Landtag
Nordrhein-Westfalen
18. Wahlperiode

Ausschussprotokoll
APr 18/972
10.09.2025

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

89. Sitzung (öffentlich)

10. September 2025

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:37 Uhr bis 17:36 Uhr

Vorsitz: Daniel Hagemeier (CDU) (stellv. Vorsitzender)

Protokoll: Carolin Rosendahl

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

1 Landeskrebsregister NRW Dienstleister in der Gesundheitswirtschaft – Ziele, Aufgaben und Herausforderungen *(Präsentation siehe Anlage 1)* **5**

2 Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten an Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen seit der Gründung des Landes bis in die 1980er Jahre *(Bericht auf Wunsch der Landesregierung; Präsentation siehe Anlage 2)* **20**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/4209

3 Zweites Gesetz zur Änderung des Strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetzes NRW **30**

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 18/14558

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Marco Schmitz (CDU), eine Anhörung durchzuführen.

4 Berufsorientierung stärken – Freiwilliges Handwerksjahr einführen! 31

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/12766

Ausschussprotokoll 18/891 (Anhörung vom 30.04.2025)

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD gegen die Stimme der FDP-Fraktion bei Enthaltung der SPD-Fraktion ab.

5 Ausverkauf bei BP im Ruhrgebiet? Raffinerien haben eine Zukunft in NRW – die Landesregierung muss Standorten und Arbeitsplätzen eine Perspektive sichern 32

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/13147 – Neudruck

Ausschussprotokoll 18/934 (Anhörung vom 01.07.2025)

– Wortbeiträge

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und FDP ab.

6 Personaloffensive „Kita-Zukunft NRW“ – Fachkräfte verbinden Ost und West 33

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/14530

– keine Wortbeiträge

Es erhebt sich kein Widerspruch gegen den Vorschlag des stellvertretenden Vorsitzenden, die Stellungnahmen zur im federführenden Ausschuss beschlossenen Anhörung abzuwarten.

7 Bessere Versorgung und schnellere Diagnose: Wie Lipödem-Betroffenen in NRW geholfen werden kann **34**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/14540

– keine Wortbeiträge

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Christina Weng (SPD), sich vorbehaltlich des Beschlusses einer Anhörung im federführenden Ausschuss pflichtig an dieser zu beteiligen.

8 Schulungs- und Inklusionsmaßnahmen für Kinder mit Typ 1 Diabetes *(Bericht beantragt von den Fraktionen von SPD und FDP [siehe Anlage 3])* **35**

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/4163

– Wortbeiträge

9 Kinderschutzmediziner schlagen Alarm: Ambulanzen am Limit und unterfinanziert *(Bericht beantragt von der FDP-Fraktion [siehe Anlage 4])* **37**

– mündlicher Bericht der Landesregierung

– Wortbeiträge

10 Sicherheitskonzepte in psychiatrischen Einrichtungen des LWL nach dem Vorfall in Paderborn *(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [siehe Anlage 5])* **41**

– mündlicher Bericht der Landesregierung

11 Verschiedenes **43**

hier: **Hinweis auf Anhörung am 11.09.2025 zu Drucksache 18/13805** **43**

* * *

1 Landeskrebsregister NRW Dienstleister in der Gesundheitswirtschaft – Ziele, Aufgaben und Herausforderungen *(Präsentation siehe Anlage 1)*

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Ich heiße den Geschäftsführer des Landeskrebsregisters NRW Herrn Dr. Schützendübel sowie den ärztlichen Leiter Herrn Professor Dr. Stang herzlich willkommen. Sie werden uns heute über die Potenziale und den Mehrwert der Krebsregisterdaten für die Versorgungsqualität und die onkologische Forschung berichten.

(Folie 1 der Präsentation)

Dr. Andres Schützendübel (Landeskrebsregister NRW): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrter Herr Staatssekretär! Meine sehr geehrten Damen und Herren Ausschussmitglieder! Wir freuen uns, dass wir heute im Ausschuss das Landeskrebsregister vorstellen dürfen und, wie der Vorsitzende schon sagte, die Potenziale der Krebsregistrierung darstellen können.

Ich möchte kurz Herrn Professor Stang vorstellen. Er ist der ärztliche Leiter des Landeskrebsregisters NRW und wird zusammen mit mir den Vortrag halten. Ich werde auf die Rahmenbedingungen der Krebsregistrierung sowie auf die aktuellen Zahlen eingehen, bevor Herr Professor Stang darstellt, warum wir uns ganz selbstbewusst als Dienstleister im öffentlichen Gesundheitswesen und als Partner im Kampf gegen Krebs bezeichnen.

(Folie 2 der Präsentation)

Das Landeskrebsregister NRW hat eine lange Historie. Die epidemiologische Krebsregistrierung wird dieses Jahr 20 Jahre alt. In NRW gibt es also seit 20 Jahren eine flächendeckende Krebsregistrierung – allerdings epidemiologisch, also bevölkerungsbezogen. Diagnosen oder Tod werden hier seit Langem flächendeckend aufgenommen und ausgewertet und dann die Daten der Politik und der Öffentlichkeit in Jahresberichten und auf Basis von Anfragen zur Verfügung gestellt. Darüber möchte ich heute gar nicht weiter berichten.

Heute beziehe ich mich auf die klinische Krebsregistrierung. Sie hat eine kurze Historie, in NRW sind es ca. 10 bis 15 Jahre. Man muss dazu sagen, dass das eine politische Erfolgsgeschichte ist, denn die klinische Krebsregistrierung ist durch die Politik zusammen mit den Kostenträgern, den Ärztinnen und Ärzten, den Patientinnen und Patienten sowie den Fachverbänden 2009 aus der Taufe gehoben worden. Man hatte erkannt, dass die Behandlung von Krebserkrankungen immer teurer wird und in Zukunft einen wesentlichen Kostenfaktor im Gesundheitswesen ausmachen wird. Außerdem hat man erkannt – heute ist das Konsens –, dass Daten zu Krankheiten wichtig sind, um die Qualität der Behandlung beurteilen und verbessern sowie Aussagen zur Weiterentwicklung treffen zu können. Die klinische Krebsregistrierung ist also 2009 ins Leben gerufen worden und hat das Ziel, die Versorgung der Patientinnen und Patienten zu verbessern, die Früherkennung, die damals schon stattfand, aber noch nicht evaluiert war, zu stärken und die Zusammenarbeit der Akteure zu verbessern, um so das Gesundheitswesen zumindest im Bereich „Krebs“ voranzubringen.

(Folie 3 der Präsentation)

Das Ergebnis dieses Beschlusses war der Nationale Krebsplan, der mehrere Handlungsfelder enthält und 2024 mit anderen Zielsetzungen neu aufgelegt worden ist. Seinerzeit waren die Zielsetzungen die vier Handlungsfelder, und zwar in erster Linie die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung. Die klinischen Krebsregister sollten einen Beitrag zur Evaluierung der Krebsfrüherkennungsprogramme leisten und so dazu beitragen, zu erkennen, ob diese Krebsfrüherkennungsprogramme Wirkung zeigen und ihren Zweck erfüllen.

Ein zweites Handlungsfeld war die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und die Qualitätssicherung. Seinerzeit lautete die Idee, dass die klinischen Krebsregister sowohl bei der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung als auch bei der direkten Qualitätssicherung vor Ort in den Einrichtungen einen Beitrag leisten sollten, indem Daten ausgewertet und zur Verfügung gestellt werden. So sollte die Verbesserung der Qualität der onkologischen Behandlungen unterstützt werden. – Das sind die wichtigen Handlungsfelder, in denen die Krebsregistrierung Wirkung entfalten sollte.

(Folie 4 der Präsentation)

Anfangs erwähnte ich die Erfolgsstory. Der Gesetzgeber hat damals auf Bundesebene mit dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz sehr schnell eine gesetzliche Grundlage geschaffen. Es ist nicht mehr als ein Paragraf im SGB V, der alle Länder verpflichtet, die klinische Krebsregistrierung aufzubauen. Der Paragraf ist schlicht und sehr kurz gefasst. Nachdem der Auftrag durch den Bundesgesetzgeber im SGB V festgelegt worden war, wurde in NRW auf Landesebene 2016 das Landeskrebsregistergesetz aus der Taufe gehoben. Seitdem gibt es in NRW die klinische Krebsregistrierung.

Das Ganze sollte nicht umsonst passieren, die Melderinnen und Melder, die Ärztinnen und Ärzte sollten also nicht umsonst melden. Vielmehr wurde im Rahmen der Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung auf Bundesebene eine Meldevergütung vereinbart. Auf Landesebene wurde dies entsprechend umgesetzt.

Die Qualitätssicherung ist sowohl im Gesetz auf Bundesebene, also im SBG V, als auch im Landeskrebsregistergesetz verpflichtend enthalten. Sie ist eine der Kernaufgaben der klinischen Krebsregistrierung.

(Folie 5 der Präsentation)

Was steht im Landeskrebsregistergesetz? Ich erwähne nur die wichtigsten Passagen des Gesetzes, weil dies die Aspekte sind, die gerade bei Melderinnen und Meldern häufig zur Diskussion führen.

Wer ist in NRW überhaupt meldepflichtig? In NRW ist jeder Arzt, jede Ärztin, jedes Krankenhaus meldepflichtig. Das gilt auch für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Pathologen. Es sind also alle, die potenziell direkt oder indirekt onkologische Patienten behandeln.

Welche Ereignisse sind meldepflichtig? Das ist wichtig. Alles von der Diagnose bis zum Tod ist meldepflichtig. Jeder Behandlungsschritt ist meldepflichtig. Die Pathologiebefunde sind meldepflichtig, ebenso unauffällige Nachsorgeuntersuchungen.

Die Patientin oder der Patient kann der Meldepflicht nicht widersprechen. Das ist wichtig und war anfangs nicht in allen Bundesländern gleich geregelt. In NRW hat man sehr schnell erkannt, dass man die Daten nicht nutzen können wird, wenn es keine Meldepflicht gibt oder ein Widerspruchsrecht besteht, weil die Daten dann unvollständig und unvollzählig sind.

Man hat auch einen Passus dazu vorgesehen, dass es Möglichkeiten gibt, um ein Ordnungswidrigkeitenverfahren einzuleiten, und zwar nicht durch uns, sondern durch die zuständige Bezirksregierung. Davon sind wir aber weit entfernt. Derzeit versuchen wir, alle Melderinnen und Melder davon zu überzeugen, die Meldepflicht einzuhalten. Im Grunde funktioniert das gut; „sehr gut“ zu sagen wäre übertrieben.

(Folie 6 der Präsentation)

Zum Aufbau der bundeseinheitlichen Krebsregistrierung. Ich sagte, die Krebsregistrierung sei ein politisches Erfolgsmodell. Die Politik hat es nämlich über mehrere Legislaturperioden unabhängig von der politischen Couleur geschafft, nach 2009 in allen Bundesländern Landeskrebsregistergesetze einzuführen, umzusetzen und die Krebsregister in allen Bundesländern aufzubauen. Jedes Bundesland hat also ein eigenes Landeskrebsregister und ein eigenes Landeskrebsregistergesetz.

Das Ganze soll natürlich nach bestimmten Qualitätsstandards erfolgen. Es gibt also Förderkriterien, die alle Krebsregister jedes Jahr erfüllen und gegenüber den Kostenträgern, die die Krebsregister finanziell tragen, nachweisen müssen. Es ist also sichergestellt, dass alle Krebsregister gewisse Mindeststandards erfüllen. Diese sind wichtig, um die Daten länderübergreifend verarbeiten und auswerten zu können.

Ebenfalls wichtig ist, dass es einen bundesweit einheitlichen Basisdatensatz gibt. Es ist nicht trivial, das umzusetzen. Alle Krebsregister in den Bundesländern nehmen die gleichen Daten in der gleichen Datenqualität entgegen. Was also in Bayern entgegengenommen wird, wird auch in NRW entgegengenommen – ebenso in Thüringen, in Sachsen und in Schleswig-Holstein. So ist es möglich, dass die Daten mittlerweile automatisiert mehrmals jährlich über die Ländergrenzen hinweg ausgetauscht werden können. Wenn also ein Patient in Niedersachsen behandelt wird, aber in NRW wohnhaft ist, werden die Daten relativ zeitnah über die Landesgrenze transferiert. Das geht mittlerweile vollautomatisiert und ist in den letzten Jahren auch dank der politischen Unterstützung aufgebaut worden. Es funktioniert und ist ein einmaliges Modell, weil es so etwas in Deutschland über Ländergrenzen hinweg derzeit noch nicht gibt. Eigentlich ist es, soweit ich weiß, auch weltweit fast das einzige System, das so flächendeckend aufgebaut worden ist.

Wir liefern jährlich nicht nur Daten an die Bevölkerung, an die Politik sowie an die Ärztinnen und Ärzte zurück, sondern einmal im Jahr auch an das RKI. Im RKI sitzt die Stelle, die alle Daten aus allen Bundesländern zusammenführt und anhand dieser regelmäßig einen Bericht über das Krebsgeschehen in Deutschland erstellt. Dieser Bericht ist sehr umfänglich. Darin werden alle Daten zusammen ausgewertet. So kann

Auskunft darüber gegeben werden, wie sich das Krebsgeschehen in Gesamtdeutschland darstellt.

Neu hinzugekommen ist – das war eine durchaus wichtige Entscheidung auf Bundesebene letztes Jahr – die Erlaubnis im Gesundheitsdatennutzungsgesetz, Daten nicht nur von den Krebsregistern entgegenzunehmen, sondern anlassbezogen auch mit anderen Datensätzen zusammenführen zu können. Das war vorher nicht erlaubt. Auf Bundesebene ist dafür jetzt die Rechtsgrundlage geschaffen worden. Somit ist es möglich – das ist ganz wichtig, um die Gesundheitsdaten nutzbar zu machen –, unsere Daten mit Krankenkassendaten und Daten aus anderen Datenquellen zusammenzuführen und daraus einen Mehrwert zu erzeugen, weil so möglich ist, unterschiedliche Dinge zusammen auszuwerten. Herr Professor Stang wird gleich noch kurz berichten, wie wir in NRW im Rahmen eines Projekts bereits erfolgreich zeigen, dass das funktioniert.

(Folie 7 der Präsentation)

Was leistet das Landeskrebsregister? Wir sind das größte Krebsregister in Europa mit einem Einzugsgebiet von rund 18 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner und haben in NRW rund 115.000 Neuerkrankungen auf die Wohnbevölkerung bezogen. Wir bündeln nicht nur die klinische Krebsregistrierung, sondern auch die epidemiologische Krebsregistrierung in einer Datenbank. Das ist nicht in allen Bundesländern gleich. Es gibt durchaus Unterschiede in den Bundesländern. Einige Bundesländer haben diese beiden Register noch getrennt. Es war eine Entscheidung, die gemeinsam mit dem Gesellschafter, gemeinsam mit dem Land getroffen wurde, aus strategischen und Kostengründen beides in einer Datenbank vorzuhalten, damit die Daten zusammen ausgewertet werden können, und zwar auf kurzem Dienstweg und damit mit höherer Effizienz.

Wir sind obligat elektronisch. Das sind wir schon seit 2005. Die Daten, die uns erreichen, erreichen uns also ausschließlich elektronisch. Niemand kann Daten per Fax oder per E-Mail schicken. Vielmehr gibt es nur einen Weg. Über die Telematikinfrastruktur müssen alle Ärztinnen und Ärzte die Meldung an uns auf den Weg bringen. Wir waren eines der ersten Register – bis jetzt das einzige Register –, das in der Telematikinfrastruktur für alle Kassenärztinnen und -ärzte und alle Krankenhäuser erreichbar ist. Dieser Weg, dass wir ausschließlich über die Telematikinfrastruktur erreichbar sind, ist gesetzlich vorgeschrieben und ermöglicht die höchstmögliche Datensicherheit. In NRW ist einzigartig – viele Bundesländer beneiden uns darum –, dass wir gleichzeitig Mortalitätsregister sind. Das ist insofern bemerkenswert, als dass wir nicht nur die Daten von Krebspatienten, die an Krebs verstorben sind, in unserem Register haben, sondern auch die Daten zu allen Verstorbenen in NRW halten dürfen. So ist möglich, die Daten zum Beispiel an die Krankenhäuser für ihre Qualitätssicherung, für Zertifizierungsvorhaben und Survival-Studien zurückzuspielen. Das ist ein wichtiger Benefit, den auch die Ärztinnen und Ärzte haben. Insofern sind wir sehr stolz darauf, dass dies in NRW schon erreicht wurde.

Das LRK NRW, also das Landeskrebsregister NRW, ist als gemeinnützige GmbH organisiert. Alleiniger Gesellschafter ist das Land NRW. Wir sitzen zentral in NRW in Bochum.

(Folie 8 der Präsentation)

Kurz zu den Zahlen. Derzeit sind rund 1.100 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die also in Praxen tätig sind, angebunden. Außerdem sind eigentlich alle Krankenhäuser, die onkologisch behandeln – 314 in NRW –, angebunden. Das sind nahezu alle Krankenhäuser, die onkologische Patienten behandeln. Dies führt dazu, dass wir pro Jahr rund 2,3 Millionen Meldungen erhalten, und zwar über die gesamten Behandlungsabläufe von der Diagnose über die einzelnen Behandlungsschritte bis zum Tod. Das bedeutet, dass bei uns in den Datenbanken derzeit rund 25 Millionen qualitätsgesicherte Meldungen zu rund 4 Millionen Tumorfällen vorliegen. Rund 3,5 Millionen Patientinnen und Patienten sind bei uns mit einer Krebsakte – in Anführungsstrichen – dauerhaft vorgehalten. Ihre Akten stehen zur Auswertung zur Verfügung.

Natürlich machen wir auch etwas mit den Daten. Wir sind kein Datengrab; das ist wichtig. Vielmehr spielen wir die Daten an die Leistungserbringer zurück. Jeder Leistungserbringer erhält von uns einmal im Jahr einen Bericht zur Qualität seiner Meldungen, aber auch zur Qualität der Behandlung. Wir forschen und sind an Drittmittelprojekten beteiligt. Im letzten Jahr waren es sechs, dieses Jahr ein bisschen weniger. Wir sind dort Partner anderer wissenschaftlicher Einrichtungen und stellen die Daten zur Verfügung, werten aber auch selbst aus. Wir nehmen Anträge auf Datenlieferungen an. Wissenschaftlerinnen, die selbst anhand der Daten forschen wollen, können bei uns also Anträge stellen und bekommen die Daten von uns zur Verfügung gestellt, wenn sich die Fragestellung an den Auftrag anlehnt und wir einschätzen können, dass die Daten entsprechend verwendet werden. Das führt dazu, dass wir Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern pro Jahr rund 18 bis 19 Datensätze zur Verfügung stellen, damit sie wissenschaftliche Fragestellungen beantworten können.

(Folie 9 der Präsentation)

Kurz zu Meldewegen und der Verarbeitung der Krebsregisterdaten. Das ist ein wichtiges Thema, das gerade die Patientinnen und Patienten bewegt. Wie werden die Daten verarbeitet? Sind die Daten bei uns sicher? Kommen die Daten auf sicheren Wegen ins Krebsregister? Wie schafft man es überhaupt, diese große Menge an Daten zu verarbeiten? Eben habe ich schon angedeutet, dass wir von vornherein entschieden haben, datenschutzkonforme Meldewege als einzige Meldewege zuzulassen. Die Melderin oder der Melder muss also einen Zugang zur Telematikinfrastruktur haben. Vertragsärzte haben einen solchen. Das ist vorgesehen und vorgegeben. Sie müssen einen solchen Zugang haben.

Beim Melder werden die Daten in zwei Teile geteilt. Dies stellen wir den Meldern sozusagen zur Verfügung. Die Daten werden schon beim Melder in Identitätsdaten und medizinische Daten getrennt. Diese Daten kommen also auf getrennten Wegen verschlüsselt zu uns und landen an verschiedenen Stellen im Krebsregister. Eine Person kann also entweder die medizinischen Daten oder die Identitätsdaten der Patientin bzw. des Patienten sehen. So ist zumindest sichergestellt, dass unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht gleichzeitig auf den kompletten Datensatz zugreifen und sagen können, Person XY sei an diesem oder jenem Krebs erkrankt. Die erste Stufe, wie ich es einmal nenne, ist also, dass die Daten bei uns getrennt sind.

Die zweite Stufe ist, dass die Daten sicher zu uns gelangen. Dies soll über die Telematikinfrastruktur und die Verschlüsselung der Daten sichergestellt werden.

Wie gelingt es um, dass die Daten in den Datenbanken qualitätsgesicherte sind und zusammengeführt werden können? Das läuft bei uns nicht mehr manuell. Wir haben zwar noch Tumordokumentarinnen und Tumordokumentare, das Meiste läuft aber mittlerweile vollautomatisiert. Anfangs haben wir dafür auf sehr komplexe Algorithmen zurückgegriffen. Mittlerweile sind wir so weit, dass KI-gestützte Verfahren verwendet werden. 20 % aller Pathologiebefunde, aus denen die meisten Informationen hervorgehen, die in unseren Datenbanken liegen, werden mittlerweile über ein KI-gestütztes-Verfahren vollautomatisiert verarbeitet. Da ist also kein Tumordokumentar mehr tätig. Vielmehr werden die Daten aus den Pathologiebefunden durch KI-Modelle extrahiert. Anschließend werden sie direkt in die Datenbanken überführt und im Nachgang stichprobenartig qualitätsgesichert.

Um diese Verfahren nutzen zu können, sind lange Evaluierungsprozesse vorausgegangen, die wir selbst durchgeführt haben. Wir haben diese KI-Verfahren also im Krebsregister evaluiert. Das dauert pro Entität ungefähr zwei Jahre, bis wir sie in der Routine einsetzen können. Rund 20 % der Meldungen, die bei uns eingehen – vor allem Pathologiebefunde – können wir auf diese Art und Weise mittlerweile automatisch verarbeiten. Das ist effizient und in Zukunft ein wichtiger Faktor, weil sonst Gesundheitsdaten in der Menge, in der sie zur Verfügung stehen, überhaupt nicht genutzt werden können. In Zukunft wird man nicht nur im Krebsbereich, sondern auch in anderen Bereichen auf diese Daten angewiesen sein, um im Gesundheitswesen effizienter arbeiten zu können. KI-Verfahren, wie wir sie ansatzweise einsetzen, werden in Zukunft also immer nötiger werden. Wir sind bereit, als Partner unseren Teil dazu zu leisten.

(Folie 10 der Präsentation)

Prof. Dr. Andreas Stang (Landeskrebsregister NRW): Ich komme noch einmal auf die länger zurückliegende Zeit der Krebsregistratur zu sprechen. Auf dieser Folie sehen Sie die fünf zentralen Fragestellungen, die damals gestellt wurden. Sie waren allein anhand der epidemiologischen Krebsregistratur zu beantworten. Das war dann aber auch alles.

(Folie 11 der Präsentation)

Durch die klinische Krebsregistratur, also durch die Erweiterung des Datensatzes um Details zur Therapie, zur Progression und zu Verläufen entstehen ganz neue Perspektiven. Sie sehen die typischen sieben Spiegelstriche, die man erwähnt. Es stehen wirklich detaillierte Informationen zur Behandlung und zum Verlauf zur Verfügung. So kann man dezidiert pro Leistungserbringer schauen, welche Güte die onkologische Versorgung aufweist.

Auch die Datenaustausche zwischen klinischen Registern sind jetzt geregelt und verbessern die Daten in den Ländern gegenseitig.

Jetzt soll auch die Zusammenarbeit zwischen Registern und Meldern gemäß § 65c SGB V gefördert werden.

Sie sehen das Stichwort „sektorenübergreifende Qualitätssicherung“. Weil ein Landeskrebsregister flächendeckend registriert, wird nicht nur ersichtlich, was im Krankenhaus passiert, sondern auch, was im niedergelassenen Sektor passiert. Wir können die Versorgung also übergreifend betrachten.

Die Zusammenarbeit mit den Zentren in der Onkologie ist wichtig. Wie Sie sehen, ist das auch im Gesetz niedergeschrieben.

Wichtig ist natürlich die Versorgungstransparenz.

(Folie 12 der Präsentation)

Wir senden jährlich Berichte an jeden Melder, sofern er mindestens einen Fall gemeldet hat. Ende 2024 haben wir etwa 1.800 Bögen verschickt. Darin liefern wir pro Melder individuelle Statistiken, aber nicht nur einfache Zahlen, sondern auch aus Leitlinien abgeleitete sogenannte Qualitätsindikatoren. Dies sind in der Regel Prozessqualitätsindikatoren, anhand derer man einen Eindruck von der Güte der onkologischen Versorgung gewinnt.

Dies ermöglicht uns inzwischen auch, ein Benchmark-Verfahren aufzusetzen. Ich zeige Ihnen gleich einen Ausschnitt, damit Sie einen Eindruck davon gewinnen.

(Folie 13 der Präsentation)

Was bedeutet das? Auf dieser Folie sehen Sie die Übersicht. Von den 172 auf Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren kann man derzeit 78 mit den Krebsregisterdaten auswerten. Vornehmlich sind dies Prozessqualitätsindikatoren, nur wenige sind Ergebnisqualitätsindikatoren.

(Folie 14 der Präsentation)

Beispielhaft zeige ich Ihnen beim Speiseröhrenkrebs, wie dies für einen Melder aussieht. Diesen Melder habe ich anonymisiert. Sie wissen also nicht, welcher es ist. Sie sehen, was dieser Melder zur Versorgung von Speiseröhrenkrebs mitgeteilt bekommt. Sie sehen einen sogenannten QI 6, also die vollständige chirurgische Entfernung des Krebses, und dazu, dass dies in dieser Klinik bei 122 von 128 Patienten gelungen ist. Das bedeutet eine Erfüllungsquote von 95 %.

Weiter rechts sehen Sie die Gesamtauswertung für Nordrhein-Westfalen. Der Durchschnitt in Nordrhein-Westfalen liegt bei 89 %. Dieser Melder hat bezüglich der chirurgischen Versorgung also überdurchschnittlich abgeschnitten. Wir verfügen also auch über eine Rangfolge für den Benchmark. Für die Kliniken, für die wir das auswerten können – dies sind in dem Fall 38 –, liegt dieser Melder auf Platz 13. Platz 1 wäre das Beste, Platz 38 wäre das Schlechteste. Die chirurgische Ösophaguskrebsversorgung bei dem Melder ist also besser als durchschnittlich.

Auf der Folie sehen Sie einen weiteren Aspekt, auf den es wirklich ankommt, nämlich die Mortalität. Sie sehen das Ergebnis für die 90-Tage-Mortalität. Dieser Prozentsatz sollte sehr niedrig sein. In dieser Klinik liegt er bei 3,9 %. NRW-weit sind es 8 %. Diese Klinik schneidet also auch bei der 90-Tage-Mortalität nach der chirurgischen Versorgung besser ab als der Durchschnitt.

So etwas schicken wir an jeden Melder einmal im Jahr heraus. Das tun wir aber nur, wenn mindestens zehn Krebse gemeldet wurden, weil sonst die Zahlen zu instabil wären. Dies ist ein wichtiger Versorgungsauftrag nach § 65c SGB V.

(Folie 15 der Präsentation)

Nun zeige ich Ihnen die Ergebnisse, von denen wir sagen, dass sie Einfluss auf die Versorgung nehmen, und belege das. Wir wollen für Public Health relevante Ergebnisse liefern. Auf dieser Folie sehen Sie eine wichtige Arbeit. Es geht um Patienten mit Prostatakarzinom im niedrigen Stadium – low-grade, also histologisch eine weniger aggressive Situation. Bei diesen Männern könnte man entscheiden, nicht zu operieren, abzuwarten und eine aktive Nachbeobachtung der Patienten vorzunehmen, bis der sogenannte PSA-Wert steigt. Dann muss man aufpassen. Die Leitlinien besagen, dass dies bei diesem Patientenkollektiv bei einer hohen Prozentzahl an Fällen möglich ist und getan werden sollte. Es war unklar, in wie viel Prozent der Fälle in Nordrhein-Westfalen das geschieht. Von einzelnen Kliniken wusste man es, aber nicht flächendeckend. Durch diese Arbeit, die im Deutschen Ärzteblatt erschienen ist und von einem Editorial begleitet war, haben wir die Zahlen geliefert. Dabei kam heraus, dass zu viele Männer zu früh radikal operiert werden, obwohl sie nicht hätten radikal operiert werden können. Für mich als Arzt ist das ein wichtiges Ergebnis. Mit solchen Zahlen nehmen wir Einfluss auf die onkologische Versorgung.

(Folie 16 der Präsentation)

Außerdem ein Neueingang in die Leitlinie die Behandlung von Speicheldrüsenkrebs. Es ist auffällig, dass etwa ein Fünftel der Patienten sogenannte Plattenepithelkarzinome hat. Das ist ein Epithel, das in der Speicheldrüse praktisch nicht vorkommt. Dies galt lange Zeit als enigmatisch. Durch eine von uns angelegte große Studie konnte festgestellt werden, dass ein Großteil dieser Patienten irgendwo anderes im Kopf-Hals-Bereich ein Plattenepithelkarzinom hatte, das in die Speicheldrüse eingewandert ist. Bei einem Patienten, der in einer Klinik wegen Speicheldrüsenkrebs mit Plattenepithelkarzinomhistologie neu aufgenommen wird, muss dringend ein Plattenepithelkarzinom im Übrigen Kopf-Hals-Bereich abgeklärt werden. Dieser Hinweis hat Eingang in die Leitlinie gefunden.

(Folie 17 der Präsentation)

Vielleicht haben Sie die bundesweite Mitteilung zum Abschluss der Evaluation der Mortalitätsfrage beim Mammografie-Screening mit zwei Bundesministerien im Juli mitbekommen. Seit 2010 war das Landeskrebsregister an dieser Evaluation beteiligt. Senkt das Mammografie-Screening die Brustkrebsmortalität in der Fläche tatsächlich?

(Folie 18 der Präsentation)

Mithilfe des Landeskrebsregisters sowie einem zweiten, kassenbasierten Ansatz ist man klar zu dem Schluss gekommen, dass die Mortalitätsreduktion relativ 20 bis 30 % beträgt, wie man es auch in Trials gesehen hat. Bei der Prozessqualitätsgüte des Programms in Deutschland konnte dies in der Fläche in Nordrhein-Westfalen gezeigt werden. Damit ist die Evaluation, die lange gedauert hat, abgeschlossen.

(Folie 19 der Präsentation)

Ich gehe aus zeitlichen Gründen nicht auf die Details ein, sondern nur auf dieses Bild. Wegen der schieren Größe der Bevölkerung von 18 Millionen Menschen konnte das Landeskrebsregister die Evaluation flächendeckend durchführen, was allein mit Krankenkassendaten so nicht funktionieren kann. Arbeitet man mit Krankenkassendaten etwa von der AOK oder der Barmer, erreicht man immer nur eine prozentuale Abdeckung von Frauen in allen möglichen Kreisen und Landkreisen. Das Landeskrebsregister ist aber flächendeckend, was eine wichtige Stärke ist.

(Folien 20 und 21 der Präsentation)

Auf dieser Folie sehen Sie ein weiteres Beispiel, das unter den Nägeln brannte. Nach einer Zulassungsstudie gab es 2010 ein wichtiges neues Therapieprinzip bei der Behandlung der chronischen lymphatischen Leukämie, also CLL, an der Professor Hallek vom CIO in Köln maßgeblich beteiligt war. Wir wissen, dass sich die Rituximab-Behandlung in den Top-Zentren wunderbar ausgebreitet hat, wissen aber nicht, ob sich das auch in der Fläche so ausgebreitet hat, dass die Überlebenschancen gestiegen sind. So hat Professor Hallek uns kontaktiert und gefragt, ob ein Effekt sichtbar sei. Ein solcher ist sichtbar.

Ich gehe nicht auf alle Details ein, sondern verweise nur auf die linke Abbildung. Sie sehen dort eine blaue und eine rote Kurve. Dies sind die relativen 5-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeiten. Die rote Kurve steht für die Frauen, die blaue für die Männer. Es ist ein deutlicher Anstieg der Überlebenswahrscheinlichkeit für Patienten mit CLL sichtbar. Weil sich kaum etwas anderes als die Einführung von Rituximab und Konkurrenzpräparaten geändert hat, ist dies zum großen Teil auf die Einführung von Rituximab und Konkurrenzpräparaten zurückzuführen. Man erkennt also, dass dieser Effekt sich über die Bevölkerung ausgebreitet hat und nicht nur in Spezialzentren erzielt wird.

(Folie 22 der Präsentation)

Auf dieser Folie sehen Sie noch Anreize, was mit den Daten gemacht werden kann. Bestimmte Krebserkrankungen sind anerkannt klar mit dem Zigarettenrauchen, mit Alkoholkonsum und mit Adipositas assoziiert. Wir alle hier wissen, dass das Ruhrgebiet eine Problemregion ist. Dort sind die Gesamtmortalität und die Herz-Kreislauf-Mortalität insgesamt höher. Wir haben geschaut, ob anhand der Krebsregisterdaten auch ein Signal zu Krebserkrankungen erkennbar ist. Dabei geht es nicht um die Mortalität, sondern um die Neuerkrankungsraten. Wir haben Raten generiert, die sich auf Krebserkrankungen, die mit Rauchen, Alkohol und Adipositas zusammenhängen, beziehen.

Links sehen Sie die Karte für die Männer, rechts für die Frauen. Die Brennpunktsituation im Ruhrgebiet ist klar sichtbar. Die durchschnittliche Neuerkrankungsrate dieser Krebserkrankungen ist bei Männern im Ruhrgebiet 13 % höher als außerhalb des Ruhrgebiets. Bei den Frauen liegt die Rate 5 % höher.

Wozu dienen solche Analysen? Sie sollen Fragen triggern. Wie können maßgeschneiderte Präventionsangebote für die besondere Population des Ruhrgebiets mit viel höherem Migrationsanteil aufgesetzt werden, die dies auffangen können?

(Folie 23 der Präsentation)

Nun komme ich auf ein großes Projekt zu sprechen, bei dem wir als Landeskrebsregister die Registerdaten mit Krankenkassendaten zusammenführen. Zur Erinnerung: Schaut man nur Krebsregisterdaten an, fehlen Komorbiditätsdaten. Welche anderen Probleme haben die Patienten? Welche Medikamente neben denen für die Krebsbehandlung wurden ihnen verordnet? Betrachtet man nur die Krankenkassendaten, hat man zu wenige Krebsinformationen. Betrachtet man nur die Rehadaten, weiß man nur, was im Rehabereich passiert. Also hatte man die Idee, diese Datenkörper mit Record Linkage – so nennt man es – zusammenzuführen und anhand dieser Gesamtdaten das Versorgungsgeschehen tiefgehender als separat anhand jedes einzelnen Datenkörpers betrachten zu können. Man hat dies im Rahmen der WiZen-Studie versucht, es ist aber aus technischen Gründen nicht gelungen. Mit dem GDNG, also dem Gesetz, das Herr Dr. Schützendübel eben schon erwähnte, will man auch dies im Forschungsdatenzentrum des BfArM fördern. Dort fängt man aber gerade erst an. Wir werden wahrscheinlich eine Blaupause dafür, wie man das lösen kann, liefern können.

(Folie 24 der Präsentation)

Ich will Ihnen eine Idee davon geben, was wir mindestens beantworten können. Auf dieser Folie sehen Sie nur die großen Fragenkomplexe. Welchen Einfluss hat die Krebserkrankung auf das Auftreten von Folgeerkrankungen? Es wird eine Nachbeobachtungszeit von bis zu acht Jahren geben. Welchen Einfluss haben die Krebserkrankungen auf versorgungsrelevante Endpunkte? Da geht es um Kontakt im Niedergelassenensektor und im Krankenhaus sowie die Verordnung von Arzneien. Es geht aber auch um die Arbeitsunfähigkeit, die Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege, Rehabilitation und Frühberentung.

(Folie 25 der Präsentation)

Zum Schluss haben wir nun noch die Barmer mit einer Größenordnung von 134.000 Krebsneuerkrankten hinzugewonnen. Damit wird es die europaweit größte Kohortenstudie, die dazu mit einer solchen Datendichte aufgezogen wird.

(Folie 26 der Präsentation)

Kurz zur Grundidee. Über ein datenschutzsicheres Konzept führen wir Daten der Rehabilitation, also der ARGE Krebs – das sind die Rehadaten aus Bochum –, mit Landeskrebsregisterdaten und Krankenversichertendaten in der Vertrauensstelle in Köln zusammen. Wenn dies alles in Köln zusammengeführt ist, werden alle Pseudonyme entfernt, und es gibt nur noch Studienpseudonyme. Dann gehen die Daten zum Institut in Essen, dessen Direktor ich bin. In diesem Institut finden die Datenauswertungen zu diversen Fragestellungen statt.

(Folie 27 der Präsentation)

Dr. Andres Schützendübel (Landeskrebsregister NRW): Ich reiße noch kurz die Herausforderungen an. Wir können schließlich nicht nur Erfolge vermelden – in den letzten zehn Jahren haben wir viel aufgebaut; das konnten wir zeigen –, sondern haben auch mit vielen Dingen zu tun, die nicht funktionieren oder nicht gut funktionieren, insbesondere weil sich die Krebsregistrierung weiterentwickelt.

Unsere Daten, unsere Auswertungen sind nur so gut wie die Daten, die wir bekommen. Wir haben immer noch ein großes Problem damit, alle Melderinnen und Melder zum Melden zu bewegen. Das hat Auswirkungen auf die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der Daten. Unvollständige bzw. unvollzählige Daten führen dazu, dass die Ergebnisse biasbehaftet sind. Wir müssen versuchen, Meldepflichtige in Zukunft auch mit Druck zu motivieren, ihrer Meldepflicht nachzukommen. Das geht nur mit entsprechender Unterstützung. Dies werden wir intensivieren müssen. Wir müssen schauen, wie wir uns diesbezüglich in Zukunft besser aufstellen und Druck aufbauen können.

Wichtig ist die Nutzbarmachung der Gesundheitsdaten durch anlassbezogene Zusammenführungen. Die Rahmenbedingungen dafür sind nun bundesweit geregelt. Mit dem GDNG wurde der rechtliche Rahmen dafür bundesweit aufgemacht. Nichtsdestotrotz ist noch die landesrechtliche Grundlage nötig, um dies im Landeskrebsregister umzusetzen. Wir müssen in der Lage sein, die Daten zusammenzählen zu dürfen, und zwar nicht nur projektgebunden mit Genehmigungen, sondern auf einer rechtlichen Basis, damit wir der Bundesgesetzgebung folgen und die Daten liefern können. Dort besteht also Nacharbeitungsbedarf auf Landesebene.

Dies sind die Herausforderungen, denen wir begegnen müssen, damit die Daten in Zukunft so genutzt werden können, wie wir es heute ansatzweise schon tun und in Zukunft noch weiter vorantreiben wollen.

Zusammenfassend kann man als Resümee festhalten, dass in den letzten zehn Jahren in NRW quasi der Goldstandard für viele andere Krebsregister, die kleiner sind, die weniger Power haben, gesetzt wurde. Wir haben ein strikt elektronisches Register aufgebaut und decken die komplette Wohnbevölkerung NRWs ab, also 18 Millionen Menschen. Das gibt es so in keinem anderen Bundesland, auch europaweit sind wir das größte Krebsregister. Das nächstgrößere Krebsregister in den Niederlanden deckt 17,9 Millionen Menschen ab; wir sind also etwas größer. Wir haben die höchste Datensicherheit aller Krebsregister in Deutschland, weil wir ausschließlich die Telematikinfrastruktur nutzen, und haben eine zunehmend vollzählige bzw. vollständige Datenlage, weil immer mehr Melder den Mehrwert erkennen. Gerade die großen Melder, also die Krankenhäuser, erkennen den Mehrwert und melden zunehmend vollständiger und vollzähliger. Daher sind wir in der Lage, mehr Projekte wie jenes, das Herr Professor Stang vorgestellt hat, durchzuführen. Schon jetzt können wir uns kaum vor Aufträgen retten. In Zukunft wird der Bedarf sicherlich noch viel größer werden, weil die Fragen, die anhand der Daten beantwortet werden können, mehr werden.

(Folie 29 der Präsentation – Beifall von allen Fraktionen)

Meral Thoms (GRÜNE): Vonseiten der grünen Landtagsfraktion ganz herzlichen Dank für Ihre wertvolle Arbeit und dafür, dass NRW, wie Sie dargestellt haben, bundesweit eine solche Vorreiterrolle einnimmt. Es ist sehr positiv, so etwas zu hören. Es ist auch gut, zu hören, dass wir in Bezug auf die Datenqualität im Gesundheitswesen hier schon so weit sind. Dies ist schließlich ein Erfolgsfaktor für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Zeiten von KI. Sie haben sehr gut dargestellt, wie gut die Datenqualität ist sowie wie gut die Datensätze genutzt werden können.

Dazu habe ich eine Frage. Können Sie sagen, wie leicht oder wie schwer es für die Wissenschaft ist, Ihre Daten zu nutzen. In Bezug auf Potenziale von KI im Gesundheitswesen geht es auch um die Nutzung von Daten durch Start-ups bzw. die Gesundheitswirtschaft. Gibt es, wenn KI-Modelle entwickelt werden, Möglichkeiten, auf die Daten von Ihnen zuzugreifen – natürlich immer vor dem Hintergrund der strengen Datenschutzbestimmungen, die Sie eben erläutert haben?

Weil ich neugierig bin, habe ich eine Detailfrage. Wie erheben Sie die Fälle? Ein Tumorfall taucht einmal in der Pathologie, in der Versorgung und hinterher in der Reha auf. Haben Sie dann dreimal Hautkrebs in der Datenbank, wenn es sich um Hautkrebs handelt, oder gibt es eine Art Fall-ID, anhand der sichtbar ist, dass es sich um einen Fall handelt?

Zum Schluss möchte ich noch sagen, dass Sie mich für das Krebsregister begeistert haben und ich, wenn ich unterwegs bin, Werbung machen werde, damit möglichst alle in der Versorgung es nutzen.

Marco Schmitz (CDU): Auch vonseiten der CDU-Fraktion vielen Dank für den interessanten Vortrag und Ihre Arbeit grundsätzlich. Ich schließe an das von Frau Thoms zur Nutzung der Daten Gesagte an. Inwieweit werden Universitäten, also angehende Ärzte, frühzeitig eingebunden, sodass sie Daten zur Auswertung für ihre Doktorarbeiten und Ähnliches nutzen können? Inwieweit kann so also in die Forschung mit eingegriffen werden?

Eben haben Sie anonymisiert einen Melder für Speiseröhrenkrebs dargestellt. Wenn ich selbst an Speiseröhrenkrebs erkranken würde, würde es mich natürlich interessieren, wo die Mortalitätsrate am niedrigsten ist – wohl wissend, dass die schwierigen Fälle in einer Fachklinik behandelt werden und dort die Mortalitätsrate höher ist. Haben Sie diesen Melder also nur für heute anonymisiert, oder sind die Daten grundsätzlich nicht transparent? Ich könnte verstehen, wenn sie insgesamt nicht transparent wären. Für mich als Patient wäre es aber natürlich spannend, zu sehen, dass die Mortalitätsrate in einer Klinik etwa um 20 % niedriger ist als in einer anderen Klinik.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Auch vonseiten der SPD-Fraktion herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Ich schließe mich den Fragen der Kollegin Thoms an – insbesondere der, wer wie noch auf Ihre Daten zugreifen kann bzw. mit wem Sie zusammenarbeiten.

Ich fand die Übersicht über die Landesteile insbesondere bezüglich der Situation im Ruhrgebiet auffällig. Gibt es so etwas wie Empfehlungen, die aus Ihren Erkenntnissen hervorgehen, etwa für das Verhalten in bestimmten Bereichen, etwa auch bezüglich Aufklärung in den Bildungseinrichtungen?

Prof. Dr. Andreas Stang (Landeskrebsregister NRW): Ich starte mit den Fragen von Frau Thoms. Wie ist der Zugang für Wissenschaftler geregelt? Das ist im Gesetz klar geregelt. Wenn ein Wissenschaftler eine wissenschaftliche Fragestellung hat, schreibt er ein sogenanntes Proposal. Er füllt also ein Formular auf der Webseite des Landeskrebsregisters aus. Dieses geht bei uns ein, wir beraten es zunächst intern und

entscheiden dann je nach der Art von Daten, die man erhalten möchte, ob es durch den Fachausschuss muss oder wir nur aggregiert Daten herausgeben können.

Sollte es durch den Fachausschuss müssen, beraten dort zehn Professoren über den Antrag und sprechen dem Landeskrebsregister eine Empfehlung dazu aus, ob die Daten herausgegeben werden sollten. Das ist ein formales Verfahren, das sich eingespielt hat. Etwa drei- bis viermal im Jahr findet eine solche Fachausschusssitzung statt, in der die Anträge behandelt werden. Das ist niedrigschwellig und kostet auch kein Geld, wenn ein Forscher Daten haben möchte. Es ist klar reguliert.

Die Frage nach den Start-ups überlasse ich Herrn Dr. Schützendübel.

Frau Thoms, Sie fragten drittens aber auch, wie ein Fall etwa eines Hautkrebspatienten erfasst werde. Er schlägt in der Pathologie auf, der Pathologe hat also eine Meldepflicht. Ebenso hat aber der Dermatologe, der dem Patienten die Diagnose mitteilt, eine Meldepflicht. Dann startet die Therapie, und vielleicht übernimmt das Krankenhaus die adjuvante Immun-Checkpoint-Therapie. Auch das Krankenhaus hat dann eine Meldepflicht. Kommt es zur Progression, zum Fortschreiten der Krebserkrankung, ist auch das zu melden. Meldepflichtig ist ebenfalls der Arzt, der den Patienten wegen der Krebserkrankung in den Tod begleitet. Dies läuft bei uns erkennbar durch die verschiedenen Meldeanlässe zusammen und wird hinterher zu dem Patientenfall zusammengeführt, ähnlich wie in einer Patientenakte. Das ist kompliziert. Mithilfe moderner Informationstechnologie werden diese Meldefälle einer Person zugeordnet, und wir können es dann sehr gut auswerten.

Herr Schmitz fragte, wie wir es schafften, die Ärzte einzubinden, damit sie die Daten nutzten. Bereits im Medizinstudium muss darauf eingegangen werden. Ich bin Fachvertreter der Medizinischen Informatik, Biometrie und Epidemiologie. Das muss jeder Medizinstudent durchlaufen. Auch im Medizinstudium wird auf die Strukturen von Registerdaten, die verfügbar sind, verwiesen. Trotzdem müssen wir – auch ich persönlich – viel präsent sein und Werbung im Rahmen von Ärztefortbildungen machen. Wenn etwa Berufsverbände tagen, ist es wichtig, uns zu präsentieren und damit zu werben, dass diese Daten für wissenschaftliche Fragestellungen verfügbar sind. Ich kann allerdings sagen, dass wir nicht mehr viel tun müssen. Wir erhalten so viele Anfragen, dass wir mit der Kapazität eher am Anschlag sind. Da besteht also kein Problem mehr.

Nun zu Ihrer Benchmark-Frage, Herr Schmitz. Wenn Sie betroffen wären, würden Sie natürlich gerne wissen, welche Klinik am besten ist. Wie Sie selbst schon gesagt haben, ist es nicht ganz so einfach. Eine 90-Tage-Mortalität in einer Klinik kann schlechter ausfallen, weil dort viel spätere Stadien der Erkrankung behandelt werden, weil sie einen viel schlechteren Case-Mix aufweist. Im Moment zögern wir also noch mit der De-Anonymisierung, weil es leicht missverstanden werden kann, obwohl viele Patientenvertreter anfragen.

Im Stadtstaat Hamburg werden die Benchmarks aber de-anonymisiert zur Verfügung gestellt. Dort wird es also gemacht, und das hat kein großes Chaos ausgelöst. Intern haben wir auf der Fachebene schon darüber diskutiert, noch stellen wir es aber nicht öffentlich zur Verfügung.

Zur Frage von Frau Kapteinat, wer auf die Daten zugreifen kann. Das ist strikt geregelt. Es geht nur mit Antrag, wie ich eben schon erklärte. Auch geregelt ist aber, dass die Bundesländer untereinander die Krebsregisterdaten auswerten dürfen. Ebenfalls gesetzlich geregelt ist, dass wir Daten ans RKI, ans Zentrum für Krebsregisterdaten, ebenso an die WHO abgeben. Das ist gesetzlich geregelt. Ansonsten kommt man an die Daten nur heran, wenn man es beantragt und durch die Fachbegutachtung entschieden wird, dass es vertretbar ist, die Daten herauszugeben.

Was tun wir für Verhaltensaufklärung? Ein Krebsregister ist wenn, dann in der sekundären Prävention unterwegs. Zur Früherkennung, zur Primärprävention, dazu, wie man Leute zu gesünderem Verhalten bewegen kann, liefern wir anhand unserer Daten naturgemäß nicht viel Evidenz. Wir tun es nur indirekt wie für das Ruhrgebiet dadurch, dass man erkennt, dass durch Rauchen, Adipositas und Alkohol bedingte Krebsneuerkrankungsraten dort entschieden höher sind. Daraus geht das Signal hervor, dass wir – ich bin Ruhrgebietler – im Ruhrgebiet ungesünder leben. Das ist seit Langem klar. Man muss über eine maßgeschneiderte Primärprävention nachdenken. Viel mehr können wir als Krebsregister zu der Frage aber nicht liefern. Es braucht Präventionsleute, die Migration und andere Sozialprobleme für ein differenziertes Ansprechen dieser Bevölkerungssegmente berücksichtigen.

Dr. Andres Schützendübel (Landeskrebsregister NRW): Kann die Wirtschaft auf Daten zugreifen? Können Start-ups, können Firmen ebenso wie Forschungseinrichtungen auf die Daten zugreifen? Wir unterscheiden nicht, ob ein Unternehmen kommerziell oder im öffentlichen Auftrag arbeitet. Alle können Daten bei uns beantragen. Alle Anträge durchlaufen denselben Prozess, der im Landeskrebsregistergesetz gesetzlich vorgegeben ist. Wenn der Fachausschuss zu dem Schluss kommt, dass die Fragestellung sinnhaft ist, es mitgetragen werden kann und keine datenschutzrechtlichen Bedenken bestehen – im Zweifelsfall prüfen wir das intern –, dann werden die Daten auch an Start-ups oder Wirtschaftsunternehmen geliefert.

Man kann sich die Frage stellen, ob sie dafür bezahlen müssen. Wir denken derzeit über eine Gebührenordnung nach. Der Gesellschafter muss entscheiden, ob ein Unternehmen, das kommerziell mit den Daten arbeitet, dafür Geld bezahlen muss. Derzeit ist das noch nicht der Fall. Wir unterscheiden nicht zwischen Forschungseinrichtungen, die öffentliche Aufträge bearbeiten, und Kommerziellen.

Zur Frage, ob Start-ups mit den Daten arbeiten können, um eigene KI-Verfahren weiterzuentwickeln. Das ist nicht ganz einfach zu beantworten. Derzeit überlegen wir, ob aus den Daten ein synthetischer Datensatz erzeugt wird. Einfach so dürfen wir die Daten nicht zur Verfügung stellen. Das ist datenschutzrechtlich nicht möglich. Es gibt aber mittlerweile Verfahren, aus diesen Daten synthetische Daten zu erzeugen. Dieser Datensatz wäre komplett anonym. Er würde aussehen wie ein normaler Datensatz, mit dem man auch KI-Verfahren evaluieren kann, wäre aber anonymisiert. Das ist aufwendig, wird aber wahrscheinlich in Zukunft zur Verfügung gestellt werden können, sodass wir Firmen so etwas anbieten können werden. Es ist eine Frage der Zeit.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Es gibt keine weiteren Fragen aus dem Ausschuss. – Herr Dr. Schützendübel, Herr Professor Stang, nochmals vielen Dank für Ihren Vortrag und weiterhin alles Gute für Ihre wertvolle Arbeit!

2 Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten an Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen seit der Gründung des Landes bis in die 1980er Jahre *(Bericht auf Wunsch der Landesregierung; Präsentation siehe Anlage 2)*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/4209

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Die Landesregierung hat darum gebeten, in dieser Sitzung zu dem Thema berichten zu dürfen. Herr Professor Fangerau begleitet die Landesregierung als Experte. Er hat eine Präsentation mitgebracht.

(Folie 1 der Präsentation)

Prof. Dr. Heiner Fangerau (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrter Herr Minister! Sehr geehrter Herr Staatssekretär! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen herzlichen Dank, dass wir die Studie hier vorstellen dürfen. Ich möchte einen Dank an die Betroffenen vorausschicken, die als Gäste an der Ausschusssitzung teilnehmen und die Studie mit ihrem Engagement erst ermöglicht haben.

(Folie 2 der Präsentation)

In unserer Studie ging es um den missbräuchlichen Einsatz von Arzneimitteln an Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, der stationären Behindertenhilfe und Psychiatrie sowie in sogenannten Heilstädten oder Kureinrichtungen des Landes Nordrhein-Westfalen seit der Gründung des Landes bis 1980 und etwas darüber hinaus.

Missbräuchlichkeit lag für das Forschungsteam vor, wenn der Einsatz oder der Umfang der Medikamentenvergabe die Menschenwürde oder die jeweiligen zeitgenössischen Grenzen der ethischen, juristischen oder medizinischen Norm verletzte oder erkennbar mehr Schaden als Nutzen für die Kinder bzw. Jugendlichen mit sich brachte. Mit im Blick war dabei ein Zwangskontext im Umfeld der Medikamentenvergabe, wie er sich beispielsweise durch das Ausgeliefertsein in der Unterbringung, in der Einrichtung ergibt. Ferner hatten wir im Blick, wenn der Einsatz anderen Zielen und Zwecken als dem Wohl der jungen Menschen diente.

Im Fokus hatten wir also Einrichtungen, und unser Ausgangspunkt bei all dem war das Recht der Betroffenen auf Aufarbeitung. Das rührt daher, dass wir vor der Studie schon wussten, es in der Studie aber auch mehrfach belegt gefunden haben, dass den Betroffenen, als sie Leid und Unrecht durch Arzneimittelmissbrauch erfahren haben, nicht geglaubt wurde, dass ihnen kein Gehör geschenkt wurde und dass sich dieses Nicht-Gehör-Schenken, Nicht-Glauben sowohl durch die Institutionen als auch durch die Wissenschaft bis in die Gegenwart zieht. So sind wir in die Studie mit offenen Augen und dem Versuch hereingegangen, auch Felder zu erschließen, die in der Literatur bisher so noch nicht erfasst waren.

(Folie 3 der Präsentation)

Die Charakteristika, was wir als Missbrauch verstanden haben, habe ich gerade schon genannt. Aus diesen Charakteristika ergeben sich einige besondere Konstellationen, in denen wir Arzneimittelmissbrauch in NRW nachweisen konnten.

(Folie 4 der Präsentation)

Unser Zugang war ein mehrschichtiger. Wir haben Betroffeneninterviews und Zeitzeugeninterviews geführt, um das Erleben der Betroffenen zu erschließen. Wir haben dann umfängliche Literaturrecherchen angestellt, und zwar nicht nur in Forschungsliteratur, sondern auch in zeitgenössischer Literatur, Publikationen von Ärztinnen, Ärzten, Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Arzneimittelproduzenten. Wir haben etliche Archivrecherchen durchgeführt – im LVR-, im LWL-Archiv und in Einrichtungen, in denen wir noch Archivzugänge hatten. Ferner haben uns auch Betroffene Archivarien zur Verfügung gestellt. Wir haben die verschiedenen Zugänge in unserer Studie vereint.

(Folie 5 der Präsentation)

Sehr schnell wurde deutlich, dass der Missbrauch vielschichtiger als vorher angenommen ist. Er stand – auch das konnten wir zeigen – vielfach in Kombination mit anderen Formen von Gewaltanwendungen an den Kindern und Jugendlichen, sodass Medikamentenmissbrauch allein kaum zu betrachten ist, weil sich fast in jeder Konstellation andere Arten von psychischer oder körperlicher oder sexueller Gewalt gegen die Kinder und Jugendlichen ergeben haben.

Um es etwas plastisch zu machen, wie wir diesen Missbrauch festgemacht haben: Wir haben beispielsweise die missbräuchliche Handhabung registrierter Medikamente nachweisen können. Das heißt: Überdosierung oder ein Einsatz aus nichtmedizinischer Indikation, beispielsweise aus pädagogischen Gründen.

Ein Beispiel für einen pädagogischen Einsatz wäre, die Kinder beispielsweise mit einer Spritze zu bestrafen – das haben wir auch heute noch einmal von einem Betroffenen gehört – oder die Kinder zu – wie es in den Akten immer heißt – normalisieren, das bedeutet ruhigzustellen.

Was heißt das konkret? Wenn in einer Einheit mit 30 Kindern Unruhe herrscht, bekommen sie sedierende Medikamente, die auch zugelassen sein können, damit Ruhe herrscht.

Das hat Folgen. Um es einmal plastisch zu schildern: Eine solche Sedierung sorgt dafür, dass das Kind im Unterricht, wenn es beschult wird, nicht aufpassen kann, einschläft, vom Lehrer bestraft wird, weil es schläft, als lernschwieriges Kind zurückgeschickt wird und in der Einrichtung wieder sediert wird. Das führt also auch zu Teufelskreisen.

Ferner fanden wir Medikamententestungen. Wir haben hier exemplarisch einige Einrichtungen genannt. Es gibt auch andere Einrichtungen. Die genannten sind nur die, bei denen wir die Akten sehen konnten. Es geht um Medikamententestungen ohne Einwilligung der Betroffenen oder ihrer gesetzlichen Vertreter, manchmal auch ohne Einwilligung beispielsweise der zuständigen Behörden im LWL oder LVR oder manchmal auch ohne Informationen.

Ferner haben wir Impfstofferproben an Kindern und Jugendlichen in Heimeinrichtungen gefunden. Die sind deshalb von besonderem Interesse, weil sie mit Motivation aus der öffentlichen Gesundheitspflege heraus durchgeführt worden sind, aber eben an einer Klientel – in Anführungsstrichen – durchgeführt wurde, die sich bestimmten Impfungen und Impfproben nicht entziehen konnte, weil sie in einem Zwangskontext in einem Heim untergebracht war.

Zudem haben wir auch in Kurheimen und Kinderheilstätten Missbrauch und Erprobung von Medikamenten gefunden. Das hat uns etwas überrascht, weil die Kinder dort in der Regel sechs Wochen lang untergebracht waren und dies für Langzeitmedikamentenstudien konzeptuell weniger geeignet ist. Auch dort gab es aber solche Erprobungen.

Weiter haben wir hormonelle Schwangerschaftstests in Mädchenheimen – exemplarisch Tecklenburg – gefunden. Das ist wichtig, weil viele dieser hormonellen Schwangerschaftstests wissentlich den Verlust des möglichen Kindes mit in Kauf nahmen.

Es gab außerdem probeweisen Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln im Grenzbereich zu Arzneimittelstudien. Das klingt erst einmal harmlos. Nahrungsergänzungsmittel sind explizit keine Arzneimittel. Besonders ins Auge fällt, dass die soziale Situation der Kinder in besonderem Maße ausgenutzt worden ist. Ein Beispiel dafür ist eine Studie mit einem Nahrungsergänzungsmittel, bei dem die zuständige Behörde explizit gefragt wird, ob sie nicht ein Mädchenheim nennen könne, weil der Einfluss der Nahrungsergänzungsmittel auf den Zyklus getestet werden solle.

Aus solchen Geschichten zeichnet sich ein Bild eines ganzen Komplexes von Gewalt, in das diese Arzneimittelversuche eingeordnet worden sind.

Nicht im Auftrag, aber als zentrales Moment haben wir Auffälligkeiten im medizinischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen gefunden. Arzneimittelgaben standen damit im Zusammenhang, aber nicht im Vordergrund. Es haben beispielsweise Operationen gegen den Willen der Kinder und ohne Einwilligung der Vertretenden der Kinder stattgefunden. Auch in diesen Fällen wurden Arzneimittel gegeben. Ein Beispiel sind stereotaktische Operationen an Kindern und Jugendlichen zur Eindämmung der vermeintlichen Aggressivität – in Anführungsstrichen.

(Folie 6 der Präsentation)

Als Kernergebnisse müssen wir für NRW festhalten, dass nach Ansicht aller Unterlagen, die uns vorlagen, und nach Sichtung der Literatur ungefähr 10 bis 25 % aller in den genannten Institutionen untergebrachten jungen Menschen irgendwann in ihrer Kindheit von solchem Missbrauch betroffen waren.

Die Verflechtung mit Gewalterfahrungen habe ich schon genannt. Das reicht von Erziehungsmaßnahmen, die als gewaltvoll geplant waren und auch so erlebt wurden, bis hin zu expliziter sexueller Gewalt unter Arzneimitteleinfluss.

Wir haben gefunden, dass das Land NRW, LVR und LWL als Träger, als aufsichtsführende Behörden eigentlich über die ganzen 40 Jahre ihre Aufsichtsmöglichkeiten und Schutzpflichten nur unzureichend wahrgenommen haben. Es gab beispielsweise Besuchskommissionen, die sehr schnell eingestellt wurden. Es gab personelle Verflechtungen, die dafür sorgten, dass Besuche gar nicht stattfinden. Es gab Anfragen, dann

Rückfragen von aufsichtsführenden Behörden, die nicht weiter verfolgt wurden. Es gibt aber auch Mitwirkungen, wenn zum Beispiel Heime gesucht werden.

In Bezug auf das Ausmaß gibt es große institutionelle Unterschiede. So kommt diese große Spannbreite von 10 bis 25 % zustande. Um es plastisch zu beschreiben: Je medizinnäher eine Einrichtung war, umso mehr Medikamente wurden gegeben. – Das ist banal, aber in diesem Kontext nicht unwichtig. In einer psychiatrischen Landesanstalt war die Wahrscheinlichkeit, Medikamente zu bekommen, höher als in einem kleinen, privat geführten Landheim.

Wir hatten ein Betroffenen- und Zeitzeugenportal; das möchte ich hier unbedingt erwähnen. Sowohl Betroffene als auch Zeitzeugen artikulieren dort ein sehr starkes, individuelles und allgemeines Aufarbeitungsbedürfnis im Hinblick auf den damals erlebten Arzneimitteleinsatz, aber auch darüber hinaus, weil sie bis heute an den Folgen von solchem Arzneimitteleinsatz leiden und, weil die Dokumentation damals sehr schlampig durchgeführt wurde, nicht immer aufschlüsselbar ist, welches Medikament, das mit einer bestimmten Nummer versehen ist, es war und daher noch immer großer Aufklärungsbedarf individuell und allgemein herrscht.

(Folie 7 der Präsentation)

Auf der Verantwortungsebene unterscheiden wir in der Studie systematische Verantwortungskonstellationen, organisationale Verantwortungskonstellationen und personenbezogene Verantwortungskonstellationen, was in der Vielschichtigkeit aber niemanden aus der Verantwortung entlassen kann.

Zu „systemisch“ wäre zu sagen, welche Maßnahmen das Land von 1940 bis 1980 ergriffen hat, um dem Missbrauch entgegenzutreten.

„Organisational“: Was haben die Einrichtungen gemacht? Wie haben sie ihre Heimärztinnen und Heimärzte kontrolliert? Wie haben sie ihre Pflegerinnen und Pfleger, ihre Pädagoginnen und Pädagogen kontrolliert? Wie wurde kontrolliert, was sie machen?

Auf der personenbezogenen Ebene sind es aktive Ärzte, Ärztinnen, Arzneimittelreferentinnen, Arzneimittelreferenten, Apothekerinnen, Apotheker, Pädagoginnen und Pädagoginnen und alle anderen entsprechenden Personen.

(Folie 8 der Präsentation)

Was sind die Folgerungen? Wir möchten in der Studie zusammenfassend festhalten, dass der breit gestreute und verbreitete missbräuchliche Einsatz von Medikamenten an Kindern und Jugendlichen im politischen, öffentlichen und wissenschaftlichen Diskurs – wirklich alle drei – lange unsichtbar war und auch unsichtbar gemacht wurde.

Was meinen wir damit? Wenn es Whistleblower gab, dann wurden diese Whistleblower nicht gehört oder sogar bedroht. Wenn beispielsweise in der Kinderheilkunde wissenschaftliche Artikel über einen solchen Missbrauch geschrieben werden sollten, dann haben die Zeitschriften diese Artikel nicht veröffentlicht. Wenn sich Leute an die Presse gewandt haben, dann wurden diese Menschen bestraft oder bedroht. Den Kindern und Jugendlichen wurde nicht zugehört. So waren es am Ende Betroffene selbst und Akteurinnen und Akteure aus der Zivilgesellschaft, die der Thematik „Arzneimittelmissbrauch“ Sichtbarkeit und Gewicht verliehen haben. Eine dieser Personen hat auch

an der Studie mitgearbeitet. Ich möchte exemplarisch Silvia Wagner nennen, die das Thema als Pharmaziehistorikerin 2016 erstmals aufgebracht hat. Die Politik reagierte verzögert auf die Missstände.

In Bezug auf die Gabe von registrierten Arzneimitteln in Institutionen findet sich bis heute ein großer Ermessensspielraum von Akteurinnen und Akteuren, was auch heute noch die Gabe in problematischen Kombinationen möglich macht, sodass wir dafür plädieren, unbedingt die angesprochene Kultur des Schweigens, also nicht darüber reden, durch eine Kultur des Hinsehens abzulösen. Deshalb enden wir den Bericht mit einer Reihe von selbstreflektiven Fragen, die sich Politik, Organisationen und Menschen, die individuell für Arzneimittelgaben verantwortlich sind, stellen sollten. – Damit danke ich für Ihre Aufmerksamkeit.

(Beifall von allen Fraktionen)

Minister Karl-Josef Laumann (MAGS): Ich möchte mich zunächst hier im Ausschuss noch einmal ganz herzlich für die Studie bei Ihnen bedanken, Herr Professor Fangerau. Außerdem bin ich sehr dankbar dafür, dass es Betroffene gibt, die an dieser Studie teilgenommen haben. Dadurch wurde eine hohe Authentizität der Studie erwirkt.

Wir haben dieses Thema im Rahmen einer großen Veranstaltung im Landtag 2019 stark öffentlich gemacht und dann mit den beiden Stiftungen versucht, die Menschen aufsuchend zu erreichen, die im Zeitraum, dem sich die Studie gewidmet hat, in Nordrhein-Westfalen in Einrichtungen gelebt haben. Von manchen Einrichtungen wurden Dokumentationen über diese Zeit erstellt. Wichtig ist, dass mit dieser wissenschaftlichen Untersuchung jetzt ein Werk zur Verfügung steht, in dem die Gesamtheit in Nordrhein-Westfalen über alle Trägerstrukturen und Regionen hinweg aufgeschrieben steht und betrachtet wird. Das ist ein großer Beitrag, damit alles das, was in den 50er- bis 80er-Jahren passiert ist, nicht in Vergessenheit gerät.

Was mich berührt, ist, dass in diesem Zeitraum Nordrhein-Westfalen schon ein richtiges Land mit einer demokratischen Regierung und einer gut strukturierten Verwaltung war und es trotzdem passiert ist.

Auch derzeit ist der Zeitgeist, alle möglichen Kontrollen und Dokumentationen abzuschaffen; alles ist Bürokratie. Da kann ich nur sagen, dass man in gewissem Umfang Kontrollen wird durchführen und Dokumentationen wird machen müssen, damit so etwas in unseren Einrichtungen heute nicht wieder passiert. Es wird immer schnell auf die Heimaufsicht, das Jugendamt oder den MD verwiesen.

Ich möchte hier im Ausschuss klar sagen, dass für mich vollkommen klar ist, dass überall dort, wo Menschen in Einrichtungen leben, die sich selbst nicht wehren können, der Staat sehr genau hinschauen muss. Wenn es um Kinder geht, steht das außer Frage. Ich füge hinzu: Es steht auch außer Frage, wenn es zum Beispiel in der Altenpflege um Menschen geht, die demenziell erkrankt sind. – Da müssen wir als Sozialpolitiker sagen, dass das vernünftig gemacht werden muss.

Ohne Dokumentationen und Kontrollen in diesen Bereichen geht es auch in der heutigen Zeit nicht. Dies sollte diese Studie uns noch einmal aufzeigen. Es sollte ein Resümee aus dieser Studie sein, dass es sehr gute Gründe gibt, dort genau hinzuschauen.

(Beifall von der CDU und den GRÜNEN)

Susanne Schneider (FDP): Sehr geehrter Herr Professor Fangerau, vielen Dank für Ihren Bericht sowie für Ihre Studie und die Ergebnisse. Ich hoffe, dass Sie persönlich und die Menschen, die die Studie mit durchgeführt haben, das Ganze gut weggesteckt haben, weil es definitiv keine leichte Kost ist. Nur vom Zuhören wird man schon traurig, wütend, alles zusammen. Ich wünsche Ihnen, dass Sie damit gut umgehen können.

Ich habe noch eine Frage. Vielleicht habe ich es nicht richtig verstanden, vielleicht habe ich nicht richtig zugehört, oder Sie haben es nicht erwähnt. Können Sie eine Zahl nennen, wie viele Menschen betroffen sind? Sie sagten, Sie hätten die Erkenntnisse aus Akten und aus Gesprächen mit Betroffenen. Dafür müssen sich die Betroffenen aber ja gemeldet haben, und dafür müssen die Akten Sie erreicht haben. Wie hoch ist aus Ihrer Sicht die Dunkelziffer noch?

Marco Schmitz (CDU): Herr Professor Fangerau, auch vonseiten der CDU-Fraktion ein ganz herzliches Dankeschön Ihnen und Ihrem Team, aber natürlich auch den Betroffenen, die an der Studie mitgearbeitet und Sie unterstützt haben. Minister Laumann hat schon gesagt, dass es erschütternd ist, zu hören, was im Namen des Staates oder zumindest unter Duldung des Staates bzw. wegen einer nicht erfolgten Aufsicht des Staates getan worden ist. Natürlich müssen wir verhindern, dass so etwas zukünftig noch einmal geschieht.

Im Rahmen des Aktenstudiums werden Sie sicherlich Kinder und Jugendliche gefunden haben, die vielleicht nicht wissen, was mit ihnen passiert ist. Vielleicht haben sie ein Gefühl, dass in ihrer Kindheit irgendetwas passiert ist, wissen es aber nicht genau, weil sie vielleicht Kleinstkinder waren oder nicht wussten, wofür die Spritze jeden zweiten Tag war und Ähnliches. Sind Sie auf die heute Erwachsen zugegangen, sofern Sie Kontaktdaten hatten? War es also so, dass man, wenn man wusste, wer es war, auf sie zugegangen ist, und ihnen gesagt hat, dass etwas in ihrer Kindheit passiert ist, das sie wissen müssen und das wichtig ist? Da geht es um eine ganz andere Personenzahl als bei denen, die selbst mitbekommen haben, dass sie mit Medikamenten bzw. körperlich missbraucht worden sind. Natürlich bekommt man körperlichen Missbrauch und häufig auch sexuellen Missbrauch mit, wenn er nicht unter Medikamenteneinfluss geschehen ist. Sind die Menschen über diese Studien informiert worden?

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Auch von der SPD-Fraktion herzlichen Dank, Herr Professor Fangerau.

Ich komme auf das zurück, was Minister Laumann gesagt hat. Es ist tatsächlich sehr erschreckend und bedrückend, wenn man das Gefühl hat, als Parlamentarier in irgendeiner Verantwortung mindestens dahin gehend zu stehen, dafür Sorge zu tragen, dass so etwas nicht noch einmal vorkommt, auch wenn keiner der im Raum Anwesenden irgendwie dafür verantwortlich ist.

Sie haben während Ihrer Präsentation erwähnt und zählen in der Studie im Kapitel 8.3 ab Seite 240 in drei Kategorien die Fragen auf, die Sie für den Leser stehen lassen.

Ich rege an, dass wir als Ausschuss uns damit beschäftigen, um zu überlegen, wie in den einzelnen Bereichen derzeit gewährleistet wird, dass so etwas nicht noch einmal passieren kann und ob das überall sichergestellt ist. Mir ist wichtig, dass wir das angehen.

Jule Wenzel (GRÜNE): Herr Professor Fangerau, vielen Dank für Ihren Bericht, den Sie mit Ihrem Team vorgelegt haben. Außerdem danke ich den Betroffenen, dass sie sich dieser Aufgabe gestellt haben, an dem Bericht mitzuwirken. Es sind traumatische Erlebnisse, die in dem Bericht zu lesen sind, und ich stelle es mir nicht einfach vor, darüber zu sprechen – vor allen Dingen, wenn so lange ein Mantel des Schweigens über den Vorgängen gelegen hat und einem sehr lange nicht geglaubt wurde, was einem passiert ist.

Ich finde wichtig, dass in dem Bericht viele Schlaglichter und nicht nur ein Schlaglicht auf die Verantwortungskonstellationen geworfen wird. Ich zitiere mit Erlaubnis des Vorsitzenden von Seite 235 des Berichts:

> „In fast allen rekonstruierten Zusammenhängen waren nicht nur mehrere Personen beteiligt, sondern es wurden unterschiedliche organisationale, infrastrukturelle und systembezogene Ebenen benannt oder sichtbar. Hierzu gehörten Ärzt:innen, Apotheker:innen, Arzneimittelproduzent:innen, pädagogisches Fachpersonal und (Sozial-)Pädagog:innenverbände oder -organisationen ebenso wie Betreiber:innen von Heimen wie u. a. die Kirchen, die Heimaufsicht, das ‚System' der Jugend-, Sozial- und Gesundheitsfürsorge und ‚die Politik' als überzeitliche Repräsentanten einer Gesellschaft."

Das ist ein Geflecht, gegen das ein Betroffener nicht ankommen kann. Es wurde ein Konsens zwischen Verantwortlichen auf allen Ebenen geschaffen, gegen den man alleine nicht ankommen kann. Es ist eine große Verantwortung von uns, dies heute anzuerkennen und als Mahnung für die Zukunft zu nehmen, dass es einen solch menschenverachtenden Konsens in Zukunft nicht mehr geben darf.

Der Minister hat richtig ausgeführt, dass wir hinschauen müssen. Ich danke noch einmal allen Beteiligten, dass sie mit diesem Bericht ihren Beitrag dazu leisten, dass wir eine Kultur des Hinsehens schaffen, wie Sie es genannt haben.

Abschließend ist mir wichtig, dass dieses Hinsehen jetzt nicht aufhört, wenn es noch immer Betroffene gibt, die individuell ein Interesse daran haben, das, was ihnen passiert ist, noch aufzuklären. Ich finde, es muss weiter Strukturen geben, an die sich Betroffene in einem solchen Fall wenden können, um Licht ins Dunkel ihrer eigenen, persönlichen Geschichte zu bringen. Daher lautet meine Frage zum Abschluss: Gibt es Strukturen, an die sich Betroffene weiterhin wenden können, wenn ihnen dieses unsagbare Leid widerfahren ist?

Prof. Dr. Heiner Fangerau (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Ich beginne mit den Zahlen. Am Anfang haben wir uns gefragt, ob es uns überhaupt gelingt, konkrete Zahlen zu benennen und bis in die vierte oder fünfte Ziffer eine Nummer in den

Zehntausendern und oder Hunderttausendern zu bekommen. Dies gelingt schon allein deshalb nicht, weil wir nicht einmal aus amtlichen Unterlagen ganz genau wissen, wie viele Kinder und Jugendliche zwischen 1946 und etwa 1980 überhaupt in Heimen der Behindertenhilfe, Kinderpsychiatrien und anderen Einrichtungen untergebracht waren. Eine ziemlich valide Schätzung besagt, dass es für den ganzen Zeitraum etwas über 500.000 Kinder und Jugendliche waren. Bei den sogenannten Verschickungskindern – dies ist eine Selbstbezeichnung der Gruppe, also verstehen Sie es nicht falsch – weiß man es besser. Deren Zahl liegt in dem Zeitraum bis 1990 bei ungefähr 2,1 Millionen aus Nordrhein-Westfalen, die an diesen Verschickungen teilgenommen haben. Es hat nicht alles in Nordrhein-Westfalen, sondern zum Beispiel auch auf den Nordseeinseln oder in Bayern stattgefunden.

Auf dieser Grundlage und auf der Grundlage der Daten, die wir sammeln können, also Krankenakten, Verwaltungsakten und Einrichtungsakten, können wir keine Gesamtzahlschätzung vornehmen, die jedem weiteren Aktenfund so weit standhält, dass sich dadurch nichts verschieben kann.

Im Rahmen der Studie haben wir knapp über 4.000 individuelle Fälle betrachtet, in der Hand gehabt. Außerdem gibt es Fälle, die andere Kolleginnen und Kollegen schon im Vorfeld angesehen haben, sodass wir mit all diesen Fällen und der Literatur auf den Stand von 15 bis 20 % kommen. Ich würde sogar sagen, dass der Anteil darüber liegt, und das können wir auf die 500.000 Menschen, die das potenziell in den Heimeinrichtungen betrifft, extrapolieren.

Um noch eine Zahl zu den Verschiebungsheimen zu nennen. An der Initiative, die die ehemaligen Verschickungskinder selbst aufgesetzt haben, haben sich bundesweit über 10.000 Leute beteiligt. Inzwischen können es sogar noch mehr sein; das war der Stand, als wir die Studie beendet haben.

Auch die Heimkinder haben sich organisiert. Wir haben mit den größten Gruppen gesprochen. Allein dort gibt es alles in allem mehr als 100 Mitglieder, die heute noch leben, aktiv sind und über Missbrauch berichten können.

Sie fragten, wie viele Leute es potenziell betreffe. Es sind eher über 10.000 als unter 1.000 Leute. Das ist die Antwort, so klar sie mit historischen Zahlen eben möglich ist.

In Bezug auf das Nichtwissen von Menschen greift gewissermaßen das, was beim vorherigen Tagesordnungspunkt schon Thema war. Der Datenschutz macht selbst Historikerinnen und Historikern einen Strich durch die Rechnung. Wenn wir zur frühen Neuzeit arbeiten und dort Gesundheitsakten anschauen, haben wir einen Namen und können diesen weiterverfolgen und finden, wann jemand in einer psychiatrischen Einrichtung war, warum er dort war und wie der Mensch behandelt wurde. Dies könnten wir anhand dieser Akten theoretisch herausfinden. Das alles sind aber Menschen, die rein theoretisch noch leben. So wenig wie sie den Arzneimittelstudien zugestimmt haben, so wenig haben sie zugestimmt, dass wir heute in ihre Akten schauen und ihre Fälle analysieren. Deshalb haben wir alles anonymisiert und dann anonym ausgewertet, was die Möglichkeit einer Kontaktierung verbot. Wir haben nur mit den Leuten gesprochen, die mit uns sprechen wollten. Dank der Hilfe der Betroffenen und ihrer Vertreterinnen und Vertreter hatten wir da einen Zugang.

Als Historiker würde ich gerne alles wissen. Man muss aber die Belange der Betroffenen berücksichtigen. Es geht um Leute, die theoretisch – auch wenn es nur theoretisch ist – heute noch leben; das gilt selbst für die damals schon Jugendlichen, die heute recht alt wären.

Das Nichtwissen der Betroffenen hat auch Auswirkungen auf das, was Sie thematisierten. Viele Betroffene, mit denen wir gesprochen haben, wollen darüber eigentlich nicht mehr reden. Das wurde auch im Zeitzeugenportal artikuliert. Es bereitet ihnen Schmerzen und Leid. Sie haben es trotzdem getan, um Licht in diese Aufarbeitung zu bringen und durch ihre Beteiligung dazu beizutragen, dass dieses Schweigen durchbrochen wird.

Wenn Sie die Fragen, die wir in der Studie stellen, ernst nehmen und im Ausschuss noch einmal diskutieren würden, wären wir Ihnen sehr dankbar. Wir hatten vom Landtag nämlich den Auftrag, genau solche Fragen, wie wir sie dort aufgeworfen haben, zu stellen. Uns ist klar, dass die Möglichkeiten beispielsweise eines Ministeriums ebenso wie die Möglichkeiten einer individuellen Person auf dem jeweiligen Feld begrenzt sind, auf eine andere Systemstufe der Verantwortung zu gehen. Damit wir möglichst nah an das herankommen, was jeden betrifft, haben wir die Fragen so gestellt.

Meine letzte Anmerkung. Sie stellten fest, welch ein Kartell, welche Strukturen des Schweigens herrschten. Man darf nicht vergessen, dass bis spät in die 60er-Jahre – bis mindestens 1968; ich nenne dieses Schlüsseldatum, weil sich da vieles verändert hat – in der BRD allgemein und in NRW noch in einer besonderen Form eine Personenkonstellation vorlag, die aus einer Denktradition kam, die Menschen in „förderbar“, „nicht förderbar“, „heilbar“ und „nicht heilbar“, in unterschiedliche Wertigkeit eingestuft hat. Diese unterschiedliche Wertigkeit von Menschen hatte radikale Auswirkungen auf den Umgang mit Menschen, die als nicht förderbar, förderwürdig usw. eingestuft worden sind, in den Einrichtungen. In den späten 60er-Jahren fand ein Generationenwechsel statt. Die Systeme der Einrichtungen haben sich verändert, die Pädagogik hat sich mit dem Generationenwechsel verändert. Dies führte dazu, dass sich die Situation scheinbar verbessert hat. Trotzdem können wir auch mit Blick auf die 80er-Jahre keine reine Erfolgsgeschichte erzählen, weil die Ermöglichungsbedingungen für missbräuchlichen Arzneimitteleinsatz immer noch vorliegen und weil diese Denkstrukturen, Menschen nach ihrem vermeintlichen Wert einzuteilen, immer noch existieren, wie Sie alle wissen. – Deshalb brauchten wir diese Fragen.

Meral Thoms (GRÜNE): Ich bin erschüttert von dem Bericht und habe mich gefragt, wer gerade bei den Medikamentenversuchen zu neuen Heilverfahren davon profitiert hat. Warum wurde das gemacht? Haben Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler diese Daten genutzt, oder waren es Pharmaunternehmen?

Prof. Dr. Heiner Fangerau (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Das ist eine gute Frage, weil sie auf die Personenkonstellationen und die Verschränkungen abzielt.

Ich beginne einmal bei meinem eigenen Feld, der Wissenschaft. Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen haben dadurch ihr Erkenntnisinteresse befriedigt, konnten aber auch publizieren und damit die Währung der Wissenschaft, beispielsweise Publikationen,

bedienen. Davon hat die arzneimittelproduzierende Firma etwas, weil sie bei positiven Befunden Medikamente auf den Markt bringen oder bei der Ausweitung von Indikationen den Markt vergrößern kann. Da gibt es zwei Interessen. Wir hatten auch Fälle, in denen Geld geflossen ist. Es haben aber schon frühere Studien, nicht erst unsere gezeigt, dass ein Arzt, der vielleicht weniger wissenschaftliche Ambitionen hatte, publiziert hat, weil er dafür Geld bekommen hat.

Die Pädagogik als System hatte etwas davon, wenn es zum Beispiel Medikamente gab, die dazu beitrugen, dass die Kinder – in Anführungszeichen – normalisiert, also leicht führbar, still und brav waren. Dies erfordert weniger pädagogischen Aufwand. Der Kollege Kaminsky hat einmal aus einer Quelle zitiert. Da heißt es: Die Verbreiterung der pädagogischen Angriffsfläche. – Auch darum geht es. Sie sehen, dass verschiedene Gruppen etwas davon hatten.

Wir haben auch interessante Unterlagen erhalten, in denen man sieht, wie eine Ärztin auf einer Kur ein Medikament gegen Reisekrankheit testen wollte. Davon hatte auch noch die Kuranstalt, in die die Kinder gingen, etwas. An dem Fall spannend war, dass die Behörde eingeschritten ist und bei der zuständigen Person im Sanitätswesen interveniert und gefragt hat: Was für eine Publikation schicken Sie mir hier? Lassen Sie das bitte sofort sein. – Warum erzähle ich Ihnen das? Damit möchte ich Ihnen sagen, dass das, was wir in der Studie zeigen, manchmal damit abgetan wird, das sei eben üblich gewesen und es hätten doch alle so gemacht. Dieser Fall zeigt – das zeigen wir in der Studie ausführlich –, das es der Ethik, dem Recht und der Rechtsauffassung der handelnden Behörden widersprach.

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier: Herr Professor Fangerau, ich danke Ihnen für Ihren Vortrag und für Ihre Antworten auf die Fragen sowie den Gästen, die zu dem Tagesordnungspunkt erschienen sind. Vielen Dank für Ihr Erscheinen und alles Gute für Ihre Zukunft!

3 Zweites Gesetz zur Änderung des Strafrechtsbezogenen Unterbringungsgesetzes NRW

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 18/14558

(Überweisung des Gesetzentwurfs an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend – sowie an den Rechtsausschuss am 09.07.2025)

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Marco Schmitz (CDU), eine Anhörung durchzuführen.

4 Berufsorientierung stärken – Freiwilliges Handwerksjahr einführen!

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/12766

Ausschussprotokoll 18/891 (Anhörung vom 30.04.2025)

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales – federführend –, an den Ausschuss für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie sowie an den Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend am 20.02.2025)

Mithilfe des Antrags könne viel zur Beseitigung der Unsicherheit junger Menschen bei der Berufswahl beigetragen werden, erläutert **Susanne Schneider (FDP)**. Junge Menschen wüssten um eine Vielzahl an Berufen im Handwerk nicht, während aber im Handwerk händeringend nach Fachkräften gesucht werde. Sie halte es daher für eine Chance, wenn ein junger Mensch in einem Jahr vier Gewerke, vier Firmen und vier Chefs niedrigschwellig kennenlernen könne. In Schleswig-Holstein gebe es das freiwillige Handwerksjahr bereits. Dort laufe es erfolgreich.

Optimalerweise werde künftig eine bundeseinheitliche Lösung gefunden und das freiwillige Handwerksjahr mit anderen Freiwilligendiensten gleichgestellt.

Susanne Schneider (FDP) fordere die Gleichstellung mit anderen Freiwilligendiensten, greift **Jule Wenzel (GRÜNE)** auf. Im Rahmen der Anhörung sei jedoch infrage gestellt worden, ob eine solche gerechtfertigt sei, und sich dabei etwa auf die pädagogische Begleitung, der nicht mit jener bei anderen Freiwilligendiensten verglichen werden könne, bezogen worden. Es müsse eine Evaluation laufender Projekte abgewartet werden, um ein freiwilliges Handwerksjahr in NRW pädagogisch wertvoll ausgestalten zu können. Sobald eine gleichwertige Ausgestaltung sichergestellt sei, stehe ihre Fraktion der Einführung eines freiwilligen Handwerksjahrs offen gegenüber.

Er freue sich über jeden Handwerksmeister, der Praktikumsplätze zur Verfügung stelle, führt **Marco Schmitz (CDU)** aus. Die Kammern, in deren Zuständigkeit dieses Angebot falle, sollten das Handwerk dabei unterstützen, es steuern und regeln, wie er im Rahmen der Anhörung und der Auswertung derselben schon verdeutlicht habe. Dafür müsse nicht das Land in die Verantwortung genommen werden. Normale Plätze für dreimonatige Praktika im Handwerk würden schließlich bezahlt, weshalb seine Fraktion eine dem FSJ ähnliche Bezahlung für nicht notwendig halte.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD gegen die Stimme der FDP-Fraktion bei Enthaltung der SPD-Fraktion ab.

5 Ausverkauf bei BP im Ruhrgebiet? Raffinerien haben eine Zukunft in NRW – die Landesregierung muss Standorten und Arbeitsplätzen eine Perspektive sichern

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/13147 – Neudruck

Ausschussprotokoll 18/934 (Anhörung vom 01.07.2025)

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Wirtschaft, Industrie, Klimaschutz und Energie – federführend –, an den Verkehrsausschuss sowie an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 27.03.2025)

Der Eindruck, alle industriepolitischen Themen würden vor allen Dingen im für Wirtschaft zuständigen Ausschuss behandelt, verfestige sich, merkt **Lena Teschlade (SPD)** an. Da viele Aspekte aber auch im Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales behandelt werden sollten, werde sie weiter auf die Notwendigkeit, sich dem Abbau von industriellen Arbeitsplätzen in Nordrhein-Westfalen zu widmen, hinweisen.

Insbesondere beim Abbau von Arbeitsplätzen würden Tarifverträge und Sozialtarifverträge nicht mehr eingehalten und Betriebsräte stießen auf Schwierigkeiten bei den Verhandlungen. Bei Ford in Köln sei das Ergebnis besser als erwartet ausgefallen. Es gehe aber um industrielle Arbeitsplätze überall in Nordrhein-Westfalen, etwa auch bei thyssenkrupp.

Daher müsse Industriepolitik im Land gesteuert werden. Der für Arbeit zuständige Minister müsse einschreiten, der für Wirtschaft zuständigen Ministerin zur Seite stehen und sich für das Thema verantwortlich fühlen.

All diesen Aspekten und insbesondere der chemischen Industrie in Nordrhein-Westfalen werde sich im Antrag gewidmet. In diesem Sektor drohe im schlimmsten Fall der Verlust von bis zu 100.000 Arbeitsplätzen. Unternehmen wie Bayer und INEOS und damit die gesamte „Chemieregion“ in NRW gerieten zunehmend unter Druck.

Sie hoffe auf Zustimmung zum Antrag – allein, um zu signalisieren, dass der für Arbeit zuständige Ausschuss den Bereich „industrielle Arbeitsplätze“ sehr ernst nehme.

Der Ausschuss lehnt den Antrag mit den Stimmen der Fraktionen von CDU, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und AfD gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und FDP ab.

6 Personaloffensive „Kita-Zukunft NRW“ – Fachkräfte verbinden Ost und West

Antrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 18/14530

(Überweisung des Antrags an den Ausschuss für Familie, Kinder und Jugend – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie an den Ausschuss für Heimat und Kommunales am 09.07.2025)

Es erhebt sich kein Widerspruch gegen den Vorschlag des stellvertretenden Vorsitzenden, die Stellungnahmen zur im federführenden Ausschuss beschlossenen Anhörung abzuwarten.

7 Bessere Versorgung und schnellere Diagnose: Wie Lipödem-Betroffenen in NRW geholfen werden kann

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 18/14540

(Überweisung des Antrags an den Wissenschaftsausschuss – federführend –, an den Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales sowie an den Ausschuss für Gleichstellung und Frauen am 09.07.2025)

Der Ausschuss folgt dem Vorschlag von Christina Weng (SPD), sich vorbehaltlich des Beschlusses einer Anhörung im federführenden Ausschuss pflichtig an dieser zu beteiligen.

8 Schulungs- und Inklusionsmaßnahmen für Kinder mit Typ 1 Diabetes *(Bericht beantragt von den Fraktionen von SPD und FDP [siehe Anlage 3])*

Bericht
der Landesregierung
Vorlage 18/4163

Thorsten Klute (SPD) bittet um eine detaillierte Darstellung, welche Maßnahmen, Projekte und Einrichtungen in welcher Höhe gefördert würden, da dies aus dem Antrag nicht hervorgehe. Diese Darstellung könne auch im Nachgang schriftlich zur Verfügung gestellt werden. Dem Bericht entnehme er, dass von den zwei genannten Einrichtungen eine weiterhin gefördert werde, die andere nicht mehr. Ein Grund dafür sei nicht erkennbar.

Die Förderung beschränke sich auf die allgemeinen Informationsveranstaltungen sowie einzelfallbezogene Schulungsmaßnahmen, führt **RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS)** aus. So werde seit Langem verfahren, sodass sich nichts verändert habe.

Die Änderungen bezögen sich auf die Struktur, auf den Anbieter, weil das Ministerium die Auffassung vertrete, mit der verabredeten Richtlinie gebe es ein einfacheres, transparenteres und besseres Verfahren, mit dem pauschalisierte Abrechnungen auch über ein ganzes Jahr ermöglicht würden.

Über das neu geschaffene Landesamt für Gesundheit und Arbeitsschutz könne das Thema im direkten Kontakt mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den kinder- und jugendärztlichen Diensten bearbeitet werden.

Thorsten Klute (SPD) fragt nach, ob weiterhin gefördert werde, was bisher die Deutsche Diabetes-Hilfe und der Verein Pro Kid geleistet hätten, woraufhin **RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS)** antwortet, alles, was bisher gefördert worden sei, werde weiter gefördert. Die Einzelfallberatung, die ebenfalls zum Angebot des Vereins gehöre, werde wie schon bisher nicht gefördert.

In Nordrhein-Westfalen gebe es viele Unterstützungsmöglichkeiten für Kinder und Jugendliche mit Typ-1-Diabetes und deren Familien, erläutert **Meral Thoms (GRÜNE)**. Die Anzahl der Fälle mit erheblichem Unterstützungsbedarf steige kontinuierlich.

Sie danke allen Vereinen und Initiativen, die Schulungen und Begleitungen anböten und sich in dem Bereich engagierten. Pro Kid leiste zentral wichtige Arbeit.

Mit der neuen Förderrichtlinie gebe es klare Rahmenbedingungen und eine Verstetigung der Förderung. Die Förderung beschränke sich also nicht mehr auf befristete Einzelprojekte. So werde mehr Planungssicherheit geschaffen. Wie im Bericht dargelegt, werde es künftig zur Jahresmitte ein Monitoring geben, um festzustellen, ob es Mehr- oder Minderbedarfe gebe.

Die vorliegende Petition zeige, dass aber noch Herausforderungen bei der Umsetzung der Förderrichtlinie zu bewältigen seien. Es müsse also genau hingeschaut werden. Freiberufliche Diabetesberaterinnen und -berater dürften durch die Förderrichtlinie nicht benachteiligt werden. Selbstverständlich müsse es Mechanismen zur Qualitätssicherung geben. Dazu müsse man im Dialog mit den denjenigen stehen, die vor Ort über Expertise verfügten.

Ihre Fraktion werde den Prozess weiterhin kritisch-konstruktiv begleiten und sei zuversichtlich, dass ein sehr enger Dialog mit den Akteurinnen und Akteuren gesucht werde. Die Förderstrukturen müssten schlank und unbürokratisch sein, damit sich die Fachkräfte auf das Wesentliche, nämlich die Unterstützung der Kinder, konzentrieren könnten.

Sie habe sich ähnliche Fragen wie Thorsten Klute (SPD) gestellt, erklärt **Susanne Schneider (FDP)**.

Sie freue sich, dass Pro Kid weiter gefördert werde, weil in dem Verein wirkliche Experten tätig seien. Über das Thema werde schon seit langer Zeit beraten. Zu Beginn hätten die Grünen übrigens verneint, dass Handlungsbedarf bestehe. In der vergangenen Legislaturperiode, als die FDP eine der regierungstragenden Fraktionen gewesen sei, habe ihre Fraktion erneut einen Antrag zu dem Thema gestellt, wonach Pro Kid endlich eine Förderung erhalten habe.

Der Verein setze sich gegen die Benachteiligung von Kindern ein. Es habe Fälle gegeben, in denen Kindern nicht mit auf eine Klassenfahrt gedurft hätten und Schüler nicht am Sportunterricht hätten teilnehmen dürfen, weil Lehrer befürchtet hätten, dass an Diabetes Typ 1 erkrankten Kindern etwas passiere. Es sei außerdem vorgekommen, dass infrage gestellt worden sei, dass die betroffenen Kinder im Unterricht essen oder ihren Blutzuckerspiegel messen dürften.

Ihre Fraktion werde den weiteren Verlauf kritisch beobachten, weil ihr das Thema sehr am Herzen liege, und die Landesregierung nicht aus ihrer Verantwortung entlassen.

9 Kinderschutzmediziner schlagen Alarm: Ambulanzen am Limit und unterfinanziert *(Bericht beantragt von der FDP-Fraktion [siehe Anlage 4])*

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Ich führe zunächst in das Thema ein und will auf die Vergangenheit Bezug nehmen.

Zunächst einmal ist der Schutz von Kindern und Jugendlichen vor Vernachlässigung, Misshandlung und sexualisierter Gewalt natürlich ein zentrales Anliegen der nordrhein-westfälischen Landesregierung. Ich erinnere, dass die Landesregierung infolge der Missbrauchsfälle in Lügde im Sommer 2019 per Kabinettbeschluss die interministerielle Arbeitsgruppe Prävention zum Schutz vor und Hilfe bei sexualisierter Gewalt gegen Kinder und Jugendliche eingerichtet und sie beauftragt hat, ein Handlungs- und Maßnahmenkonzept vorzulegen. In diesem Konzept, das im Jahr 2020 von der Landesregierung vorgelegt worden ist, wurden rund 60 Maßnahmen der verschiedenen Ressorts für die Bereiche „Prävention", „Intervention" und „Hilfen" gebündelt.

Die Förderung der Kinderschutzambulanzen in Nordrhein-Westfalen ist ein wichtiger Bestandteil dieses Gesamtkonzepts und bildet gemeinsam mit der Finanzierung des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen die Basis für den medizinischen Kinderschutz in Nordrhein-Westfalen. Kinderschutzambulanzen leisten wichtige Hilfe beim Erkennen von Zeichen für Vernachlässigung, Misshandlung und sexualisierte Gewalt und beim Ergreifen der notwendigen Maßnahmen durch kindgerechte ambulante und stationäre Diagnostik von Verdachtsfällen oder im Rahmen akuter Krisenintervention. Sie sind damit im Hilfesystem der Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung oder sexualisierter Gewalt geworden sind, ein zentraler Baustein.

Durch die Förderung des Kompetenzzentrums Kinderschutz im Gesundheitswesen, aber auch durch die Förderung der Ambulanzen ist es gelungen, das Thema „Kinderschutz" in allen Bereichen des Gesundheitswesens, die mit Kindern und Jugendlichen in fachlichen Kontakt kommen, thematisch zu platzieren.

Die Ambulanzen selbst sind nahezu ausschließlich an Kliniken und Krankenhäusern angesiedelt. Sie sind Anlaufstelle für Eltern, aber auch für Erziehungs- und Lehrkräfte, die Ärzteschaft, Justiz und Polizei. Körperliche Misshandlung, sexualisierte Gewalt und Vernachlässigung gehören zu den hauptsächlich festgestellten Arten von Kindeswohlgefährdung. Die Ambulanzen leisten medizinische Versorgung, Diagnostik und rechtssichere Dokumentation. Sie arbeiten mit Beratungsstellen, Jugendämtern, Rechtsmedizin, Polizei und Justiz zusammen.

Auf Initiative des MAGS treffen sich die aus Landesmitteln geförderten Kinderschutzambulanzen und das Kompetenzzentrum Kinderschutz im Gesundheitswesen zweimal im Jahr, um sich zu fachlichen und strukturellen Fragestellungen auszutauschen.

Im Jahr 2019 wurden 13 Kinderschutzambulanzen aus Landesmitteln gefördert. Dieses Jahr fördern wir bereits 25 Kinderschutzambulanzen. Dabei gibt es eine Bandbreite zwischen kleinen Ambulanzen, die vielleicht 60 Kinderschutzfälle im Jahr haben, und großen Einrichtungen wie die Kinderschutzambulanz in Datteln mit bis zu 1.000 Fällen pro Jahr. Auch wenn es noch weiße Flecken auf der Landkarte gibt, so hat sich

doch die Zahl der aus Landesmitteln geförderten Kinderschutzambulanzen inzwischen nahezu verdoppelt.

Das MAGS kann mit seinen Fördermitteln jedoch, so denke ich, nur Anreize schaffen. Den Schritt, sich verstärkt dem Kinderschutz zu widmen und eine Ambulanz einzurichten, können letztlich nur die Träger der Krankenhäuser und Einrichtungen selbst gehen.

Eine schwerwiegende Hürde, den Kinderschutz weiter voranzutreiben zu können, ist auch unserer Einschätzung nach sicherlich die Gesamtfinanzierung. Kinderschutzambulanzen können zwar bestimmte Leistungen mit den Krankenkassen abrechnen, andere Versorgungselemente wie die notwendige Zusammenarbeit mit den verschiedenen im Kinderschutz tätigen Professionen sind jedoch vom GKV-System nicht umfasst und müssen anderweitig finanziert werden. Genau diese Problematik war und ist der Grund, die wichtige Arbeit der Ambulanzen in Nordrhein-Westfalen aus Landesmitteln finanziell zu unterstützen.

Dieses Problem der Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes war auch Ausgangspunkt für das Projekt MeKidS.best „Medizinischer KinderSchutz im Ruhrgebiet – einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit zur verbesserten Detektion und Versorgung bei Kindeswohlgefährdung“. Das war ein Projekt, das aus Mitteln des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses gefördert und in 15 pädiatrischen Praxen und 9 Kinder- und Jugendkliniken im Ruhrgebiet durchgeführt wurde. Ziel war neben der Entwicklung und Erprobung neuer Versorgungsformen auch die Erarbeitung von Modellen zur möglichst kostendeckenden Finanzierung der Leistungen, die im medizinischen Kinderschutz erbracht werden. Inzwischen liegen die Evolutionsergebnisse dieses wichtigen Projektes vor und werden bei uns im MAGS aktuell ausgewertet. Sie beinhalten auch Szenarien zur möglichen Vergütungs- und Finanzierungsstruktur im Rahmen der sektorenübergreifenden Versorgung.

In dem WDR-Bericht, der unter anderem Anlass für die heutige Diskussion hier im Ausschuss ist, unterstreicht auch die Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin und Leiterin der Kinderschutzambulanz in Datteln Frau Dr. Brüning, dass die Lösung für die Finanzierung des medizinischen Kinderschutzes auf Bundesebene liegt. Ziel muss es sein, eine auskömmliche Finanzierung des gesamten medizinischen Kinderschutzes hinzubekommen, und zwar bundesweit, flächendeckend und standortunabhängig. Die Finanzierung muss nach gleichen Regeln und nach einheitlichen Mechanismen organisiert und vergütet werden. Nur so kann eine finanzielle und in der Folge auch möglicherweise personelle Überlastung im Kinderschutz vermieden werden.

In der Folge dieser auch internen Diskussion, aber natürlich auch Diskussionen in diesem Innovationsfondsprojekt wird sich das MAGS in geeigneter Weise auf Bundesebene dafür einsetzen, dieses Ziel zu erreichen. In diesem Zusammenhang prüfen wir Möglichkeiten einer Befassung der Gesundheitsministerkonferenz oder auch einer Bundesratsinitiative.

Den Haushaltsberatungen im Landtag für 2026 kann ich hier und heute natürlich nicht vorgreifen. In unseren internen Planungen ist eine Fortführung der Förderung fachlich

priorisiert. Das ist sozusagen der fachliche Wunsch auch aus meiner Abteilung. Wir bereiten uns natürlich in Abhängigkeit von den Haushaltsberatungen auf einen neuen Förderaufruf vor, damit wir ihn, wenn wir Klarheit über die Finanzierung, die Haushaltslage haben, im Herbst veröffentlichen können.

Susanne Schneider (FDP): Herr Herrmann, danke für diesen spannenden Bericht. Ich habe noch ein paar Nachfragen. In welcher Form soll die bisherige Landesförderung der Kinderschutzambulanzen fortgesetzt werden? Wie hält die Landesregierung den bisherigen Festbetrag von 30.000 Euro angesichts der gestiegenen Bedarfe und Personalkosten noch für ausreichend? Wann soll ein neuer Förderaufruf veröffentlicht werden? Welche Möglichkeiten sieht die Landesregierung, Leistungen der Kinderschutzambulanzen besser im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu können?

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Dazu ergänzend stelle ich eine weitere Frage. Wie beabsichtigt die Landesregierung, mit diesem Hilferuf umzugehen?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Die Beantwortung der Frage hängt natürlich von den Haushaltsberatungen, denen ich heute nicht vorgreifen kann, ab. Aktuell fördern wir die Kinderschutzambulanzen mit 30.000 Euro und haben für unsere interne Planung auf Basis dessen, was wir in diesem Jahr im Haushalt der Abteilung haben, gesagt, dass diese 30.000 Euro eine Summe wären, mit der wir weiterhin handeln könnten.

Die Frage nach der Gesamtfinanzierung muss geklärt werden, und zwar, wie ich eben dargestellt habe, möglichst bundeseinheitlich. Deswegen werden wir die Vorschläge seitens des Projekts MeKidS.best in Ruhe auswerten müssen, um zu schauen, in welcher Form wir auf Bundesebene aktiv werden können. Es könnte ein Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz oder eine Bundesratsinitiative sein. Das entscheiden wir je nachdem, wie es politisch am sinnvollsten erscheint. – Das sind die Möglichkeiten.

Eben hatte ich am Ende kurz erwähnt, dass wir, wenn es so sein sollte, dass wir absehen können, dass die Haushaltsmittel uns in der Form zur Verfügung stehen wie in diesem Jahr, die entsprechende Ausschreibung für die weiteren Projektförderungen im späteren Herbst auf den Weg bringen würden.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Nur, damit ich es richtig verstanden habe: Trotz des Hilfeschreis ist nicht geplant, über die 30.000 Euro hinauszugehen?

RB'r Gerhard Herrmann (Abteilungsleiter MAGS): Ich kann nur wiederholen, dass ich nicht planen kann, solange ich nicht weiß, welche Haushaltmittel der Landtag dem MAGS zur Verfügung stellt. Im Grunde geht es darum, die Finanzierung so sicherzustellen, dass unabhängig von unserem Einzelhaushalt eine verlässliche Finanzierung auf Bundesebene geregelt wird, darüber die Finanzierung der Ambulanzen auskömmlich ist und neben dem medizinischen auch alle anderen Teilbereiche entsprechend sauber und verlässlich finanziert werden.

Lisa-Kristin Kapteinat (SPD): Natürlich entscheidet schlussendlich das Parlament. Wenn ich es richtig verstanden habe, legt die Landesregierung aber ja schon einen Haushalt vor, der dafür Grundlage ist und gibt damit einen Hinweis, in welche Richtung man gehen möchte.

10 Sicherheitskonzepte in psychiatrischen Einrichtungen des LWL nach dem Vorfall in Paderborn *(Bericht beantragt von der SPD-Fraktion [siehe Anlage 5])*

LMR'in Birgit Szymczak (MAGS) berichtet:

Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Zunächst ist vorauszuschicken, dass die Unterbringung der 13-Jährigen in einer allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie nicht im Rahmen einer forensischen Unterbringung, also nicht im Rahmen des Maßregelvollzugs, erfolgte. Anders als im Maßregelvollzug hat das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales im Bereich der allgemeinen Kinder- und Jugendpsychiatrie entweder über das Krankenhausgestaltungsgesetz oder das PsychKG, also das Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, ausschließlich eine Rechtsaufsicht über die Kliniken.

Die Ausgestaltung von etwaigen Sicherheitskonzepten obliegt daher den jeweiligen psychiatrischen Kliniken in ihrer Eigenverantwortung. Sowohl nach dem Krankenhausgestaltungsgesetz als auch nach dem PsychKG haben Psychiatrien vorrangig den Auftrag, psychisch kranke Menschen zu behandeln, indem sie eine umfassende Versorgung bieten, die von der Diagnose und der Krisenintervention bis zu langfristigen Behandlungsplänen reicht. Dabei sollen möglichst offene Konzepte angewandt werden. Dies ist im PsychKG ausdrücklich so verankert.

Unter diesen Voraussetzungen konzentrieren sich die Sicherheitskonzepte in Psychiatrien primär auf die Sicherheit der Patientinnen und Patienten innerhalb der Klinik zur Vermeidung von Fremd- und/oder Eigengefährdung sowie dem Schutz gegenüber dem Personal vor Ort.

Diese Konzepte beinhalten Maßnahmen wie Zugangskontrollen, Videoüberwachung und Schulungen zur Deeskalation sowie zur Hygiene. Dabei sind die jeweiligen Konzepte individuell auf die jeweilige Einrichtung zugeschnitten, da unterschiedliche Risiken und Bedürfnisse vorliegen.

Neben den Aspekten der baulichen Sicherheit wie die Absicherung der Fenster durch gegebenenfalls vorhandene Schließsysteme besteht eine Kombination aus qualifizierten Behandlungen im Rahmen der Therapie und organisatorischen Regelungen zur Sicherheit. Klare Strukturen und geschultes Personal gehören dazu.

Der Schwerpunkt liegt auf patientenzentrierter und -orientierter Behandlung, die sowohl in den gesicherten Bereichen als auch in der offenen Unterbringung erfolgen kann. Dabei basiert die Unterbringung der Patienten auf den individuellen Behandlungsfortschritten – abhängig von der jeweiligen Patientenklientel der Klinik.

Darüber hinaus erfolgen jährlich Überprüfungen in den Einrichtungen vor Ort durch die Besuchskommission nach § 23 PsychKG.

Seit Herbst 2024 liegt ein Leitfaden der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen für Beschäftigte zu Gewaltschutz im Krankenhaus vor, der unter anderem mit psychiatrischen Kliniken erarbeitet worden ist. Er trägt den Titel „Gewalt und Gewaltprävention im Krankenhaus". Dieser Leitfaden wurde in Zusammenarbeit mit dem Präventionsnetzwerk #sicherimDienst des Ministeriums des Inneren des Landes

Nordrhein-Westfalen erarbeitet. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat sich auch offiziell dem Netzwerk #sicherimDienst angeschlossen.

Das Gesundheitsministerium sowie zentrale Akteure des Gesundheitswesens in Nordrhein-Westfalen haben im Februar 2025 eine Initiative gegen Rassismus, Gewalt und Diskriminierung gegenüber den Beschäftigten im Gesundheitswesen gestartet. Neben dieser Initiative hat das Gesundheitsministerium im Mai 2024 einen runden Tisch ins Leben gerufen, der einen Austausch zwischen dem Ministerium und Fachleuten aus Einrichtungen des Gesundheitswesens zum Thema „Gewalt“ ermöglicht und die Vernetzung der Institutionen zum Schutz der Beschäftigten fördert. In diesem Rahmen sollen unter anderem strukturierte hausinterne Meldewege und Curricula für Arbeitsschutzbeauftragte erarbeitet werden, die auch als Gewaltschutzbeauftragte fungieren können. Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen nimmt ebenfalls an diesem runden Tisch teil.

Die Landschaftsverbände und die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen haben bestätigt, dass Sicherheitskonzepte landesweit in allen Psychiatrien vorliegen, diese ständig überprüft und entsprechend der örtlichen Gegebenheiten und der individuellen Besonderheiten der Patientinnen und Patienten kontinuierlich weiterentwickelt werden. Ganz konkret existiert in den Kliniken des LWL in Paderborn und Mauersberg die Handlungsanweisung Patientensicherheit auf geschlossenen Stationen. Diese wurde am 17.04.2023 freigegeben.

Als Reaktion auf den konkreten Vorfall sind nun weitere Maßnahmen in der Klinik ergriffen worden. Unter anderem wurde eine verbindliche, neue Anweisung zum Umgang mit scharfen Messern und anderen gefährlichen Gegenständen erarbeitet. Zudem werden auch die Sicherheitsschulungen und die Schutztechnikschulungen überarbeitet.

Sollte über diesen Bericht hinaus Bedarf bestehen, sich ausführlicher über die Sicherheitskonzepte in Psychiatrien informieren zu wollen, wird angeregt, die Landschaftsverbände und die Krankenhausgesellschaft hierzu einzuladen und sich konkret dazu berichten zu lassen.

11 Verschiedenes

hier: **Hinweis auf Anhörung am 11.09.2025 zu Drucksache 18/13805**

Stellv. Vorsitzender Daniel Hagemeier erinnert an die am morgigen Tag ab 13:15 Uhr stattfindende Anhörung zum Antrag – Drucksache 18/13805 – „NRW muss funktionieren: Die Landesregierung muss endlich alle Potentiale für mehr Wohnungsbau heben – Ein revolvierender Bodenfonds und eine Landeswohnungsbaugesellschaft sind unerlässlich“.

gez. Daniel Hagemeier
stellv. Vorsitzender

5 Anlagen
06.10.2025/08.10.2025

LKR|NRW

Landeskrebsregister Nordrhein Westfalen gGmbH

Dienstleister im öffentlichen Gesundheitswesen und Partner im Kampf gegen Krebs

LKR | NRW

Gesetzliche Grundlagen der Klinische Krebsregistrierung in Deutschland

Ausgangspunkt war der nationale Krebsplan zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten

„Mit dem Nationalen Krebsplan wollen wir die ***Versorgung der Patientinnen und Patienten weiter verbessern, die Früherkennung stärken und die Zusammenarbeit aller Akteure voranbringen.“***
(Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin 2008)

Mit diesem Ziel hat das Bundesministerium für Gesundheit 2008 den Nationalen Krebsplan ins Leben gerufen. Dabei ist es gelungen, Länder, Krankenkassen, Rentenversicherung, Leistungserbringer, Wissenschaft und Patientenverbände zusammenzubringen.

Im Jahr 2024 wurde der Nationale Krebsplan neu ausgerichtet. **Zentrale Themenschwerpunkte sind künftig: Krebsprävention, Qualität und Vernetzung in der onkologischen Versorgung, Digitale Onkologie und Langzeitüberleben nach Krebs.**

LKR | NRW

Klinische Krebsregistrierung in Deutschland: Der nationale Krebsplan zur Verbesserung der Versorgung von Krebspatienten

LKR | NRW

Rechtliche Rahmenbedingungen

Bundeseinheitlich	Landesspezifisch
• **Finanzierung und Auftrag der klinischen Krebsregistrierung** o § 65c SGB V (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz [KFRG]) • **Meldevergütung bei Erkrankungen gemäß § 65c Abs. 1 SGB V** o Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung • **Qualitätssicherung** o § 65 c Abs. 1 Satz 5: Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 136 und § 135a SGB V und § 299 SGB V	• **Struktur und Betrieb des LKR NRW inkl. Datenschutzkonzept** o Landeskrebsregistergesetz (LKRG) NRW • **Meldevergütung bei Erkrankungen, die nicht durch § 65c Abs. 1 SGB V abgedeckt sind** o Satzung der LKR NRW gGmbH gemäß § 27 Abs. 3 LKRG NRW • **Qualitätssicherung** o § 16 LKRG: Im LKR NRW gespeicherte Daten dürfen zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt und nach § 299 SGB V abgeglichen werden.

LKR | NRW

Meldepflicht (§ 12, §14 und § 15 LKRG NRW)

Wer ist meldepflichtig? (§ 12 LKRG NRW)

- Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte, sofern sie Krebserkrankungen ärztlich behandeln
- Krankenhäuser, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Praxen
- Institute für Pathologie

Erfüllung der Meldepflicht (§ 15 LKRG NRW)

- Meldefrist innerhalb von sechs Wochen seit Bekanntwerden des meldepflichtigen Sachverhalt
- Die Meldepflicht ist erfüllt, sobald die meldepflichtige Person eine vollständige Meldung übermittelt hat
- Vollständig ist eine Meldung, die alle zum Meldezeitpunkt bekannten Daten enthält

Meldepflichtige Ereignisse (§ 14 LKRG NRW)

- Neue gesicherte Krebsdiagnose
- Beginn und Beendigung einer Krebstherapie, gilt auch für palliative Therapien
- Veränderung des Erkrankungsstatus, insbesondere Auftreten von Metastasen, Progress oder Rezidiven
- Unauffällige Nachsorgeuntersuchung, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geboten war
- Tod der betroffenen Person, auch wenn die Krebserkrankung nicht die Todesursache ist

Ordnungswidrigkeiten (§ 25 LKRG NRW)

- Fahrlässig oder vorsätzlich nicht vollständig oder nicht rechtzeitig meldet
- Geldbuße bis zu fünfzigtausend Euro möglich

LKR | NRW

Aufbau einer bundeseinheitlichen Krebsregistrierung

- In allen Bundeländern eigene Landeskrebsregistergesetze
- Regelmäßige Erfüllung der Förderkriterien, die einen einheitlichen Mindeststandard der Krebsregistrierung sicherstellen.
- Bundesweit einheitlicher Basisdatensatz (Onkologischer Basisdatensatz)
- Bundeseinheitliches System für registerübergreifenden Datenaustausch
- Jährliche Lieferung der Krebsregisterdaten an das RKI
- Anlassbezogene Datenzusammenführung von Krebsregisterdaten und Gesundheitsdaten aus anderen Quellen.

LKR | NRW

Was leistet das Landeskrebsregister

Das Landeskrebsregister (LKR NRW) ist das größte Krebsregister Europas mit einem Einzugsgebiet von rund 18 Mio. Einwohnern und rund 115.000 Krebsneuerkrankungen in NRW /Jahr.

Das LKR NRW bündelt die gesamte klinische und epidemiologische Krebsregistrierung in Nordrhein-Westfalen.

Das LKR NRW ist ein obligat elektronisches Register. Meldung sind nur in der Telematik-Infrastruktur möglich.

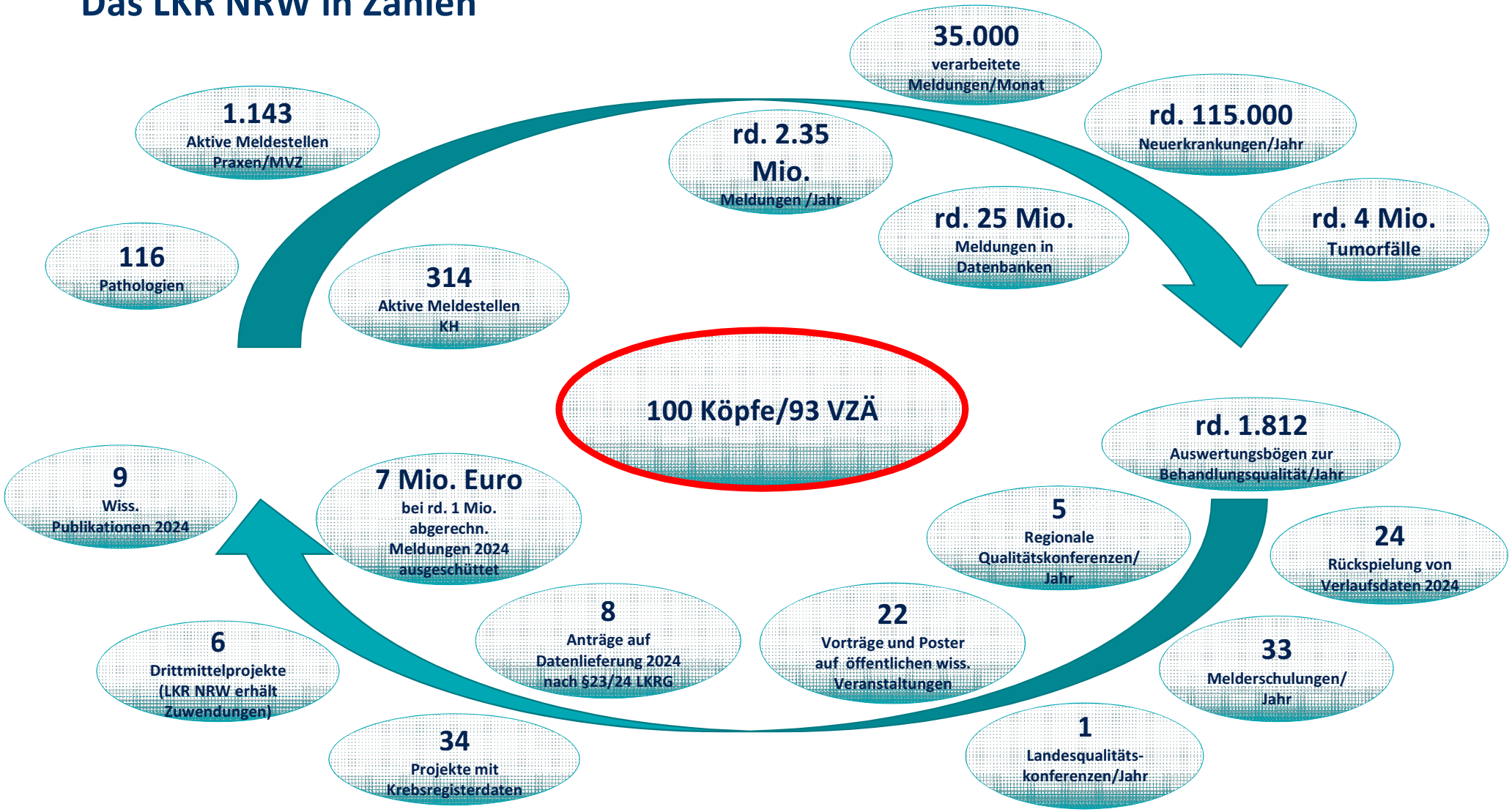
Das LKR NRW ist gleichzeitig Mortalitätsregister für NRW (Alleinstellungsmerkmal im Vergleich zu anderen Bundesländern).

Kontrollgremien sind ein Aufsichtsrat, ein wissenschaftlicher Fachausschuss (Empfehlungen zu Datenbreitstellungen nach LKRG) und ein Beirat.

Das LKR NRW ist als gemeinnützige GmbH organisiert. Alleiniger Gesellschaft ist das Land NRW. Der Sitz der Gesellschaft ist Bochum.

LKR | NRW

Das LKR NRW in Zahlen



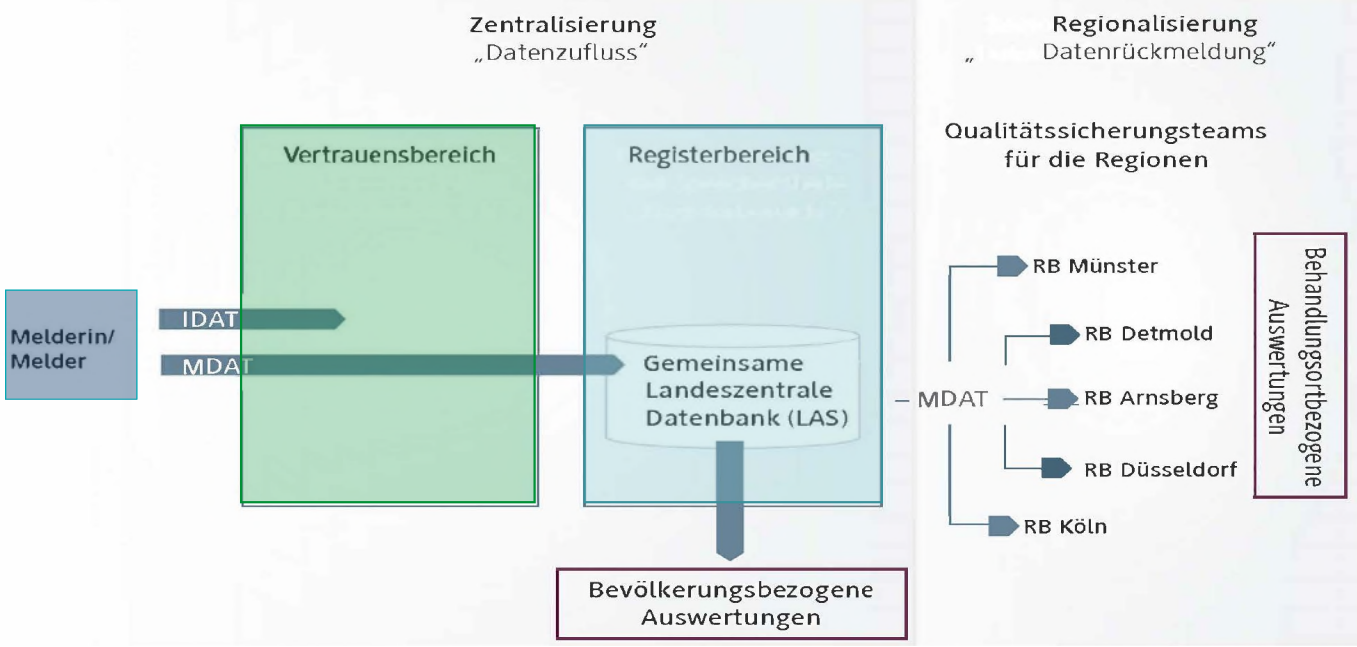
LKR|NRW

Meldewege und Verarbeitung der Krebsregisterdaten im LKR NRW

- **Datenschutzkonforme Meldewege** durch ausschließliche Erreichbarkeit in der Telematik-Infrastruktur und Trennung der personenidentifizierenden Daten von den medizinischen Daten beim Melder

- **Zurverfügungstellung und Weiterentwicklung eines Meldeportal**, dass von allen Meldern genutzt werden kann und zukünftig auch den Meldungsrückfluss ermöglichen wird

- **Automatisierte Datenverarbeitung** durch Ausbau der Nutzung von Künstlicher Intelligenz (KI) und durch Algorithmen gesteuerte Abrechnungs- und Verarbeitungsprozesse



LKR | NRW

Epidemiologische Perspektiven

(1) Wie häufig sind Krebserkrankungen?

(2) Wie ist die zeitliche Entwicklung und gibt es räumliche (geographische) Häufungen?

(3) Wie ist das Überleben nach Krebs?

(4) Was bewirken Früherkennungsprogramme?

(5) Was sind die Ursachen von Krebs?

Hentschel S, Katalinic A (eds.). Das Manual der epidemiologischen Krebsregistrierung. Zuckschwerdt-Verlag, München, 2008

LKR | NRW

Klinische Perspektiven

(1) Personenbezogene Datenerfassung (ambulant, stationär, niedergelassene): Auftreten, **Behandlung und Verlauf** von bösartigen Neubildungen (inkl. Frühstadien sowie gutartige Tumoren des zentralen Nervensystems),

(2) Auswertung klinischer Daten & Rückmeldung der **Auswertungsergebnisse an die einzelnen Leistungserbringer**,

(3) Datenaustausch mit anderen regionalen klinischen Krebsregistern,

(4) Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,

(5) Beteiligung an der **einrichtungs- & sektorenübergreifenden Qualitätssicherung** des Gemeinsamen Bundesausschusses,

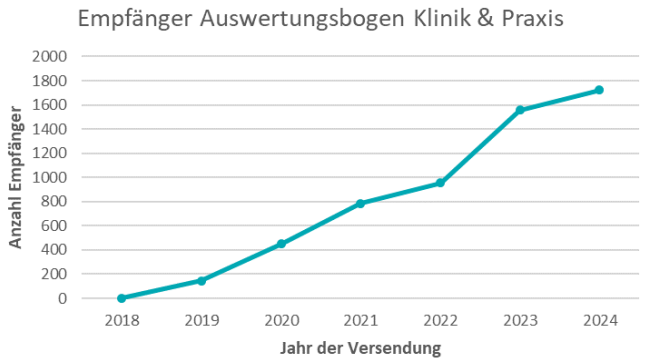
(6) Zusammenarbeit mit **Zentren in der Onkologie**,

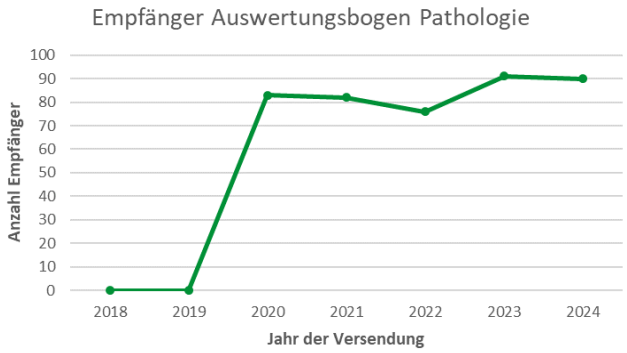
(7) Bereitstellung notwendiger Daten zur Herstellung von **Versorgungstransparenz** & zu Zwecken der **Versorgungsforschung**.

Quelle: § 65c Abs. 1 SGB V

LKR|NRW

NRW: Versendete Auswertungsbögen mit QI, 12/2024





1.812 versendete Bögen insgesamt

- Auswertungsbogen an jede als **aktiv registrierte Meldestelle** für Leistungsjahr 2022
- Pro berichteten QI fand ein **Benchmark** (anonymisiert) statt.

LKR | NRW

Onkologische Qualitätsindikatoren

- Qualitätsindikatoren (QI) sind Messgrößen, deren Erhebung der Beurteilung der Qualität der zugrunde liegenden Strukturen, Prozesse bzw. Ergebnisse dient.
- Berechnung der Qualitätsindikatoren durch die Krebsregister als Teil der Förderkriterien durch den GKV-Spitzenverband

AG QI der § 65c Plattform in Abstimmung mit Deutschen Krebsgesellschaft, Stand 6/2021

n=172 S3-Leitlinien-basierte QIs, davon berechenbare QIs (oBDS): n=78

Kategorisierung der QIs (Donabedian)

- Prozessqualität: n=73 (94%)
- Ergebnisqualität: n=5 (6%)

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1966;44: 166–203

*Quelle: Entwicklung von Leitlinien basierten Qualitätsindikatoren. Methodenpapier für das Leitlinienprogramm Onkologie. 2017, Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Deutsche Krebshilfe (DKH), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)).

LKR | NRW

Qualitätsindikatoren: Speiseröhrenkrebs

Ausschnitt (Melder anonymisiert), Leistungsjahre 2021-2022

		Tumore Ihrer Patienten				Tumore Patienten NRW		
		Anzahl		Erfüllungs-	Ihre Platzierung im	Anzahl		Erfüllungs-
QI	Bezeichnung	Zähler	Nenner	quote (%)	Einrichtungsvergleich	Zähler	Nenner	quote (%)
6	Vollständige chirurgische Resektion	122	128	95.3	Platz 13 von 38	1.043	1.171	89.1
11.2	90-Tage-Mortalität nach Operation*	5	128	3.9	Platz 10 von 40	95	1.188	8.0

*Bei diesem QI ist das Ziel eine niedrige Erfüllungsquote.

- Wenn die meldende Einrichtung mindestens 10 Tumore zur Berechnung des QI‘s gemeldet hat, werden die QI‘s an die meldenden Einrichtungen berichtet.
- Platzierung: im Vergleich zu den übrigen meldenden Einrichtungen, die ebenso mindestens 10 Tumore zur Berechnung des QI‘s gemeldet haben.

LKR | NRW

Aufzeigen evidenzbasierter Wege

Editorial

„…Allerdings bedarf es hier noch eines erheblichen Umdenkens bei den Behandlerinnen und Behandlern, wie der Originalbeitrag zur ProjuMa-Studie von Claaßen et al. unterstreicht.

Denn selbst in Prostatakarzinom-Zentren liegt in Deutschland die Rate aktiv überwachter Patienten mit 1/3 deutlich unter der Rate anderer Länder….“

„Zusammenfassend zeigen die beiden aktuellen Beiträge im Kontext der aktualisierten S3-Leitlinie Prostatakarzinom einen evidenzbasierten Weg auf, um Überdiagnose und Übertherapie im Rahmen einer strukturierten Früherkennung zu reduzieren.“

Claaßen K et al. The probability of remaining under active surveillance for localized prostate cancer: an analysis of young patients in the framework of the multicenter ProjuMa Registry Study. Dtsch Ärzteblatt 2025;122:401-405

Albers P et al. Früherkennung, Diagnostik und lokale Therapie des Prostatakarzinoms. Dtsch Ärzteblatt 2025;122:420-426

Grimm MO. Prostatakarzinom: Von Früherkennung, Diagnostik und individueller Therapieentscheidung. Dtsch Ärzteblatt 2025;122:399-400 (Editorial)

LKR | NRW

LKR Ergebnisse & neue Leitlinie “Speicheldrüsenkarzinome“ (2024)

Kapitel 2.1

„Speicheldrüsenkarzinome werden nach der Lokalisation (Gl. parotis, Gl. submandibularis, Gl. sublingualis, kleine Speicheldrüsen) und nach der Histologie differenziert.
Davon sind sekundäre Speicheldrüsenkarzinome als Metastasten von Karzinomen anderen Ursprungs abzugrenzen; dies ist insbesondere wichtig, wenn in der Gl. parotis histologisch ein Plattenepithelkarzinom nachgewiesen wird [1].“

Glossar
Histologie: feingeweblicher Krebstyp
Gl.: Drüse
Metastase: Tochtergeschwulst
Plattenepithelkarzinom: spezieller histologischer Typ

[1]. Oesterling F, et al. Parotid gland metastases of cutaneous squamous cell carcinoma - a corroboration at population level. Head Neck Pathol 2022;16:836-837

https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/speicheldruesenkarzinome/@@guideline/html/index.html

LKR | NRW

Bericht Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm

Hintergrund
Ablauf des Forschungsvorhabens

Laufzeit: 12 Jahre
Finanzvolumen: 10 Mio. Euro

Beschluss

Einführungsphase

Bevölkerungsweite Durchführung

2002 2004 2006 2008 2010 2012 2014 2016 2018 2020 2022 2024

Konzeption (ab 2010)

Machbarkeitsstudie I (2012 bis 2014)

Machbarkeitsstudie II (2015 bis 2016)

Prüfung der Umsetzbarkeit und Identifizierung von nutzbaren Datenquellen

Hauptstudie I (2018 bis 2021)

Hauptstudie II (2021 bis 2024)

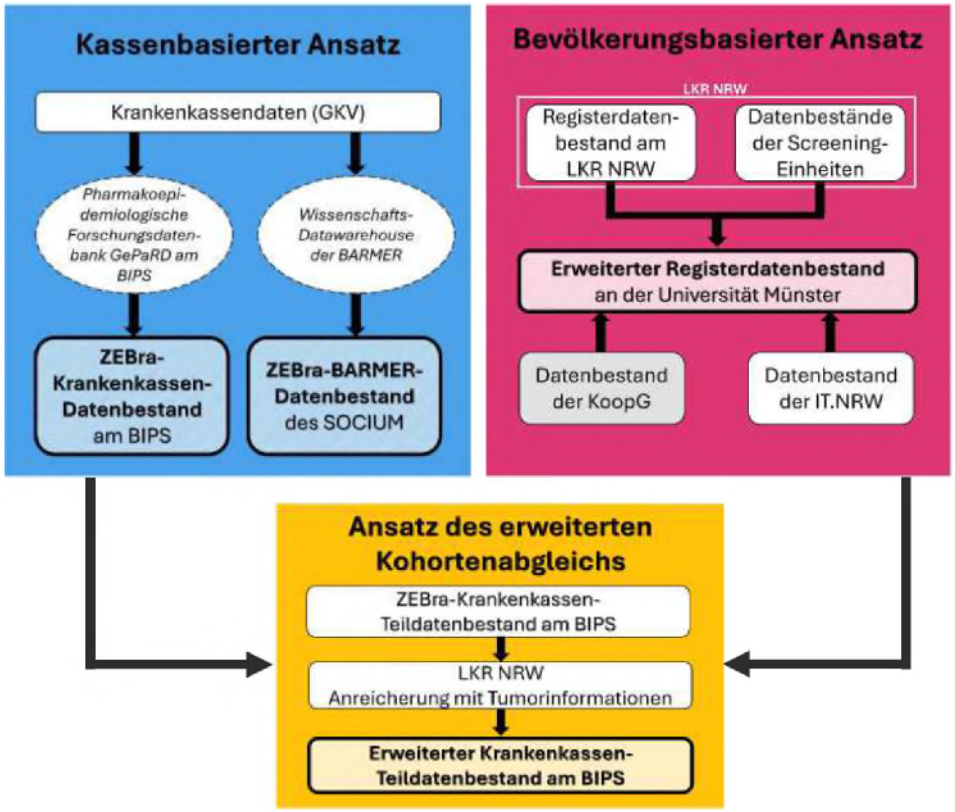
Aufbau der Datenbasis, Entwicklung und Umsetzung der Auswertungskonzepte

Mit Beteiligung des LKR NRW

LKR | NRW

Bericht Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm

Übergeordnetes Studienkonzept
Übersicht



LKR | NRW

Bericht Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm

Übergeordnetes Studienkonzept

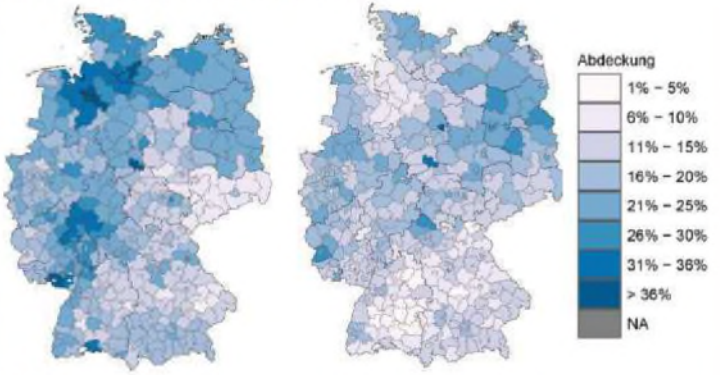
Charakteristika der jeweiligen Auswertungsansätze

Bevölkerungsbasierter Ansatz

Universität Münster:
LKR NRW, IT.NRW

- Vollerfassung einer räumlich definierten Teilbevölkerung
- Detaillierte Informationen zu Krebserkrankungen

Kassenbasierter Ansatz



BIPS:
AOK Bremen/Bremerhaven, DAK, hkk und TK

Universität Bremen*
BARMER
*Zugriff über W-DWH

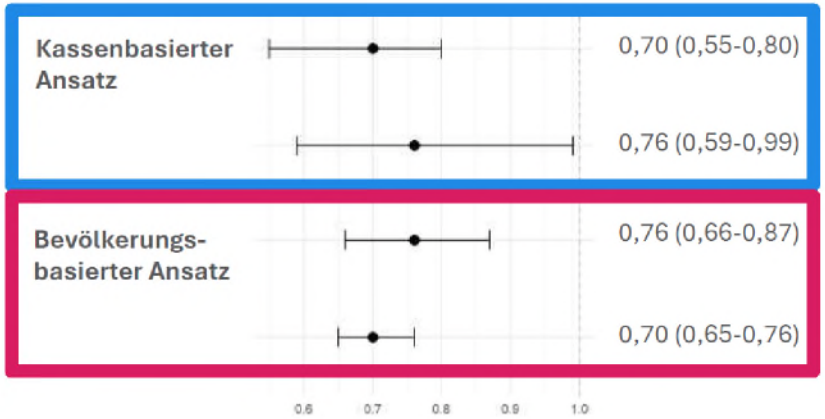
- Studienbevölkerung aus allen Regionen Deutschlands
- Detaillierte zeitaufgelöste Informationen zu möglichen Confoundern

LKR | NRW

Bericht Evaluation der Brustkrebsmortalität im deutschen Mammographie-Screening-Programm

Zusammenfassung und Diskussion

- Hohe Evidenz für eine **Reduktion** der **Brustkrebs-sterblichkeit** um **20-30 %** durch Teilnahme am MSP über die **verschiedenen Ansätze** hinweg



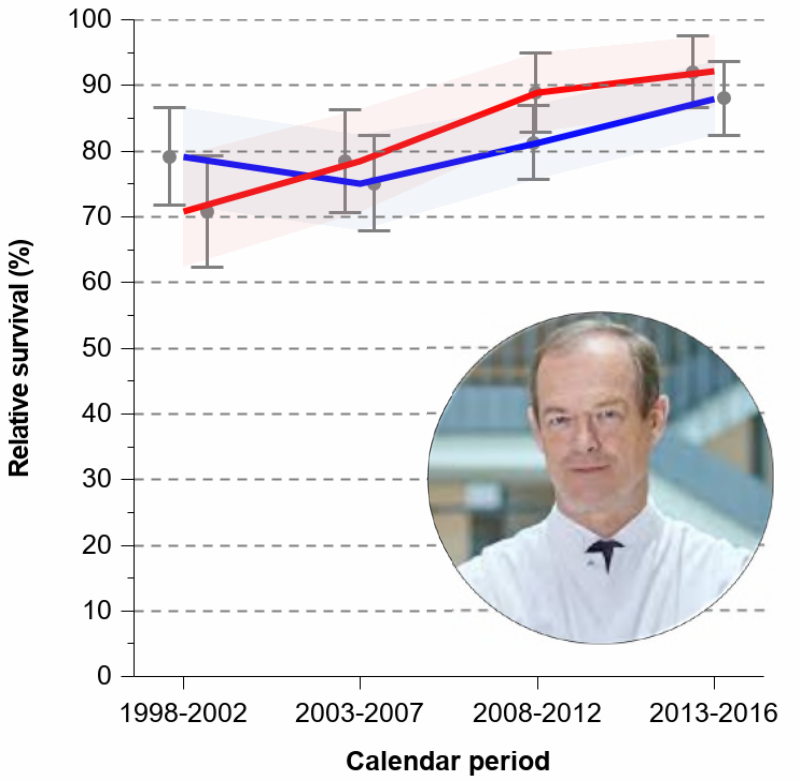
- **Jeder vierte Brustkrebstodesfall** in der anspruchsberechtigten Altersgruppe kann durch die MSP-Teilnahme verhindert werden

- **Konservative Effektschätzung:** Bei Analysen wurden sichergestellt, dass eine Überschätzung des Effekts in jedem Fall verhindert wird

LKR | NRW

Beispiel: Überleben nach Chonisch lymphatischer Leukämie (CLL)

Altersstandardisiertes (15-79 Jahre) relatives 5-Jahres-Überleben (Periodenansatz) bei CLL (Regierungsbezirk Münster, NRW)



Fazit: "Sowohl bei Männern als auch bei Frauen stieg die altersstandardisierte relative Fünf-Jahres-Überlebenswahrscheinlichkeit nach der Zulassung von Anti-CD-20-Antikörpern wie Rituximab, Ofatumumab oder Obinutuzumab für die Behandlung der CLL um etwa 13 Prozentpunkte."

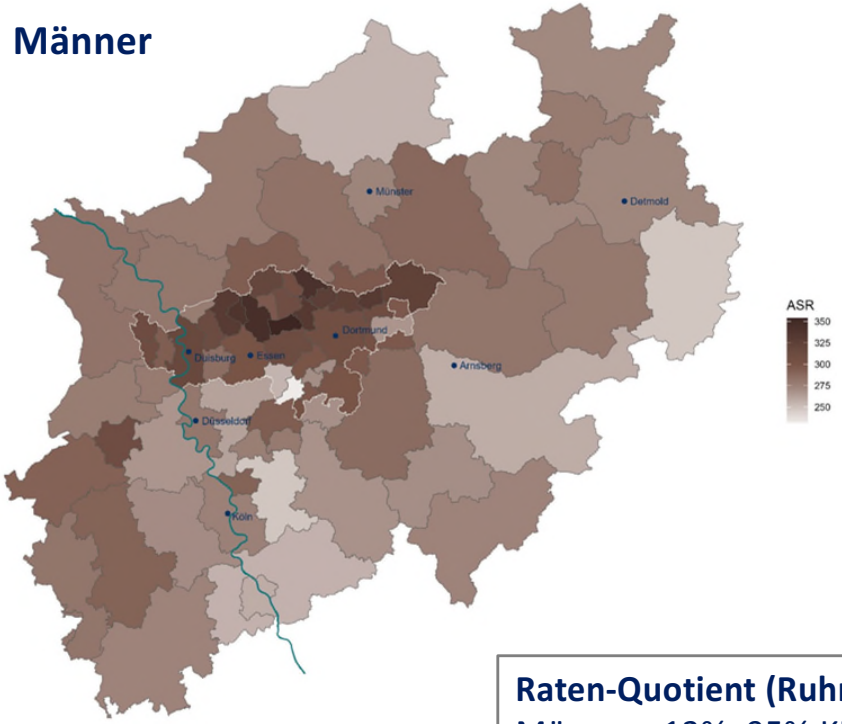
	Study period 1993-2016		
	Men	Women	Total
Number of cases, n (%)			
Total (incl. DCO)	1805 (56.9)	1370 (43.1)	3175
Study population (age 15-79 years; excl. DCO)	1412 (60.7)	915 (39.3)	2327
DCO cases among patients aged 15-79 years (%)	115 (7.5)	59 (6.1)	174 (7.0)
Median age at diagnosis (all ages; incl. DCO)	69.4	73.4	70.9
Median age at diagnosis (study population)	66.4	68.2	67.2
Age groups (study population)			
15-69	897 (63.5)	524 (57.3)	1421
70-79	515 (36.5)	391 (42.7)	906
Age standardized incidence rates per 100,000 person-years, 2013-2016 (standard error)			
Administrative district Münster	4.98 (0.27)	2.69 (0.18)	3.75 (0.16)
Germany	5.09 (0.05)	2.71 (0.03)	3.79 (0.03)

Kajüter H, Wellmann I, Khil L, Jöckel KH, Zhang C, Fink AM, Hallek M, Stang A. Survival of patients with chronic lymphocytic leukemia before and after the introduction of chemoimmunotherapy in Germany. *Blood Cancer J* 202111:174

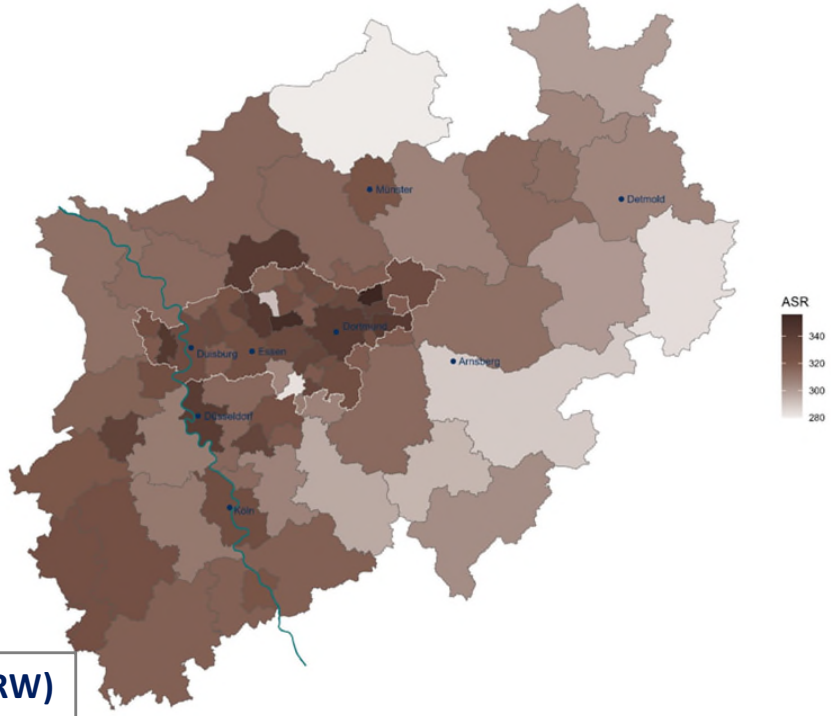
LKR | NRW

Urbanes Ruhrgebiet & Krebsinzidenz

Männer



Frauen



Raten-Quotient (Ruhrgebiet/Rest NRW)
Männer +13%, 95% KI 12-14%
Frauen: + 5%, 95% KI 4-6%

Regionale Verteilung der geschlechtsspezifischen altersstandardisierten Inzidenzraten (pro 100.000, alter Europastandard) von Krebserkrankungen, die mit Rauchen, Alkohol und Adipositas assoziiert sind, NRW 2008-2009

Stang A et al. Kapitel 2.3. Krebsneuerkrankungen im Ruhrgebiet und im übrigen Nordrhein-Westfalen 2008-2019. S. 68-74. In: Köckler H et al. (Hrsg.). StadtGesundheit im Ruhrgebiet I. Bestandsaufnahmen und Perspektiven. Oekom Verlag München, 2024

LKR | NRW

PreFo - Folgen von Krebserkrankungen auf der Grundlage einer Verknüpfung von Krebsregister-, Krankenkassen- und Rehabilitationsdaten in Nordrhein-Westfalen

- Krebsregisterdaten
- Krankenkassendaten
- Rehabilitationsdaten

} Datenkörper in Isolation verhindern die Beantwortung wichtiger Fragestellungen

- Beteiligung LKR NRW
- Beteiligung 4 Krankenkassen
- Beteiligung AG für Krebsbekämpfung NRW

} Record Linkage
→ Sehr große Kohortenstudie

Public Health Dimension

- Record Linkage mit GKV-Daten in WiZen-Studie zu kleine Fallzahlen und kein Linkage mit Reha-Daten
- Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG) und FDZ Gesundheit am BfArM

LKR | NRW

Fragestellungen

Drei Themenkomplexe

Welchen Einfluss hat die Krebserkrankung auf…

(1) das Auftreten von Folgeerkrankungen (neuauftretende Komorbiditäten)?

(2) versorgungsrelevante Endpunkte (Kontakte im niedergelassenen Sektor und im Krankenhaus, Verordnung von Arzneien)?

(3) auf die Arbeitsunfähigkeit, Verordnungen zur häuslichen Krankenpflege, Rehabilitation und Frühberentung?

LKR | NRW

Erwartete Kohortenstudiengröße

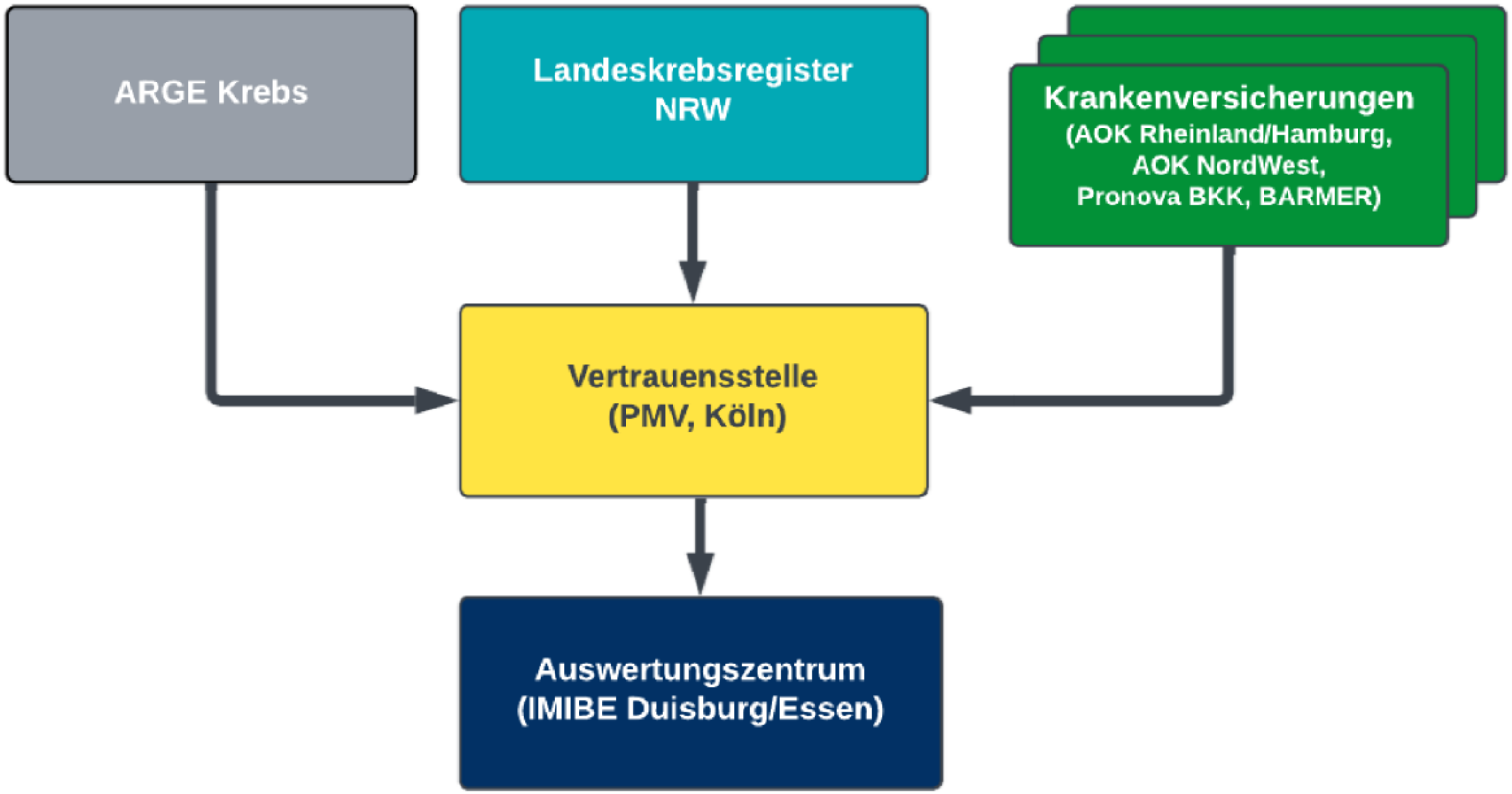
	Inzidente Non-DCO-Fälle 2019			Davon 90% gesetzlich versichert (2019)			Erwartete Fälle (25% Abdeckung GKV) für 2018-2021*		
	M	F	M+F	M	F	M+F	M	F	M+F
Alle (exklusive C44)	56252	50608	106860	50627	45547	96174	44298	39854	84152
C00-14, Mund & Rachen	1829	931	2760	1646	838	2484	1440	733	2174
C15, Ösophagus	1226	406	1632	1103	365			320	1285
C16, Magen	1825	1111	2936	1643	1000			875	2312
C18-21, Darm	7105	6103	13208	6395	5493			4806	10401
C22, Leber	1044	485	1529	940	437			382	1204
C23-24, Gallebl/wege	483	473	956	435	426	860	380	372	753
C25, Pankreas	1775	1696	3471	1598	1526	3124	1398	1336	2733
C32, Kehlkopf	665	136	801	599	122	721	524	107	631
C33-34, Lunge	8213	5827	14040	7392	5244	12636	6468	4589	11057
C43, Melanom	2275	2355	4630	2048	2120	4167	1792	1855	3646
C45, Mesotheliom	287	65	352	258	59	317	226	51	277
C50, Brust	157	16038	16195	141	14434	14576	124	12630	12754
C51, Vulva		830	830	0	747	747		654	654
C53, Cervix uteri		941	941	0	847	847		741	741
C54-55, Corpus uteri		2280	2280	0	2052	2052		1796	1796
C56, Ovar		1499	1499	0	1349	1349		1180	1180
C61, Prostata	14659		14659	13193	0	13193	11544		11544
C62, Hoden	907		907	816	0	816	714		714
C64, Niere	1850	906	2756	1665	815	2480	1457	713	2170
C67, D09.0, D41.4, Harnblase	5621	1824	7445	5059	1642	6701	4427	1436	5863
C70-72, ZNS	774	594	1368	697	535	1231	610	468	1077
C73, Schilddrüse	416	912	1328	374	821	1195	328	718	1046
C81, Hodgkin	311	224	535	280	202	482	245	176	421
C82-86, C88, Non-Hodgkin	2100	1702	3802	1890	1532	3422	1654	1340	2994
C90, Multiples Myelom	660	524	1184	594	472	1066	520	413	932
C91-95, Leukämien	1306	859	2165	470	773	1243	411	379	790

mit BARMER
134.644

BARMER-Abdeckung: ca. 15% der GKV-Versicherten in NRW

LKR | NRW

Datenfluss Überblick & Details



LKR | NRW

Herausforderungen der Krebsregistrierung

(1) Vollzähligkeit und Vollständigkeit sind die Voraussetzung für die Nutzbarkeit der Daten

- **Vollzählige Anbindung** aller meldepflichtigen Einrichtungen im stationären und niedergelassen Sektor
- **Vollzählige und vollständige Meldungen** durch die meldepflichtigen Personen

Voraussetzung: Das LKR NRW muss wissen, wer in NRW meldepflichtig ist, um tätig werden zu können

(2) Nutzbarmachung von Gesundheitsdaten durch anlassbezogene Zusammenführung z.B. zur sektorenübergreifende Qualitätssicherung, Linkage mit Krankenkassendaten, Evaluation Krebsfrüherkennungsprogrammen (auch bei eingelegtem Widerspruch), Zusammenführungen nach GDNG

Voraussetzung: Krankenversichertennummer (KVNR) muss bei allen Patienten in Klartext verfügbar sein

Um diese Herausforderungen anzugehen, laufen derzeit Gespräche mit dem MAGS über eine Novelle des Landeskrebsregistergesetzes NRW

LKR | NRW

Résumé

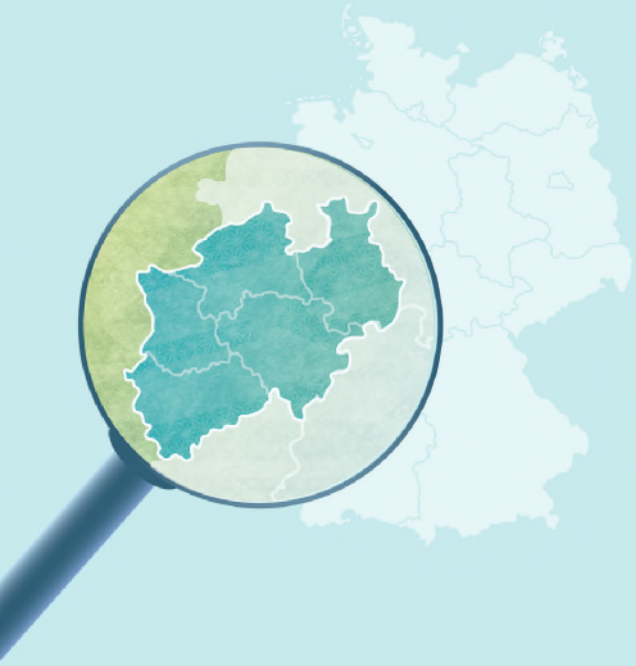
Auf seinem langen Weg der Entwicklung der Krebsregistratur in NRW (seit 1974) verfügt NRW heutzutage über eines der modernsten Krebsregister Europas

- strikt elektronischer Meldeweg
- komplette Abdeckung der Bevölkerung NRWs (18 Millionen)
- modernste IT
- höchste Datensicherheit (Verfügbarkeit in der Telematik Infrastruktur, Zertifizierung nach ISO 27001 auf Basis IT-Grundschutz

Die zunehmend vollzähligere und vollständigere Datenlage

- innovative Datenauswertungen zur Qualitätsversorgung von Krebspatienten in der Breite
- innovative Projekte zur Gesundheitslage in NRW
- LKR NRW ist schwergewichtiger Partner bei Auswerteprojekten von Krebsregisterdaten in Deutschland und auch international

LKR | NRW



VIELEN DANK

für Ihre Aufmerksamkeit

ww.landeskrebsregister.nrw
LKR.NordrheinWestfalen
landeskrebsregister_nrw
landeskrebsregister-nrw

LKR | NRW

landeskrebsregister_nrw LKR.NordrheinWestfalen landeskrebsregister-nrw landeskrebsregister-nrw www.landeskrebsregister.nrw

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

chs centre for health & society

Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten an Kindern und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen seit der Gründung des Landes bis in die 1980er Jahre

Heiner Fangerau, Silke Fehlemann, Sylvia Wagner, Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer

Düsseldorf 10.09.2025

Medikamentenmissbrauch

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

- Im Fokus:

  Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, der stationären Behindertenhilfe und Psychiatrie, sowie in sog. Heilstätten und Kureinrichtungen in Nordrhein-Westfalen (NRW)

- Ausgangspunkt:

  Recht der Betroffenen auf Aufarbeitung

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Medikamentenmissbrauch

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Charakteristika:

- Einsatz oder Umfang der Medikamentenvergabe verletzten die Menschenwürde oder verletzten die jeweiligen zeitgenössischen Grenzen der ethischen, juristischen oder medizinischen Norm
- mehr Schaden als Nutzen für das Kind bzw. den/die Jugendliche:n
- Zwangskontext im Umfeld der Medikamentengabe
- Einsatz anderen Zielen und Zwecken als das Wohl der jungen Menschen

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Medikamentenmissbrauch

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

Methoden:

- Betroffeneninterviews
- Literaturrecherchen
- Archivrecherchen (div. Provenienzen)
- Triangulation der Zugänge und Quellen

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Ergebnisse

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

- Missbräuchliche Handhabung registrierter Medikamente (am Beispiel der KJP Gütersloh, KJP Hamm, Wittekindshof bei Bad Oeynhausen, KJP Viersen-Süchteln, Hephata Mönchengladbach)
- Medikamententestungen in der KJP Gütersloh, KJP Hamm und in der KJP Viersen-Süchteln
- Impfstofferprobungen an Kindern und Jugendlichen (am Beispiel der Landesimpfanstalt Düsseldorf)
- Erprobungen und Missbrauch von Medikamenten in Kinderheilstätten und Kurheimen (am Beispiel der Kinderheilstätte Aprath, der Kinderkurklinik Bad Oeynhausen und Godeshöhe und Bad Waldliesborn)
- Hormonelle Schwangerschaftstests im Mädchenheim Tecklenburg
- Der probeweise Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln im Grenzbereich zur Arzneimittelstudie (am Beispiel des St. Vinzenz-Kinderheims Aachen, Neu-Düsselthal und KJP Gütersloh)
- Auffälligkeiten im medizinischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen neben Arzneimittelgaben (KJP Viersen-Süchteln und des Mädchenheims Ratingen)

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Ergebnisse

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

- ca. 10–25 Prozent aller in NRW in den genannten Institutionen untergebrachten jungen Menschen irgendwann in ihrer Kindheit und/oder Jugend von missbräuchlichem Medikamenteneinsatz betroffen
- Die missbräuchliche Gabe von Arzneimitteln zeigte sich verflochten mit anderen Gewalterfahrungen
- Das Land NRW, der LVR, der LWL als aufsichtsführende Behörden und auch die Kirchen als Träger von Einrichtungen nahmen ihre Aufsichtsmöglichkeiten und Schutzpflichten nur unzureichend wahr
- institutionelle Unterschiede
- Im Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal artikulierten sowohl Betroffene als auch Zeitzeug:innen ein starkes individuelles und allgemeines Aufarbeitungsbedürfnis im Hinblick auf den missbräuchlichen Arzneimitteleinsatz und darüber hinaus.

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Verantwortung

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

- Systemische Verantwortungskonstellationen
- Organisationalen Verantwortungskonstellationen
- Personenbezogenen Verantwortungskonstellationen

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

Folgerung

Heinrich Heine Universität Düsseldorf

- Fragen an heutige in Verantwortung stehende Institutionen und Personen
- Zielen in Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft mit Blick auf die Betroffenen

Institut für Geschichte Theorie und Ethik der Medizin

NRW DIE FRAKTION SPD

THORSTEN KLUTE MdL
Sprecher für Gesundheit und Pflege

T 0211.884-2644
Thorsten.klute@landtag.nrw.de

LENA TESCHLADE MdL
Sprecherin für Arbeit und Soziales

T 0211.884-2674
Lena.teschlade@landtag.nrw.de
www.spd-fraktion-nrw.de

Freie Demokraten
Landtagsfraktion Nordrhein-Westfalen FDP

SUSANNE SCHNEIDER MdL
Sprecherin für Arbeit, Gesundheit und Soziales

T 0211.884-4435
susanne.schneider-mdl@landtag.nrw.de
fdp.fraktion.nrw/

SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

An den Vorsitzenden
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und
Soziales
Herrn Josef Neumann MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

28.08.2025

Bitte um einen schriftlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 10. September 2025

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 10. September 2025 bitten wir um folgenden schriftlichen Bericht:

Schulungs- und Inklusionsmaßnahmen für Kinder mit Typ 1 Diabetes.

Am 26. September 2024 ist im Petitionsausschuss des Landtags NRW eine Petition von Pro Kid e.V. sowie weiteren Antragsstellern eingegangen. Diese trägt den Titel „Für die Aufrechterhaltung der Schulungs- und Inklusionsmaßnahmen für Kinder mit Typ 1 Diabetes, für die Verstetigung der Finanzierung dieser Maßnahmen durch das Land Nordrhein-Westfalen, sowie den Erhalt der Koordinierungsstelle Pro Kid e.V.“. Diese Petition wurde mit 652 Unterschriften eingereicht.

Hintergrund der Petition sind Umstrukturierungen im Bereich der Schulungs- und Eingliederungsmaßnahmen für Kinder mit Diabetes. Wesentlicher Bestandteil des 2019 auf den Weg gebrachten „Handlungskonzepts zur Verbesserung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1“ war das Projekt „Diabetes in Kita und Schule“ zur Förderung von Schulungsangeboten für Lehr- und Kitapersonal sowie zur finanziellen Unterstützung der Begleitung von Kindern auf Klassenfahrten durch fachlich qualifizierte Personen. Die Umsetzung des Projekts erfolgte gemeinsam mit dem Verein Pro Kid e.V., der zusammen mit dem Deutsche Diabeteshilfe Landesverband NRW e.V. (DDH-M) eine Koordinierungsstelle gebildet hatte. Über diese Stelle wurden u.a. die Beantragung

und Abrechnung von Schulungsmaßnahmen und Klassenfahrtbegleitungen abgewickelt.

Mit einer am 31.Oktober 2024 veröffentlichten Richtlinie erfolgte eine Umwandlung in ein Förderprogramm, das am seinerzeitigen Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen (LZG.NRW) angesiedelt wurde. Diese neue Struktur führt dazu, dass nicht mehr über die Koordinierungsstelle bei Pro Kid e.V. entsprechende Maßnahmen abgerechnet werden, sondern nur direkt zwischen Bewilligungsbehörde und den einzelnen (Kinder-)Diabetologischen Einrichtungen, die die Maßnahmen durchführen. Prozesse könnten dadurch für diese Einrichtungen komplizierter werden. U. a. müssen sie sich für die Teilnahme an dem Förderprogramm akkreditieren. Darüber hinaus bringt die neue Systematik weitere Veränderungen mit sich, die alle Akteurinnen und Akteure vor neue Herausforderungen stellen.

Kinder und Jugendliche mit Diabetes müssen in der Kita und in der Schule sowie am gesellschaftlichen Leben ebenso teilhaben können wie Kinder, die nicht von der Krankheit betroffen sind. Inwieweit das neue System diesen Anspruch gewährleisten kann und wie die Kinder zurzeit tatsächlich unterstützt werden, ist unklar. Vor diesem Hintergrund bitten wir die Landesregierung folgende Fragen zu beantworten:

1. Wie werden Kinder und Jugendliche mit Diabetes und deren Eltern seit dem 1. Januar 2025 in NRW beraten und unterstützt?
2. Wie unterscheiden sich die derzeit angebotenen Leistungen konkret von denen im Rahmen des Projekts „Diabetes in Kita und Schule“ über die Koordinierungsstelle von Pro Kid e.V.?
3. Wie funktioniert die neue Systematik zur Beantragung und Abrechnung von Maßnahmen für Kinder mit Diabetes in NRW konkret?
4. Werden zurzeit alle Leistungen wie z.B. Schulungsmaßnahmen und Klassenfahrtbegleitungen für Kinder mit Diabetes tatsächlich angeboten? Und können diese ausreichend in Anspruch genommen werden?
5. Wie schätzen die die Maßnahmen durchführenden (Kinder-) Diabetologischen Einrichtungen die neue Abrechnungsweise der Maßnahmen für Kinder mit Diabetes ein? Wie haben diese die vorherige Zusammenarbeit mit Pro Kid e.V. bewertet?
6. Welche fachlichen Gründe sprachen aus Sicht der Landesregierung dafür, die Finanzierung und damit die Arbeit der Koordinierungsstelle von Pro Kid e.V. einzustellen?
7. Hat sich Pro Kid e.V. zur Teilnahme an dem Förderprogramm akkreditieren lassen, um selbst Maßnahmen anbieten und abrechnen zu können?

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.

Mit freundlichen Grüßen

Thorsten Klute MdL

Lena Teschlade MdL

Susanne Schneider MdL

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.

Freie Demokraten
Landtagsfraktion Nordrhein-Westfalen FDP

An den Vorsitzenden des
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales

Josef Neumann MdL

Montag, 1. September 2025

Berichtsanfrage

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

für die nächste Ausschusssitzung beantragen wir einen mündlichen Bericht zum Thema

Kinderschutzmediziner schlagen Alarm: Ambulanzen am Limit und unterfinanziert

Die jüngsten Berichte über die Situation der Kinderschutzambulanzen in Nordrhein-Westfalen geben Anlass zu größter Sorge. Wie der WDR berichtet, arbeiten die Einrichtungen an der absoluten Belastungsgrenze. Ärztinnen und Ärzte sind tagtäglich mit den schwersten Fällen von Kindeswohlgefährdung, Misshandlung und Vernachlässigung konfrontiert. Fälle, in denen es einen Verdacht auf körperlichen Misshandlungen gab, sind nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 6.349 im Jahr 2023 auf 7.375 im Jahr 2024 gestiegen. Dabei nehmen insbesondere betreuungsintensive Fälle etwa bei schwerer und sexualisierter Gewalt gegen Kinder zu. In Verbindung mit Personalmangel sowie einer chronischen Unterfinanzierung bringt dies die Ambulanzen an ihre Grenzen. Eine nachhaltige Finanzierung fehlt jedoch bislang. Damit ist die Versorgungsqualität akut gefährdet. Deshalb schlägt die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) mit Sitz in Datteln jetzt öffentlich Alarm.[1]

Die Kinderschutzambulanzen sind ein entscheidender Baustein der Kinderschutzmaßnahmen in Nordrhein-Westfalen. Sie leisten Hilfe beim Erkennen von Zeichen von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch und beim Ergreifen der richtigen Maßnahmen durch kindgerechte ambulante und stationäre Diagnostik von Verdachtsfällen oder im Rahmen der Krisenintervention, durch Beratung und Fortbildung für medizinisches Personal, aber auch durch Beratung von Eltern, Erzieherinnen und Lehrkräften. Wenn Kinderschutzambulanzen ausfallen oder ihre Arbeit nur eingeschränkt leisten können, entstehen für betroffene Kinder und Familien untragbare Risiken.

Viele medizinische Leistungen in Kinderschutzambulanzen insbesondere zur Abklärung von Sachverhalten können nicht im Rahmen des SGB V mit den Krankenkassen abgerechnet werden. Daher hatte die damalige CDU-/FDP-geführte Landesregierung 2019 eine Förderung von Kinderschutzambulanzen durch das Land Nordrhein-Westfalen eingeführt. Mit dieser

[1] Christof Voigt (WDR): Kinderschutzmediziner schlagen Alarm: Ambulanzen am Limit und unterfinanziert, 29.08.2025, abgerufen unter: https://www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/kinder-schutzambulanz-datteln-102.html (letzter Zugriff: 01.09.2025)

Landesförderung sollten nicht anderweitig finanzierte Personalkosten des medizinischen Personals der Ambulanzen ausgeglichen werden. Der Förderaufruf für die Jahre 2024 und 2025 beinhaltet, dass die Kinderschutzambulanzen eine Festbetragsfinanzierung von maximal 30.000 Euro erhalten.[2] Dieser Festbetrag wurde trotz gestiegener Bedarfe und Personalkosten seit 2019 nicht angepasst. Bisher liegen auch noch keine verbindlichen Aussagen zur Förderung in den kommenden Jahren vor.

Vor diesem Hintergrund bitten wir das Ministerium um einen Bericht, in dem insbesondere auf folgende Fragen eingegangen werden soll:

1. In welcher Form soll die bisherige Landesförderung der Kinderschutzambulanzen fortgesetzt werden?

2. Inwiefern hält die Landesregierung den bisherigen Festbetrag von 30.000 Euro angesichts der gestiegenen Bedarfe und Personalkosten noch für ausreichend?

3. Wann soll ein neuer Förderaufruf veröffentlicht werden?

4. Welche Möglichkeiten sieht die Landesregierung, Leistungen der Kinderschutzambulanzen besser im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen zu können?

Mit freundlichen Grüßen

Susanne Schneider

[2] Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen: Aufruf zur Einreichung von Anträgen zur Förderung von Kinderschutzambulanzen im Jahr 2024 und 2025, abgerufen unter: https://www.mags.nrw/system/files/media/document/file/foerderaufruf_kinderschutzambulanzen_2024_2025.pdf (letzter Zugriff: 01.09.2025)

NRW DIE FRAKTION SPD

SPD-Fraktion im Landtag NRW, Platz des Landtags 1, 40221 Düsseldorf

THORSTEN KLUTE MdL
Sprecher für Gesundheit und Pflege

T 0211.884-2644
Thorsten.klute@landtag.nrw.de

LENA TESCHLADE MdL
Sprecherin für Arbeit und Soziales

T 0211.884-2674
Lena.teschlade@landtag.nrw.de

Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf
www.spd-fraktion-nrw.de

An den Vorsitzenden
des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales
Herrn Josef Neumann MdL
Platz des Landtags 1
40221 Düsseldorf

05.09.2025

Bitte um einen mündlichen Bericht der Landesregierung zur Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 10. September 2025

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

für die Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales am 10. September 2025 bitten wir für die SPD-Fraktion um folgenden schriftlichen Bericht:

Sicherheitskonzepte in psychiatrischen Einrichtungen des LWL nach dem Vorfall in Paderborn.

Am 16. August 2025 kam es in einer psychiatrischen Klinik des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe (LWL) in Paderborn zu einem schweren Angriff auf eine Pflegekraft. Eine 13-jährige Patientin verletzte eine 24-jährige Mitarbeiterin mit einem Messer lebensgefährlich. Nach Angaben der Polizei gab es im Vorfeld Hinweise auf ein erhöhtes Gefährdungspotenzial. Der Vorfall wirft Fragen zur Sicherheit von Beschäftigten und Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Einrichtungen auf.[1]

[1] https://www1.wdr.de/nachrichten/westfalen-lippe/psychiatrie-pflegekraft-lebensgefaehrlich-verletzt-100.html

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.

Wir bitten die Landesregierung deshalb um einen mündlichen Bericht zu den zentralen Fragen wie der Sicherheit des Personals, der Prävention solcher Angriffe und die Nacharbeitung des Vorfalls.

Mit freundlichen Grüßen

Thorsten Klute MdL

Lena Teschlade MdL

#SozialerFortschritt
Für die Vielen,
nicht die Wenigen.