



---

**Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und  
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge**  
(42. Sitzung)

**Arbeitsgruppe "Staatsbad Oeynhausen" des  
Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und  
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge**  
(4. Sitzung) (TOP 1 [Kap. 07 430], TOP 3)

nichtöffentliche Sitzung

12. November 1997

Düsseldorf - Haus des Landtags

10.00 Uhr bis 13.25 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD)

Stenograph: Otto Schrader

**Verhandlungspunkte und Ergebnisse:**

**Vor Eintritt in die Tagesordnung**

Der Ausschuß verändert einvernehmlich die Reihenfolge der der Tagesordnung  
E 12/901 zu entnehmenden Punkte.

(Kein Diskussionsprotokoll)

**1 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 1998 (Haushaltsgesetz 1998)**

Gesetzentwurf  
der Landesregierung  
Drucksache 12/2400  
Vorlage 12/1500

Der Ausschuß setzt die Detailberatungen über den ihn tangierenden Teil des Sachhaushalts des Einzelplans 07 mit der Behandlung der Kapitel 07 100, 07 110, 07 130, 07 240, 07 250 und 07 430 fort und schließt sie ab.

(Diskussionsprotokoll Seite 1)

**2 Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen**

Gesetzentwurf  
der Fraktion der SPD und  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Drucksachen 12/2340, 12/2445

Artikel 3 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst  
Artikel 5 - Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose

Der Ausschuß gibt gegenüber dem federführenden Ausschuß für Kommunalpolitik folgendes Votum ab (siehe auch Vorlage 12/1692):

Der Antrag der CDU-Fraktion, Artikel 3 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - aus dem Beratungsverfahren zum Artikelgesetz herauszulösen, wird mit den Stimmen von SPD und GRÜNEN gegen die Stimmen der CDU abgelehnt.

Der von der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN mündlich vorgetragene Antrag, in Artikel 3 die Überschrift des § 22 in "Fachkräfte und medizinische Leitung" umzuformulieren und den Absatz 2 durch die Formulierung "Die Leitung der Medizinischen Dienste der unteren Gesundheitsbehörde obliegt der Amtsärztin oder dem Amtsarzt" zu ersetzen, wird mit den Stimmen von SPD und GRÜNEN gegen die Stimmen der CDU angenommen.

Die in der Anlage beigefügten Änderungsanträge der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN außer § 22 Überschrift und Absatz 2 (siehe oben) werden mit den Stimmen von SPD und GRÜNEN gegen die Stimmen der CDU angenommen.

Die Artikel 3 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - und 5 - Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose - werden unter Berücksichtigung der zuvor angenommenen Änderungen mit den Stimmen von SPD und GRÜNEN gegen die Stimmen der CDU angenommen.

(Diskussionsprotokoll Seite 2)

### **3 Zukunft des Staatsbades Oeynhausen**

Einem Bericht des Ministers schließen sich Stellungnahmen der CDU- und der SPD-Fraktion an. Der Ausschuß kommt überein, die Diskussion in der nächsten Sitzung fortzusetzen.

(Diskussionsprotokoll Seite 24)

### **4 Handlungsrahmen Kurorte**

Der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales übergibt sein Redemanuskript zur Weiterleitung an die Ausschußmitglieder. Der Vorsitzende bittet die Fraktionen, dem Ausschußsekretariat zu signalisieren, falls darüber hinaus Beratungsbedarf besteht.

(Kein Diskussionsprotokoll)

\*\*\*\*\*



LMR'in Dr. Weihrauch (MAGS) kann nicht sagen, wie sich die in allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern untergebrachte Klientel auf Patienten nach § 63 und § 64 StGB verteile.

Zu Kapitel 07 430 - Staatsbad und Gesellschaft in Bad Oeynhausen - merkt Vorsitzender Bodo Champignon an, der Haushalts- und Finanzausschuß habe im Rahmen der Beratungen über den Nachtragshaushalt 1997 darum gebeten, daß sich auch die Arbeitsgruppe "Staatsbad Oeynhausen" bei den Beratungen des Haushaltsplanentwurfs 1998 mit dem Thema "Liquiditätszuschuß" befasse. - Wortmeldungen dazu ergeben sich nicht.

Der Vorsitzende bittet darum, die von den Fraktionen zu stellenden Anträge zum Haushaltsplanentwurf so früh wie möglich beim Ausschußsekretariat einzureichen.

## 2 Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf  
der Fraktion der SPD und  
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN  
Drucksachen 12/2340, 12/2445

Artikel 3 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst  
Artikel 5 - Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose

Vorsitzender Bodo Champignon weist darauf hin, daß dieser Ausschuß bezüglich der Artikel 3 und 5 mitberatend tätig sei. Für heute seien die Beratung und die Abstimmung über eine Beschlußempfehlung an den federführenden Ausschuß für Kommunalpolitik vorgesehen. Dazu liege ein Paket mit Änderungsanträgen von SPD und GRÜNEN auf den Plätzen aus (siehe Anlage).

Hermann-Josef Arentz (CDU) bittet um eine Sitzungsunterbrechung, um die Möglichkeit zu haben, sich fraktionsintern über die vorgelegten Änderungsanträge auszutauschen. Er halte es für ein unangemessenes Verfahren, eine solche Menge von Anträgen in Form einer Tischvorlage zu verteilen.

Wolfram Kuschke (SPD) entgegnet, nach seinem Kenntnisstand sei die Vorlage intern bereits in der letzten Woche zur Kenntnis gegeben worden. - Hermann-Josef Arentz (CDU) verneint dies.

Nach einer Sitzungsunterbrechung von 10.15 bis 10.50 Uhr führt Hermann-Josef Arentz (CDU) aus, daß seine Fraktion diese Form der Beratung eines wichtigen gesundheitspoliti-

schen Gesetzes für völlig inakzeptabel halte. Nach Auffassung der CDU-Fraktion gehe es nicht an, das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen eines Artikelgesetzes zu beraten; vielmehr sei eine eigenständige und fachlich weitergehende Beratung in diesem Ausschuß notwendig, so daß ein eigener Gesetzentwurf zu dieser Materie geschaffen werden müsse. Die vorgesehene Verfahrensweise erfülle nicht einmal die Mindestanforderungen, die man an die Beratung eines so wichtigen Gesetzes stellen müsse. Deshalb beantrage seine Fraktion die Aussetzung der Beratung des ÖGDG im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen und die Vorlage eines eigenständigen Gesetzentwurfs.

**Rudolf Henke (CDU)** erklärt, seine Fraktion habe stets Befürchtungen zum Ausdruck gebracht, die Aufnahme des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in ein Artikelgesetz mache eine sinnvolle Debatte über das ÖGDG unmöglich, und deshalb verlangt, daß das ÖGDG als eigenständiges Gesetz in der Federführung dieses Ausschusses beraten werde. Die nunmehr gewählte Verfahrensweise gebe der Kritik zusätzliche Nahrung.

Er wolle einige kritikwürdige Punkte des Gesetzentwurfs benennen, die auch durch die vorgelegten Änderungsanträge nicht verbessert worden seien. - Es bleibe dabei, daß die kommunalen Gesundheitskonferenzen als Pflichtaufgabe vorgesehen seien. Sie erführen sogar noch eine Aufwertung als Pflichtaufgabe, indem sie nicht mehr vom Gesundheitsamt, sondern vom Kreistag oder Stadtrat einberufen werden sollten.

Der im Gesetzentwurf unter § 6 Abs. 1 Nr. 6 stehende konkretisierende Klammervermerk "Gesundheitskonferenz" solle nach dem Willen von SPD und GRÜNEN nun wegfallen, und damit werde die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung schlechthin zur Aufgabe des Gesundheitsamtes erklärt. Der Wegfall des Klammerzusatzes ändere nichts daran, daß weiter hinten die Hochzonung, die er gerade thematisiert habe, stattfinde. Das sei nichts anderes als die Einführung einer neuen Pflichtaufgabe für die Kommunen und die gesetzliche Zementierung der ortsnahe Koordinierung, wie man sie aus einem Modellvorhaben kenne. Alle Sachverständigen hätten in der Anhörung die gesetzliche Festschreibung der ortsnahe Koordinierung vor Ablauf der wissenschaftlichen Begleitforschung abgelehnt.

Das gleiche gelte für die Landesgesundheitskonferenz. Sie sei seit vielen Jahren ein funktionierendes Gremium, in dem eine freiwillige Kooperation gepflegt werde. Aus dem Gremium der freiwilligen Kooperation werde über gesetzliche Normierung nun eine staatliche Planungsinstanz, und das könne nicht gebilligt werden. Nach seiner Auffassung diene das keineswegs der Motivation, zu gemeinsamen Lösungen zu kommen; vielmehr werde damit diese Motivation eher ins Gegenteil verkehrt.

An den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes würden Änderungen vorgenommen, die äußerst umstritten bewertet würden. Auf der einen Seite gebe es den Vorwurf der Kommunen, daß die Aufgabenstellung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu umfassend sei. Auf der anderen Seite gebe es den Vorwurf des Landesverbandes der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens in Person von Prof. Schneitler, dem Leiter des Gesundheitsamtes Düsseldorf, daß die ursprünglich positiv erscheinenden Intentionen der bisherigen Gesetzesvorlage durch den Verzicht auf das Gesundheitsamt vor Ort nicht mehr durchzusetzen

seien. Nach diesem Alarmruf des Teilnehmers an der Anhörung, der die Sache noch am positivsten beurteilt habe, könnten die Regierungsfractionen kaum erwarten, daß die CDU-Fraktion heute erkläre, für sie bestehe kein weiterer fachlicher Beratungsbedarf und die Änderungsanträge könnten einvernehmlich verabschiedet werden.

Des weiteren solle § 22 vom System her verändert werden. Bisher habe diese Vorschrift gelautet: "Das Gesundheitsamt wird durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt geleitet." Nunmehr solle nur noch vorgeschrieben werden, daß es an der unteren Gesundheitsbehörde geeignete Fachkräfte geben müsse; wenn es sich dabei um Ärztinnen und Ärzte handele, führten diese den Titel Amtsarzt oder Amtsärztin. Gleichzeitig werde die Möglichkeit eröffnet, daß jede beliebige Berufsgruppe in die Leitung des Gesundheitsamtes eingesetzt werden könne. Dabei werde übersehen, daß der öffentliche Gesundheitsdienst als dritte Säule des Gesundheitswesens Aufgaben habe, deren Erfüllung in Zukunft nur gesichert sei, wenn die zentrale Verantwortung in ärztlicher Hand liege. Das Gesundheitsamt sei eine medizinische Institution, und die Leitung müsse bei einer Amtsärztin oder einem Amtsarzt liegen. Deshalb sei diese Änderung abzulehnen. Er sei auch sicher, daß diese Ablehnung sehr schnell öffentlichen Charakter erhalte, wenn die Pläne erst einmal breiter bekannt seien.

An der Grundkonzeption, die zu kritisieren sei, ändere sich durch die von SPD und GRÜNEN geplanten Modifikationen im übrigen nichts. Es möge sein, daß an der Schnittstelle praktischer Leistungen gegenüber der sozialen Krankenversicherung bestimmte Konflikte, die auf der Basis des Gesetzentwurfs hätten entstehen können, durch die Änderungen behoben seien; das könne er aber nur mit allem Vorbehalt und mit aller Zurückhaltung formulieren.

Er hätte es begrüßt, wenn zu den Kostenerstattungsregelungen in der Begründung ein paar Zahlen und Kalkulationen genannt worden wären. Die finanziellen Auswirkungen seien nämlich seines Erachtens nicht durchgerechnet.

Der entscheidende Punkt sei, daß mit der Kommunalisierung der Gesundheitsplanung im Grunde der Einstieg in ein völlig verändertes Aufgabengefüge im Gesundheitswesen vorgenommen werde.

Aus dem Gutachten "Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW" vom September 1993, im Auftrag des MAGS erstellt, gehe hervor, das derzeitige Gesundheitssystem sei ein gegliedertes System individueller ärztlicher Behandlung nach dem Sozialversicherungsprinzip, als Folge der professionellen Dominanz der Gesundheitsberufe werde das Selbst- und Mitwirkungspotential der Betroffenen nur unzureichend ausgeschöpft, die Hauptglieder des Krankenversorgungssystems seien ungenügend koordiniert, die gebotene Kontinuität der Versorgung sei vielfach nicht gewährleistet, trotz formaler Chancengleichheit führe die Komm- und Holstruktur der medizinischen und sozialen Dienste zu Unterversorgung sozial schwacher und behinderter Gruppen, und der Versuch, die Leistungsangebote über personenbezogene Problemlösungen hinaus zu erweitern, stoße auf erhebliche Durchsetzungs- und Legitimationsprobleme. Vor diesem Hintergrund komme die Kommission "ÖGD 2000", die das Gutachten erarbeitet habe, das Rohmaterial für die Formulierung der Leitlinien gewesen sei, zu folgender Bewertung:

Über die Sozialversicherung finanzierte Gesundheitssysteme vergesellschaften die Finanzierung in der Form gesetzlicher Beitragspflicht. Sie beschränken den Versiche-

rungsschutz auf pflicht- bzw. freiwillig versicherte Personenkreise. Sie sind nach Personenkreisen und nach Versichertenrisiken sektoral gegliederte Sozialleistungssysteme. Das Angebot an Gesundheitsleistungen, also die Leistungsseite, wird privatwirtschaftlich bzw. gemeinnützig erbracht. Nationale Gesundheitsdienste vergesellschaften dagegen Finanzierung und Leistungserbringung. Zum geschützten Personenkreis gehört die Wohnbevölkerung. Die Organisation ist nicht sektoral, sondern regional, meist kommunal gegliedert. Seit dem zweiten Weltkrieg hat sich die überwiegende Anzahl der westeuropäischen Länder nach dem Beveridge-Prinzip organisierte Gesundheitssysteme zugelegt.

In der Begründung zu § 24 Abs. 1 im ursprünglichen Gesetzentwurf heiße es im Zusammenhang mit der kommunalen Gesundheitskonferenz:

Nur wenn die Beteiligten gemeinsam die erforderlichen Fragen beraten und zu einer Willensbildung über Analysen, Planungen und Umsetzung gemeinsam interessierender Angelegenheiten kommen, Anregungen geben und Initiativen ergreifen, ist Rationalität in der Versorgung möglich.

Im Grunde werde damit die programmatische Aussage gemacht, dort, wo diese Gesundheitskonferenzen nicht eingesetzt würden, sei Rationalität in der Versorgung nicht möglich und nicht gegeben. Das sei eine derart offene Attacke auf das gewachsene bewährte und leistungsfähige System der sozialen Krankenversicherung und ihre Vertragspartner, daß man fragen müsse, ob dahinter nicht wesentlich mehr stecke. Wenn man sich Entwürfe von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens anschauere, komme man in dieser Hinsicht zu einem eindeutigen Ja. Er glaube, die kommunalen Gesundheitskonferenzen würden als ein pragmatischer Einstieg in einen Dauerkonflikt zwischen der Ebene der kommunalen Planung einerseits und der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung in der Selbstverwaltung andererseits etabliert. Diesen Dauerkonflikt wolle man bewußt etablieren, weil er die Möglichkeit bieten könnte, die Institutionen der sozialen Krankenversicherung und ihrer Vertragspartner unablässig der Irrationalität zu zeihen und damit Schrittlchen für Schrittlchen dem eigentlichen Ziel eines nationalen Gesundheitsdienstes mit kommunalisierter und regionalisierter Planungszuständigkeit näherzukommen. Auch aus diesen prinzipiellen Gründen gebe es für die CDU-Fraktion keine Möglichkeit, dem Gesetzentwurf zuzustimmen.

Zusammenfassend wolle er noch einmal betonen, daß er das Verfahren für unmöglich halte. Es unterminiere die Chancen einer geordneten Beratung unter Einbeziehung der wesentlichen Fachkreise. Viele inhaltliche Regelungen würden großen Überarbeitungsbedarf auf. Das, was bleibe, sei der Versuch, ein Stückchen auf dem Weg weg aus dem System der sozialen Krankenversicherung hin zu einem System des nationalen Gesundheitsdienstes voranzukommen. Aus diesen Gründen stimme seine Fraktion dem Artikel 3 nicht zu und beantrage, das ÖGDG aus dem Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen herauszulösen.

**Marianne Hürten (GRÜNE)** spricht sich gegen den von der CDU-Fraktion gestellten Antrag aus. Sie gebe zu, daß die Beratungszeit kurz gewesen sei; es wäre aber auch der CDU-Fraktion möglich gewesen, innerhalb der seit Vorliegen des Gesetzentwurfs gegebenen Zeit

im Zusammenhang mit dem Gesetzentwurf stehende Fragen in Einzelgesprächen mit Beteiligten oder auch Vertretern des Ministeriums zu klären. Sie könne sich nicht vorstellen, daß sich Herr Dr. Sandler verweigert hätte, mit der CDU-Fraktion über diesen Gesetzentwurf zu reden, wenn sie Interesse geäußert hätte.

Ihre Fraktion trete dafür ein, das ÖGDG in der vorgeschlagenen Verfahrensweise auf den Weg zu bringen, weil sie ein großes Interesse daran habe, daß das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst so schnell wie möglich wirksam werde, damit man endlich nach Jahrzehnten des Stillstandes eine neue Gesetzeslage habe, die der Zeit angemessen sei. Sie halte es für unerträglich, daß man derzeit noch mit einem 60 Jahre alten Gesetz arbeiten müsse. Die Bestätigung dieser Auffassung habe man aus der gesamten Fachlandschaft erhalten.

Die CDU-Fraktion könne sich nicht der Erkenntnis verschließen, daß es nicht nur für die GRÜNEN, sondern insgesamt eine große Schwierigkeit sei, ein kommunales Leistungsgesetz durch ein neues zu ersetzen, wenn das nicht in einem Gesamtpaket passiere. Alle Versuche, die es vorher gegeben habe, das geltende Gesetz abzulösen, seien bisher auf größten Widerstand gestoßen. In dem vorliegenden Paket aber werde den Kommunen insgesamt eine Erleichterung bezüglich Verfahrensfragen und in finanzieller Hinsicht gewährt, so daß sich im Zusammenhang damit das ÖGDG-Vorhaben politisch umsetzen lasse.

Die Aspekte, die von seiten der CDU-Fraktion massiv kritisiert würden, seien ihrer Fraktion besonders wichtig; sie nenne nur die kommunale Gesundheitskonferenz und die kommunale Gesundheitsberichterstattung. Die dagegen vorgebrachten Argumente zeigten ihr im Grunde genommen nur, daß man inhaltlich so weit auseinanderliege, daß man zu keiner gemeinsamen Stellungnahme kommen könnte, selbst wenn man noch ein halbes Jahr beriete.

Der Vorwurf, die GRÜNEN wollten mit der kommunalen Gesundheitskonferenz die soziale Krankenversicherung aushebeln, sei völlig abstrus. Die Begründung dafür empfinde sie als so an den Haaren herbeigezogen, daß sie darauf gar nicht eingehen wolle.

**Wolfram Kuschke (SPD)** räumt ein, daß Artikelgesetze ihre Tücken hätten. Die Motivation, jeden Monat ein solches Gesetz einzubringen, sei im Laufe der Beratungen bei ihm sicherlich nicht gestiegen.

Dennoch wolle er daran erinnern, daß der Gesetzentwurf am 8. September ausgegeben worden sei, daß die Anhörung am 9. Oktober stattgefunden habe und daß das Protokoll seit dem 20. Oktober vorliege. Diese Daten spiegelten zwar einen engen Beratungsablauf wider, machten aber auch deutlich, daß die Sache durchaus handhabbar gewesen sei, und zwar insbesondere vor dem Hintergrund, daß man im Lande eine mindestens 20 Jahre währende Diskussion über den öffentlichen Gesundheitsdienst habe. Die Debatten, die während der Anhörung geführt worden seien, seien - und das bitte er nicht als anmaßend zu verstehen - zu 99 % in Kenntnis der bekannten Diskussionen geführt worden; damit wolle er zum Ausdruck bringen, daß die Anhörung nichts Neues zutage gefördert habe.

Das einzige Neue, das er in der Diskussion gehört habe - und dafür sei er Herrn Henke dankbar -, sei die abenteuerliche Unterstellung, über den Gesetzentwurf wolle man einen

nationalen Gesundheitsdienst errichten. Mit dieser Feststellung habe Herr Henke die optimale Vorlage für die Plenarberatung gegeben. So eine abenteuerliche Vermutung sei in der gesamten Diskussion bisher von niemanden vorgetragen worden. Herr Henke könne nur hoffen, daß er, Kuschke, am Tage der Plenarberatung ruhig und ausgeglichen sei; denn sonst werde er noch darauf hinweisen, daß Herr Henke das nicht nur als Landtagsabgeordneter, sondern möglicherweise auch in anderer Funktion sage.

In den Beratungen, die die Koalitionsfraktionen mit den Fachorganisationen und mit dem Ministerium geführt hätten und die die CDU-Fraktion jederzeit auch hätte führen können, habe die Frage des Sicherstellungsauftrags natürlich eine Rolle gespielt. In den vorgelegten Änderungsanträgen fänden sich konkrete Formulierungen, mit denen gewisse Bedenken aufgegriffen worden seien. Aber kein Vertreter der Organisationen, mit denen man geredet habe, sei auf die Idee gekommen, mit dem Gesetzentwurf werde ein Schritt hin zu einem nationalen Gesundheitsdienst getan.

Was das Stichwort Rationalität angehe, so wisse die CDU-Fraktion genausogut wie er, wie lange man an dem Bild der drei Säulen im Gesundheitswesen festgehalten habe. Er bitte sich vor diesem Hintergrund die personelle Ausstattung dieser Säulen anzuschauen, von der finanziellen Ausstattung gar nicht zu reden; dann werde jeder feststellen müssen, daß dieses Bild von Anfang an falsch gewesen sei, weil die Säule öffentlicher Gesundheitsdienst im Vergleich zu der personellen und finanziellen Ausstattung der beiden anderen Säulen nicht einmal ein Säulchen gewesen sei. Man habe aber auch nie den Anspruch erhoben, im öffentlichen Gesundheitsdienst müßte die gleiche Ausstattung vorhanden sein wie in den beiden anderen Bereichen.

Herr Henke habe aus dem Gutachten "ÖGD 2000" zitiert, dabei aber viele Passagen außer acht gelassen, die man als Unterstützung des vorliegenden Gesetzentwurfs interpretieren könnte. Aus diesem Gutachten seien nämlich sehr große Defizite im öffentlichen Gesundheitsdienst abzuleiten, beispielsweise was die Sozialmedizin angehe. Prof. Schneitler habe in den Gesprächen, die man geführt habe, sehr deutlich darauf hingewiesen, was das bedeute.

Noch vorhin habe er mit Herrn Schneitler telefoniert und mit ihm über das von Herrn Henke eingeführte Schreiben gesprochen. Dabei habe er ihm berichtet, daß er gestern abend eine Entscheidung habe treffen müssen, ob eine in Düsseldorf gelandete TriStar wieder starten könne, weil der Verdacht bestanden habe, daß Cholerainfizierte im Flugzeug gewesen seien. Dieser Vorgang mache deutlich, welche Entscheidungsbefugnisse und -kompetenzen in dem Säulchen öffentlicher Gesundheitsdienst steckten.

Zu fragen sei auch, weshalb denn der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe die Landesregierung frage, ob sie Möglichkeiten sehe, den Modellversuch für Obdachlose fortzusetzen. Gott sei Dank habe man in der Bundesrepublik keine amerikanischen Verhältnisse, was die Zahl derjenigen anlange, die überhaupt keinen Versicherungsschutz hätten, aber auch in unserer Gesellschaft gebe es eine nicht zu unterschätzende Anzahl von Menschen ohne Versicherungsschutz, bei denen die Kommstrukturen, die Herr Henke angesprochen habe, nicht griffen, sei es bei Obdachlosen, sei es bei Süchtigen oder bei Prostituierten.

Die Zielrichtung zu sagen, wenn es zukünftig nicht gelinge, die Akteure des Gesundheitswesens regional und örtlich zu einer besseren Koordination und Vernetzung zu bringen,

erreiche man in der Tat nicht die Rationalität in dem Sinne, daß man ein Optimum erziele, sei durchaus richtig. Die Verfasser des Gesetzentwurfs verstünden das Ganze also als Optimierung des Systems. Aber niemand aus dem Bereich der Kassen, der KV und der Ärztekammern habe den Vorwurf des Errichtens eines nationalen Gesundheitsdienstes erhoben. Auch habe das Stichwort der Irrationalität in den Debatten keine Rolle gespielt.

Neben der Zuschrift von Herrn Schneitler seien nach der Anhörung noch zwei Zuschriften von den Kammern eingegangen. Darin finde sich der interessante Hinweis, die Koalitionsfraktionen hätten in den Beratungen zu sehr den kommunalen Interessen nachgegeben. Über diesen Hinweis sei man nicht unglücklich, weil er die Ausgangssituation bestätige, daß man sich in vermintem Gelände befinde. Auf der einen Seite befürchteten die Kommunen, es komme zu finanziellen Auswirkungen, und auf der anderen Seite bestehe bei den Akteuren im Gesundheitswesen eine differenzierte Interessenlage.

Darüber hinaus seien im Zusammenhang mit dem Thema Gesundheitsamt/untere Gesundheitsbehörde die Fragen angesprochen worden, was im Zuge der Entfaltung von Verwaltungsstrukturreform kommunal notwendig sei, welche unterschiedlichen Organisationsmodelle in bezug auf den sozialen und den Umweltbereich denkbar seien und was im medizinischen Kernbereich verbleiben müsse. Teilweise seien auch Mißverständnisse nach dem Motto entstanden, nunmehr werde von unterer Gesundheitsbehörde gesprochen, und damit sei das Gesundheitsamt nicht mehr vorhanden.

Volles Verständnis habe er für die Kritik der Kammern, daß offengelassen werde, ob einem Arzt oder einem Nichtmediziner die Leitung eines Gesundheitsamtes obliegen solle. Hierzu könne er nur das Argument vortragen, das aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst stamme, nämlich daß es einen Unterschied mache, ob es um ein kleines Gesundheitsamt gehe, bei dem man weiterhin an der Leitung durch einen Arzt festhalten sollte, oder ob es sich um ein Gesundheitsamt mit 40 Ärzten und vielen anderen Beschäftigten handle, bei dem es auch Sinn machen könne, einen Nichtmediziner mit der Leitung zu betrauen. Die Koalitionsfraktionen hätten großes Vertrauen in den öffentlichen Gesundheitsdienst und in die kommunale Selbstverwaltung und glaubten deshalb diese Formulierung vertreten zu können.

Damit in bezug auf die ortsnahe Koordinierung kein Mißverständnis entstehe: Auch von den Akteuren im Gesundheitswesen sei der Anspruch erhoben worden, mit dem Gesetz zu warten, bis das Modellvorhaben abgeschlossen sei. Das sei eine Argumentation, der man sich nicht gänzlich verschließen könne. Man könne ihr allerdings begegnen, indem man bewerte, was bisher aus diesem Modellversuch herausgekommen sei. Nach Aussage aller Beteiligten habe sich an den 28 Modellstandorten erwiesen, daß das Instrument Sinn mache. Mittlerweile gebe es 100 konsensual getroffenen Empfehlungen der Koordinierungsstandorte zur Entwicklung des Gesundheitssystems in dem jeweiligen Raum, und er gehe davon aus, daß wöchentlich eine Steigerung der Zahl zu vermelden sein werde.

Nun könne man nicht, wie Herr Henke dies getan habe, auf der einen Seite die Landesgesundheitskonferenz loben und auf der anderen Seite fordern, die Entwicklungen auf örtlicher Ebene so lange zu behindern, bis das Modellvorhaben abgeschlossen sei.

**Rudolf Henke (CDU)** wirft ein, er habe zur Landesgesundheitskonferenz geäußert, daß man sie als Pflichtinstrument nicht benötige.

Auch wenn Herr Henke sein Lob einschränke - fährt **Wolfram Kuschke (SPD)** fort -, könne er nicht abstreiten, daß er die Landesgesundheitskonferenz durchaus positiv bewertet habe. Im übrigen habe die CDU-Fraktion in diesen Ausschuß schon Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz eingebracht. Für ihn, Kuschke, stehe fest, daß die Landesgesundheitskonferenz aus der Landesgesundheitslandschaft nicht mehr wegzudenken sei. Wenn sich ein solches Instrument in dieser Art und Weise bewährt habe, sollte es auch institutionalisiert werden. Und was für die Landesebene gelte, gelte auch für die örtliche Ebene. Dabei sei dem Gesetzestext und den Änderungen zu entnehmen, daß dort ein Konsensprinzip installiert werden solle. Die beantragten Änderungen seien - das wolle er betonen - sowohl in Übereinstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden als auch mit den gesundheitspolitischen Akteuren formuliert worden.

Kurzum: Nach seiner Auffassung habe es Sinn gemacht, daß die Koalitionsfraktionen eine über 20 Jahre andauernde Diskussion über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen mit dem vorliegenden Gesetzentwurf zu einem vorläufigen Ende gebracht hätten und den öffentlichen Gesundheitsdienst auf eine solide Basis stellten, auf der Weiterentwicklungen möglich seien. Dabei lasse er keinen Zweifel daran, daß der Modellversuch ortsnahe Koordinierung einbezogen werde; auch insoweit empfehle sich die Lektüre des Gesetzestextes und der Änderungsanträge. Die Rechtsverordnung, die zu wichtigen Aspekten wie der Gesundheitsberichterstattung und der Zusammensetzung der Konferenz erlassen werde, werde erst am 1. Januar 1999 in Kraft treten, so daß man 14 Monate Zeit habe, Erfahrungen aus dem Modellversuch einzubeziehen. Er sei überzeugt, daß mit dem Gesetzeswerk die Gesundheitspolitik im Lande weiter nach vorn gebracht werde.

Gerade weil Herr Kuschke den Präsidenten der Ärztekammer Westfalen-Lippe so gelobt habe - äußert **Rudolf Henke (CDU)** -, wolle er dessen Position einmal vortragen. Auf seiner Bundeshauptversammlung habe der Marburger Bund am letzten Wochenende die Landesgesetzgeber aufgefordert, bei der gesetzlichen Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes dafür Sorge zu tragen, daß die Gesundheitsämter ausschließlich durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt geleitet würden. Dieser Position von Herrn Flenker, den Herr Kuschke so schätze, sei in dem Gesetzentwurf nicht gefolgt worden. Ein ähnliches Schreiben sei von der Ärztekammer Nordrhein eingegangen. Herr Kuschke führe die Kammern ins Feld, sage, man habe sich über alles geeinigt, und bei genauer Prüfung stelle sich heraus, daß die Koalitionsfraktionen den Empfehlungen in keiner Weise gefolgt seien. Man schwäche die Säule öffentlicher Gesundheitsdienst, von der Herr Kuschke geredet habe, wenn man die Leitungsfunktionen nicht Ärztinnen und Ärzten übertrage. Im Gesundheitsamt seien Entscheidungen zu treffen wie die, die Herr Kuschke beschrieben habe, und dennoch wolle er die Leitung des Gesundheitsamtes von der fachlichen Qualifikation des Amtsarztes bzw. der Amtsärztin entkoppeln. Und dagegen protestiere nicht nur Schneitler, nicht nur die Kammer Nordrhein, nicht nur die Kammer Westfalen-Lippe, nicht nur der Marburger Bund, sondern das sei

fachlich auch völlig unsinnig und unakzeptabel, und diese Meinung vertrete auch die gesamte CDU-Fraktion.

Dann wolle auch er noch etwas zur Chronologie des Gesetzentwurfs sagen: In der Tat habe am 20. Oktober das Protokoll über die Anhörung vorgelegen. Aber was dann gefolgt sei, entspreche in keiner Weise den Ansprüchen, die man an ein vernünftiges Gesetzgebungsverfahren knüpfen müsse. SPD und GRÜNE hätten Verhandlungen geführt, hätten kurzfristig einen umfangreichen Katalog von Änderungsanträgen vorgelegt und sagten nun, die CDU hätte, wenn sie gewollt hätte, mit Gott und aller Welt Gespräche aufnehmen können.

In der Tat sei die Sache nach 20jähriger Debatte entscheidungsreif, diese Entscheidungsreife aber könne nicht daran festgemacht werden, ob ein Gesetzentwurf nun zwei Wochen früher oder später verabschiedet werde. Es sei doch entlarvend, wenn Frau Hürten argumentiere, man mache ein neues kommunales Leistungsgesetz. Den Kommunen würden in der Tat neue Aufgaben aufgebürdet, ihnen würden die Gesundheitskonferenzen als neue Gremienstruktur aufgezwungen, und für die chronischen, langandauernden und schweren Krankheiten solle über Aids hinaus eine Beratungsstruktur etabliert werden, über deren Kostenauswirkungen kein Wort gesagt werde. Damit entziehe man geradezu den von Herrn Kuschke genannten Gruppen die Mittel.

Entlarvend sei auch gewesen, daß Frau Hürten festgestellt habe, ein neues Leistungsgesetz für die Kommunen sei nur hinzubekommen, wenn es in ein Artikelgesetz hineingeschrieben werde. Das heiße nichts anderes, als daß es sich die Koalitionsfraktionen nicht zutrauten, die Zielsetzungen, die sie mit dem ÖGDG verfolgten, außerhalb eines Artikelgesetzes in die Tat umzusetzen. Der Mantel, in dem sie dieses Gesetz einzig politisch mehrheitsfähig machen zu können glaubten - wobei sie von dem Ursprungsentwurf, wenn man Schneitler und den Kammern folge, schon wieder weit abgerückt seien -, sei ein Artikelgesetz.

Auf die Plenarberatungen über die Frage, welche langfristige Weiterentwicklung das Gesundheitswesen nehmen solle, freue er sich auch. Kein Mensch behaupte, daß mit diesem Gesetz der nationale Gesundheitsdienst eingeführt werde; dazu gebe es grundgesetzlich auch gar keine Möglichkeit. Aber er sage, daß die obligatorischen kommunalen Gesundheitskonferenzen und die Übertragung der Aufgaben der Koordination und Planung an die Kommunen ein weiterer Schritt auf dem Weg seien weg von einem von der Sozialversicherung und durch Selbstverwaltung gesteuerten Gesundheitswesen hin zu einem staatlich geplanten Gesundheitswesen.

Die von Herrn Kuschke vorgenommene Bewertung der ortsnahen Koordinierung werde durch die Erfahrungen im Lande keineswegs gestützt, konstatiert **Wilhelm Riebinger (CDU)**. Wenn man einen so breit angelegten Versuch mit wissenschaftlicher Begleitung starte, müsse man ihn zu Ende bringen und die wissenschaftliche Auswertung abwarten, bevor man Schlüsse daraus ziehe. Das, was hier getan werde, sei paradox, und es scheine, als hätten die Verfasser des Gesetzentwurfs Angst vor der wissenschaftlichen Auswertung. Deshalb solle die Angelegenheit schnell als Pflichtveranstaltung eingeführt werden; denn dann sei die wissenschaftliche Auswertung im nachhinein reine Makulatur.

Herr Kuschke habe von 100 umgesetzten Empfehlungen gesprochen. Die Zahl möge stimmen, aber für sehr viele Empfehlungen davon hätte es dieses riesigen bürokratischen Aufwandes nicht bedurft. Sie hätten in jedem Gesundheitsausschuß einer Stadt oder eines Kreises ebenso gut beschlossen werden können. Die Hauptkritik, die aus zahlreichen regionalen und fachlichen Kreisen an dieser Form der ortsnahen Koordinierung zu hören sei, laute, daß damit ein bürokratischer Aufwand hoch drei verursacht werde und die Ergebnisse im Verhältnis dazu minimal seien. Deswegen müsse der Versuch erst einmal ausgewertet werden, um Schwachstellen erkennen zu können, von denen es eine Menge gebe, bevor man darüber nachdenke, ob es sinnvoll und zweckmäßig sei, das Ganze als Pflichtveranstaltung einzuführen oder ob man vor Ort nicht besser andere Modelle praktizieren sollte. Auf dem nunmehr eingeschlagenen Weg machten die Koalitionsfraktionen keineswegs einen Schritt in eine neue und vorwärtsweisende Gesundheitspolitik.

**Hermann-Josef Arentz (CDU)** führt aus, nach Meinung des Abgeordneten Kuschke sei der Zeitplan zwar eng, aber doch zumutbar. Frau Hürten habe darauf hingewiesen, daß das Gesetz dringend überarbeitungsbedürftig sei. Dem letzteren widerspreche er nicht; im übrigen hätte es der Koalition oder der Landesregierung freigestanden, schon früher einen Gesetzentwurf einzubringen. Nachhaltige Kritik bringe er allerdings dagegen vor, daß das Gesetz, gerade wenn es seit vielen Jahrzehnten überholungsbedürftig sei, jetzt in einer Art und Weise durchgepeitscht werden solle, die alle Anzeichen eines außerordentlich schlechten Gewissens der Verfasser des Gesetzentwurfs in sich trage. Bei dem Verfahren, das die Koalitionsfraktionen für angemessen hielten, habe der Ausschuß keine Möglichkeit, sich intensiv über die Ergebnisse der Anhörung auszutauschen. Fast niemand habe auf der Anhörung den Entwurf, wie er damals vorgelegen habe, positiv bewertet - bis auf die Leiter der Gesundheitsämter. Wenn dann Herr Schneitler nach der Anhörung schreibe, mit großer Betroffenheit habe der Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens davon Kenntnis erhalten, daß der ursprünglich begrüßte Fraktionsentwurf für den öffentlichen Gesundheitsdienst erheblich verändert worden sei, daß gerade die im Entwurf erkennbare Absicht, den öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene zu stärken, fast ins Gegenteil verkehrt worden sei und daß die ursprünglich positiv erscheinenden Intentionen der bisherigen Gesetzesvorlage nicht mehr durchgesetzt worden seien, bleibe nur noch Kritik bestehen. In einer solchen Situation sei es unverantwortlich, den Gesetzentwurf so durchzupeitschen, wie das heute praktiziert werde. Er kündige schon jetzt an, daß seine Fraktion eine dritte Lesung beantragen werde, um den dann gewonnenen Zeitraum zur weiteren Beratung zu nutzen.

Der Gesetzentwurf atme in der Tat nicht den Geist eines Gesundheitswesens, das auf Selbstverwaltung und subsidiär auf dem öffentlichen Gesundheitsdienst aufbaue; vielmehr seien überall neue Eingriffsmöglichkeiten in die Selbstverwaltung vorgesehen, sowohl bei der ortsnahen Koordinierung als auch bei der gesetzlichen Fixierung der Landesgesundheitskonferenz. Es spreche Bände, daß die Landesgesundheitskonferenz auf einmal so gelobt werde, deren Ergebnisse weder die Koalitionsfraktionen noch das Ministerium irgendwann in den Ausschuß eingebracht hätten. Die Landesgesundheitskonferenz arbeite auf freiwilliger Grundlage schon seit Jahren, und man habe bisher auch nie Grund gehabt, das zu kritisieren. Er bitte allerdings die Koalitionsfraktionen zu erläutern, was sie dazu bringe, sie nun gesetz-

lich festzuschreiben und darüber hinaus die bisher noch nicht zu Ende evaluierten örtlichen Gesundheitskonferenzen ebenfalls in den Gesetzentwurf aufzunehmen. Es sei für ihn ein einmaliger Vorgang, daß etwas mitten in einem laufenden Modellversuch, der, wie die Anhörung deutlich gemacht habe, noch nicht einmal so weit gediehen sei, daß eine vorläufige Beurteilung abgegeben werden könne, zum Gesetz erklärt werden solle.

Frau Hürten habe ausgeführt, man bekomme das ÖGDG nur zusammen mit anderen Gesetzen verabschiedet, die die Gemeinden entlasteten. Dahinter stecke wohl die Auffassung der GRÜNEN, daß Artikel 3 zu einer zusätzlichen Belastung der Gemeinden führe. Die kommunalen Spitzenverbände hätten in der Anhörung darauf hingewiesen, daß sie mit einer Mehrbelastung von mindestens 30 Millionen DM rechneten. Ihn interessiere, von welcher Mehrbelastung für die Kommunen die Verfasser des Gesetzentwurfs ausgingen. Seine Fraktion gebe sich nicht damit zufrieden, wenn von seiten der Koalitionsfraktionen gesagt werde, das alles koste nichts, während in der Anhörung unwidersprochen von 30 Millionen DM ausgegangen worden sei. Er erinnere in diesem Zusammenhang an die Entschließung der Koalitionsfraktionen, in der ausdrücklich festgehalten worden sei, daß jede landesgesetzliche Maßnahme, die mit zusätzlichen Belastungen der Kommunen verbunden sei, auch zu einer entsprechenden finanziellen Entlastung oder Zuweisung des Landes an die Kommunen führen müsse. Die CDU-Fraktion habe das Konnexitätsprinzip in der Landesverfassung verankert wissen wollen. Das hätten die Koalitionsfraktionen wahrscheinlich deswegen abgelehnt, weil dann der Rechtsanspruch einklagbar gewesen wäre.

Er wäre dankbar, wenn seine Fraktion einen Überblick über die 100 kommunalen Empfehlungen bekommen könnte, die Herr Kuschke zum Beweis des segensreichen Wirkens der ortsnahen Koordinierung angeführt habe, damit man sich einmal über die Qualität dieser Empfehlungen unterhalten könne. Auch wäre er dankbar, wenn man etwas dazu erführe, ob der Vortrag der Krankenkassen in der Anhörung so gegenstandslos gewesen sei, wie hier getan werde. Die Vertreter der AOK hätten für alle gesetzlichen Krankenkassen darauf hingewiesen, daß sie ein riesiges Problem darin sähen, wenn in den Gremien der ortsnahen Koordinierung alle möglichen Leute Empfehlungen abgeben könnten, dann aber nicht für die Finanzierung zuständig seien. Ferner hätten sie deutlich gemacht, daß aus ihrer Sicht eine große Gefahr darin bestehe, daß dort von Dritten zusätzliche kostenwirksame Aufgaben beschlossen werden könnten, für die dann die Krankenkassen finanziell geradezustehen hätten. Und danach beklage Herr Clement wieder den Anstieg der Lohnnebenkosten.

Herr Kuschke habe gesagt, man habe die Änderungen in enger Kooperation mit den kommunalpolitischen Akteuren und den Verbänden des Gesundheitswesens erarbeitet. Er, Arentz, wolle darauf aufmerksam machen, daß in der Anhörung deutlich geworden sei, daß bis dahin bis auf die Leiter der Gesundheitsämter niemand konsultiert worden sei. In den schriftlichen Stellungnahmen der Krankenkassen und der ärztlichen Organisationen sei geäußert worden, daß sie von der Vorlage des Fraktionsentwurfs erst Kenntnis erhalten hätten, nachdem er schon offiziell ins Beratungsverfahren eingebracht worden sei. Deshalb glaube er Herrn Kuschke auch nicht, wenn er sage, inzwischen sei die Sache mit den kommunalpolitischen Akteuren und den Verbänden des Gesundheitswesens abgestimmt. Man werde alle fragen, ob das, was Herr Kuschke behauptet habe, zutreffe, und man werde die Angelegenheit dann plenar weiter mit den Koalitionsfraktionen diskutieren.

Daniel Kreutz (GRÜNE) erklärt, bei allem Respekt vor dem Engagement, das die Opposition bei diesem Thema zeige, habe er den Eindruck, daß die Argumentation an der Sache vorbeigehe. Die Opposition habe kritisiert, daß das ÖGDG im Rahmen des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden eingebracht worden sei. Er wolle ausdrücklich darauf hinweisen, daß der Maßstab für eine Stärkung der Leistungsfähigkeit keineswegs platt die Höhe von Einsparungen sei; vielmehr gehe es dabei auch um die Veränderung von Strukturen, die die kommunale Selbstverwaltung dadurch stärkten, daß sie durch eine neue Rahmensetzung der Aufgaben, die ihnen ohnehin oblägen, im Zusammenhang mit Verständigungen der an der örtlichen gesundheitlichen Versorgung Beteiligten in effizienterer Weise erfüllen könnten.

Mit dem ÖGDG werde eine Vielzahl historisch überkommener Vorschriften aufgehoben. Von daher sei es sehr wohl ein Beitrag zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen.

Die These, in der Koalition gebe es Angst vor der Auswertung des Modellversuchs ortsnahe Koordinierung, gehe völlig fehl. Es sei unstrittig, daß der Modellversuch längst gezeigt habe, daß das Instrument der örtlichen Gesundheitskonferenz, der ortsnahe Koordinierung sinnvoll und vernünftig sei. Was die Auswertung des Modellversuchs liefern werde und worin man die Bedeutung des Modellversuchs sehe, sei, Hinweise in bezug auf die Frage zu erhalten, auf welche Art und Weise die Ausgestaltung und die Feinsteuerung dieses Instruments erfolgen sollten. Aber daß man eine Plattform anbiete, auf der sich die an der örtlichen gesundheitlichen Versorgung Beteiligten verständigen könnten, um zu einer besseren Versorgung der Bevölkerung beizutragen, sei in der Sache völlig unstrittig.

Die CDU-Fraktion habe die Gesundheitskonferenz unter den Begriff der Pflichtveranstaltung gestellt. Er wisse noch einmal darauf hin, daß es hier lediglich darum gehe, daß der öffentliche Gesundheitsdienst eine Plattform bereitstelle, auf der sich die an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten zur Kooperation treffen könnten, und zwar diejenigen, die dazu bereit seien, dies zu tun. Wer dazu nicht bereit sei, werde sich wahrscheinlich Fragen ausgesetzt sehen, warum er dazu nicht bereit sei. Das aber werde nicht durch den Gesetzgeber geregelt. Dieser regule lediglich, daß es ein Kooperationsangebot gebe. Von daher könne nicht von einer Pflichtveranstaltung die Rede sein.

Herr Arentz habe gefragt, wie hoch die Autoren des Gesetzentwurfs die Kosten einschätzten. Als Mitautor wolle er unterstreichen, daß die Aufhebung von Vorschriften und neue Formen der Aufgabenwahrnehmung Kostenentlastung schafften, deren reale Höhe davon abhängen, in welcher Weise die kommunale Selbstverwaltung mit dem gesteckten Rahmen umgehe. Daraus folge, daß der Landesgesetzgeber derzeit keine seriöse Einsparungsschätzung vornehmen könne, weil die Erwirtschaftung möglicher Einsparungen infolge des Gesetzentwurfs eine Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltung sei, die noch zu realisieren sein werde. Er gehe davon aus, daß es in verschiedenen Bereichen der bisherigen Aufgabenwahrnehmung zu Kostenreduzierungen kommen könne, die die neuen Aufgaben wie die Durchführung der Gesundheitskonferenzen und die Gesundheitsberichterstattungen refinanzieren.

Die Diskussion über drohende Mehraufwendungen für die gesetzliche Krankenversicherung habe er nie verstanden; denn die Ausgabenverpflichtungen der gesetzlichen Krankenkasse seien durch den Bundesgesetzgeber geregelt. Was sich dort abspiele, finde im Rahmen der

gesetzlichen Zuständigkeiten statt. Er stelle aber einmal die umgekehrte Frage, nämlich warum der Landesgesetzgeber die gesetzliche Krankenversicherung und die Selbstverwaltung daran hindern sollte, auf der Grundlage freiwilliger Vereinbarungen der örtlich an der Versorgung Beteiligten in Angebote einzusteigen, die etwa im Bereich der Gesundheitsförderung und -prävention für die gesetzliche Krankenversicherung auch Entlastungen zur Folge haben könnten. Er sehe also keine sachliche Grundlage für eine Diskussion darüber, daß mit diesem Gesetz der gesetzlichen Krankenversicherung mehr Aufgaben aufgebürdet würden.

Dann sei die Frage der Leitung des Gesundheitsamtes angesprochen worden. Nachdem der Gesetzentwurf an die Öffentlichkeit geraten sei und ihn die an der gesundheitlichen Versorgung in Nordrhein-Westfalen Beteiligten zur Kenntnis genommen hätten, habe sich die Diskussionsentwicklung ausgesprochen positiv dargestellt. Am Anfang habe es erhebliche Negativreaktionen bis hin zu der Feststellung gegeben, der ganze Gesetzentwurf sei verfassungswidrig. In der Anhörung sei dieser Vorwurf nicht mehr erhoben worden. Die Diskussion habe sich deutlich beruhigt.

Im Hinblick auf die Leitung gebe es in der Tat noch kritische Einwendungen von der einen oder anderen Seite. Aber wenn man eine landesgesetzliche Regelung in einem Feld treffe, von dem man wisse, daß es nicht nur von Kooperation, sondern auch von interessenpolitischen Positionen bestimmt werde, sei es nicht verwunderlich, wenn Kritikpunkte übrigblieben. Man könne es eben nicht allen Beteiligten recht machen.

Es könne je nach den örtlichen Verhältnissen Sinn machen, die Leitung eines Gesundheitsamtes im Hinblick auf die veränderte reale Aufgabenstellung, die nicht mehr den Charakter der Aufgaben der 30er Jahre habe, sondern sich weiterentwickelt habe, bei der Fragen des Gesundheitsmanagements, der Kooperationssteuerung und gesundheitspolitische Fragen viel stärker in den Vordergrund rückten, auch einmal anders zu besetzen. Die einschlägigen Aussagen sowohl der Weltgesundheitsorganisation als auch der Ottawa-Charta seien bekannt, die das Verständnis von Gesundheit als einer interdisziplinären Veranstaltung auf internationaler Ebene unterstrichen. Gesundheit sei eben weit mehr als ärztliche und medizinische Versorgung. Dieser Weiterentwicklung müsse man sich öffnen. Es gehe nicht darum, die Amtsärzte komplett von den Leitungsfunktionen zu entbinden. In den kleineren Gesundheitsämtern werde es rein pragmatisch wahrscheinlich keine anderen Lösungsmöglichkeiten geben, als weiterhin die Amtsärztin oder den Amtsarzt mit der Leitung zu betrauen. Aber in größeren Gesundheitsämtern, die sich auch in Richtung einer interdisziplinären gesundheitsfachlichen Personalausstattung entwickelten, sei es sinnvoll und vernünftig, auch andere Möglichkeiten zu schaffen und eine Öffnung vorzunehmen.

Damit komme er zu einem Änderungsantrag zu § 22, der vielleicht ein Stückweit auch der Opposition entgegenkomme. Er beantrage, die Überschrift und den Absatz 2 des § 22 wie folgt neu zu formulieren:

#### Fachkräfte und medizinische Leitung

(1) ...

(2) Die Leitung der Medizinischen Dienste der unteren Gesundheitsbehörde obliegt der Amtsärztin oder dem Amtsarzt.

Diese Änderung beantrage er auch vor dem Hintergrund, daß es an einigen Orten durch die tatsächliche Entwicklung Besorgnisse gebe, denen man begegnen sollte, daß nämlich im Rahmen überschäumenden Verwaltungsreformers Bestrebungen Platz griffen, die Struktur des bisherigen Gesundheitsamtes auch hinsichtlich der medizinisch notwendigen Aufgaben auf unterschiedliche Verwaltungsstränge aufzuteilen, und das wäre in der Tat eine Schwächung der unteren Gesundheitsbehörde oder des Gesundheitsamtes, die seitens der Koalitionsfraktionen nicht gewollt sei. Dem wolle man durch die von ihm vorgetragene klarstellende Änderung begegnen.

**Wolfram Kuschke (SPD)** gibt zu bedenken, wenn man an einen solchen Gesetzentwurf herangehe - das würde der Opposition nicht anders gehen -, seien von vornherein die schwierigen Felder ersichtlich. Aus dem kommunalen Gesundheitsbereich habe es eindeutige Unterstützung gegeben, zumal von dort seit über 20 Jahren die Forderung erhoben werde, ein Gesetz zum öffentlichen Gesundheitsdienst zu schaffen. Vom kommunalen Finanzbereich, der bei Anhörungen oft der dominante sei, würden Befürchtungen geäußert. Dann gebe es die gesundheitspolitischen Akteure, die die Gefahr höherer Kosten artikulierten. Von den Landesvertretungen werde darauf geachtet, wie es mit der Rolle und der Funktion der Mediziner aussehe. - Weil dies so sei, könne man keinen Gesetzentwurf erarbeiten, der bei allen Beteiligten auf 100%ige Zustimmung stoße. Dennoch werde es nach der Verabschiedung - davon sei er fest überzeugt - eine große Bereitschaft geben, auf der Basis des Gesetzes den öffentlichen Gesundheitsdienst voranzubringen.

Er halte die Argumentation der Opposition für sehr zwiespältig. Einerseits werde gefragt, warum nicht schon viel früher ein Gesetzentwurf vorgelegt worden sei, andererseits werde gefordert, es müßte viel länger diskutiert werden. Der CDU-Fraktion werde nicht verborgen geblieben sein, daß es bereits 1993 den Versuch des Gesundheitsministers gegeben habe, einen solchen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen. Dies sei insbesondere von der Vorgehensweise her auf die Ablehnung der kommunalen Spitzenverbände gestoßen. Heute betone er deshalb: Man würde es nachträglich sicherlich bedauern, wenn man die Gunst der Stunde eines Artikelgesetzes nicht genutzt hätte, um ein ÖGDG auf den Weg zu bringen. Dazu stehe er.

Man könne trefflich darüber streiten, ob ein Konnexitätsprinzip nicht zuallererst im Grundgesetz verankert werden sollte; dann würde sich der Haushalt des Bundesministers der Finanzen allerdings noch etwas anders darstellen. Und was Paketlösungen im Rahmen von Artikelgesetzen angehe, sollte sich die CDU-Fraktion der letzten gesundheits-, renten- und steuerpolitischen Vorhaben der Bundesregierung erinnern, in denen Materien zusammengepackt worden seien, die eine ganz andere Bandbreite hätten als die in dem vorliegenden Gesetzentwurf abgedeckte Palette.

Die Opposition werfe den Regierungsfractionen vor, sie habe nicht genügend Zeit gehabt, sich mit den Änderungsanträgen auseinanderzusetzen. Die Opposition hätte aber genug Zeit gehabt, eigene Anträge einzubringen. Dies sei nicht geschehen. Selbst wenn man die Verabschiedung einige Wochen verschieben würde, würde die Opposition eigene Änderungsanträge nicht vorlegen; denn sie wolle ja nicht einer Entwicklung zum nationalen Gesundheitsdienst, wie Herr Henke es dargestellt habe, Vorschub leisten.

Zum Stichwort Modellvorhaben wolle er anmerken, daß sich Herr Riebniger auch sehr widersprüchlich verhalte. Auf der einen Seite sage er, es gebe keine positive Grundstimmung an den 28 Modellstandorten, sei aber den Nachweis schuldig geblieben, wo dies nicht so sei - er habe im übrigen keine Probleme, die Empfehlungen in diesem Kreise zu diskutieren -, auf der anderen Seite argumentiere er, man müsse abwarten, und erhebe den Vorwurf, die Regierungsfaktionen wollten etwas verschleiern, weil sie befürchteten, die Auswertung könnte negativ ausfallen. Prof. Siegrist und Prof. Badura begleiteten das Modellvorhaben wissenschaftlich. Und Prof. Siegrist habe sich in der Anhörung eindeutig positiv zu dem Modellversuch ortsnahe Koordination und den Ergebnissen geäußert. Er habe vorhin schon einmal darauf hingewiesen, daß die Rechtsverordnung erst zum 1. Januar 1999 in Kraft trete, so daß die Möglichkeit bestehe, die Ergebnisse des Modellvorhabens einzubeziehen.

Dann habe Herr Henke Mutmaßungen bezüglich eines Ausstiegs aus dem derzeitigen Gesundheitssystem angestellt. Das veranlasse ihn zu der Frage, wer dort eigentlich aussteige, wer eigentlich das Mißtrauen in die gesetzliche Krankenversicherung schüre, indem er durch Eigenbeteiligungen immer mehr Bestandteile aus diesem Bereich herausnehme, wie es eigentlich komme, daß man heute mit Jugendlichen nicht nur über das System der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern auch über die Rentenversicherung diskutieren müsse, weil sie es tagtäglich erlebten, daß die Aussagen der Bundesregierung nicht das Geld für das Papier wert seien, auf dem sie gedruckt würden. Wenn man dies alles berücksichtige, müsse man zu dem Schluß kommen, daß es einfach nicht gerechtfertigt sei, den Regierungsfaktionen im Lande Nordrhein-Westfalen den Vorwurf zu machen, sie befänden sich auf dem Weg zum nationalen Gesundheitssystem.

Er empfehle, die nach der Anhörung eingegangenen Zuschriften genau zu lesen. Daraus ergebe sich lediglich ein deutlicher Kritikpunkt. Deshalb habe Herr Kreutz mündlich eine Änderung beantragt, die auch von der SPD-Fraktion unterstützt werde. Die meisten Punkte auch der geänderten Fassung dagegen befänden sich im Konsens sowohl mit den kommunalen Spitzenverbänden als auch mit den gesundheitspolitischen Akteuren, so daß er überzeugt sei, daß man ein vernünftiges, in weiten Teilen für die Bundesrepublik beispielhaftes Gesetz auf den Weg bringe.

Was die Empfehlungen der Landesgesundheitskonferenz angehe, so meine er, daß diese, soweit er das überblicken könne, schon Gegenstand der Beratungen dieses Ausschusses gewesen seien. Sie seien über Zuschriften und Informationen allen bekannt. Keine Fraktion sei daran gehindert, sie aufzugreifen und zu thematisieren. Er empfehle insbesondere, sich mit den Empfehlungen und Beschlüssen der Landesgesundheitskonferenz zu befassen, in denen es um den öffentlichen Gesundheitsdienst gehe.

In der Tat gelte für die Gesundheitspolitik insgesamt, daß Gesundheit mehr als die Abwesenheit von Krankheit sei. Er glaube, daß man einen solchen modernen Begriff von öffentlicher Gesundheitspolitik mit dem Gesetz nach vorn bringen werde.

**Rudolf Henke (CDU)** meint, der von Herrn Kreutz vorgetragene mündliche Änderungsantrag habe in etwa den Stellenwert, wie wenn festgestellt werde, daß der Amtsapotheker in der unteren Gesundheitsbehörde ein Apotheker sein müsse. Wenn selbst die Feststellung für

notwendig gehalten werde, daß die Medizinischen Dienste im Gesundheitsamt ärztlich zu leiten seien, dann frage er sich, an was denn vorher sogar in bezug auf die Medizinischen Dienste gedacht worden sei.

Das Gesundheitsamt sei insgesamt eine medizinische Institution, und man zerschlage seine Qualifikation, wenn man einen Nichtmediziner in die Leitungsfunktion bringe.

Er halte es für eine mittlere Portion von Chuzpe, wenn Herr Kreutz hier Krokodilstränen darüber vergieße, daß man es bedauerlicherweise nicht allen recht machen könne - in der Kommission "ÖGD 2000" habe es einen Streit über diese Frage gegeben, der mit dem ursprünglichen Gesetzentwurf beendet worden sei, in dem es noch heißen habe, daß die Leitungsfunktion der Amtsärztin oder dem Amtsarzt zustehe -, während Herr Kreutz in der Anhörung - darüber sinnierend, wen er denn eigentlich fragen könne - ausgeführt habe:

Ich habe mir jetzt als Opfer

- nämlich für seine Frage -

Herrn Dr. Brand ausgeguckt. Herr Dr. Brand,

- das sei der Leiter des Instituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst -

ich möchte Sie fragen, ob Sie es für zwingend erforderlich halten, daß das Gesundheitsamt weiterhin ausschließlich unter ärztlicher Leitung steht, oder ob es auch nicht Gründe gibt, die die Leitung durch Personen als sinnvoll erscheinen lassen, die vielleicht in höherem Maße Managementkompetenzen haben als ärztliche.

Dann habe der Mann - über die finanzielle Ausstattung des von ihm vertretenen Instituts werde im Rahmen der Haushaltsberatungen in diesem Ausschuß befunden -, der wisse, daß Herr Kreutz einer der beiden führenden sozialpolitischen Sprecher einer Koalitionspartei sei, zu Protokoll gegeben:

Auf der einen Seite haben wir die Ärzte, die im öffentlichen Gesundheitsdienst tätig sind. Sie stehen in der Sozialhierarchie innerhalb der Ärzteschaft ziemlich weit unten. Es ist meist recht schwierig, qualifizierte Leute zu finden. Diese haben auch große Mühe, ihre Interessen durchzusetzen und Anerkennung zu finden. Wenn man ihnen Leitungsfunktionen nimmt, demoliert man etwas deren Berufsbild. Das ist jetzt kein Lobbyismus, sondern ergibt sich, wenn man sich die Welt so anschaut, wie sie ist.

Auf der anderen Seite gibt es eine Berufsgruppe, die sich jetzt neu etabliert. Das sind die Gesundheitswissenschaftler, die sich durch eine Zusatzqualifikation auch für diese Leitungsfunktion eignen. Es wird sehr darauf ankommen, welche Voraussetzungen man an die Leitungsfunktion im Gesundheitsamt knüpft. Im Augenblick ist die staatsärztliche Prüfung dafür ausschlaggebend. Danach finden eine Information, ein Training und eine Qualifikation statt. Wenn dem nicht mehr so sein sollte, müssen andere Regularien greifen. Die Akademien für öffentliches Gesundheitswesen müssen leistungsfähige Kurse anbieten, die für die Leitungsfunktion qualifizieren.

Im Grunde stütze Herr Kreutz seine Argumentation also auf das Votum von Herrn Brand, der dann die entsprechenden Kurse anbieten solle. Auf der anderen Seite vergieße er hier, wie

eben bereits erwähnt, Krokodilstränen darüber, daß man es nicht allen recht machen könne. Und dahinter stecke Programm.

Dann wolle er das Augenmerk des Ausschusses auf § 2 Abs. 1 richten. In der Begründung für den ursprünglichen Entwurf heiße es dazu, daß hier das SGB V Pate gestanden habe. Im SGB V finde sich allerdings die Formulierung: "dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse". Dagegen werde im Gesetzentwurf eingefügt: "dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse". Damit werde - und deswegen auch die neue Entscheidung hinsichtlich der Leitungsstruktur - nichts anderes als die Übertragung der zentralen Rolle im Gesundheitsamt an Gesundheitswissenschaftler oder auch Soziologen, Politologen, Betriebswirte, Verwaltungsfachleute usw. vorbereitet. Und Herr Kreutz befinde sich in der vorderen Reihe der Akteure, die das betreiben hätten. Deshalb könne er hier nicht so tun, als sei das gewissermaßen wie ein Unheil über ihn gekommen und als habe er sich dem mannhaft in den Weg gestellt und es abzuwenden versucht.

Damit komme er zu der Frage "untere Gesundheitsbehörde" oder "Gesundheitsamt". Seines Erachtens müsse hinterfragt werden, welche Auswirkungen die Veränderung der Begrifflichkeit in den Kommunen und in der Wahrnehmung der Aufgaben habe. In einer Rede zur Zukunft der kommunalen Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen habe Minister Dr. Horstmann am 21. Oktober 1996 auf einer Tagung für die Hauptbeamtinnen und Hauptbeamten der Kommunen ausgeführt:

Das Gesundheitsamt sollte sein nach Umfrageergebnissen offensichtlich in der Bürgerschaft immer noch verankertes Image als Gesundheitspolizei abstreifen und sich in das Leitbild der Kommune als Anbieter bürgernaher Dienstleistungs- und Serviceeinrichtungen einordnen. Denselben Umfrageergebnissen zufolge erwarten das auch die Bürgerinnen und Bürger vom Gesundheitsamt.

Er frage, ob die Landesregierung wirklich glaube, daß sie Bürgernähe dadurch erreiche, daß der vertraute Begriff des Gesundheitsamtes in den Begriff der unteren Gesundheitsbehörde umgewandelt werde. Die Assoziation Behörde sei beim Gesundheitsamt ohnehin weit verbreitet. Deshalb werde mit der Begriffsumwandlung eher ein Beitrag dazu geleistet, daß das Ansehen des Gesundheitsamtes sinke.

Er habe großes Verständnis dafür, daß es Herrn Kuschke ungeheuer schwer falle, für diesen Artikel 3 einen Beratungsgang herbeizuführen, in dem dieser Ausschuß federführend sei, weil er, Henke, nachvollziehen könne, daß es, nachdem der GTK-Teil schon gestrichen sei, jetzt peinlich wäre, wenn der Artikel ÖGDG auch noch herausgetrennt würde. Daneben habe Frau Hürten Bedenken deutlich gemacht, daß der Inhalt des Gesetzes nicht durchzusetzen sei, wenn das ÖGDG nicht in die Disziplin eines Artikelgesetzes eingebunden wäre. Dem Interesse, den Entwurf beisammenzuhalten und das Artikelgesetz als Ganzes in der Omnibusgeschwindigkeit zu halten, werde die Notwendigkeit einer umfassenden Debatte über das ÖGDG geopfert. Vor diesem Hintergrund der Opposition vorzuwerfen, sie wolle die Sache weiter hinauszögern, könne nur als Unsinn bezeichnet werden.

Die CDU-Fraktion setze sich dafür ein, die Beratung des ÖGDG aus dem naturgemäß mit hoher Geschwindigkeit ablaufenden Beratungsgang zu dem Gesetz zur Stärkung der Lei-

stungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden herauszulösen, einen separaten Beratungsgang vorzusehen und diesen so zu gestalten, daß Aussicht bestehe, daß die Materie nicht allein aufgrund von Hörensagen und privaten Gesprächen, die die Koalitionsfraktionen geführt hätten, aufgearbeitet werde.

**Herrmann-Josef Arentz (CDU)** bringt zum Ausdruck, die Behauptung von Herrn Kreutz, Bedenken verfassungsrechtlicher Art, die es früher gegeben habe, seien in der Anhörung nicht wiederholt worden, sei falsch. Der Vertreter der gesetzlichen Krankenversicherung habe auf seine, Arentz', Nachfrage bestätigt, daß die verfassungsrechtlichen und die rechtlichen Bedenken auch nach dem Gespräch, das in einer seltsamen Melange zwischen der Fachabteilung im Ministerium, den Sprechern der roten und der grünen Fraktion und Vertretern der gesetzlichen Krankenversicherung stattgefunden habe, aufrechterhalten würden und diese Bedenken nicht ausgeräumt seien.

Derjenige, der einen Gesetzentwurf vorlege, könne es sich nicht so einfach machen und die Opposition fragen, wo denn ihre Änderungsanträge blieben; vielmehr müsse er sich mit der Kritik auseinandersetzen, die in diesem Falle in massiver Art und Weise geäußert worden sei. Bisher habe sich der Ausschuß nicht einmal mit den Ergebnissen der Anhörung befaßt; auch das sei ungewöhnlich. Es werde eine Anhörung durchgeführt, es werde das Protokoll von über 100 Seiten in angemessener Zeit erarbeitet, und dann hielten es die Koalitionsfraktionen offensichtlich nicht für notwendig, sich inhaltlich damit auseinanderzusetzen, weil so etwas nur das Verfahren störe bzw. die Schwachpunkte des Gesetzentwurfs noch einmal deutlich mache.

Bei dem gewählten Verfahrensweg, daß morgen im kommunalpolitischen Ausschuß schon die Schlußberatung stattfinden solle, der für das Omnibusgesetz federführend sei, in der Sachfrage ÖGDG aber eigentlich nicht federführend sein dürfte, sei eine vernünftige Beratung nicht möglich.

Herr Kuschke habe auf den Versuch des MAGS im Jahre 1993 hingewiesen und eingeräumt, daß es seitens der Beteiligten Kritik an der Methode gegeben habe. Wenn er, Arentz, es richtig in Erinnerung habe, habe es nicht nur Kritik an der Methode, sondern auch am Inhalt gegeben. In der Anhörung sei von verschiedenen Verbänden vorgetragen worden, daß es sie besonders erschüttere, daß die 1993 geäußerte Kritik in keiner Weise Entsprechung in dem vorliegenden Entwurf gefunden habe, sondern daß der Entwurf wieder genau die damals kritisch beleuchteten Tendenzen enthalte. Das sei wohl auch der Grund dafür gewesen, daß der Entwurf, bevor er, wie Herr Kreutz so verräterisch gesagt habe, an die Öffentlichkeit geraten sei, nicht mit den Beteiligten diskutiert worden sei.

Herr Kuschke habe gesagt, Herr Siegrist habe sich zum Modellversuch ausdrücklich positiv geäußert. Auch das treffe nicht zu. Herr Siegrist habe hervorgehoben, daß er zu einer inhaltlichen Bewertung noch nicht in der Lage sei, weil dieser Teil der Evaluation noch nicht geleistet worden sei. Die Äußerungen des Gutachters hätten es keinesfalls gerechtfertigt, die ortsnahe Koordinierung jetzt schon in das Gesetz aufzunehmen. Die CDU-Fraktion bleibe bei ihrem Eindruck, daß dieser Aspekt schon jetzt im Gesetz verankert werde, weil die Koali-

tionsfraktionen davon ausgingen, daß sie, wenn die Versuchsergebnisse vorlägen, noch schlechtere Karten hätten als momentan.

Im übrigen frage er sich, aus welchen Gründen mit Steuermitteln wissenschaftliche Begleitprogramme finanziert würden, wenn die Landesregierung nicht einmal die Geduld habe, die Ergebnisse abzuwarten. Das sei Verschwendung öffentlicher Mittel. Wenn man ein so festgefügtes Urteil habe, brauche man keine wissenschaftlichen Begleitversuche. Das hier geplante Verfahren spote jedem ordentlichen Gang.

Zu dem von seiner Fraktion geäußerten Verdacht, hier handele es sich um einen schleichen Systemwandel, wolle er auch auf Absichten hinweisen, die von SPD und GRÜNEN auf Bundesebene zur Regionalisierung der Gesundheitspolitik vorgetragen würden. Wenn man dies berücksichtige, verstärkten sich die Verdachtsmomente, daß Rot-Grün schrittweise die Selbstverwaltung aushebeln wolle, um mehr staatlichen Einfluß zu gewinnen. Daß Herr Kuschke dem Verdacht der CDU-Fraktion mit dem Hinweis auf gesetzliche Rentenversicherung und gesetzliche Krankenversicherung begegne, halte er für außerordentlich kühn, wo es in der gesetzlichen Rentenversicherung bis zum heutigen Tage entgegen aller Sonntagsreden doch an den Sozialdemokraten gescheitert sei, eine Finanzierung hinzubekommen, die eine Steigerung des Beitragssatzes überflüssig machen würde. Die Tatsache, daß Jugendliche fragten, was denn da nun werde, habe im wesentlichen damit zu tun, daß man es dank der Blockade insbesondere der SPD-Länder im Bundesrat bisher nicht hinbekommen habe, eine vernünftige Finanzierung in der gesetzlichen Rentenversicherung - stärker steuerfinanziert, weniger beitragslastenfinanziert - zu verankern.

Des weiteren erinnere er daran, daß die SPD vor wenigen Wochen ein Projekt der völligen Durchregionalisierung der Gesundheitspolitik vorgestellt habe. Verweisen wolle er auch auf das, was im Referentenentwurf zum Landeskrankenhausgesetz stehe. Das gehe bis hin zu dem Aktenvermerk aus dem Sozialministerium, der in der Anhörung eine Rolle gespielt habe, daß doch bitte schön auch bei der Krankenhausplanung andere Meinungen der örtlichen Gesundheitskonferenzen, so sie denn bestünden, zu berücksichtigen seien. Das sei das Aushebeln einer rechtlich eindeutig definierten Planungsverantwortung zugunsten eines Gremiums, dessen Zusammensetzung bisher keiner demokratischen Kontrolle unterliege. Das alles sei sehr interessant und zeige, daß sich die Koalitionsfraktionen tatsächlich auf den Weg einer Strukturveränderung, einer Systemveränderung im Gesundheitswesen begeben hätten.

Herr Kreutz habe dann noch etwas zum WHO-Begriff gesagt. Wenn man nicht einmal in Nordrhein-Westfalen in der Lage sei, die den Gesundheitsämtern gesetzlich obliegenden Aufgaben zu erfüllen - das hätten verschiedene Antworten der Landesregierung auf Kleine Anfragen erbracht -, könne man nicht so vermessen sagen, der Gesundheitsbegriff der WHO, das allgemeine Wohlbefinden sei jetzt die Zielsetzung. Damit maße man sich einen Maßstab an, der nach seiner Einschätzung mit den Ressourcen, die man auf allen staatlichen Ebenen zur Verfügung habe, nicht zu erfüllen sei. Aber das sei wohl die Flucht in die Utopie, wenn man der Realität nicht gewachsen sei.

**Vera Dedanwala (SPD)** bekundet, sie habe die Absicht gehabt, sich sachlich mit den Argumenten der Opposition auseinanderzusetzen. Nachdem sie aber die Ausführungen gehört

habe, sei sie zu der Überzeugung gekommen, daß eine sachliche Auseinandersetzung überhaupt keinen Zweck habe, weil die CDU-Fraktion inzwischen unter einer Trübung ihrer Wahrnehmung leide. Bei ihr herrsche die Überzeugung vor, daß alles, was in Bonn in Sachen Gesundheitsgesetzgebung auf den Weg gebracht worden sei, den Kranken, den an der Gesundheit Beteiligten und der Selbstverwaltung diene und daß alles, was man im Lande vorgelegt bekomme, Teufelswerk sei.

Nicht zu einer einzigen Passage des ÖGDG habe die CDU-Fraktion gesagt, darüber könnte man sich auseinandersetzen oder hier könnte man zu Lösungen kommen. Die CDU-Fraktion habe aber auch nicht gesagt, was kein Teufelswerk sei und was sie anders machen würde.

In Bonn habe die CDU den Begriff der Blockade geprägt. Dort lägen aber Vorschläge auf dem Tisch; die wolle die CDU nicht, und damit wolle sich die CDU auch nicht auseinandersetzen. - Was die CDU-Fraktion heute hier tue, das sei wirklich Blockade. Die CDU-Fraktion wolle das alles nicht, sage aber auch nicht, was sie denn anders wolle. Deshalb sei der Begriff der Blockade hier angemessen.

Derzeit fänden sich in keinem Bereich der Gesellschaft Änderungswünsche, die bis zu Ende durchdacht würden. Alles, was mit Veränderung zu tun habe, werde momentan in der Gesellschaft mit großer Skepsis betrachtet, so daß man zu dem Schluß kommen müsse, daß es in der Gesellschaft zur Zeit keine Reformfähigkeit und Reformwilligkeit gebe. Jeder wisse, daß etwas getan werden müsse, aber jeder beharre, solange es eben gehe, auf dem, was er kenne, so daß man kaum noch nach vorn kommen könne. Deshalb müßten Knoten durchschlagen werden, deshalb müsse man sich auch über Anregungen und Bedenken von Lobbyisten hinwegsetzen, wenn man überhaupt zu Lösungen kommen wolle. Das sei die Aufgabe des Gesetzgebers. Man habe diese Aufgabe wahrgenommen und sich über bestimmte Anregungen und Bedenken hinweggesetzt, weil man nach vorn kommen müsse. Das sei der Ausweis politischer Verantwortung, die man auf sich genommen habe.

Wenn es sachliche Argumente gegeben und die CDU-Fraktion um eine Änderung an diesem oder jenem Punkt gebeten hätte, wäre man bereit gewesen, sich damit zumindest ausführlich auseinanderzusetzen. Aber nur um sich die Teufelswerkkritik vortragen und sich vorhalten zu lassen, die Koalitionsfraktionen seien unfähig, brauche man hier nicht zu sitzen. Als dann noch das Wort von der Systemveränderung gefallen sei, sei die politische Intention klar gewesen: Die CDU-Fraktion wolle die Koalitionsfraktionen in eine Ecke stellen und nicht mit ihnen den Weg der Veränderung gehen. Dann gehe man den Weg ohne die CDU, und die Bürger in Nordrhein-Westfalen würden sehr schnell erkennen, wo Veränderungen stattfänden, und sie würden das der Parlamentsmehrheit und der Landesregierung danken.

**Daniel Kreutz (GRÜNE)** schließt sich den Ausführungen seiner Vorrednerin an. Nach seiner Auffassung sei es die Kardinalaufgabe der parlamentarischen Opposition, Politikalternativen zu präsentieren, und in dieser Hinsicht verfehle die CDU-Fraktion ihre Aufgabe und weigere sich, ihr nachzukommen. Er hätte es für besser gehalten, wenn sie ihre Energie statt auf die Entwicklung von Spekulationen über Motive, Einschätzungen und Wahrnehmungen einzelner Personen der Koalition auf die Entwicklung von qualifizierten Alternativen zur Frage der Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens verwandt hätte. Aber die Taktik, die

die CDU-Fraktion verfolge, habe auch eine Botschaft, nämlich daß sie offensichtlich keine Alternativen habe, daß sie trotz vieler Jahre der Diskussion um die Weiterentwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens alles auf der Grundlage der 30er Jahre belassen und damit auch die Entwicklung des Bedeutungsverlustes des öffentlichen Gesundheitsdienstes voranschreiten lassen wolle.

Was die Begriffsveränderung untere Gesundheitsbehörde angehe, so habe man sich davon überzeugen lassen, daß an dieser Stelle der kommunalen Selbstverwaltung hinsichtlich der Verwaltungszuschnitte im Zeitalter der Verwaltungsreform Rechnung zu tragen sei und durch Landesgesetz nicht bestimmte kommunale Verwaltungsstrukturen festgeschrieben werden könnten.

Herr Arentz habe behauptet, die verfassungsrechtlichen Bedenken, die kassenseitig geäußert worden seien, bestünden unverändert fort. Im Protokoll finde sich in der Tat die Bemerkung, daß die Bedenken fortbeständen. Aber die ausdrückliche Nachfrage, ob sie denn in vollem Umfang fortbeständen, hätten die Kassen dann nicht mehr aufgegriffen. Das sei für ihn nichts anderes als ein Gleitflug zum Ausstieg aus der Position der Verfassungswidrigkeit.

Er begrüße ausdrücklich, daß man jetzt zu diesem Schritt der Gesetzgebung für das öffentliche Gesundheitswesen komme, der in der Sache längst überfällig sei, glaube, daß man damit die gesundheitliche Versorgung in Nordrhein-Westfalen in eine positive der Bevölkerung förderliche Entwicklung bringe, und hoffe, daß der Landtag dieses Gesetz im Rahmen des Artikelgesetzes verabschiede.

**Rudolf Henke (CDU)** weist die Behauptung von Frau Dedanwala zurück, daß es von seiten der Opposition keine Alternativen gebe. Beispielsweise habe er die Einfügung der Worte "und gesundheitswissenschaftliche" kritisiert. Das sei doch eine Alternative. Beispielsweise sei die Einführung der kommunalen Gesundheitskonferenzen als Pflichtinstrument heftig kritisiert worden. Das sei doch eine Alternative.

**Vorsitzender Bodo Champignon** wendet ein, es lägen aber keine Änderungsanträge der CDU-Fraktion vor.

Der Grund dafür sei - so **Rudolf Henke (CDU)** weiter -, daß seine Fraktion es für falsch halte, heute über den Gesetzentwurf abzustimmen.

**Vorsitzender Bodo Champignon** stellt fest, der Gesetzentwurf liege vor, auf seiner Grundlage sei eine Anhörung durchgeführt worden, und auf der Grundlage der Anhörung hätten die Regierungsfractionen Änderungsanträge vorgelegt. Die CDU-Fraktion habe keine Änderungsanträge vorgelegt außer dem, der mündlich vorgetragen sei, den Gesetzentwurf zum ÖGDG aus dem Artikelgesetz herauszulösen.

**Wilhelm Riebner (CDU)** äußert, die CDU-Fraktion habe heute morgen durch eine Tischvorlage erfahren, wie die Änderungsanträge aussähen. Im Fach habe er eben die offizielle Mitteilung über diese Änderungen gefunden; er wisse nicht, ob er das entsprechende Papier als stellvertretendes Mitglied des Ausschusses für Kommunalpolitik erhalten habe. Er habe schon den Eindruck, daß die CDU-Fraktion, weil der kommunalpolitische Ausschuß federführend sei, im AGS über den Tisch gezogen werden solle. Genauso liege dem Ausschuß für Kommunalpolitik eine Vorlage mit der Nummer 12/1689 vor, die Änderungsanträge der Fraktion der CDU zum Gesetzentwurf zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen enthalte. In einem ordnungsgemäßen Verfahren müßten die von ihm genannten parlamentarischen Unterlagen allen Ausschußmitgliedern vorliegen; denn dann könnte nicht darauf abgehoben werden, es gebe von seiten der CDU-Fraktion keine Änderungsanträge.

**Vorsitzender Bodo Champignon** erwidert, er könne keine Fraktion zwingen, Anträge zu stellen. Aber wenn sie keine stelle, könne sie nicht argumentieren, die Änderungsanträge der Gegenseite seien zu spät gekommen.

Der Ausschuß tritt sodann in das Abstimmungsverfahren ein. Ergebnis siehe Beschlüßteil, Seite II.

Bezüglich der Abstimmung über den neu formulierten Änderungsantrag zu § 22 (siehe Seite 14 dieses Protokolls) erklärt **Hermann-Josef Arentz (CDU)**, daß er das Verfahren "Änderungsantrag zum Änderungsantrag" für sehr merkwürdig halte.

Für fragwürdig halte er das Verfahren insgesamt. Er verweise insoweit auf die dazu von ihm und Herrn Henke gemachten Ausführungen. Von daher erkläre sich auch das Abstimmungsverhalten seiner Fraktion.

Anmerken wolle er schließlich noch, daß er nicht nachvollziehen könne, daß man nach zweistündiger Diskussion über den Artikel 3 über Artikel 5 - Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose - nicht habe diskutieren können, weil der Vorsitzende, ohne diesen Punkt aufgerufen zu haben, in die Abstimmung eingetreten sei.

**Vorsitzender Bodo Champignon** erläutert, die Änderungsanträge lägen in einem Paket vor, und die Diskussion sei über das gesamte Paket geführt worden. Deshalb habe er weder Artikel 3 noch Artikel 5 gesondert aufgerufen.

**Daniel Kreutz (GRÜNE)** gibt schließlich noch zum zustimmenden Votum zu Artikel 5 - Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose - von ihm und Frau Hürten folgende persönliche Erklärung zu Protokoll:

Sosehr sie den Einstieg in eine Leistung zum Nachteilsausgleich für Gehörlose und die gesetzliche Absicherung der Leistung für hochgradig Sehbehinderte begrüßten, hielten sie die Verteilungswirkung dieses Gesetzes als überwiegende Umverteilung von einer bestimmten Gruppe behinderter Menschen zur kommunalen Ebene in diesem Umfang aus sozialpolitischer Sicht für nicht vertretbar. Mit ihrem gleichwohl zustimmenden Votum seien sie dem mehrheitlichen Willen ihrer Fraktion gefolgt, die gestern die Zustimmung zum Artikelgesetz in der vorliegenden Form beschlossen habe.

### 3 Zukunft des Staatsbades Oeynhausen

Dazu trägt **Minister Dr. Axel Horstmann** vor, die Gestaltungsaufgaben für das Staatsbad Oeynhausen und im Staatsbad Oeynhausen fänden bekanntlich auf der Grundlage eines Gutachtens der Wibera statt, von dem dem Ausschuß eine Kopie vorliege. Ziel der Anstrengungen der Landesregierung sei es, das Staatsbad bis zum 31. Dezember 1999 in eine wesentlich konsolidiertere wirtschaftliche Lage zu bringen als diejenige, in der es sich derzeit befinde.

Das Gutachten schlage vor, das Staatsbad ab 1. Januar 2000 in eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung zu überführen. Das Kabinett habe beschlossen, dazu im Jahre 1999 eine Entscheidung herbeizuführen, und ihn verpflichtet, bis zum 30. Juni 1999 über den bis dahin erreichten Stand der Umsetzungsarbeiten zu berichten.

Den wesentlichen materiellen Rahmen der Organisationsentwicklungsbemühungen bildeten die schwierigen Auswirkungen der sogenannten dritten Stufe der Bonner Gesundheitsreform, die die Situation der Kurorte und Heilbäder in Nordrhein-Westfalen drastisch verschlechtert habe. Von den Einsparungen bei der Rehabilitation sowohl der Rentenversicherung als auch der Krankenversicherung seien insbesondere die Standorte betroffen, an denen sich überdurchschnittlich viele Versorgungs- und Rehabilitationseinrichtungen befänden; dazu zähle auch und gerade Bad Oeynhausen, das mit 17 Rehabilitationskliniken und drei Schwerpunktkliniken der größte Klinikstandort in Nordrhein-Westfalen sei.

Die Auslastung der Klinikbetten in Bad Oeynhausen sei von rund 92 % im ersten Halbjahr 1996 auf rund 56 % im ersten Halbjahr 1997 zurückgegangen, habe sich also binnen Jahresfrist um sage und schreibe 36 % verschlechtert. Daraus ergebe sich der wesentliche Hintergrund der Situation, in der sich das Staatsbad gegenwärtig befinde. Die wirtschaftliche Entwicklung sei besorgniserregend, weil die Erträge des Staatsbades zu rund 70 % unmittelbar von den Reha-Kliniken abhängig seien.

Man habe im Jahre 1996 einen Jahresverlust von rund 3 Millionen DM feststellen müssen. Dieser Jahresverlust werde 1997 garantiert höher ausfallen; er rechne mit etwa 5 Millionen DM mit steigender Tendenz für 1998. Diese Verluste seien im wesentlichen auf die gravierenden Einbrüche im Geschäft mit den Kliniken zurückzuführen. Der größte Ertragsausfall sei bei den Kurtaxleistungen, den Kurmittelleistungen und den Quellwasserlieferungen entstanden, also bei unmittelbar von der Rehabilitation abhängenden Umsätzen des



Fraktion der SPD

Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

zur Vorlage im Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge in der Sitzung am 12. November 1997

Der Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (mitberatend) empfiehlt dem Ausschuß für Kommunalpolitik (federführend) folgende Änderungen zum "Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen" (Drs. 12/2340) zu beschließen:

### Änderungsanträge

I. Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst

(Änderungen sind unterstrichen)

§ 6 Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde

### Gesetzentwurf

#### Artikel 3

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

#### Inhaltsverzeichnis

##### Erstes Kapitel

##### Ziele, Grundsätze, Aufgaben

- |     |   |
|-----|---|
| § 1 | Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen |
| § 2 | Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes                     |
| § 3 | Zusammenarbeit und Koordination                                   |
| § 4 | Allgemeine Grundsätze der Leistungserbringung                     |
| § 5 | Träger  |
| § 6 | Aufgaben des Gesundheitsamtes                                     |

Zweites Kapitel  
Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden  
im einzelnen

- § 12 Kinder- und Jugendgesundheit  
§ 13 Kinder- und Jugendzahn-  
gesundheit

§ 22 Fachkräfte

Zweites Kapitel  
Aufgaben des Gesundheitsamtes im einzelnen

Erster Abschnitt  
Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsschutz

- § 7 Grundsatz  
§ 8 Mitwirkung an Planungen  
§ 9 Gesundheitsschutz, Verhütung  
und Bekämpfung übertragbarer  
Krankheiten, Impfungen  
§ 10 Umweltmedizin  
§ 11 Schwangeren- und Mütterberatung  
§ 12 Kinder- und Jugendgesundheits-  
dienst  
§ 13 Kinder- und Jugendzahngesund-  
heitsdienst

Zweiter Abschnitt  
Gesundheitshilfe

- § 14 Grundsatz  
§ 15 Besondere Beratungsangebote  
§ 16 Behinderte, psychisch Kranke,  
Abhängigkeitskranke

Dritter Abschnitt  
Dienste der Qualitätssicherung

- § 17 Hygieneüberwachung  
§ 18 Erfassung und Überwachung der  
Berufe des Gesundheitswesens  
§ 19 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse,  
Gutachten  
§ 20 Arzneimittelüberwachung und So-  
zialpharmazie

Vierter Abschnitt  
Kommunale Gesundheitsberichterstattung

- § 21 Kommunalen Gesundheitsbericht

Fünfter Abschnitt  
Leitung und Organisation

- § 22 Leitung  
§ 23 Koordination  
§ 24 Kommunale Gesundheitskonferenz

Drittes Kapitel  
Landesgesundheitsberichterstattung, Landesgesundheitskonferenz, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

- § 25 Landesgesundheitsberichterstattung
- § 26 Landesgesundheitskonferenz
- § 27 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Viertes Kapitel  
Eingriffsbefugnisse, Beschränkungen von Rechten

- § 28 Befugnisse und Pflichten
- § 29 Ermächtigungen
- § 30 Aufheben von Vorschriften

- § 30 Überprüfung der Auswirkungen des Gesetzes
- § 31 Aufhebung von Vorschriften

Erstes Kapitel  
Ziele Grundsätze, Aufgaben

- § 1 Stellung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Gesundheitswesen

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt eigenständige Aufgaben im arbeitsteiligen Gesundheitswesen wahr.

§ 2 Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

(1) Der Öffentliche Gesundheitsdienst wirkt an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechenden Versorgung der Bevölkerung mit.

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst unterstützt im Rahmen seiner Zuständigkeit nach Maßgabe dieses Gesetzes eine bedarfsgerechte, wirtschaftliche, in der Wirksamkeit und Qualität dem allgemein anerkannten Stand der gesundheitswissenschaftlichen und medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Bevölkerung. Zuständigkeiten anderer gesetzlich verpflichteter Handlungsträger im Gesundheitswesen bleiben unberührt.

(2) Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind hierbei insbesondere

(2) Der Öffentliche Gesundheitsdienst

- b
1. die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Verhältnisse und der gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, b
  2. der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Bevölkerung, die Mitwirkung bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten und die Hinwirkung auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen,
- b
3. die Überwachung der Einhaltung der Anforderungen der Hygiene, b
- b
4. die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln, Blut, Blutprodukten, Medizinprodukten, Betäubungsmitteln und Gefahrstoffen und die Aufklärung der Bevölkerung über Nutzen und Risiken des Arzneimittelkonsums, b
- b
5. die Aufklärung der Bevölkerung und Beratung der Behörden in Fragen der Gesundheit und die Stellungnahmen zu Maßnahmen und Planungen anderer Verwaltungen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, b
  6. die Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens, soweit keine andere Zuständigkeit gegeben ist. b
- (3) Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach anderen Gesetzen und Rechtsverordnungen werden, soweit nichts anderes bestimmt ist, nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erfüllt.
1. beobachtet, erfaßt und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, b
  2. schützt und fördert die Gesundheit der Bevölkerung, wirkt bei der Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten mit und wirkt auf ihre angemessene gesundheitliche Versorgung hin; dies gilt insbesondere für sozial schwache und besonders schutzbedürftige Personen,
- b
3. wacht darüber, daß die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden, b
- b
4. überwacht den Verkehr mit Arzneimitteln, Blut, Blutprodukten, Medizinprodukten, Betäubungsmitteln und Gefahrstoffen und klärt über Nutzen und Risiken des Arzneimittelkonsums auf, b
- b
5. berät die Bevölkerung und Behörden in Fragen der Gesundheit und nimmt Stellung zu Maßnahmen und Planungen anderer Verwaltungen hinsichtlich möglicher Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung, b
  6. führt die Aufsicht über Berufe und Einrichtungen des Gesundheitswesens, soweit keine andere Zuständigkeit gegeben ist. b
- b
- (3) Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach anderen Rechts- und Verwaltungsvorschriften werden, soweit nichts anderes bestimmt ist, nach den Bestimmungen dieses Gesetzes erfüllt. b
- b

(4) Neue Formen der Aufgabenwahrnehmung sowie neue Organisationsformen können in Modellen erprobt werden. Da- bei sollen auch die Fragen einer verstärk- ten Beteiligung der Öffentlichkeit und der Interessenvertretungen von Patientinnen und Patienten sowie einer besseren Er- reichbarkeit insbesondere nichtdeutscher Bevölkerungsgruppen einbezogen werden.

### § 3 Zusammenarbeit und Koordination

Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbei- tet mit den anderen an der gesundheitli- chen Versorgung Beteiligten, insbesonde- re mit den Trägern medizinisch-sozialer Einrichtungen, den Kostenträgern, den Selbsthilfegruppen sowie den Einrichtun- gen der Gesundheitsvorsorge und des Patientensschutzes zusammen. Er wirkt auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer ge- sundheitlichen Maßnahmen und Leistun- gen hin. Er regt Maßnahmen der vorran- gig zur Leistung Verpflichteten an.

### § 4 Allgemeine Grundsätze der Lei- stungserbringung

(1) Soweit und solange die medizinisch- soziale Versorgung erforderlich, jedoch nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie die untere Gesundheitsbehör- de im Benehmen mit primär zuständigen Handlungsträgern im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Dies gilt insbesondere, wenn Personen wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes oder aufgrund so- zialer Umstände besonderer gesundheitli- cher Fürsorge bedürfen und diesem Be- darf nicht im Rahmen der üblichen Ein- richtungen der gesundheitlichen Versor- gung entsprochen wird.

(2) Werden Leistungen nach Absatz 1 erbracht, betreibt die untere Gesundheits- behörde, auch im Rahmen vertraglicher

(4) Neue Formen der Aufgabenwahrneh- mung sowie neue Organisationsformen sollen in Modellen erprobt werden.¶

### § 3 Zusammenarbeit und Koordination

Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbei- tet mit den anderen an der gesundheitli- chen Versorgung Beteiligten, insbesonde- re mit den Trägern medizinisch-sozialer Einrichtungen, den Kostenträgern und den Selbsthilfegruppen, zusammen. Er sorgt für eine umfassende gegenseitige Infor- mation und Koordination ihrer gesundhei- tlichen Maßnahmen und Leistungen. Er regt Maßnahmen der vorrangig zur Lei- stung Verpflichteten und der Selbsthilfe- gruppen an, wirkt auf Angebote hin und koordiniert diese.

### § 4 Allgemeine Grundsätze der Lei- stungserbringung

(1) Soweit und solange die medizinisch- soziale Versorgung nicht oder nicht recht- zeitig gewährleistet ist, kann sie das Ge- sundheitsamt im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen. Medizinische Behandlung darf durchgeführt werden, bis die notwendige Behandlung durch nieder- gelassene Ärzte, niedergelassene Zahn- ärzte, Krankenhäuser und vergleichbare Einrichtungen übernommen werden kann.

(2) Werden Leistungen nach Absatz 1 erbracht, hat das Gesundheitsamt den vorrangig verpflichteten Kostenträgern die Leistungen in Rechnung zu stellen.

Vereinbarungen, die Erstattung der Kosten. Die oberste Gesundheitsbehörde ist verpflichtet, die untere Gesundheitsbehörde dabei im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu unterstützen.

(3) Abs. 1 und 2 gelten insbesondere in den Fällen der §§ 10, 11, 12 Abs. 2, 13, 14 und 15 Abs. 1.

1. die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden,

(3) Die kommunalen Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes können die Durchführung ihnen obliegender Aufgaben einem anderen kommunalen Träger übertragen oder gemeinschaftlich wahrnehmen. Sie können auch Dritte mit der Wahrnehmung einer Aufgabe beauftragen. Ihre Verantwortung bleibt dadurch unberührt.

#### **§ 6 Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde**

(1) Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde sind

1. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,
2. die Mitwirkung an der Gesundheits-

#### **§ 5 Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

b

(1) Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind die Kreise, die kreisfreien Städte und das Land.

(2) Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes sind

b

1. die Kreise und kreisfreien Städte als untere Gesundheitsbehörden (Gesundheitsamt),
2. die Bezirksregierungen als mittlere Landesgesundheitsbehörden
3. das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium als oberste Gesundheitsbehörde
4. das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst.

(3) Die unteren Gesundheitsbehörden können die Durchführung einer ihnen obliegenden Aufgabe auf Dritte übertragen oder gemeinschaftlich wahrnehmen. Ihre Verantwortung bleibt dadurch unberührt.

#### **§ 6 Aufgaben des Gesundheitsamtes**

(1) Aufgaben des Gesundheitsamtes sind

b

1. die Gesundheitsförderung, die Prävention und der Gesundheitsschutz,
- b
2. die Gesundheitshilfe,

hilfe,

6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung.

Ist in Gesetzen und Rechtsverordnungen die Zuständigkeit der Amtsärztin oder des Arztes begründet oder sind amtliche Zeugnisse, Bescheinigungen und Gutachten vorgeschrieben, so ist die untere Gesundheitsbehörde zuständig.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde führt die in §§ 9, 17, 18 Abs. 2, 20 Abs. 1 aufgeführten Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung durch. Die Aufsichtsbehörden können Weisungen erteilen, um die gesetzmäßige Ausführung dieser Aufgaben zu sichern. Zur zweckmäßigen Aufgabenerfüllung können sie allgemeine Weisungen erteilen, um die gleichmäßige Erfüllung der Aufgaben zu sichern. Aufsichtsbehörden sind die Bezirksregierungen und als oberste Aufsichtsbehörde das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

(3) Im Interesse der Erreichbarkeit und der Vernetzung von Gesundheitsvorsorge, medizinische Behandlung, Beratung, Betreuung und Nachsorge ist auf eine enge räumliche und funktionale Abstimmung gesundheitlicher Leistungen und Einrichtungen hinzuwirken.

Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörden

- b
3. die Dienste der Qualitätssicherung im Sinne dieses Gesetzes,
4. die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit, b
5. die Gesundheitsberichterstattung,
6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung (Gesundheitskonferenz). b

Ist in Rechts- und Verwaltungsvorschriften die Zuständigkeit der Amtsärztin oder des Arztes begründet oder sind amtliche Zeugnisse, Bescheinigungen und Gutachten vorgeschrieben, so ist das Gesundheitsamt zuständig.

b

(2) Das Gesundheitsamt führt die in §§ 9, 17, 18 Abs. 2, 19, 20 Abs. 1 aufgeführten Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung durch. Die Aufsichtsbehörden können Weisungen erteilen, um die gesetzmäßige Ausführung dieser Aufgaben zu sichern. Zur zweckmäßigen Ausführung können sie

b

- a) allgemeine Weisungen erteilen, um die gleichmäßige Erfüllung der Aufgaben zu sichern,
- b) besondere Weisungen erteilen, wenn die ordnungsgemäße Erfüllung der Aufgaben oder überörtliche Interessen gefährdet sein können. b

b

Aufsichtsbehörden sind die Bezirksregierungen und als oberste Aufsichtsbehörde das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium. b

b

(3) Im Interesse der Erreichbarkeit und der Vernetzung von Gesundheitsvorsorge, medizinischer Behandlung, Beratung, Betreuung und Nachsorge ist für eine enge räumliche und funktionale Abstimmung gesundheitlicher Leistungen und Einrichtungen zu sorgen. b

Zweites Kapitel

de im einzelnen

§ 7 Grundsatz

þ

(1) Die untere Gesundheitsbehörde wirkt an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse und an der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, an der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Krankheiten und an einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden mit.þ

þ

(2) Die untere Gesundheitsbehörde hat unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte nach § 21 vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken.þ

þ

(3) Die untere Gesundheitsbehörde soll die Arbeit der im Gesundheitsbereich tätigen, in ihrer Zielsetzung und Aufgabendurchführung freien Selbsthilfegruppen fördern und mit ihren Vereinigungen und Zusammenschlüssen zusammenarbeiten. Sie kann unter Berücksichtigung des Angebotes freier Träger Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten.

(4) Die untere Gesundheitsbehörde arbeitet im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz mit den anderen zuständigen Behörden, insbesondere mit denen für Arbeits- und Umweltschutz, zusammen.

**Aufgaben des Gesundheitsamtes im Einzelnenþ**

þ

**Erster Abschnittþ  
Gesundheitsförderung, Prävention, Gesundheitsschutzþ**

þ

§ 7 Grundsatzþ

þ

(1) Das Gesundheitsamt wirkt an der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt-, Arbeits- und Lebensverhältnisse und an der Förderung gesundheitsdienlicher Lebensweisen durch Gesundheitsaufklärung und Gesundheitsbildung, an der Verhütung von Gesundheitsgefahren und Krankheiten und an einer möglichst frühzeitigen Erkennung von Gesundheitsschäden mit.þ

þ

(2) Das Gesundheitsamt hat unter Beachtung der Vielfalt der Methoden und Träger auf der Grundlage der Gesundheitsberichte nach § 21 vorrangig die Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention zu koordinieren und gegebenenfalls auf zusätzliche Aktivitäten der in der Gesundheitsförderung und Prävention tätigen Institutionen, Organisationen und Gruppen hinzuwirken.þ

(3) Das Gesundheitsamt soll die Arbeit der im Gesundheitsbereich tätigen Selbsthilfegruppen fördern. Es kann Kontakt- und Informationsstellen für Selbsthilfegruppen einrichten.þ

þ

(4) Das Gesundheitsamt arbeitet im Rahmen seiner Zuständigkeiten für Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsschutz mit den anderen zuständigen Behörden, insbesondere mit denen für Arbeits- und Umweltschutz, zusammen.þ

### § 8 Mitwirkung an Planungen

þ

Die vom Kreis oder von der kreisfreien Stadt abzugebenden Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren werden unter Beteiligung der unteren Gesundheitsbehörde erstellt, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden, um Feststellungen zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen.þ

### § 9 Gesundheitsschutz, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfungen

þ

(1) Die untere Gesundheitsbehörde trägt zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei. Insbesondere durch Aufklärung und Beratung sowie durch die Aufdeckung von Infektionsketten mit dem Ziel ihrer Unterbrechung wirkt sie darauf hin, daß die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird. þ

þ

(2) Die untere Gesundheitsbehörde wirkt auf die Sicherstellung des notwendigen Impfangebotes und einer ausreichenden Impfberatung hin. Sie kann beides auch selbst durchführen. Sie beobachtet, dokumentiert und bewertet den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung.þ

(3) Soweit die oberste Gesundheitsbehörde den unteren Gesundheitsbehörden ein kostenloses Impfangebot vorschreibt, hat sie die Kosten zu erstatten.

### § 10 Umweltmedizin

þ

Die untere Gesundheitsbehörde fördert den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitsgefährdenden und gesundheitsschädigenden Einflüssen aus der Umwelt. Sie klärt insbesondere die Bevölkerung hierüber und über sonstige umweltmedizinische Fragen auf. Sie bewertet die Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die

### § 8 Mitwirkung an Planungen

þ

Die vom Kreis oder von der kreisfreien Stadt abzugebenden Stellungnahmen zu Planungs- und Genehmigungsverfahren werden unter Beteiligung des Gesundheitsamtes erstellt, wenn gesundheitliche Belange der Bevölkerung berührt werden, um Feststellungen zur gesundheitlichen Verträglichkeit des Vorhabens zu treffen.þ

### § 9 Gesundheitsschutz, Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Impfungen

þ

(1) Das Gesundheitsamt trägt zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten bei. Insbesondere durch Aufklärung und Beratung sowie durch die Aufdeckung und Unterbrechung von Infektionsketten wirkt es darauf hin, daß die Verbreitung übertragbarer Krankheiten verhindert wird. þ

þ

(2) Das Gesundheitsamt wirkt auf die Sicherstellung des notwendigen Impfangebotes und einer ausreichenden Impfberatung hin. Es kann beides auch selbst durchführen. Es beobachtet, dokumentiert und bewertet den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung.þ

### § 10 Umweltmedizin

þ

Das Gesundheitsamt fördert den Schutz der Bevölkerung vor gesundheitsgefährdenden und gesundheitsschädigenden Einflüssen aus der Umwelt. Es klärt die Bevölkerung hierzu auf und berät sie in allen umweltmedizinischen Fragen. Es bewertet die Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Bevölkerung unter ge-

Bevölkerung unter gesundheitlichen Gesichtspunkten und regt Maßnahmen zur Abwehr von gesundheitlichen Schäden oder Langzeitwirkungen an. p

### § 11 Schwangeren- und Mütterberatung

Die untere Gesundheitsbehörde wirkt auf ein ausreichendes Angebot an Schwangeren- und Mütterberatung hin. Für Personen in sozialen und gesundheitlichen Problemlagen, insbesondere für diejenigen, die aufsuchende Hilfe benötigen, hält die untere Gesundheitsbehörde einen Beratungsdienst vor.

### § 12 Kinder- und Jugendgesundheit

p

p

(1) Die untere Gesundheitsbehörde hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Sie arbeitet hierzu mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen, zusammen.

p

(2) Die untere Gesundheitsbehörde nimmt für Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen, betriebsmedizinische Aufgaben wahr. Sie berät die Träger der Gemeinschaftseinrichtung, die Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Sie führt die schulischen Eingangsuntersuchungen und, soweit erforderlich, weitere Regeluntersuchungen durch und kann Gesundheitsförderungsprogramme anbieten. p

p

p

(3) Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kann die untere Gesundheitsbehörde zur Ergänzung von Vorsorgeangeboten ärztliche Untersuchungen

und regt Maßnahmen zur Abwehr von gesundheitlichen Schäden oder Langzeitwirkungen an. p

### § 11 Schwangeren- und Mütterberatung

Das Gesundheitsamt wirkt auf ein ausreichendes Angebot an Schwangeren- und Mütterberatung hin. Für Personen in sozialen und gesundheitlichen Problemlagen, insbesondere für diejenigen, die aufsuchende Hilfe benötigen, hält das Gesundheitsamt einen Beratungsdienst vor.

### § 12 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

p

(1) Das Gesundheitsamt hat die Aufgabe, Kinder und Jugendliche vor Gesundheitsgefahren zu schützen und ihre Gesundheit zu fördern. Es bedient sich hierzu seines Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in enger Zusammenarbeit mit anderen Behörden, Trägern, Einrichtungen und Personen, die Verantwortung für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen tragen. p

p

(2) Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes nimmt für Gemeinschaftseinrichtungen, insbesondere in Tageseinrichtungen für Kinder und Schulen, betriebsmedizinische Aufgaben wahr. Er berät die Träger der Gemeinschaftseinrichtung, die Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsschutzes. Er führt die schulischen Eingangsuntersuchungen und, soweit erforderlich, weitere Regeluntersuchungen durch und kann Gesundheitsförderungsprogramme anbieten. p

p

(3) Zur Früherkennung von Krankheiten, Behinderungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen kann der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst zur Ergänzung von Vorsorgeangeboten ärztliche Untersu-

durchführen. Soweit dies erforderlich ist, soll sie auch Impfungen durchführen. Wird im Rahmen dieser Untersuchungen die Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt, vermittelt die untere Gesundheitsbehörde in Zusammenarbeit mit den für Jugendhilfe und Sozialhilfe zuständigen Stellen die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote.

### § 13 Kinder- und Jugendzahngesundheit

(1) Im Rahmen eines Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes berät die untere Gesundheitsbehörde Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches. Die untere Gesundheitsbehörde führt, soweit erforderlich, dazu regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen durch, um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten und zu mildern.¶

### § 14 Grundsatz

¶  
Die untere Gesundheitsbehörde berät und unterstützt Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen (Gesundheitshilfe). Diese Gesundheitshilfe ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden, zu überwinden,

durchführen. Soweit dies erforderlich ist, soll er auch Impfungen durchführen. Wird im Rahmen dieser Untersuchungen die Gefährdung oder Störung der körperlichen, seelischen oder geistigen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen festgestellt, vermittelt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Zusammenarbeit mit den Jugend- und Sozialämtern die notwendigen Behandlungs- und Betreuungsangebote.¶

### § 13 Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst

(1) Im Rahmen eines Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienstes berät das Gesundheitsamt Kinder, Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten, Erzieher und Lehrer in Fragen der Gesunderhaltung des Zahn-, Mund- und Kieferbereiches. Der Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst führt, soweit erforderlich, dazu regelmäßig zahnärztliche Untersuchungen durch, um Krankheiten und Fehlentwicklungen zu verhüten und zu mildern.¶

¶  
(2) Maßnahmen der Gruppenprophylaxe, insbesondere der Ernährungsberatung, Zahnschmelzhärtung und Mundhygiene, können durch Maßnahmen der Individualprophylaxe vor allem bei Klein- und Schulkindern sowie behinderten Kindern ergänzt werden, soweit sie sonst nicht gewährleistet sind.¶

### Zweiter Abschnitt Gesundheitshilfe

### § 14 Grundsatz

¶  
Das Gesundheitsamt berät und unterstützt Personen, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Fürsorge bedürfen (Gesundheitshilfe). Diese Gesundheitshilfe ist darauf gerichtet, gesundheitliche Beeinträchtigungen und Schäden zu vermeiden, zu überwinden, zu bessern

zu bessern und zu lindern sowie Verschlimmerungen zu verhüten. Sie soll die betroffenen Personen befähigen, entsprechend ihren Möglichkeiten möglichst selbständig in der Gesellschaft zu leben. Bei Bedarf ist auch aufsuchende Beratung und Hilfe zu leisten.␣

#### § 15 Besondere Beratungsangebote

(1) Die untere Gesundheitsbehörde wirkt bei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheiten und bei Behinderungen auf ein Beratungsangebot für die Betroffenen und deren Angehörige hin. ␣

␣  
(2) Die untere Gesundheitsbehörde wirkt mit an der AIDS-Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Bevölkerungsgruppen, und an der Beratung infizierter und erkrankter Personen sowie deren Angehörigen. Ratsuchenden werden anonyme HIV-Untersuchungen angeboten.␣

#### § 16 Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke

(1) Die untere Gesundheitsbehörde berät Körper- und Sinnesbehinderte, geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen.␣

␣  
(2) Die untere Gesundheitsbehörde hält für die Hilfen an geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor.␣

(3) Für den Anwendungsbereich des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) in der jeweils geltenden Fassung geht das PsychKG diesem Gesetz vor.

und zu lindern sowie Verschlimmerungen zu verhüten. Sie soll die betroffenen Personen befähigen, entsprechend ihren Möglichkeiten möglichst selbständig in der Gesellschaft zu leben. Bei Bedarf ist auch aufsuchende Beratung und Hilfe zu leisten.␣

#### § 15 Besondere Beratungsangebote

(1) Das Gesundheitsamt sorgt bei besonders häufigen und schwerwiegenden Krankheiten und bei Behinderungen für ein Beratungsangebot für die Betroffenen und deren Angehörigen. ␣

␣  
(2) Das Gesundheitsamt wirkt mit an der AIDS-Aufklärung der Bevölkerung, insbesondere gefährdeter Bevölkerungsgruppen, und an der Beratung infizierter und erkrankter Personen sowie deren Angehörigen. Ratsuchenden werden HIV-Untersuchungen angeboten.␣

#### § 16 Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke

(1) Das Gesundheitsamt berät Körper- und Sinnesbehinderte, geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke, Abhängigkeitskranke und ihre Angehörigen.␣

␣  
(2) Das Gesundheitsamt hält für die Hilfen an geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken, Abhängigkeitskranken und ihren Angehörigen einen Sozialpsychiatrischen Dienst vor.␣

§ 17 Hygieneüberwachung

(1) Die untere Gesundheitsbehörde überwacht die Einhaltung der Hygienevorschriften, insbesondere bei

5. ambulanten Pflege- und Behandlungseinrichtungen,

§ 17 Hygieneüberwachung

(1) Das Gesundheitsamt überwacht die Einhaltung der Hygienevorschriften, insbesondere bei

1. Anlagen zur Versorgung mit Trinkwasser und Brauchwasser,
2. Anlagen zur Entsorgung von Abwasser und Abfällen,
3. Krankenhäusern, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 107 SGB V sowie Einrichtungen des Kur- und Bäderwesens,
4. Einrichtungen des Rettungsdienstes sowie der Notfallrettung und des Krankentransports, von Unternehmen des Blutspendedienstes, des Zivil- und Katastrophenschutzes,
5. ambulanten Pflege- und Behandlungseinrichtungen, einschließlich den Einrichtungen für Körper- und Schönheitspflege,
6. Schulen und Schulheimen,
7. Kinder- und Jugendeinrichtungen, insbesondere Tageseinrichtungen für Kinder, Spielplätzen, Jugendfreizeit- und Bildungsstätten, Dauer- und Sonderheimen, Kinder- und Jugenderholungseinrichtungen,
8. Pflegeheimen, Einrichtungen für alte Menschen,
9. Tageseinrichtungen, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen für Behinderte,
10. Sport- und Freizeitanlagen, Campingplätzen, Schwimm- und Badeanstalten, Badegewässern,
11. Gemeinschaftsunterkünften,
12. Justizvollzugs- und Jugendarrestanstalten,
13. Häfen, Flughäfen und Bahnhöfen
14. Einrichtungen des Leichen- und Bestattungswesens.

(2) Einrichtungen nach Absatz 1 müssen regelmäßig und wenn Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Anforderungen der Hygiene nicht eingehalten werden, über-

(3) Wer eine Einrichtung nach Absatz 1 betreiben will, muß die Aufnahme und die Schließung des Betriebes der unteren Gesundheitsbehörde anzeigen, in deren Bezirk sich die Einrichtung befindet.

#### § 18 Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens

(1) Wer einen Beruf des Gesundheitswesens selbständig ausüben möchte oder Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigen will, hat die Aufnahme und die Beendigung dieser Tätigkeit der unteren Gesundheitsbehörde anzuzeigen, in dessen Bezirk die Tätigkeit ausgeübt wird.¶

¶

(2) Die untere Gesundheitsbehörde hat die Berechtigung zur Ausübung eines Berufes des Gesundheitswesens und zur Führung von Berufsbezeichnungen zu überwachen, soweit nicht andere Stellen zuständig sind.¶

#### § 19 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten¶

¶

Die unteren Gesundheitsbehörden stellen amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse aus und erstatten Gutachten, soweit dies durch bundes- oder landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist. Die Ärztinnen und Ärzte der unteren Gesundheitsbehörde sind Gerichtsärzte im Sinne des § 87 Absatz 2 der Strafprozeßordnung für den Bezirk des Gesundheitsamtes.¶

#### § 20 Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie

prüft werden.¶

(3) Wer eine Einrichtung nach Absatz 1 betreiben will, muß, soweit ihr Betrieb nicht in anderen Rechtsvorschriften abschließend geregelt ist, die Aufnahme und die Schließung des Betriebes dem Gesundheitsamt anzeigen, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet.¶

#### § 18 Erfassung und Überwachung der Berufe des Gesundheitswesens

(1) Wer einen Beruf des Gesundheitswesens selbständig ausüben möchte oder Angehörige der Berufe des Gesundheitswesens beschäftigen will, hat die Aufnahme und die Beendigung dieser Tätigkeit dem Gesundheitsamt anzuzeigen, in dessen Bezirk die Tätigkeit ausgeübt wird.¶

¶

(2) Das Gesundheitsamt hat die Berechtigung zur Ausübung eines Berufes des Gesundheitswesens und zur Führung von Berufsbezeichnungen zu überwachen, soweit nicht andere Stellen zuständig sind. Das Gesundheitsamt achtet darauf, daß niemand unerlaubt die Heilkunde ausübt.¶

#### § 19 Amtliche Bescheinigungen, Zeugnisse, Gutachten¶

¶

Die Gesundheitsämter stellen amtliche Bescheinigungen und Zeugnisse aus und erstatten Gutachten, soweit dies durch bundes- oder landesrechtliche Regelungen vorgeschrieben ist. Die Ärztinnen und Ärzte des Gesundheitsamtes sind Gerichtsärzte im Sinne des § 87 Absatz 2 der Strafprozeßordnung für den Bezirk des Gesundheitsamtes.¶

#### § 20 Arzneimittelüberwachung und Sozialpharmazie

þ

(1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird von der unteren Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) überwacht.þ

þ

(2) Die untere Gesundheitsbehörde (Amtsapotheker) soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst anhand der ihr zur Verfügung stehenden Daten den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Sie kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll sie die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.þ

## § 21 Kommunalen Gesundheitsbericht

þ

Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse und macht sie der Öffentlichkeit zugänglich.þ

## § 22 Fachkräfte

(1) Die untere Gesundheitsbehörde ist zur Durchführung ihrer Aufgaben ausreichend mit geeigneten Fachkräften, insbesondere mit Fachärztinnen und Fachärzten für das Öffentliche Gesundheitswesen und anderen Fachärztinnen und Fachärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern und Angehörigen sonstiger im Gesundheitswesen tätiger Berufe zu besetzen, die die erforderlichen Kenntnisse des öffentlichen Gesundheitsrechts und des Gesundheitswesens haben und entsprechend fortge-

þ

(1) Der Arzneimittelverkehr auf örtlicher Ebene wird vom Amtsapotheker des Gesundheitsamtes überwacht.þ

þ

(2) Der Amtsapotheker soll mit Unterstützung des Landesinstituts für den Öffentlichen Gesundheitsdienst den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten. Er kann dazu Erhebungen durchführen. Auf dieser Grundlage soll er die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten sowie an der Bekämpfung des Drogen- und Arzneimittelmissbrauchs mitwirken.þ

## Vierter Abschnitt

### Kommunale Gesundheitsberichterstattungþ

þ

### § 21 Kommunalen Gesundheitsberichtþ

þ

Das Gesundheitsamt erstellt regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse.þ

## Fünfter Abschnittþ

### Leitung und Organisationþ

þ

### § 22 Leitungþ

þ

Das Gesundheitsamt wird durch eine Amtsärztin oder einen Amtsarzt geleitet.þ

bildet werden.

(2) Amtsarzt und Amtsärztin im Sinne sonstiger bundes- oder landesrechtlicher Regelungen sind Ärztinnen und Ärzte nach Absatz 1.

#### § 23 Koordination

þ  
Die Koordination insbesondere derþ

- þ
- kommunalen Gesundheitsberichterstattung,þ
  - Gesundheitsförderung,þ
  - Umweltmedizin,þ
  - psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung,þ
  - medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen,þ
  - AIDS-Aufklärung, -Beratung und -Versorgung,þ

ist als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen. Hierzu gehört auch die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgruppen.

#### § 24 Kommunale Gesundheitskonferenzþ

þ  
(1) Der Rat bzw. der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein. Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der Kommunalen Gesundheitskonferenz an.þ

þ  
(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordination und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstver-

#### § 23 Koordination

þ  
Die Koordination insbesondere derþ

- þ
- kommunalen Gesundheitsberichterstattung,þ
  - Gesundheitsförderung,þ
  - Umweltmedizin,þ
  - psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung,þ
  - medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen,þ
  - AIDS-Aufklärung, -Beratung und -Versorgung,þ

þ  
ist als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen. Hierzu gehört auch die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgemeinschaften sowie die Fortbildung der Mitarbeiter des Gesundheitsamtes.þ

#### § 24 Kommunale Gesundheitskonferenzþ

þ  
(1) Die untere Gesundheitsbehörde beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten und der Selbsthilfegruppen ein. Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der Kommunalen Gesundheitskonferenz an.þ

þ  
(2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene, gibt bei Bedarf Empfehlungen und wirkt an deren Umsetzung mit.

pflichtung der Beteiligten.

(3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat bzw. dem Kreistag zugeleitet.

Absatz 4 wird gestrichen.

(3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat bzw. dem Kreistag zugeleitet. Ist ein Kreis untere Gesundheitsbehörde, werden sie auch den Mitgliedsgemeinden zugeleitet.

þ

(4) Die Kommunale Gesundheitskonferenz kann Arbeitsgruppen bilden.þ

Drittes Kapitelþ

Landesgesundheitsberichterstattung, Landesgesundheitskonferenz, Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienstþ

þ

§ 25 Landesgesundheitsberichterstattungþ

þ

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium legt regelmäßig Gesundheitsberichte als Grundlage gesundheitspolitischer Planungen vor (Landesgesundheitsberichterstattung).þ

þ

(2) Die Landesgesundheitsberichte werden dem Landtag zugeleitet.þ

§ 26 Landesgesundheitskonferenzþ

þ

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft die Landesgesundheitskonferenz ein. Dieser gehören insbesondere Vertreter der Sozialversicherungsträger, der verfaßten Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker, der Krankenhausgesellschaft, der freien Wohlfahrtsverbände, der Landschaftsverbände, der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände und der kommunalen Spitzenverbände des Landes an.þ

þ

(2) Die Landesgesundheitskonferenz berät gesundheitspolitische Fragen von grund-

(1) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium beruft die Landesgesundheitskonferenz ein. Dieser gehören insbesondere Vertreterinnen und Vertreter der Sozialversicherungsträger, der verfaßten Ärzte- und Zahnärzteschaft, der Apotheker, der Krankenhausgesellschaft, der freien Wohlfahrtsverbände, der Landschaftsverbände, der gesundheitlichen Selbsthilfe und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz, der Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände und der kommunalen Spitzenverbände des Landes an.

(2) Die Landesgesundheitskonferenz berät gesundheitspolitische Fragen von grund-

sätzlicher Bedeutung mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.

(2) Im Rahmen dieser Aufgaben obliegen dem Landesinstitut

- p
- die Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen,p
- die Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien,p
- die Durchführung von fachbezogenen Untersuchungen und Forschungsprojekten sowie die Auswertung von Untersuchungs- und Forschungsprogrammen,p
- die Entwicklung von Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und -kontrolle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,p
- die Qualifizierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, soweit dafür

sätzlicher Bedeutung, gibt Empfehlungen und wirkt an ihrer Umsetzung mit.p

p

(3) Die Sitzungen der Landesgesundheitskonferenz finden mindestens einmal jährlich statt. Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium führt den Vorsitz.p

p

(4) Die Landesgesundheitskonferenz kann Arbeitsgruppen bilden.p

### **§ 27 Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienstp**

(1) Das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen ist eine Einrichtung im Geschäftsbereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums. Es hat die Aufgabe, als fachliche Leitstelle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, insbesondere auf den Gebieten der Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, der europäischen und internationalen Gesundheitspolitik, der Gesundheitsförderung, der Umweltmedizin, der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, der Hygiene und der Arzneimittelsicherheit, die Landesregierung und die Gesundheitsämter zu beraten und zu unterstützen.p

p

(2) Im Rahmen dieser Aufgaben obliegen dem Landesinstitutp

p

- die Sammlung und Auswertung wissenschaftlicher Erkenntnisse und praktischer Erfahrungen,p
- die Entwicklung fachlicher Konzepte und Strategien,p
- die Durchführung von fachbezogenen Untersuchungen und Forschungsprojekten sowie die Auswertung von Untersuchungs- und Forschungsprogrammen,p
- die Entwicklung von Methoden und Verfahren der Qualitätssicherung und -kontrolle für den Öffentlichen Gesundheitsdienst,p
- die Qualifizierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, soweit dafür

nicht andere Einrichtungen zuständig sind, b

= die Vorbereitung des Landesgesundheitsberichtes nach § 25.

nicht andere Einrichtungen zuständig sind. b

#### Viertes Kapitel

#### Eingriffsbefugnisse, Beschränkungen von Rechten

#### § 28 Befugnisse und Pflichten

(1) Die mit dem Vollzug dieses Gesetzes beauftragten Personen sind zur Durchführung der Überwachungsaufgaben nach §§ 17 und 18 berechtigt,

b

1. während der üblichen Betriebs- und Geschäftszeiten die zu überwachenden Grundstücke, Räume, Anlagen und Einrichtungen zu betreten und dort Besichtigungen, Prüfungen und Untersuchungen vorzunehmen.

1. während der üblichen Betriebs- oder Geschäftszeiten die zu überwachenden Arbeits-, Betriebs- und Geschäftsräume, andere Räume sowie Anlagen und Grundstücke zu betreten sowie die dort befindlichen Gegenstände zu untersuchen,

b

2. zur Verhütung und Abwehr drohender Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung die in Nummer 1 genannten Grundstücke und Räume, Anlagen und Einrichtungen sowie die damit verbundenen Wohnräume auch außerhalb der dort genannten Zeiten zu betreten und einschließlich der dort befindlichen Gegenstände zu untersuchen,

2. zur Verhütung drohender Gefahren für die Gesundheit der Bevölkerung die in Nummer 1 genannten Grundstücke und Räume, Anlagen und Einrichtungen einschließlich der dort befindlichen Gegenstände auch außerhalb der dort genannten Zeiten sowie die damit verbundenen Wohnräume zu betreten und zu untersuchen,

b

3. Proben zum Zwecke der Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen und, soweit erforderlich, die entsprechenden Bücher oder sonstige Unterlagen einzusehen und daraus Ablichtungen zu fertigen,

3. Proben zum Zwecke der Untersuchung zu fordern oder zu entnehmen, Bücher oder sonstige Unterlagen einzusehen und daraus Abschriften oder Ablichtungen zu fertigen. b

b

(2) Personen, die zur Durchführung der Überwachung Auskünfte geben können, sind verpflichtet, auf Verlangen die erforderlichen Auskünfte zu erteilen und die erforderlichen Unterlagen vorzulegen. b

(3) Der Betriebsinhaber, sein Vertreter,

(3) Der Betriebsinhaber, sein Vertreter, sein Beauftragter oder der Inhaber der tatsächlichen Gewalt sind verpflichtet,

sein Beauftragter oder der Inhaber der tatsächlichen Gewalt sind verpflichtet, die Amtshandlungen nach Absatz 1 zu dulden sowie die in Absatz 1 Nummern 1 und 2 genannten Grundstücke und Räume, Anlagen und Einrichtungen zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt.

(4) Werden bei der Überwachung nach §§ 17 und 18 Tatsachen festgestellt, die ein Eingreifen erforderlich machen, veranlaßt die untere Gesundheitsbehörde die notwendigen Maßnahmen, sofern nicht andere Verwaltungsbehörden zuständig sind. Bei Gefahr ist die untere Gesundheitsbehörde verpflichtet, selbst die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.

(6) Die Kreise und die kreisfreien Städte können für Kontroll- und Überwachungstätigkeiten nach diesem Gesetz in einer Satzung kostendeckende Gebühren bestimmen. §§ 3 bis 6 des Gebührengesetzes vom 23. November 1971 (GV.NW. S. 354), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. März 1985 (GV.NW. S. 257) finden Anwendung.

(1) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Justizministerium und dem Innenministerium der unteren Gesundheitsbehörde weitere gerichtsärztliche Tätigkeiten zu übertragen.

þ

(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erläßt im Einvernehmen mit dem Innenministerium Vorschriften über die Befähigung der Berufe nach § 22 durch Rechtsverordnung. Dabei sind

die Amtshandlungen nach Absatz 1 zu dulden sowie die in Absatz 1 Nummern 1 und 2 genannten Grundstücke und Räume zugänglich zu machen. Das Grundrecht der Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes wird insoweit eingeschränkt.þ

(4) Werden bei der Überwachung nach § 17 Tatsachen festgestellt, die ein Eingreifen erforderlich machen, veranlaßt das Gesundheitsamt die notwendigen Maßnahmen, sofern nicht andere Verwaltungsbehörden zuständig sind. Bei Gefahr ist das Gesundheitsamt verpflichtet, selbst die erforderlichen Maßnahmen zu treffen.þ

(5) Überwachungsmaßnahmen zur Verhütung übertragbarer Krankheiten nach dem Bundes-Seuchengesetz bleiben unberührt.

## § 29 Ermächtigungenþ

þ

(1) Das für Gesundheitswesen zuständige Ministerium wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Justizministerium und dem Innenministerium dem Gesundheitsamt weitere gerichtsärztliche Tätigkeiten zu übertragen.þ

þ

(2) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erläßt im Einvernehmen mit dem Innenministerium Vorschriften über die Befähigung zur Leitung eines Gesundheitsamtes durch Rechtsverord-

insbesondere zu regeln: p  
p

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem Innenministerium durch Rechtsverordnung das Nähere zum Inhalt und Verfahren der Kommunalen Gesundheitsberichterstattung nach § 21 regeln.

(5) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann im Einvernehmen mit dem Innenministerium ab 1. Januar 1999 durch Rechtsverordnung das Nähere zur Zusammensetzung, zum Verfahren bei Verabschiedung und Umsetzung von Empfehlungen der Kommunalen Gesundheitskonferenz nach § 24 regeln.

### § 30 Überprüfung der Auswirkungen dieses Gesetzes

Die Auswirkungen dieses Gesetzes werden nach einem Erfahrungszeitraum von fünf Jahren durch die Landesregierung

nung. Dabei sind insbesondere zu regeln: p  
p

1. die Voraussetzungen für die Zulassung zur und die Anrechnung von förderlichen Zeiten auf die Qualifikation, p
2. das Ziel, der Inhalt, die Dauer und die Ausgestaltung der Qualifikation sowie die Beurteilung der Leistungen während der Qualifikation, p
3. die Art und die Zahl der Prüfungsleistungen, das Prüfungsverfahren einschließlich der Festlegung des Prüfungsergebnisses unter Berücksichtigung der Leistungen während der Qualifikation und der Bildung des Prüfungsausschusses, p
4. die Wiederholung von Prüfungsleistungen. p

p  
(3) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium erläßt im Einvernehmen mit dem Finanzministerium eine Gebührenordnung für Leistungen der Hebammen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. p

(4) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann Richtlinien erlassen, die Näheres über Inhalt und Verfahren der kommunalen Gesundheitsberichterstattung nach § 21 regeln. p

(5) Das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium kann Richtlinien erlassen, die Näheres zur Zusammensetzung der Kommunalen Gesundheitskonferenz nach § 24 regelt. p

### § 30 Überprüfung der Auswirkungen dieses Gesetzes

Die Auswirkungen dieses Gesetzes werden nach einem Erfahrungszeitraum von fünf Jahren durch die Landesregierung

unter Mitwirkung der Spitzenverbände der Kommunen überprüft. Die Landesregierung unterrichtet den Landtag danach über das Ergebnis der Überprüfung, insbesondere über die Handlungsmöglichkeiten der Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die finanziellen Auswirkungen des Gesetzes auf die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### § 31 Aufhebung von Vorschriften

(1) Folgende Vorschriften werden aufgehoben:

1. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Oktober 1987 (GV. NW. S. 342),
2. die Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6. Februar 1935, geändert durch Verordnung vom 18. Juli 1986 (GV. NW. S. 575);
3. die Zweite Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung - Allgemeiner Teil) vom 22. Februar 1935 (RGBl. I S. 215), geändert durch Verordnung vom 18. Mai 1982 (GV. NW. S. 250),
4. die Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung für die Gesundheitsämter - Besonderer Teil) vom 30. März 1935 (RMBl. S. 327).

(2) Die Kreise und kreisfreien Städte können für die untere Gesundheitsbehörde die Bezeichnung "Gesundheitsamt" weiterhin führen.

unter Mitwirkung der Spitzenverbände der Kommunen überprüft. Die Landesregierung unterrichtet den Landtag danach über das Ergebnis der Überprüfung, insbesondere über die Handlungsmöglichkeiten der Behörden und Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und die finanziellen Auswirkungen des Gesetzes auf die Kreise und kreisfreien Städte als Träger des ÖGD.

### § 31 Aufhebung von Vorschriften

Folgende Vorschriften werden aufgehoben:

1. Das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (RGBl. I S. 531), zuletzt geändert durch Gesetz vom 6. Oktober 1987 (GV. NW. S. 342),
2. die Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6. Februar 1935, geändert durch Verordnung vom 18. Juli 1986 (GV. NW. S. 575);
3. die Zweite Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung - Allgemeiner Teil) vom 22. Februar 1935 (RGBl. I S. 215), geändert durch Verordnung vom 18. Mai 1982 (GV. NW. S. 250),
4. die Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung für die Gesundheitsämter - Besonderer Teil) vom 30. März 1935 (RMBl. S. 327).

II. Artikel 5 Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose

1. In § 2 Abs. 2 wird folgender Satz 3 angefügt:

"Satz 2 gilt für Blinde, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben bereits, wenn die vorübergehende Abwesenheit mindestens einen vollen Tag dauert."

2. In § 3 Abs. 2 werden folgende Sätze 3 und 4 angefügt:

(2) Befinden sich Blinde in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung und werden die Kosten des Aufenthalts ganz oder teilweise aus Mitteln öffentlich-rechtlicher Leistungsträger getragen, so verringert sich das Blindengeld nach Absatz 1 um die aus diesen Mitteln getragenen Kosten, höchstens jedoch um 50 vom Hundert der Beträge nach Absatz 1; dies gilt vom ersten Tag des zweiten Monats an, der auf den Eintritt in die Einrichtung folgt, für jeden Kalendermonat des Aufenthalts in der Einrichtung. Für jeden vollen Tag vorübergehender Abwesenheit von der Einrichtung wird das Blindengeld in Höhe von je 1/30 des Betrages nach Absatz 1 gewährt, wenn die vorübergehende Abwesenheit länger als 6 volle zusammenhängende Tage dauert, der Betrag nach Satz 1 wird im gleichen Verhältnis gekürzt.

(2) Leistungen bei häuslicher Pflege nach den §§ 36 bis 38 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI in der jeweils geltenden Fassung), bei Tages- und Nachtpflege nach § 41 SGB XI und bei Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI werden, auch soweit es sich um Sachleistungen handelt, bei Pflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 SGB XI (Pflegestufe I) mit 70 vom Hundert des Betrages nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI auf das Blindengeld angerechnet, bei Pflegebedürftigkeit nach § 15 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGB XI (Pflegestufen II und III) mit 35 vom Hundert des Betrages nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB XI. Besteht der Anspruch auf Leistungen bei häuslicher Pflege

"Die Anrechnung nach Satz 1 ist jedoch nur bis zu einem Betrag von 50 vom Hundert des Betrags nach § 2 Abs. 1 zulässig. Satz 1 gilt nicht für Blinde, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben."

3. **2. Teil: Hilfe für hochgradig Sehbehinderte**

4. § 4 wird wie folgt geändert:

a) Absatz 1 erhält folgende Fassung:

"Hochgradig Sehbehinderte, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, erhalten zum Ausgleich der durch die hochgradige Sehbehinderung bedingten Mehraufwendungen eine Hilfe von 150 DM monatlich, soweit sie keine entsprechenden Leistungen nach anderen bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erhalten und ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Nordrhein-Westfalen haben. Leistungen nach Satz 1 bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt."

b) In Absatz 2 wird das Wort "sehschwach" durch das Wort "sehbehindert" ersetzt.

ge nicht für den vollen Kalendermonat, gilt § 37 Abs. 2 SGB XI entsprechend.

**2. Teil: Hilfe für hochgradig Sehschwache**

§ 4

(1) Hochgradig Sehschwache, die das 16. Lebensjahr vollendet haben, erhalten zum Ausgleich der durch die hochgradige Sehschwäche bedingten Mehraufwendungen eine Hilfe von 150 DM monatlich, soweit sie keine entsprechenden Leistungen nach bundes- oder landesrechtlichen Vorschriften erhalten.

(2) Hochgradig sehschwach sind Personen, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe noch zurechtfinden, ihr restliches Sehvermögen aber für eine Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft, vor allem an einem angemessenen Platz im Arbeitsleben, nicht oder nur unzureichend verwerten können. Diese Voraussetzungen sind erfüllt, wenn das bessere Auge mit Gläserkorrektur ohne besondere optische Hilfsmittel eine Sehschärfe von nicht mehr als 1/20 oder krankhafte Veränderungen aufweist, die das Sehvermögen in entspre-

5. § 5 wird wie folgt geändert:

- a) In Satz 1 wird nach den Wörtern "Vorschriften erhalten" folgender Halbsatz eingefügt:

"und ihren gewöhnlichen Aufenthalt im Land Nordrhein-Westfalen haben."

- b) Nach Satz 2 wird folgender Satz angefügt:

"Leistungen nach Satz 1 bleiben als Einkommen bei Sozialleistungen, deren Gewährung von anderen Einkommen abhängig ist, unberücksichtigt."

6. In § 6 Abs. 2 wird das Wort "Seh-schwachen" durch das Wort "Seh-binderten" ersetzt.

chendem Maße einschränken.

§ 5

Gehörlose erhalten zum Ausgleich der durch die Gehörlosigkeit bedingten Mehraufwendungen eine Hilfe von 150 DM monatlich, soweit sie keine entsprechenden Leistungen nach bundes- oder anderen landesrechtlichen Vorschriften erhalten. Gehörlos sind Personen mit angeborener oder bis zum 7. Lebensjahr erworbener Taubheit oder an Taubheit grenzender Schwerhörigkeit.

(2) Die Leistungen nach diesem Gesetz sind zu versagen, wenn eine bestimmungsgemäße Verwendung durch oder für die Blinden, hochgradig Seh-schwachen und Gehörlosen nicht möglich ist.

**Begründung:**

**I. Artikel 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst**

Neben weiteren Änderungen wird im Gesetz durchgängig der Begriff "Gesundheitsamt" ersetzt durch den Begriff "untere Gesundheitsbehörde".

Die Änderung in § 4 Abs. 3 stellt sicher, daß das Tätigwerden der unteren Gesundheitsbehörde an die in § 4 genannten Voraussetzungen geknüpft ist. Dazu zählt das Nichttätigwerden der übrigen Handlungsträger und die Erforderlichkeit, die dann gegeben ist, wenn andere Handlungsträger nicht zum Tätigwerden veranlaßt werden können. Insoweit besteht für die untere Gesundheitsbehörde ein Beurteilungsspielraum.

Die konkrete Ausgestaltung des Beleihungsverhältnisses nach § 5 Abs. 3 obliegt dem kommunalen Träger, der sich dazu der Mittel des Kommunalrechts oder des Verwaltungsverfahrensrechtes bedienen kann.

Mit der Einfügung von Satz 2 in § 15 Absatz 2 wird die bisherige Praxis durch Gesetz festgeschrieben.

Die Öffentlichkeit im Sinne von § 21 kann je nach den örtlichen Verhältnissen durch unterschiedliche Verfahren hergestellt werden, z.B. durch bekannt gemachtes Auslegen der Berichte oder durch gebührenpflichtige Abgabe von Broschüren.

## II. Artikel 5 Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose

1. Die Ergänzung trägt dem besonderen Lebensrhythmus und den dadurch verursachten besonderen wirtschaftlichen Belastungen von Familien bei internatsmäßiger Unterbringung schulpflichtiger Kinder Rechnung. Die Sechs-Tage-Regelung in § 2 Abs. 2 Satz 2 ist für blinde Kinder, die internatsmäßig untergebracht sind, nicht sachgerecht, weil z.B. Wochenendheimfahrten regelmäßig sechs Tage unterschreiten.
2. Satz 3 gewährleistet, daß nach Anrechnung von Leistungen der Pflegeversicherung auch den Blinden, die nicht in einer stationären Einrichtung leben, ein Mindestbetrag von 50 vom Hundert des Blindengelds verbleibt. Satz 4 schließt die Anrechnung von Pflegeleistungen auf das Blindengeld bei Kindern aus, die andernfalls überproportional belastet wären.
3. Redaktionelle Aktualisierung.
4. a) Hierdurch wird klargestellt, daß es sich um eine landesrechtliche Leistung handelt, die nur Personen zugute kommen soll, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Nordrhein-Westfalen haben und zugleich um eine höchstpersönliche Leistung, die allein zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile Verwendung finden soll. Zudem wird der Begriff der Sehschwäche durch den aktuellen Begriff der Sehbehinderung redaktionell ersetzt.
  - b) Redaktionelle Aktualisierung wie a).

5. Hierdurch wird klargestellt, daß es sich um eine landesrechtliche Leistung handelt, die nur Personen zugute kommen soll, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Nordrhein-Westfalen haben und zugleich um eine höchstpersönliche Leistung, die allein zum Ausgleich behinderungsbedingter Nachteile Verwendung finden soll.
6. Redaktionelle Aktualisierung.

Klaus Matthiesen

Roland Appel

Gisela Nacken

Birgit Fischer

Dr. Manfred Busch

Wolfram Kuschke

Daniel Kreutz

und Fraktion

und Fraktion