

Insgesamt aber ist der Prozess sehr erfreulich; viele gute Aspekte sind aufgenommen worden, wenn man das vergleicht.

**Axel Hofmann (unternehmer nrw):** Wir haben bisher viel zum Thema „Gesundheitsschutz“ gehört. Unsere Stellungnahme bezieht sich aber stark auf den Arbeitsschutz. Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in Nordrhein-Westfalen für unsere Unternehmen ein sehr hohes Gut. Der Arbeitsschutz basiert in erster Linie auf dem Arbeitsschutzgesetz von 1996. Auf der anderen Seite haben wir natürlich die betriebliche Gesundheitsförderung, den Gesundheitsschutz. Es ist bekannt, dass die Firmen gerade im Zuge der Pandemie an dieser Stelle sehr aktiv werden mussten.

Zur Frage nach den Folgen der Zusammenlegung: Bis 2008 hatten wir in Nordrhein-Westfalen im Arbeits- und Gesundheitsschutz zwei getrennte Institutionen: das Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst und das Landesamt für den Arbeitsschutz in NRW, die 2008 bis 2012 zum LIGA zusammengeführt worden sind. 2012 kam dann wieder die Trennung in LZG und LIA.

Von der erneuten Zusammenlegung von Verwaltungsstrukturen versprechen wir uns Synergien, in dem Sinne, dass Prozesse schneller und effektiver laufen. Ein Thema, das beispielsweise auf der Homepage des LIA im Moment sehr stark propagiert wird, ist die Digitalisierung, der digitale Zugang zu entsprechenden Leistungen und Themen im Bereich des Arbeitsschutzes. Wie stehen der Zusammenlegung also grundsätzlich positiv gegenüber.

Gleichzeitig wurde an uns die Frage herangetragen, was wichtige Aufgaben des LIA sind, die in der Vergangenheit wahrgenommen wurden und die auch aus unserer Sicht zwingend fortgesetzt werden sollten. Ich möchte hier einen Punkt herausgreifen. Das LIA hat seit über einem Jahrzehnt das sogenannte KomNet gemacht. Dort können Unternehmen Fragen zum Arbeitsschutz stellen bzw. bereits beantwortete Fragen in der geeigneten Form abrufen.

Warum sage ich das? – Wir sind hier in Nordrhein-Westfalen die Stimme der kleinen und mittelständischen Industrie. In unserer größten Branche, der Metall- und Elektroindustrie, haben 60 % der Unternehmen gerade einmal 100 Beschäftigte, etwa 90 % der Unternehmen haben weniger als 500 Beschäftigte. Das heißt, wir haben es hier nicht mit großen Abteilungen, mit Stabsabteilungen zu tun, sondern mit einem klassischen Arbeitsschutz vor Ort, der dieses Thema mit begrenzten Ressourcen bearbeiten muss.

Es wäre unser Wunsch, dass diese Leistungen, die wir in der Vergangenheit wahrgenommen – wir haben im Übrigen sehr intensiv mit dem LIA kooperiert –, unter dem neuen Dach, egal in welcher Organisationsstruktur, fortgeführt werden.

Zur Bitte um Beispiele für praktikable Lösungen vor Ort: Wir haben bei uns in Nordrhein-Westfalen einen Flickenteppich unterschiedlicher Industriearten. Ich persönlich

komme aus der Region Velbert und Heiligenhaus. Wir waren früher sehr stark durch die Schlösser- und Beschläge-Industrie bzw. durch Gießereibetriebe geprägt. Dort herrschen sehr spezifische Arbeitsbedingungen; Hitze und Lärm sind systemimmanent. In anderen Branchen hat man vielleicht eher mit psychischen Belastungen zu tun – auch ein wichtiges Thema für uns als Arbeitgeberverbände.

In Iserlohn beispielsweise sind 80 % der Kaltwalze-Kapazitäten in ganz Europa in Iserlohn konzentriert. Dort sind spezifische Technologien und Arbeitsabläufe am Start, was durch eine lokale Betreuung sehr intensiv abgegriffen werden kann. Auf der lokalen Ebene können eine entsprechende Spezialisierung und entsprechende Dialoge mit den Unternehmen stattfinden, die im Einzelfall zu praktikablen, arbeitsschutzkonformen und gesundheitszuträglichen Lösungen führt.

Diese Bodenhaftung, die in der Vergangenheit in vielen Bereichen bestand, möchten wir auch in einer neuen Struktur wahrnehmen. Wir haben die Befürchtung, dass diese Betreuung vor Ort darunter leiden könnte, wenn gewisse Funktionen weiter nach oben delegiert werden.

**Walter Korte (unternehmer nrw):** Ich darf noch einmal betonen, dass der Arbeitsschutz, aber auch der Gesundheitsschutz für unsere Unternehmen wichtig sind. Wenn die Beschäftigten in den Unternehmen gesund sind, ist das nicht nur für die Menschen gut, sondern auch für die Unternehmen. Das muss hinreichend gewährleistet werden; das hat sich insbesondere in der Pandemie gezeigt.

Insofern befürworten wir eine Koordinierung, wenn sie sinnvoll ist und die unteren Gesundheitsbehörden in ihren Handlungsmöglichkeiten nicht beschränkt. Denn vor Ort kann man vieles besser beurteilen.

Die Bürokratie zu reduzieren, würden wir begrüßen. Wenn man den Gesetzentwurf selber anschaut, stellt man aber fest, dass es sehr viele umfassende Regelungen gibt. Gleichwohl bleibt der Gesetzentwurf an verschiedenen Stellen sehr unkonkret. Man kann einzelne Aufgaben per Rechtsverordnung als Pflichtaufgaben zur Weisung machen, ohne dass man genau weiß, was das ist. Das hat uns ein wenig irritiert, und wir fragen uns, ob man das nicht konkretisieren kann.

Gerade im Gesundheitsschutz können wir den Entwurf schwer beurteilen, aber es wurde schon ausgeführt, dass einzelne Sachverhalte in den unteren Gesundheitsbehörden von den Kommunen beurteilt werden müssen und sie auf Unterstützung angewiesen sind. Das war vielleicht in der Vergangenheit mehr das MAGS, das würde dann die neue Behörde werden.

Das mag sinnvoll sein; nur wenn dann möglicherweise die unterschiedlichen Ausgangsbedingungen in den einzelnen Branchen in den Regionen nicht mehr berücksichtigt würden, wäre das aus unserer Sicht eher schädlich. Dort müssten die unteren Gesundheits- und auch Arbeitsschutzbehörden ihre Handlungsspielräume aus unserer Sicht behalten.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. Damit sind wir am Ende der ersten Fragerunde, und ich schaue in den Kreis: Herr Moor, Frau Thoms, Frau Schneider.

**Justus Moor (SPD):** Meine Frage richtet sich an die kommunalen Spitzenverbände und an die kommunalen Praktiker. Die Aufzählung, was im Gesundheitsschutz alles in Zukunft beachtet werden müsste, war beeindruckend. Gleichzeitig wurde angesprochen, dass dies mit Blick auf die kommunale Finanzlage alles kaum möglich sei, wenn es rein kommunal finanziert werden soll.

Könnte es bei den Pflichtaufgaben nach Weisung, die nach den Planungen des Gesetzes nicht finanziert werden und bei denen die Konnexität nicht eingehalten wird, aus Ihrer Sicht zu Einschränkungen bei der auskömmlichen Finanzierung des kommunalen öffentlichen Gesundheitsbereichs kommen? Ich denke da an Prävention oder an Maßnahmen, die vielleicht nicht direkt im Gesundheitsamt angesiedelt sind, die aber trotzdem – wie Klimaschutzmaßnahmen oder soziale Maßnahmen bei Obdachlosigkeit – für Gesundheit einträglich sind, auch wenn sie in anderen Ämtern kommunal liegen.

**Meral Thoms (GRÜNE):** Meine nächsten Fragen richten sich an alle Sachverständigen, die sie beantworten mögen. Die Gesundheit unserer Bevölkerung ist ein hohes Gut, aber auch ungleich verteilt in Nordrhein-Westfalen. Das kann man zum Beispiel an der Lebenserwartung, die NRW-weit sehr ungleich ist, festmachen. Auch die Chancen auf ein gesundes Aufwachsen in Nordrhein-Westfalen sind ungleich verteilt. Sie hängen auch vom sozioökonomischen Status der Eltern ab, sind aber auch regional ungleich.

Zielthema „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“: Welchen Beitrag kann der öffentliche Gesundheitsdienst leisten, um gesundheitliche Chancengleichheit zu gewährleisten? Sehen Sie in dem Gesetzentwurf die Rolle des ÖGD ausreichend abgebildet oder haben Sie ergänzende Hinweise? Welche Standards brauchen wir in diesem Kontext in Nordrhein-Westfalen? Brauchen wir mehr datenbasierte Standards, um die Praxis der Gesundheitsämter zu unterstützen? Können Sie vielleicht Beispiele nennen, auch um die Vergleichbarkeit der Lebensverhältnisse in Nordrhein-Westfalen noch besser zu verstehen?

Zum Aufgabenfeld „Prävention und Gesundheitsförderung“ habe ich in der Anhörung unterschiedliche Stimmen gehört, wenn es darum geht, die Aufgabe als Pflichtaufgabe nach Weisung durchzuführen oder auch nicht. Wie stellt sich aus Ihrer Perspektive aktuell die Aufgabenerfüllung im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention in Nordrhein-Westfalen dar? Haben wir gleiche Standards überall im Land? Haben wir gleiche Qualitätsstandards? Haben wir die gleiche Anzahl von Angeboten im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention? Gibt es regionale Unterschiede? Was sind Ihre Erwartungen und Befürchtungen, wenn diese Aufgaben als Pflichtaufgaben nach Weisung durchgeführt werden?

**Susanne Schneider (FDP):** Ich habe noch eine kurze Nachfrage an die Herren Decker und Zentara. Sie haben schon das Wort „Konnexität“ angesprochen. Wieso hat

das Land Ihrer Meinung nach kein formales Verfahren zur Kostenfolgeabschätzung eingeleitet?

Dann habe ich noch eine Frage an unternehmer nrw. Inwiefern glauben Sie, dass die neue Behörde zusätzliche Bürokratie für die Unternehmen in Nordrhein-Westfalen entstehen lässt? Welche bisher nicht im Gesetz genannten Zuständigkeiten könnte man auf dieses neue Landesamt übertragen?

Dann noch eine Frage an Herrn Dr. Wiggerich. Sie sprechen sich für eine fachärztliche Leitung nicht nur der medizinischen Dienste der Gesundheitsämter, sondern für die untere Gesundheitsbehörde insgesamt aus. Können Sie das erläutern?

Last but not least eine Frage an Dr. Skorning. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Abwanderung von kompetenten Mitarbeitern in dieses neue Landesamt angesprochen. In welchem Umfang erwarten Sie zusätzlichen Personalbedarf beim neuen Landesamt, und wie könnte die angesprochene Konkurrenz abgebaut werden?

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. Wir fangen mit der Beantwortung bei der kommunalen Familie an.

**Stefan Hahn (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Herzlichen Dank für die Frage nach der kommunalen Haushaltssituation. Herr Moor, ich glaube, Sie selbst sind nicht nur landespolitisch, sondern auch kommunalpolitisch engagiert und kennen die Lage der kommunalen Haushalte.

Es ist nicht übertrieben: Aktuell ist die Situation wirklich dramatisch. Wenn man die Berichte von Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern hört, dann haben wir eine solche Haushaltssituation seit zehn, 15 Jahren nicht mehr gehabt.

Was passiert, wenn eine Aufgabe zur pflichtigen Aufgabe wird und über Weisungen ein Standard gesetzt werden kann? – Ganz selbstverständlich werden Kommunen Recht und Gesetz einhalten, das heißt, sie werden Standards erfüllen nach bestem Wissen und Gewissen, und sie werden Pflichtaufgaben erfüllen. Aber es gibt auch noch einen relativ überschaubaren Bereich der freiwilligen Aufgaben.

Nehmen wir konkret das Beispiel prekäre Lebenslagen, prekäre Stadtteile. Wir brauchen in den Stadtteilen nicht nur den ÖGD, sondern auch die Aspekte „Integration“, „Förderung“ und „ältere Menschen“. Wir brauchen stadtteilorientierte Sozialarbeit. Das ist keine Pflichtaufgabe, und auch die Frage der Intensität dieser Beratungsangebote vor Ort ist freiwillig.

Wenn jetzt die Pflichtaufgaben ausgeweitet werden, dann hat eine Stadt keine andere Chance, als beispielsweise diesen wichtigen Bereich einzudampfen, der für den Gesundheitsschutz, die Gesundheitsprävention und für die Frage, wie die Gesundheitsangebote diese Menschen erreichen, enorm wichtig ist.

Ein anderes Beispiel: Jugendeinrichtungen mit offenen Türen müssen im Grunde vorgehalten werden, aber deren Anzahl und die Öffnungszeiten bestimmt die Kommune selbst, die Aufgabe ist sozusagen freiwillig. Wir laufen Gefahr, dass, wenn Aufgaben

zu Pflichtaufgaben und nicht entsprechend durch Land oder Bund refinanziert werden, diese Aufgaben leiden. Gerade in der aktuellen Haushaltslage ist diese Gefahr sehr akut.

Zur gesundheitlichen Chancengleichheit: Der öffentliche Gesundheitsdienst hat eine große Bedeutung, aber was nicht passieren darf, ist, dass der öffentliche Gesundheitsdienst und die Kommune insgesamt zum Ausfallbürgen für die Defizite in der gesundheitlichen Versorgung werden, für die die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich sind.

Wir erleben immer häufiger, dass gerade in den prekären Stadtteilen eine gesundheitliche Versorgung im ambulanten Bereich fehlt. Von daher bemerken wir nicht nur im öffentlichen Gesundheitsdienst, sondern auch in anderen Bereichen der Gesundheitsaufgaben und sozialen Aufgaben in den Städten, dass diese Defizite in der ambulanten Versorgung immer zu mehr Aufgaben und mehr Aufwendungen bei den Kommunen führen.

Zur Frage des einheitlichen Standards im Bereich „Prävention“ und wie wir diesbezüglich aufgestellt sind: Ich habe zwar keinen Überblick, gehe aber davon aus, dass die Standards im Bereich der gesundheitlichen Prävention in Nordrhein-Westfalen unterschiedlich sind. Wenn man über Vereinheitlichung von Standards spricht, dann sprechen wir nicht über eine Vereinheitlichung auf einem mittleren Niveau. Vielmehr wird immer das beste Niveau genommen und als Standard gesetzt. Das heißt, wenn man einen Standard setzte, müssten einige Städte und Kreise in diesen Bereichen nachholen. Im Grunde ist dagegen auch nichts zu sagen; unser Problem ist aber das vorgesehene Instrument, nämlich die Weisung.

Wenn das Land die Notwendigkeit sieht, Standards zu setzen, dann muss das Land eine gesetzliche Regelung treffen und vor allen Dingen Geld mitbringen. Es kann nicht sein, dass das Land Standards setzt und wie selbstverständlich davon ausgeht, dass die Kommunen mit ihren knappen kommunalen Haushaltsmitteln alleine diesen neuen Standard finanzieren. Deswegen geht es weniger um eine unterschiedliche Zielsetzung, sondern um die Frage, was der richtige Weg ist, um dieses Ziel zu erreichen.

Warum hat das Land kein Konnexitätsverfahren in die Wege geleitet? – Tatsächlich haben wir hier einen hoffentlich einmaligen Vorgang, den Wechsel des Aufgabencharakters. Weisungsfreie Pflichtaufgaben werden in weisungsabhängige, weisungsgebundene Pflichtaufgaben umgewandelt. Das hat es so bisher nicht gegeben.

Die Frage, was die Umwandlung der Aufgaben im Hinblick auf die Konnexität bedeutet, ist bisher verfassungsrechtlich nicht geklärt. Deswegen hat das Land den günstigsten Fall angenommen und gesagt: Wir sehen hier keinen Fall der Konnexität. – Wie von uns ausgeführt wurde, sehen wir das anders. Aber das ist wohl der Grund, warum das Land von einem entsprechenden Überprüfungs- und Kostenabschätzungsverfahren abgesehen hat.

**Dr. Kai Zentara (Landkreistag Nordrhein-Westfalen):** Herr Hahn hat eigentlich alles ganz gut auf den Punkt gebracht. Aber dahinter steht die Grundfrage, ob man auf

kommunaler Ebene noch selber gestalten kann oder nicht. Oder möchte ich gerne Weisungen haben, damit ich es als Fachamtsleiter oder als Fachdezernent leichter mit meiner Politik und meinen Kämmerern habe, die unter dem allgemeinen Spardruck immer auf der Suche nach Positionen sind, die nicht pflichtig erfüllt werden müssen.

Es mag aus einer bestimmten Sicht einfacher sein, so zu verfahren, aber wir haben nun einmal die Rolle, die kommunale Freiheit zu verteidigen und möchten möglichst viele Entscheidungsmöglichkeiten für die Räte und für die Hauptverwaltungsbeamten sichern.

Dass diese Möglichkeiten in der Form nicht bestehen bzw. pflichtige Aufgaben nicht ausreichend finanziert sind, liegt an der strukturellen kommunalen Unterfinanzierung, die wir seit Jahrzehnten beklagen. In den GFG- und Haushaltsdebatten müssen wir leider gebetsmühlenartig darauf hinweisen, dass Mitte der 1980er-Jahre der Verbundsatz im GFG auf 23 % abgesenkt worden ist. Er müsste aus unserer Sicht aber wieder mindestens das Niveau von 28 % erreichen. Dann könnte man in diesem und in anderen Politikfeldern darüber diskutieren, ob die Aufgaben ausreichend finanziert sind und ob man eventuell noch weitere Aufgaben pflichtig machen kann.

Aber so macht das Land immer wieder Vorgaben, weil es diesen Konflikt an eine Ebene darunter delegiert. Einerseits statten Sie die Kommune nicht mit ausreichend Geld aus und andererseits verlangen Sie, dass die Kommunen diese Aufgabe erfüllen. Das ist schon vom Grundansatz her schwierig, und es ist unsere Aufgabe, dem entgegenzutreten. Da sollte natürlich die entsprechende Rollenklarheit herrschen.

Übrigens Frau Dr. Starke, Stichwort „Interessenskonflikt“: Sie sind von einer Institution, die von Ländern finanziert wird. Daher ist klar, warum Sie so sich positionieren, genau wie die Leute aus den Fachämtern.

Insofern besteht aus unserer Sicht die Befürchtung, dass nach und nach, wenn es politisch opportun ist, die Handlungsmöglichkeiten vor Ort immer weiter verstellt werden und auf kommunaler Ebene nichts mehr entschieden werden kann, obwohl der Grundsatz der kommunalen Freiheit herrscht. Man müsste den Beweis führen, dass es ungleich oder unpragmatisch läuft, sodass es von oben einer Direktive bedarf.

Andererseits sind die Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen unterschiedlich, gerade im Gesundheits- und im Präventionsbereich. Die Aidsprävention ist in der Stadt Köln ein anderes Thema als im Hochsauerlandkreis. Deswegen ist richtig, dass die Stadt Köln mit Unterstützung des Landes mehr Mittel dafür aufwendet als der Hochsauerlandkreis. Auf solche Besonderheiten muss man reagieren können.

Deshalb ist der Ansatz, von oben aus Düsseldorf oder zukünftig aus Bochum zu bestimmen, wie es zu laufen hat, und die mit der Reform von 1999 gewährte kommunale Handlungsfreiheit zurückzudrehen, aus unserer Sicht nicht sinnvoll. Das passt nicht in die Landschaft, und der Beweis dafür, dass es wirklich so uneinheitlich oder unpassend läuft, ist aus meiner Sicht nicht geführt worden.

Noch einmal zur Konnexität: Jenseits der Frage der Pflichtaufgabeneinführung sind noch weitere Punkte dazugekommen. Das sind unzweifelhaft neue Aufgaben, die vom

Volumen her vielleicht nicht so groß sind, trotzdem das Land die verdammte Pflicht und Schuldigkeit, daran jeweils ein Preisschild zu hängen, es mit seinen anderen Aufgabenübertragungen aus der Vergangenheit abzugleichen und sich zu fragen, ob das über die Wesentlichkeitsschwelle nach KonnexAG hinausgeht oder nicht. Dazu steht gar nichts im Gesetzentwurf. Es ist nach 20 Jahren Konnexitätsprinzip ein Unding, dass das nicht gemacht wird.

Jetzt können wir uns überlegen, ob wir für solche kleinen Aufgabenmehrungen den Weg vor die Verfassungsgerichte gehen oder nicht. Vielleicht ist es der Ansatz, auf den man spekuliert, dass man solche kleinen Sachen nicht einklagt. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass die Strategie aufgeht, aber die kommunale Haushaltslage verschärft sich, und wir sind auch von unserer Gemeindeordnung und der Kreisordnung her gezwungen, wirtschaftlich zu handeln. Dann muss man im Zweifel schauen, dass man solche Dinge letzten Endes eintreibt. Aber schöner wäre es, wenn bei jedem Gesetzgebungsverfahren, mit dem eine Aufgabenübertragung verbunden ist, die entsprechende Kostenfolgeabschätzung direkt mitgeliefert wird, ohne dass das noch weiter diskutiert werden müsste.

**Dr. Emanuel Wiggerich (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW):** Herr Dr. Zentara, ich glaube, unsere unterschiedlichen Rollen sind uns klar, und warum wir diskutieren, ist auch klar. Sie ließen gerade im Nebensatz anklingen, die Fachämter seien interessengeleitet. Dem würde ich entschieden entgegentreten wollen, ebenso, dass wir es uns einfach machen würden. Es geht um die Gesundheit der Bevölkerung, und das ist unser höchstes Gut.

Wir diskutieren gerne auch mit unseren Dezernenten, den Beigeordneten oder mit der Politik. Die Frage ist dabei aber, wie belastet die Gesundheitsämter sind und welche Aufgaben sie mit den wenigen Mitteln, die sie haben, machen sollen. Wir schaffen sehr viel mit der geringeren Ausstattung für die Bevölkerung insgesamt. Aber wenn man die Dinge vereinfachen kann, warum sollte man es dann nicht tun?

Zur Finanzierung und den Konsequenzen: Irgendwann muss man priorisieren, aber dann müssen sich die Räte der Entscheidung stellen, ob sie einen bestimmten Teil versorgen wollen oder nicht, ob sie sich um die vulnerablen Gruppen kümmern wollen oder nicht.

Gesundheitliche Chancengleichheit besteht nicht, dazu gibt es genügend Studien. Das Entscheidende wird sein, den betroffenen Menschen überhaupt einen Zugang zum Gesundheitssystem zu geben. Dafür sind aufsuchende Hilfen extrem wichtig, aber aufsuchende Hilfen sind enorm personal- und ressourcenintensiv. In manche Communities kommen wir als Gesundheitsamt nur rein, weil wir neutraler gesehen werden. Diese Menschen gehen nämlich nicht zum Hausarzt. Das heißt, wir haben ganz viele große blinde Flecken.

Zu den Standards oder der Datenbasiertheit: Wir müssen schauen, was überhaupt wirkt. Wir sind häufig mit Bauchgefühl unterwegs, das würde ich auch für manche Kommune oder manches Gesundheitsamt annehmen. Deswegen ist die Gesundheits-



berichterstattung so extrem wichtig; diese Aufgabe soll letztendlich auch das Landesgesundheitsamt übernehmen. Dabei fragen wir uns, wie dort vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels die Kompetenz aufgebaut werden soll.

Wir sehen mit großer Sorge, dass wir – wir haben letztendlich überall ähnliche Strukturen – um die gleichen Fachkräfte buhlen. Die Frage dieses Kannibalisierungseffekts ist für uns noch nicht beantwortet. Wir haben funktionierende Strukturen, wir können Kooperationen mit Universitäten machen, und wir können Lehr- und Gesundheitsämter aufbauen: Die Expertise ist da. Es wäre unser Wunsch, diese Strukturen zu stärken. Wir haben die ersten ÖGD-Lehrstühle, einen in Köln, und diese Kooperationen und Strukturen zu stärken, wäre der etwas günstigere Weg.

Warum sollten Gesundheitsämter und nicht nur die medizinischen Dienste ärztlich geleitet werden? – Wir schätzen die Multiprofessionalität und Multidisziplinarität ausdrücklich, die gesamten und vielfältigen Aufgaben; wir brauchen alle Fachkräfte.

Auch wir als ärztlicher Berufsverband haben Gesundheitswissenschaftler\*innen mit im Team, aber es sind in einem Gesundheitsamt vielfältige medizinische Aufgaben zu gewährleisten – die Begutachtung, das Impfen, die Tuberkulose –, die immer mit medizinischen Fragestellungen verbunden sind. Das gilt auch für die Einschätzung einer Pandemie: Wie schnell verbreitet sich die Erreger? Welche Gefahren bestehen? Wann ziehe ich welche Strukturen?

Es geht in einem Gesundheitsamt zu großen Teilen um die Bevölkerungsmedizin. Daneben gibt es auch andere wichtige Aufgaben, aber wir brauchen extrem medizinisches und tiefes Fachwissen, und dafür haben wir die Fachärzte für das öffentliche Gesundheitswesen.

Tun Sie bitte nicht so, als wären Ärztinnen und Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst Ärzte zweiter Klasse. Ich kenne beide Seiten, da ich auch einen klinischen Facharzt habe. Beide haben ihre Berechtigung, und auch die Fachärzte für das Öffentliche machen eine sechsjährige Facharztausbildung, und unter anderem lernen sie dort auch Führungs- und Fachkräftewissen. Es ist nicht so, dass wir nicht darauf vorbereitet werden.

Zwar sind wir bei medizinischen Aufgaben weisungsfrei, aber ich möchte das Spannungsfeld an einem Beispiel erläutern: Bei einem Masernausbruch möchte ich eine Regelungsimpfung machen. Dann sage ich dem Verwaltungschef im Gesundheitsamt, dass ich Material und zwölf Leute brauche, um diesen Ausbruch einzudämmen. Darauf antwortet der Verwaltungschef, medizinisch könne er nichts dazu sagen, aber er gebe mir das Personal oder das Material nicht. Ich glaube, es ist extrem wichtig, das alles in einer Hand zu behalten.

Der zweite Punkt: Das Vertrauen zwischen Arzt und Bevölkerung ist nicht zu unterschätzen. Ärzte sind in der Lage, medizinische Notwendigkeiten vernünftig zu vermitteln. Das verstehen die Leute, sodass sie eher geneigt sind, den Maßnahmen auch zu folgen. Wir haben es in der Pandemie gesehen: Wenn wir eine Quarantäneanordnung machen, müssen die Menschen das verstehen. Zwang ist immer das schlechteste Mittel. Auch bei Begehungen zum Beispiel in Krankenhäusern wird erwartet, dass die

Chefs der Gesundheitsämter dort vor Ort sind, auch zur Wertschätzung. Es ist dann enorm hilfreich, wenn dies Ärztekollegen sind; ich habe schon Debatten geführt, die wesentlich besser abgelaufen sind, weil mein Gegenüber gesehen hat, dass ich verstehe, wovon ich rede.

Dritter Punkt: die Weiterbildungsbefugnis. Wir reden über Fachkräfte, wir wollen Fachärzte ausbilden. Dafür muss man als Weiterbildungsstätte zugelassen werden. Dazu gibt es Strukturvorgaben der Bundesärztekammer, die die Landesärztekammern übernommen haben. Wenn ich diese nicht erfülle, weil ich nicht die Leitung bin, bekomme ich die Weiterbildungsbefugnis nicht, das heißt, wir können keinen Nachwuchs ausbilden.

Nur eine Ärztin oder ein Arzt als Leitung eines Gesundheitsamts hat die ausreichende Steuerungsmöglichkeit, um dem Auftrag wirklich gerecht zu werden. Wir sind kompromissbereit, weil wir wissen, wie schwierig es ist, in manchen Regionen Ärzte für diese Aufgabe zu gewinnen. Deshalb sollte festgeschrieben werden, dass die Leitung nach Möglichkeit einem Arzt oder einer Ärztin übertragen werden sollte.

**Dr. med. Max Skorning (Stadt Düsseldorf):** Die Chancengleichheit ist sehr verschieden, und es gibt diesbezüglich große Baustellen. Man kann viel tun, was auch über das Thema „Gesundheit“ und die unteren Gesundheitsbehörden hinausgeht. Auch Sozial- und Jugendämter sowie Schulen etc. sind gefragt, an der Gesundheit und an der gesundheitlichen Chancengleichheit zu arbeiten.

Grundsätzlich ist es im öffentlichen Gesundheitsdienst wichtig, dass alles, was man macht, um zu Verbesserungen zu kommen, weit über die Gesundheit hinaus strahlt, und zum Beispiel den gesellschaftlichen Zusammenhalt oder den Schutz der Demokratie etc. berührt. Dadurch, dass die Menschen erleben, dass etwas für sie getan wird, auch gesundheitlich, dass sie gleichen Zugang zum Gesundheitswesen bekommen, entstehen nicht nur Kosten. Zugleich sind dies Investitionen in die Zufriedenheit von Menschen, in den Zusammenhalt, in Arbeitskräfte und damit in die Zukunft. Das wird zu wenig gesehen.

Was wir im ÖGD im Verbund mit den vielen anderen leisten, ist weit mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein, aber an vielen Stellen ist es aufgrund der regionalen Unterschiede weit weniger, als erforderlich wäre. Das liegt häufig daran, dass die Mittel nicht zur Verfügung stehen. Die Interessen und die Möglichkeiten vor Ort sind sehr unterschiedlich. Wenn dann eine bedeutsame Aufgabe nur eine Empfehlung, eine Kann-Regelung im Gesetz ist, kann diese schon einmal hinten runterfallen.

Das Thema „Standards“ gilt sowohl für die Wahrung der Chancengleichheit zu gesundheitlichen Themen, als auch in vielen anderen Bereichen. Standards orientieren sich in eigentlich allen Fachgebieten der Medizin auch international an der wissenschaftlichen Evidenz; es muss nicht jeder alles neu erfinden.

Von daher ist die Errichtung des Landesamtes eine große Hilfe, wenn von dort Standards, Vorgaben und Unterstützung kommen, die man selber gar nicht erneut erarbeiten kann, weil dafür die Fachkräfte auch gar nicht vorhanden sind. Das bedeutet aber aufgrund der Heterogenität vor Ort, dass nicht alles schwarz-weiß ist: Die einen sind

in dem Thema schon besonders stark. Diese brauchen den Standard, die Unterstützung oder die Weisung nicht, empfinden sie vielleicht eher sogar als Gängelung, die auch der Arbeitsplatzattraktivität entgegensteht. Andere brauchen die Vorgaben besonders stark, auch vor dem Hintergrund einer besonderen Struktur vor Ort. Darauf muss man bei allen Standards, die kommen werden, immer eingehen können.

Nehmen wir zum Beispiel ein Thema, das viele Großstädte im Moment beschäftigt: Crack. Wir haben eine sehr große Zunahme von Crack-Konsum mit einem völlig anderen Muster der Suchtkranken, etwa was das öffentliche Auftreten, die Ansprechbarkeit oder die Frage, welche Art von Versorgung und Unterstützung diese Menschen brauchen, betrifft. Einen richtigen Standard dazu gibt es nicht. Jeder bastelt vor sich hin, und das ist gar nicht abschätzig gemeint. Es gibt sehr gute unterschiedliche Ansätze, aber eine Blaupause, um damit wirksam umzugehen, liegt nicht vor – ganz im Gegensatz zu anderen Bereichen in der gesundheitlichen Versorgung und der Medizin. In diese Felder zu investieren – Pandemieplanung etc. – ist entscheidend, aber es sind eben Investitionen.

Zur Frage nach dem Personalbedarf: Nicht in jeder Kommune kann höchste Kompetenz vorhanden sein, weil es die Fachleute in der erforderlichen Anzahl einfach nicht gibt. Natürlich wird es gewisse Kollateralschäden geben, wenn Kommunen besonders wertvolle Mitarbeitende an die Landesebene verlieren. Aber dem steht ein großes Pro gegenüber, nämlich dass jemand, der hochkompetent ist, dann weit über die ursprüngliche Kommune hinauswirken kann.

Mit der Errichtung des Landesamtes wird das Einbeziehen der Kommunen und der Best Practices besonders wichtig wird. Auf der anderen Seite könnte es auch sein, dass jemandem, der besonders kompetent ist, eine andere Person auf Landesebene vorgesetzt wird, die vielleicht konträre Vorgaben macht oder andere Ansichten hat. Dann verliert die Kommune vor Ort vielleicht auch jemanden, der relevant ist.

**Prof.'in Dr. Dagmar Starke (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen):** Zum Thema „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“: Es gibt seit Jahrzehnten unzählige empirische Befunde aus Deutschland und international, dass Gesundheit entlang des sozioökonomischen Status und anderer Indikatoren ungleich verteilt ist. Von daher benötigen wir hier nicht noch einen neuen Vergleich oder eine neue Feststellung, dass Gesundheit auch in NRW ungleich verteilt ist.

Zudem hat die Gesundheitsberichterstattung des Landesentrums für Gesundheit, die exzellente Arbeit geleistet hat, zur Unterstützung der Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen hierzu auch schon entsprechende Gesundheitsberichte erstellt und in diesen auch häufig entlang der sozialen Strata differenziert. Die ungleiche Verteilung von Gesundheit und gesundheitlichen Chancen in Nordrhein-Westfalen ist Tatsache.

Das sehen wir gerade bei der wichtigen Schuleingangsuntersuchung oder auch bei Untersuchungen in den Kindergärten und Kindertageseinrichtungen sehr gut. Hier können wir sehr gut nachvollziehen, wo die Kinder sind, die gesundheitliche Einschränkungen haben. Das sind in der Regel Kinder aus sozioökonomisch schlechter gestellten

Verhältnissen und Familien. Das ist auch nicht zwingend mit einem Bias bezüglich der Herkunft versehen, vielmehr haben wir generell eine Ungleichverteilung entlang des sozioökonomischen Status.

Darüber hinaus könnte die Rolle des ÖGD an dieser Stelle sicherlich noch weiter vertieft werden. Ich möchte aber betonen, dass es hier nicht darum geht, dass der ÖGD Aufgaben der kassenärztlichen Vereinigungen kompensieren soll. Es geht hier nicht um die ambulante Versorgung. Natürlich kann das in Form von Modellprojekten, so ist es im Gesetz definiert, ausprobiert werden, und es ist dort sinnvoll, wo wir aufgrund des demografischen Wandels in der ambulanten Versorgung Defizite haben und der ÖGD subsidiär tätig wird. Aber das Prinzip der Subsidiarität sieht vor, dass das auch wieder endet, wenn sich die Situation ändert.

Tatsächlich leistet der ÖGD aber einen Beitrag zur Chancengerechtigkeit im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung. Hier sprechen wir nicht von den Menschen, die eine ärztliche Versorgung brauchen, sondern von denjenigen, bei denen wir entweder vorbeugen oder Ressourcen stärken wollen, damit sie gar nicht erst erkranken. Das heißt, wir wollen sie gesundheitskompetent machen, damit die Bürgerinnen und Bürger selbstbestimmt für ihre Gesundheit entscheiden können. Das ist die grundsätzliche Definition von Gesundheitsförderung.

Damit ich nämlich für meine Gesundheit Entscheidungen treffen kann, muss ich erst einmal dazu in die Lage versetzt werden – auch in Sorge um die Gesundheit aller. Das ist die Definition von öffentlicher Gesundheit. Das heißt, der ÖGD hat hier eine Rolle, die durchaus noch stärker betont werden könnte.

Was die Standards im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention betrifft, muss noch ein Weg gegangen werden. Gleichwohl gibt es durchaus gute Beispiele: es gibt den Kooperationsverbund gesundheitliche Chancengleichheit mit entsprechenden Datenbanken und Beispielen für gute Praxen.

Wir haben zum Teil auch Wirkungsnachweise, aber gerade bei den Wirkungsnachweisen im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sehen wir große Defizite. Das führt dazu, dass wir eine ungleiche Qualität und häufig keine Standards haben, wie Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt werden. Hier besteht dringend Nachholbedarf. Unterstreichen würde ich diesbezüglich die Zusammenarbeit mit Universitäten und Hochschulen. Forschungsgesundheitsämter könnten einen wesentlichen Beitrag dazu leisten. Wir selbst haben als Bildungseinrichtung im Rahmen von Projekten einen Beitrag dazu geleistet, wie eine Evidenzbasierung im öffentlichen Gesundheitsdienst vonstattengehen könnte. Aus dieser Perspektive möchte ich den Beitrag verstanden wissen.

Wir setzen uns dafür ein, dass mit Blick auf die Pflichtaufgaben nach Weisung dort Standards erarbeitet werden, wo es sie noch nicht gibt, und dass es einen Beitrag auch vom LFGA hinsichtlich der Evidenzbasierung gibt. Dort, wo keine Evidenz vorhanden ist, muss Evidenz geschaffen werden. Dies kann beispielsweise in Zusammenarbeit mit dem neuen Lehrstuhl in Köln erfolgen kann; hier kann es einen Synergieeffekt geben. Wissenschaftliche Fragestellungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes können

mit entsprechenden Projekten oder wissenschaftlichen Untersuchungen, Analysen verbunden werden, um Evidenz zu generieren.

Ich persönlich befürchte, wenn wir das nicht tun, haben wir das Problem, dass wir ganze Bevölkerungsgruppen außen vor lassen. Auch das ist eine Entscheidung. Wenn die Entscheidung getroffen wird, Prioritäten woanders zu setzen und keine Pflichtaufgabe daraus zu machen, dann wird das eine der Aufgaben sein, die im Zweifelsfall gestrichen wird. Das haben wir schon oft genug erlebt.

Die Idee der Sozialarbeit in den Quartieren finde ich wichtig. Es ist die Idee eines Gesundheit-in-allen-Politikbereichen-Ansatzes, dass auch die Sozialarbeit in Quartieren mittelbar einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung leistet. Von daher ist das für mich kein Widerspruch.

Ich fände es hingegen dramatisch, wenn die eine Aufgabe zugunsten der anderen gestrichen würde. Hier muss man klar schauen, wo wir Synergien innerhalb der Ressorts schaffen können in den Kommunen. Ich plädiere daher dringend für einen ressortübergreifenden Ansatz innerhalb der Arbeit der Kommunen.

**Walter Korte (unternehmer nrw):** Führt die Errichtung einer neuen Behörde automatisch und zwangsläufig zu mehr Bürokratie? – Leider erleben wir an vielen Stellen, dass das so ist. Vorliegende Situation ist aber anders. Wir haben hier die Zusammenlegung zweier Behörden zu einer neuen Behörde. Davon kann man sich grundsätzlich eine Verschlankung und auch Synergieeffekte versprechen, sodass dies ausnahmsweise den gegenteiligen Effekt auslösen könnte.

Aber das Gesetz ist so offen ausgestaltet, dass wir gar nicht wissen, welche Aufgaben dort angesiedelt werden sollen. Es ist unsere Sorge, dass es hier eher eine Ausweitung der Kompetenzgebiete gibt. Eine Koordinierung wäre sinnvoll. Für den Gesundheitsschutz wurde hier bereits gesagt, dass man auf Unterstützungsleistungen des neuen Landesamts angewiesen sei und dass man dort fachkompetente Leute benötige. Das Gleiche würde auch für den Arbeitsschutz gelten.

Unsere Sorge ist nur, dass Bewährtes gestrichen wird, zum Beispiel Hilfestellungen über KomNet, dass kleine Unternehmen, die keinen Stab wie ein Großunternehmen oder Großkonzern haben, keine Unterstützungsleistungen mehr bekommen und dass an anderer Stelle Bürokratie ausgeweitet wird.

**Axel Hofmann (unternehmer nrw):** Es ist es ein einfaches Rechenexempel. Wir entnehmen der Diskussion, dass im neuen Landesamt Themen intensiver bearbeitet werden müssen: Klimawandel, Chancengleichheit. Das sind aber auch Themen, die Ressourcen beanspruchen.

Wir haben dargestellt, dass die Ressourcen, die bisher im LIA beim Arbeitsschutz in Anspruch genommen worden sind, gute Leistungen gerade für die KMUs erbracht haben – Stichwort „KomNet“, das für Unternehmen eine substanzielle Unterstützung ist.

Ich nehme auch wahr, dass wir begrenzte Ressourcen haben; das kennzeichnet auch die heutige Diskussion. Im Gesetzentwurf steht sehr viel zum Gesundheitsschutz und wenig zum Arbeitsschutz. Von daher gibt es bei uns die Befürchtung, dass diese Aufgaben, die bisher im Bereich des Arbeitsschutzes wahrgenommen worden sind, jetzt vor dem Hintergrund neuer Aufgaben und begrenzter Ressourcen wegfallen. Das fänden wir tragisch.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. Wir haben noch zwei Wortmeldungen, einmal vom Kollegen Dr. Nolten, einmal vom Kollegen Bakum.

**Dr. Ralf Nolten (CDU):** Bevor ich den Hinweis bekomme, ich wäre Landtagsabgeordneter und deswegen nur der Landesebene verpflichtet, gebe ich vorweg den Hinweis, dass ich seit 1989 kommunalpolitisch aktiv bin und seit 1999 im Kreistag sitze. Ich habe die Entwicklung im ÖGD über die Jahre hinweg verfolgt, mit der unterschiedlichen Prioritätensetzung. Ich habe allerdings in der Coronapandemie feststellen können, dass wir tatsächlich auch die Probleme hatten, die Herr Wiggerich eben beschrieben hat: die Schnittstellenproblematik, unterschiedliches Umgehen mit den Quarantäneanforderungen usw. Man kann natürlich darüber diskutieren, ob es wirklich mit Konnexität zu tun hat, wenn es bei einer pflichtigen Aufgabe nicht optimal gelaufen ist.

Bezogen auf Ländergröße und Einwohnerzahlen kann man Nordrhein-Westfalen mit Taiwan vergleichen. Ich habe über zwei Jahrzehnte viel Kontakt nach Taiwan gehabt und gesehen, wie man dort 2002/2003 mit SARS und 2009 mit H1N1 umgegangen ist. Unser Auftreten in der Pandemie zuerst war sehr unterschiedlich; bei uns im Kreis hatten wir aber das Glück, dass der Leiter des Gesundheitsamts Facharzt für Mikrobiologie war. Auf der einen Seite Pflichtaufgabe nach Weisung und auf der anderen Seite Empfehlung – wie gehen wir damit um, Herr Zentara, Herr Hahn?

**Rodion Bakum (SPD):** Herr Dr. Zentara hat vorhin die vermeintlich mangelnde Aufarbeitung der Coronapandemie kritisiert. Dieser Landtag hat seit 17 Monaten ein Gremium, die Enquetekommission „Krisen- und Notfallmanagement“, das nichts anderes tut. Dort werden auch die Klimakrise und die Infrastruktur analysiert, und in einem halben Jahr werden wir die Ergebnisse öffentlich präsentieren. Dort haben wir im Übrigen auch das Thema „Landesamt“ diskutiert. Alle Experten waren dafür, mit einer Ausnahme: Klaus Göbel. Insofern bin ich Dr. Skorning dankbar, dass er seinem Vorgänger hier eindeutig widerspricht.

Jetzt meine Frage: Wir haben nicht nur auf Landesebene eine Reform des ÖGD, sondern auch auf Bundesebene mit der Schaffung des Bundesinstituts für Prävention und Aufklärung in der Medizin. Frau Professorin Starke und Herr Dr. Wiggerich, wie passt das in das Gesamtsystem, wie sollen vom Bund über das Land bis in die Kommunen diese Themen bearbeitet werden? Zum Klimaschutz hat das RKI kürzlich Empfehlungen für den ÖGD veröffentlicht. Vielleicht können Sie an diesem Beispiel festmachen, wie man damit vom Bund übers Land in die Kommune mit all den neuen Strukturen, die wir jetzt auf allen Ebenen haben, umgehen könnte?

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank, dann fangen wir mit der kommunalen Familie an.

**Stefan Hahn (Städtetag Nordrhein-Westfalen):** Wir sind im Gesetzgebungsverfahren, und es ist schwierig, im laufenden Gesetzgebungsverfahren noch grundsätzliche Regelungen zu verändern. Eigentlich müsste im Gesetz klargestellt werden, dass die Aufgaben, die bisher noch nicht Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung waren, ausdrücklich auch im neuen Gesetz weiter weisungsfrei bleiben. Hierzu müsste man den gesamten Katalog durchdeklinieren und konstitutiv im Gesetz klarstellen, dass dieser Aufgabenkreis – Prävention, Zahngesundheit usw. – nicht dem Weisungsrecht des Landes unterliegt. Das wäre die saubere Lösung.

Denkbar wäre auch – dazu würden wir uns als kommunaler Spitzenverband in Abstimmung mit dem Landkreistag noch einmal Gedanken machen –, dass Weisungen, die künftig in Aufgabenbereichen vorgenommen werden, die bislang weisungsfrei waren, den Konnexitätsregelungen des Landes unterfallen und damit vom Land erstattet werden müssten. Das wäre ein Kunstgriff, den wir bisher in der Art und Weise noch nicht hatten. Aber wir sind grundsätzlich mit den Kolleginnen und Kollegen im MAGS sehr konstruktiv und kreativ unterwegs, um Lösungen zu erarbeiten, wie man das Konnexitätsrecht sichern kann – auch wenn das nicht die Idealform ist, die in der Landesverfassung und im Konnexitätsausführungsgesetz vorgesehen ist.

**Dr. Kai Zentara (Landkreistag Nordrhein-Westfalen):** Ich habe nicht die fehlende Aufarbeitung der Pandemie als solche kritisiert, sondern darauf hingewiesen, dass hinsichtlich der Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes keine Diskussion stattgefunden hat. Jedenfalls habe ich keine wahrgenommen. Es ist dringend nötig, das auch insgesamt vernünftig aufzuarbeiten. Vielleicht ist der Bundestag in der nächsten Legislatur dazu in der Lage. Ich würde es mir wünschen, weil es so krasse Eingriffe in Grundrechte gegeben hat, dass man nicht einfach zur Tagesordnung übergehen sollte.

Aber mein spezielles Thema war die Struktur des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Nordrhein-Westfalen. Diese Enquetekommission habe ich auch wahrgenommen. Allerdings sind die kommunalen Spitzenverbände dort meines Wissens nach bisher nicht als Sachverständige geladen worden.

(Rodion Bakum [SPD]: Doch!)

Jedenfalls ist nichts auf meinem Schreibtisch gelandet, was den öffentlichen Gesundheitsdienst betrifft – was den Bevölkerungsschutz angeht schon. Aber wenn Sie über das Landesamt reden, wäre es nicht schlecht, wenn wir auch mitreden könnten.

Nun zum Thema von Herrn Nolten: Sie waren auch einmal im Veterinärbereich unterwegs. Da ist alles schon lange Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Man kann natürlich sagen, was im Tierseuchenbereich gilt, sollte auch in der Humanmedizin gelten: anweisen, anweisen, anweisen. – Das überzeugt mich trotzdem nicht, denn die Erfahrung

aus dem Veterinärbereich, wo alles Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung ist, ist folgende:

Wenn ein Ministerium beispielsweise von Schwarz auf Grün wechselt, dann möchten die neuen Leute dort gerne ihre Meinung durchsetzen. Dann wird zum Beispiel einfach angeordnet, per Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung, dass ab sofort das Handbuch für Tierseuchenbekämpfung zu beachten ist. Darin steht detailliert drin, was jeweils an Material und Personal in der Kreisverwaltung vorzuhalten ist – fertig. Ob das Geld dafür im Kriesetat vorhanden ist oder nicht, interessiert denjenigen – den Staatssekretär oder wer auch immer diese Weisung unterschreibt – gar nicht. Der macht das einfach.

Ich prophezeie Ihnen: Das wird hier auch so kommen. Wenn genügend Bürgereingaben über mögliche Mängel auf dem Schreibtisch liegen, dann ist der Minister sehr schnell geneigt anzuweisen, dass etwas vor Ort so oder so zu passieren hat.

Beispiel Schuleingangsuntersuchungen: Auch aufgrund kleiner Anfragen ist bekannt, dass diese nicht einheitlich laufen. Das ist nicht in Ordnung und sollte geändert werden. Aber dass man überall im Land immer den gleichen Maßstab ansetzen muss, kann ich nicht einsehen. Es ist sinnvoll, risikoorientiert vorzugehen und diese Freiheiten zu eröffnen.

Dass das Gesundheitsamt in Köln bestimmte soziale Stadtteile anders betrachtet als andere und eine knappe Ressource – etwa Pädiater – dort allokiert, wo die Probleme sind, finde ich schon sinnvoll. Diese Freiheiten möchte ich gerne erhalten, und deswegen: Bitte keine neuen Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung.

**Prof.'in Dr. Dagmar Starke (Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen):** Zur Frage hinsichtlich BIPAM bzw. BIÖG: Ich möchte hier Interessenskonflikte anmelden; ich bin Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates am RKI für die Abteilung 2, Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring, Mitglied des Zukunftsforums und zweite Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Public Health.

Entlang der verschiedenen Stellungnahmen, die von diesen Gremien verfasst worden sind, halte ich eine Trennung zwischen nicht übertragbaren und übertragbaren Erkrankungen grundsätzlich für falsch. Die Pandemie hat sehr deutlich gezeigt, dass das eine mit dem anderen einhergeht. Es ist in diesem Rahmen der Begriff „Syndemie“ geprägt worden. Das Gleiche gilt auch für den Blick auf den Klimawandel. Dort haben wir Herausforderungen, die Infektionserkrankungen betreffen. Die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sind aber auch eine Herausforderung für Menschen mit chronischen Erkrankungen. Das heißt, hier ist eine Trennung nicht sinnvoll.

Ich würde mir ein Nationales Institut für Public Health wünschen, in dem das Robert Koch-Institut mit seiner Expertise und die Aufgaben im Bereich „gesundheitliche Aufklärung/Prävention“ der BZGA zusammengefasst werden. Das kann gerne Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit heißen. Das würde auch einen Beitrag zum Bürokratieabbau leisten, weil wir eine Bundesbehörde einsparen würden. Aber das ist Bundespolitik und gehört hier nicht hin.



**Dr. Emanuel Wiggerich (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW):** Reden wir einfach von einem Institut für Öffentliche Gesundheit auf Bundesebene. Ich glaube, dass wir hier eine historische Chance haben, wenn wir das gescheit aufziehen und die kommunale Ebene, die Landesebene und die Bundesebene gemeinsam betrachten. Es gibt durchaus Themen, bei denen das sinnvoll ist.

Kommen wir aber noch einmal auf die Pandemie oder auf die Kommunikation zurück. Es ist entscheidend, dass das nicht nur im Bundesland gut läuft, sondern bundeseinheitlich. Was ist dafür entscheidend? – Entscheidend sind die Schnittstellen, die Zuständigkeiten.

Beim Hitzeschutz hat NRW eigene Sachen gemacht. Wir waren in NRW auch fortschrittlicher als der Bund, was erfreulich für uns ist. Aber man hat gesehen, wie die Zusammenarbeit nicht laufen sollte. Es sind die Zuständigkeiten, die geklärt werden müssen, und es müssen Doppelstrukturen vermieden werden.

Entscheidend ist, dass wir uns das anhand der Lebenswelten anschauen. Wo ist es sinnvoll, etwas gemeinsam zu machen? Wo brauchen wir die Befreiheit für die Kommune? Wo kann man auf Landesebene etwas regeln?

Zu den Lebenswelten gehört auch die Arbeit, wo die Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen. Es ist utopisch zu glauben, dass sie, wenn sie nach Hause gehen, andere Menschen sind. Daher müssen wir Gesundheit und Arbeit viel enger zusammendenken. Auch das sollte man in diesem Kontext vielleicht berücksichtigen.

**Vorsitzender Josef Neumann:** Herzlichen Dank. Weitere Wortmeldungen liegen uns nicht vor. Damit wären wir am Ende der Anhörung. Wie immer wird es ein Protokoll dieser Anhörung geben, das, sobald es veröffentlicht ist, auch einsehbar ist.

Ich danke insbesondere den Sachverständigen für die heutige Teilnahme an der sehr detaillierten Anhörung. Selbst Menschen wie ich, die viele Jahre hier sind, haben heute vieles gelernt. Ich wünsche Ihnen einen guten Nachhauseweg.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Josef Neumann  
Vorsitzender

**Anlage**

03.02.2025/07.02.2025



**Anhörung von Sachverständigen**  
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales  
des Ausschusses für Heimat und Kommunales

**Gesetz über die Errichtung des Landesamtes für Gesundheit und Arbeitsschutz Nordrhein-Westfalen sowie zur Novellierung landesrechtlicher Vorschriften über den öffentlichen Gesundheitsdienst und den Arbeitsschutz**  
Gesetzentwurf der Landesregierung, Drucksache 18/10841 (Neudruck)

am Donnerstag, dem 16. Januar 2025  
10.00 Uhr – ca. 12.00 Uhr, Raum E3 A02, Livestream

### Tableau

eingeladen	Teilnehmer/innen	Stellungnahme
Städtetag Nordrhein-Westfalen Köln	<b>Lutz Decker Stefan Hahn</b>	<b>18/2131</b>
Landkreistag Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	<b>Dr. Kai Zentara</b>	<b>18/2137</b>
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen Düsseldorf	<i>Keine Teilnahme</i>	
Christian Zaum Gesundheitsdezernent Stadt Düsseldorf Düsseldorf	<b>Dr. med. Max Skorning</b>	<b>18/2265</b>
unternehmer nrw Düsseldorf	<b>Axel Hofmann Walter Korte</b>	<b>18/2273</b>
Professorin Dr. Dagmar Starke Leiterin (komm.) Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen Düsseldorf	<b>Professorin Dr. Dagmar Starke</b>	<b>18/2254</b>
Dr. Emanuel Wiggerich Vorsitzender Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheits- dienstes NRW e.V. Münster	<b>Dr. Emanuel Wiggerich</b>	<b>18/2241</b>

<b>eingeladen</b>	<b>Teilnehmer/innen</b>	<b>Stellungnahme</b>
ver.di Landesbezirk NRW Düsseldorf	<i>keine Teilnahme</i>	

**weitere Stellungnahme:**

Dr. Pantelis Petrakakis, Düsseldorf

Stellungnahme 18/2261