



---

## Ausschuss für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge

76. Sitzung (öffentlich)

17. November 2004

Düsseldorf - Haus des Landtags

10:05 Uhr bis 12:20 Uhr und

14:15 Uhr bis 15:25 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD), Vorsitzender  
Ursula Monheim (CDU), Stellv. Vorsitzende

Stenograf/-innen: Simona Roeßgen, Wolfgang Theberath, Cornelia Patzschke,  
Beate Mennekes

### Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

Seite

**Vor Eintritt in die Tagesordnung** beschließt der Ausschuss, am 12. Januar 2005 eine öffentliche Anhörung zum Krebsregistergesetz durchzuführen. 1

**1 Vierte Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Arbeits- und technischen Arbeitsschutzes (ZustVO - ArbTG - SGV.NRW.281)** 2

Vorlage 13/3045

Der Ausschuss erhebt keine Einwendungen gegen diese Verordnung.

**2 Verordnung zur Änderung der Verordnung über Zuständigkeiten im Arzneimittelwesen und nach dem Medizinproduktegesetz (SGV.NRW.2121)** 2

Vorlage 13/3059

Der Ausschuss erhebt mehrheitlich keine Einwendungen gegen diese Verordnung.

**3 Gesetz zur Ausführung des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch für das Land Nordrhein-Westfalen (AG-SGB II NRW)**

3

Geszentwurf der Landesregierung  
Drucksache 13/5953

- Anhörung von Sachverständigen

Institution	Redner/-in	Zuschrift	Seite
Landkreistag NRW	Dr. Alexander Schink, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied	13/4421 (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW)	3, 19, 26
Städtetag NRW	Dr. Manfred Wienand		7
Städte- und Gemeindebund NRW	Ernst Giesen		22
Bundesagentur für Arbeit, Regionaldirektion NRW	Christiane Schönefeld, Vorsitzende der Geschäftsführung	13/4450	10, 26
Sozialamt der Stadt Eschweiler	Stefan Graaf	13/4398	10
Dezernat für Soziales, Senioren, Wohnen und Beschäftigungsförderung der Stadt Köln	Marlis Bredehorst, Beigeordnete	13/4417	12
Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros/Gleichstellungsstellen NRW	Christine Weinbörner, Sprecherin, Frauenbeauftragte der Stadt Krefeld	13/4418	14
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW	Christina Lecke (Diakonisches Werk Düsseldorf)	-	26

**4 Gesetz zur Anpassung des Landesrechts an das Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe** 28

Gesetzentwurf der Landesregierung

Drucksache 13/6014 - Neudruck

- Anhörung von Sachverständigen

Institution	Redner-/in	Zuschrift	Seite
Landkreistag NRW	Dr. Alexander Schink, Geschäftsführendes Vorstandsmitglied	13/4412	28, 34, 35
Städtetag NRW	Dr. Manfred Wienand	13/4383 = 13/4416, 13/4438	28
Landschaftsverband Rheinland	Klaus Heuser, Amtsleiter	-	29
Bundesagentur für Ar- beit, Regionaldirektion NRW	Johannes Pfeiffer	13/4449	29
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege	Dr. Albert Evertz (Cari- tas Verband Köln)	13/4413	29
Sozialverband Deutsch- land, Landesverband NRW	Daniel Kreutz, Referent für Sozialpolitik	13/4406	30, 33
Landessenorenvertre- tung NRW e. V.	Eleonore Köth-Feige	-	32
-	Dr. Frank Ziesche	13/4437	33

weitere Zuschriften	
Städte- und Gemeindebund NRW	13/4410, 13/4438, vgl. 13/4383
Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e. V.	13/4448
Landessenorenvertretung NRW e. V.	13/4451

## 5 Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)

36

Gesetzentwurf der Landesregierung

Drucksache 13/5959

- Anhörung von Sachverständigen

Institution	Redner-/in	Zuschrift	Seite
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW	Dr. Manfred Wienand (Städtetag NRW)	13/4429	36
Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW	Dr. Helmut Brand, Direktor	-	38, 49
Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW	Dr. Monika Weber	13/4434	39
Gleichstellungsstelle der Stadt Bielefeld	Ilse Buddemeier, Leiterin	13/4445	41
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband NRW e. V.	Klaus Bremen	-	43

Institution	Redner-/in	Zuschrift	Seite
Kreisverwaltung Heinsberg	Dr. Karl-Heinz Feldhoff, Ltd. Kreismedizinaldirektor, Amtsarzt	13/4433	44, 50
-	Dr. Werner Lammers, Stellv. Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Landkreistages NRW	-	51
-	Dr. Bernhard Haardt, Vorsitzender des Verbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheits- dienstes NRW	-	51

weitere Zuschriften	
Landesarbeitsgemeinschaft kommunaler Frauenbüros/Gleichstellungsstellen NRW	13/4389
LStMD Dr. Jan Leidel, ärztlicher Leiter der unteren Gesundheitsbehörde der Stadt Köln	13/4395
Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege NRW	13/4420
Kreisdirektor Norbert Wolter, Oberbergischer Kreis	13/4430
Prof. Dr. Carol Hagemann-White, Universität Osnabrück, Fachbereich Erziehungs- und Kulturwissenschaften	13/4435
AOK Rheinland	13/4436
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband	13/4455



**Vorsitzender Bodo Champignon:** Mir liegen keine weiteren Wortmeldungen vor. Somit schließe ich die zweite Anhörung. Vielleicht kann der Streit gleich hinter den Kulissen fortgeführt werden.

Meine Damen und Herren, es ist der sensationelle Fall eingetreten, den keiner erwarten konnte, der diese drei Anhörungen vorbereitet hat: dass wir die zweite Anhörung um 12.20 Uhr beenden können. Das verschafft denjenigen, die auch zur dritten Anhörung gefragt und gefordert sind, die Chance, eine längere Mittagspause einzulegen. Für die Abgeordneten ist es ohnehin Pflicht, um 14 Uhr wieder hier zu sein. Erst für diesen Zeitpunkt sind die Expertinnen und Experten der dritten Anhörung eingeladen worden, in den Ausschuss zu kommen. Allen anderen stelle ich anheim, zu bleiben. Diejenigen, die nachher wieder als Akteure auftreten, bitte ich, pünktlich um 14 Uhr hier zu sein. Frau Kollegin Monheim wird dann die Sitzung leiten. Die Sitzung ist bis dahin unterbrochen. - Schönen Dank, dass Sie hier waren.

(Unterbrechung der Sitzung von 12.20 bis 14.15 Uhr)

**Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim:** Meine sehr geehrten Damen und Herren! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne den zweiten Teil unserer heutigen Ausschusssitzung und rufe gleichzeitig die dritte Anhörung auf:

#### 5. **Gesetz zur Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG)**

Gesetzentwurf der Landesregierung  
Drucksache 13/5959

- Anhörung von Sachverständigen

Zu diesem Teil unserer heutigen Veranstaltung begrüße ich sehr herzlich die neu hinzugekommenen Expertinnen und Experten. Ich danke Ihnen herzlich für die Übersendung Ihrer schriftlichen Stellungnahmen, die den Ausschussmitgliedern zugegangen sind; sie sind auch den Mitgliedern des nachrichtlich beteiligten Ausschusses für Kommunalpolitik inhaltlich bekannt. Da wir diese Stellungnahmen selbstverständlich durchgearbeitet haben, bitten wir die Expertinnen und Experten, sich in ihren Statements auf wichtige Punkte oder auch Ergänzungen zu konzentrieren.

Ich werde die Anzuhörenden nach dem vorliegenden Tableau 3 aufrufen. Herr Dr. Schink musste schon gehen; sein Part wird von Herrn Dr. Wienand übernommen.

**Dr. Manfred Wienand (Städtetag NRW):** Vielen Dank, Frau Vorsitzende, dass Sie zu diesem Gesetzentwurf einleitend wiederum den kommunalen Spitzenverbänden das Wort erteilen.

Sehr geehrte Damen und Herren Abgeordnete! Das, was ich hier eingangs zusammenfassend darstelle, beruht vor allem auf den Erfahrungen der Praxis, insbesondere auf den Erfahrungen der Leiter unserer Gesundheitsämter.

Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst ist seit sieben Jahren in Kraft. Diejenigen, die seinerzeit schon im Landtag waren, wissen, dass wir dieses Gesetz damals sehr kritisch eingeschätzt haben. Ein Ergebnis dieser Kritik war eine Evaluationsklausel, § 30 ÖGDG. Die darin vorgesehene Evaluation ist abgeschlossen. Wir kommen im Großen und Ganzen übereinstimmend mit der Praxis zu dem Ergebnis, dass sich das Gesetz bewährt hat. Es hat sich auch dahin gehend bewährt, dass es eine ganze Reihe von Handlungsmöglichkeiten eröffnet, die bis dato nicht gegeben waren. Allerdings hat sich auch gezeigt, dass solche Handlungsmöglichkeiten darunter leiden, dass die notwendigen Ressourcen vor Ort in den letzten Jahren in immer geringerem Maße verfügbar waren. Deswegen mahnen wir heute an, sich eingehend zu überlegen, worin die Prioritäten liegen. Unseres Erachtens liegt die Priorität vor allem im Gesundheitsschutz und in der Krankheitsverhütung. Oft sind wir in Situationen, in denen man in diesen Bereichen mittels der öffentlichen Gesundheitsdienste unmittelbar reagieren muss.

Ich gebe zu einzelnen Bestimmungen kurze stichwortartige Anregungen und bemerke dabei gleich, dass eine ganze Reihe von Anregungen auf der Ebene dieses Gesetzesentwurfes vom Land dankenswerterweise bereits aufgenommen wurden; deswegen beschränke ich mich auf Änderungserfordernisse, die aus Sicht der kommunalen Spitzenverbände bestehen.

Nach wie vor wird moniert, dass sich die Unterstützung des Landes nach der Regelung des geltenden § 4 Abs. 2 ÖGDG auf das dem Lande Mögliche beschränkt. Selbstverständlich können die kommunalen Träger vom Land nichts Unmögliches verlangen. Von daher ist dies möglicherweise der Ausdruck dessen, was an Unterstützung durch das Land stattfindet, nämlich zu wenig. Es wäre zu überlegen, ob man die Worte „im Rahmen ihrer Möglichkeiten“ entfallen lässt und sich auf die Formulierung beschränkt, dass das Land unterstütze.

Des Weiteren läuft die der obersten Gesundheitsbehörde in § 9 Abs. 3 ÖGDG eingeräumte Möglichkeit, kostenlose Impfangebote vorzuschreiben, in der Praxis offenbar leer, weil das Land wegen der damit für es verbundenen Kostenfolgen nichts vorschreibt, sondern anderweitige Maßnahmen ergreift, die aber in ihrer Wirksamkeit für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung durchaus umstritten sein könnten.

Generell begrüßen wir, dass in § 17 Abs. 1 ÖGDG-Änderungsentwurf nun eine Kongruenz der Liste der Bereiche, die der Hygieneüberwachung unterliegen, mit den bundesrechtlichen Bestimmungen hergestellt ist.

In Bezug auf Art. 1 Nr. 3 ÖGDG-Änderungsgesetz lehnen wir eine erweiterte Anordnungsbefugnis der unteren Gesundheitsbehörde bei der Abwehr von Gefahren klar ab. Dies widerspricht der sonst üblichen allgemeinen Zuständigkeitsaufteilung zwischen Fachbehörde und Eingriffsverwaltung auch im Hinblick auf verfahrens- und haftungsrechtliche Folgerungen.

Zu Art. 1 Nr. 9.3 ÖGDG-Änderungsgesetz - diese Regelung betrifft § 28 Abs. 6 des geltenden ÖGDG -: Die ersatzlose Streichung von Abs. 6 der Bestimmung halten wir für nicht angezeigt. Wir halten den bisherigen § 28 Abs. 6 vielmehr für eine notwendige Ergänzung der anderen in der Begründung genannten Grundlagen für eine Gebührenerhebung. Über die Tarifstelle 10.15.4 allein ist es den nach § 17 ÖGDG zur infektiösen Überwachung verpflichteten Kommunen nicht möglich, eine ordnungs-

gemäße Aufgabenerfüllung zu gewährleisten. Die Möglichkeit für die unteren Gesundheitsbehörden, mit kommunalspezifischen Regelungen abweichende Gebührensätze zu erlassen, muss auf jeden Fall aufrechterhalten bleiben, da die Begehungen großer, wichtiger Einrichtungen, z. B. von Krankenhäusern der Maximalversorgung, ansonsten tatsächlich nicht mehr möglich sind.

Außerdem muss bei der weiteren Umsetzung des novellierten ÖGDG darauf geachtet werden, dass keine Überregulierung entsteht; die bestehenden Spielräume sollten also durchaus erhalten bleiben. Unter diesem Obersatz ist infrage zu stellen, ob die Inhalte der Ausführungsverordnung zum ÖGDG tatsächlich derart detailliert wie gegenwärtig weiter bestehen und ob diese Regelungen Verordnungsrang behalten sollen. Zumindest wäre über den Sinn dieser Verordnung inhaltlich zu diskutieren.

Zusammenfassend erkläre ich namens der kommunalen Spitzenverbände, dass sich das ÖGDG grundsätzlich bewährt hat, dass es einer modernisierten Ausrichtung der älteren Gesetzesgrundlagen des öffentlichen Gesundheitsschutzbereiches dienlich war und dass es sich nach unserem Eindruck im Großen und Ganzen positiv auf die Arbeit in den unteren Gesundheitsbehörden auswirkt. Das Zentralproblem ist die immer knapper werdende Finanzausstattung der Kommunen, die es im Einzelfall oft nicht zulässt, selbst notwendige Maßnahmen hinreichend abgesichert zu finanzieren.

Folgenden Schlusssatz möchte ich mir nicht verkneifen: Ein Problem ist der Rückzug des Landes aus der Mitfinanzierung einzelner Bereiche des ÖGD, z. B. hinsichtlich der Frage, wie die Mitarbeiter in den Geschäftsstellen der kommunalen Gesundheitskonferenzen, die sich durchaus bewährt haben, zu finanzieren sind.

**Dr. Helmut Brand (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW):**

Herzlichen Dank, dass wir die Möglichkeit haben, hier eine kurze Stellungnahme abzugeben! Ich werde mich bemühen, nicht das zu wiederholen, was in Einzelheiten in anderen Unterlagen steht.

Wenn man die eigene Situation betrachten will, hilft es manchmal auch, von außen einen Blick auf sie zu werfen. Wenn man über das neue ÖGDG in anderen deutschen Bundesländern oder bei unseren europäischen Nachbarn berichtet, dann hört man, das sei ein gutes Gesetz; teilweise wird Neid oder der Wunsch geäußert, so etwas auch haben zu wollen. Die Einstellung zu diesem ÖGDG in den anderen Bundesländern ist äußerst positiv; andere europäische Länder teilen sie.

Das liegt auf der einen Seite daran, dass mit diesem Gesetz etwas etabliert wurde, was es in dieser Form früher noch nicht gab, nämlich eine kommunale Gesundheitspolitik mit einem eigenständigen Ausprägungsbereich. Eine solche Zusammenarbeit zwischen einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung, einer Lagebeurteilung und einer Umsetzungsmöglichkeit, in der verschiedene Politiken entwickelt werden können, nämlich die kommunale Gesundheitskonferenz, ist in dieser Form und dieser Stringenz einmalig. Es kann schon etwas bewegen, dies in einem Land mit 18 Millionen Einwohnern flächendeckend zu haben. Gleichzeitig wird von außen immer sehr bewundert, wie viele Freiheiten die Kommunen hierbei haben. Die Freiheit der Aufgabenwahrnehmung, also das zu tun, was vor Ort wirklich am dringendsten ist, wird von allen sehr positiv gesehen. In der vorhergehenden Stellungnahme klang dies auch durch.

Interessant ist natürlich auch, zu sehen, wie andere Gesetze, z. B. das Infektionsschutzgesetz, die nach dem ÖGDG implementiert werden mussten, mit diesem in Kollision geraten, zusammen umgesetzt werden können oder sich sogar ergänzen. Das jetzige ÖGDG hat gezeigt, dass es möglich ist, weitere Innovationen in diesem Bereich zu implementieren, sodass sie sich ergänzen und zusammen die Situation noch wesentlich verbessern können. Durch diese Gesetzgebung ist es zu keiner wesentlichen Kostenexplosion gekommen, wie auch die Evaluation gezeigt hat. Die prekäre finanzielle Lage der Kommunen hat andere Ursachen.

Außerdem ist es eines der wenigen Gesetze, die tatsächlich evaluiert wurden. Wir reden hier nicht über Meinungen, sondern können nachlesen, was wo passiert ist. Wir haben eine Leistungsbilanz, wir wissen über die Auswirkungen Bescheid. Das Ergebnis der Evaluation hat auch viele dieser Stellungnahmen beeinflusst, die insgesamt sehr konstruktiv sind und mehr Details als das Große regeln wollen. Eine Evaluation von Gesetzen macht also Sinn. Insbesondere hinsichtlich der neuen Fassung wird in 2008 darüber zu berichten sein, wie es weitergegangen ist; dies wird meiner Meinung nach auch von den Bürgern in Bezug auf ein solches Gesetz gewünscht.

Werfen wir einen Blick in die Zukunft! Es gibt in diesem Gesetz noch weitere Gestaltungsmöglichkeiten, die bis jetzt noch nicht ausgeschöpft wurden, insbesondere bei der lokalen Aufgabenwahrnehmung bzw. bei der Struktur der Aufgabenwahrnehmung in den Kommunen, um gerade hier einer drohenden Ressourcenknappheit zu begegnen.

An mich als Direktor des Landesinstituts stellt sich natürlich die Frage, wie wir unsere Rolle sehen. Bis jetzt sahen wir uns damit beschäftigt, die Implementation einer Prozessinnovation zu begleiten. Die Schwerpunkte unserer Arbeit waren also die kommunale Gesundheitsberichterstattung und die kommunalen Gesundheitskonferenzen sowie die Einführung und Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes. Jetzt, da dies etabliert ist, möchten wir vermehrt als fachliche Leitstelle dienen. Diesem Gesetzauftrag wollen wir uns jetzt vermehrt widmen.

Zusammenfassend hat das neue ÖGDG aus unserer Sicht einen sehr hohen Innovationscharakter. Es ist bundesweit einmalig, hat NRW sehr gut positioniert und ganz klar zu einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation und des Gesundheitsschutzes für die Bevölkerung in NRW beigetragen.

**Dr. Monika Weber (Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit NRW):** Ich kann mich der in den Beiträgen meiner Vorredner geäußerten positiven Einschätzung des ÖGDG durchaus anschließen. Auch wir machen in der Fachberatung der kommunalen Gesundheitskonferenzen die Erfahrung, dass sie sich bei der Abstimmung und Koordination, aber auch beim Aufgreifen neuer Handlungsbedarfe in den Kommunen bewährt haben. Uns als Koordinationsstelle Frauen und Gesundheit interessiert natürlich insbesondere die Einführung des Gender-Mainstreamings in das Gesetz. Darauf beziehe ich mich im Folgenden.

Die im ÖGDG benannten Handlungsfelder und Aufgaben betreffen Männer und Frauen, Mädchen und Jungen in unterschiedlicher Weise. Ich nenne dafür nur zwei Beispiele.

Erstens ist hinsichtlich der Gesundheitsförderung bekannt, dass die bestehenden Angebote stärker von Frauen und weniger von Männern frequentiert werden. Hier stellt sich die Frage: Wie werden Männer als Zielgruppe in diesem Bereich stärker erreicht?

Zweitens. Hinsichtlich der Kinder- und Jugendgesundheit weiß man, dass psychische Störungen und Auffälligkeiten im Kindesalter sehr viel stärker bei Jungen diagnostiziert werden, dass sich aber mit der Pubertät die Geschlechterrelation zuungunsten von Mädchen und Frauen verschiebt. Sucht und psychische Erkrankungen oder der höhere Medikamentenkonsum und die höheren Verschreibungszahlen von Medikamenten sind andere Stichworte.

Vor diesem Hintergrund begrüßen wir ausdrücklich die Einführung von Gender-Mainstreaming in § 2 als allgemeine Rechtsnorm, weil dies keinen Zweifel daran lässt, dass die Berücksichtigung der geschlechtsspezifischen Lebenslagen, aber auch der Unterschiede im Gesundheitsbewusstsein und -verhalten sowie im Krankheitsspektrum und in der Krankheitsbewältigung für eine bedarfsgerechte, effektive und effiziente Gesundheitsförderung und Ausgestaltung des Gesundheitsdienstes unverzichtbar sind. Aus unserer Sicht führt die Einführung dieses Prinzips in das Gesetz den in Nordrhein-Westfalen beschrittenen Weg der Geschlechterdifferenzierung konsequent fort. Sie wird als Qualitätsmerkmal an zentraler Stelle eingeführt, aber auch als Querschnittsaufgabe verankert.

Dabei ist uns wichtig, dass Gender-Mainstreaming bedeutet, die Geschlechterbrille aufzusetzen und herauszufinden, wo die Gemeinsamkeiten, aber auch die Unterschiede zwischen Männern und Frauen liegen. Gender-Mainstreaming ist darüber hinaus ein Instrument, das darauf zielt, die gesetzlich verbriefte Chancengleichheit auch tatsächlich umzusetzen. Entsprechend geht es darum, einerseits Sachthemen, wie ich sie einleitend kurz benannt habe, und andererseits strukturell-organisatorische Handlungsfelder wie die Gremienbesetzung oder die Gesundheitsberichterstattung geschlechterdifferenz zu analysieren, um auf dieser Grundlage Handlungsbedarfe abzuleiten, Ziele zu benennen und notwendige Maßnahmen und Strategien zu entwickeln.

Hier hat Nordrhein-Westfalen gut vorgearbeitet. Der Landesgesundheitsbericht und der jetzt vorgelegte Bericht der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ liefern vielfältiges Wissen über Geschlechterdifferenzen, die auch für den öffentlichen Gesundheitsdienst relevant sind. So, wie es auf Bundesebene zum Teil üblich ist, regen wir an, in die Problembeschreibung oder in die Begründung eine inhaltliche Klarstellung hinsichtlich dessen aufzunehmen, inwieweit Frauen und Männer von dem Gesetz unterschiedlich betroffen sind und welche Handlungsfelder, Ziele und Maßnahmen sich daraus ableiten, um Chancengleichheit umzusetzen, etwa im Sinne einer Gender-Prüfung. Damit wären dann auch Voraussetzungen gegeben, um - das wäre unser weiterer Wunsch - den Aspekt der Umsetzung von Gender-Mainstreaming auch in die nach § 31 im neuen ÖGDG nun regelmäßige Berichterstattung der Landesregierung aufzunehmen.

Was impliziert eine konsequente Umsetzung von Gender-Mainstreaming, so wie sie die Einführung als allgemeine Rechtsnorm jetzt nahe legt? Dazu greife ich zwei Beispiele heraus.

Zum einen bedeutet dies, dass in der Gesundheitsberichterstattung Daten geschlechtsbezogen erhoben und ausgewertet werden; Letzteres ist noch nicht ganz so häufig der Fall. Dies gilt zum einen für die Landesgesundheitsberichterstattung, bei der mit dem Indikatorensatz durchaus gute Voraussetzungen gegeben sind. Dieser Wunsch richtet sich zum anderen an die eigenständige kommunale Gesundheitsberichterstattung.

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Gremienbesetzung. In den kommunalen Gesundheitskonferenzen und ebenso in der Landesgesundheitskonferenz sind Männer überrepräsentiert. Das hat mit der Überrepräsentanz von Männern in Leitungsfunktionen zu tun. Wenn es aber ernst ist, die weibliche Sicht einzubringen, dann braucht es vermehrt Frauen. Hier impliziert die Einführung von Gender-Mainstreaming, dass vor allem die entsendenden Institutionen aufgefordert sind, verstärkt Frauen zu entsenden.

**Ilse Buddemeier (Gleichstellungsstelle der Stadt Bielefeld):** Frau Vorsitzende! Meine Damen und Herren! In meiner Stellungnahme spreche ich mich dafür aus, erstens das Prinzip Gender-Mainstreaming stärker, als bisher vorgesehen, im Gesetz zu verankern und zweitens der Versorgung von Opfern häuslicher und sexualisierter Gewalt stärkeres Gewicht zu geben. Ich möchte beides kurz begründen.

Erstens. Die Begründung hinsichtlich der Einführung von Gender-Mainstreaming kann knapp ausfallen, denn wir alle teilen wohl die Überzeugung, dass der Faktor Geschlecht neben anderen Faktoren wie Alter oder soziale Herkunft bei der Betrachtung von Gesundheit und Krankheit eine wesentliche Rolle spielt. Der Gesetzentwurf trägt dieser Tatsache Rechnung; dies begrüße ich ausdrücklich.

Warum unterbreite ich dann noch Vorschläge für eine stärkere Verankerung? Die Antwort auf diese Frage ist ganz einfach: Ich bin eine kommunale Gleichstellungsbeauftragte, deren Kerngeschäft zu einem Gutteil darin besteht, andere - z. B. ein Planungsamt oder auch ein Gesundheitsamt - dazu zu bewegen, geschlechterdifferenziert zu analysieren, Frauenbelange zu berücksichtigen sowie Maßnahmen und Strategien zu entwickeln, die der Geschlechtergerechtigkeit dienen. Deshalb weiß ich, wie lang und steinig der Weg von der prinzipiellen Einführung von Gender-Mainstreaming bis zur konsequenten Umsetzung von Geschlechterdifferenzierung inklusive Überprüfung der Ergebnisse zuweilen sein kann. Hier können konkretere Vorgaben hilfreich sein, weil sie Zielsetzungen klarstellen und Interpretationsräume verkleinern.

Ich rege deshalb an, die Novelle in § 2 um die geschlechterdifferenziert zu betrachtenden Themen „Gesundheitsrisiken“, „Krankheitsverläufe“ und „Versorgungssituation“ zu ergänzen sowie das Prinzip Gender-Mainstreaming explizit einzuführen. In § 21 sollte eine Vorgabe zur Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung aufgenommen werden, denn sie ist das Fundament für eine Gesundheits- und Versorgungsplanung. Ganz wichtig erscheint uns eine Vorgabe zur Entwicklung von Maßnahmen zur Erhöhung der Chancengleichheit, denn der Blick auf beide Geschlechter, wie ihn Gender-Mainstreaming wählt, darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Lebenslagen von Frauen und Männern nicht nur unterschiedlich, sondern auch nach wie vor von struktureller Benachteiligung der Frauen gekennzeichnet sind.

In den §§ 24 und 26 sollte verankert werden, dass die kommunale Frauenbeauftragte und zumindest auf Landesebene auch eine Vertreterin der Fraueninfrastruktur zum

Kreis der gesetzlich festgelegten Mitglieder der kommunalen Gesundheitskonferenzen und der Landesgesundheitskonferenz zählen, um so die Geschlechterdifferenzierung als Querschnittsthema zu stärken und im Gesundheitssystem zu etablieren.

Zweitens. Die Notwendigkeit, die Versorgung von Opfern häuslicher und sexualisierter Gewalt als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu fördern, möchte ich ein wenig ausführlicher begründen, weil das bisher so im Gesetz nicht vorgesehen ist.

Internationale Organisationen schätzen Gewalt inzwischen als eines der größten Gesundheitsrisiken für Frauen und Kinder ein. Die Ergebnisse der ersten deutschen Repräsentativerhebung zur Prävalenz aus diesem Jahr zeigen eine hohe Betroffenheit auch von Frauen in Deutschland. Mehr als ein Drittel der Befragten hat seit dem 16. Lebensjahr körperliche Übergriffe erlebt. Jede siebte ist seit dem 16. Lebensjahr Opfer von sexueller Gewalt in strafrechtlich relevantem Sinne geworden. Etwa 25 % haben körperliche oder sexuelle Übergriffe durch einen Partner in der Beziehung oder nach der Trennung erlitten. Die Prävention und Aufklärung häuslicher und sexualisierter Gewalt ist durch ein großes Dunkelfeld erheblich erschwert. Diese Gewalt findet im sozialen Nahraum statt; Täter und Opfer stehen oder standen sich nahe und nicht immer bedeutet Gewalt das Ende der Beziehung. Viele Frauen sind in einer Spirale eskalierender Gewalt gefangen. Die gravierenden gesundheitlichen Folgen sind inzwischen bekannt. Ich verweise auf den Bericht der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesundheitsversorgung in NRW“ und auf die Expertise von Frau Prof. Carol Hagemann-White.

Die Bekämpfung der Gewalt gegen Frauen und Kinder ist in Nordrhein-Westfalen in den letzten Jahren ein erhebliches Stück vorangekommen. Dies ist zum einen dem Handlungsprogramm der Landesregierung zu verdanken; zum anderen haben die zahlreichen lokalen Initiativen und Netzwerke ebenfalls Anteil an diesem Erfolg.

Wir haben eine gut ausgebaute Infrastruktur. Wir haben effektive Instrumente im Polizeigesetz und eine Polizei, die diese Instrumente konsequent anwendet. Der Staat und seine Institutionen haben sich neu positioniert, um der Gewalt entschieden entgegenzutreten. Es ist nur eine Frage der Zeit, bis dieser Prozess auch die Justiz in vollem Umfang erreicht.

Wir in Bielefeld haben diese Veränderungen sehr intensiv wahrgenommen, weil wir seit 1998 in einem Interventionsprojekt arbeiten, das sich durch einen praktischen und umsetzungsorientierten Ansatz auszeichnet und die Interventionen der unterschiedlichen beteiligten Institutionen analysiert und optimiert. Zurzeit beschäftigen wir uns u. a. mit dem Bereich „Gesundheitliche Versorgung der Opfer“.

Im Kontext dieses Projektes messen wir dem Arbeitsbereich Gesundheitsversorgung eine große Bedeutung bei, denn die Beschäftigten des Gesundheitssystems - vor allem Ärzte und Ärztinnen - sind häufig die ersten und manchmal die einzigen, mit denen die Betroffenen nach den Gewalttaten in Kontakt treten. Der Umgang von Ärztinnen und Ärzten mit Opfern von Gewalt, die Art und Weise, wie sie ihnen begegnen, kann entscheidend für die weitere Bearbeitung und Verarbeitung der Ereignisse sein und die Bereitschaft zur Annahme von Hilfe bestimmen. Dies zeigen im Übrigen auch die Ergebnisse der Prävalenzstudie.

Deshalb müssen die Institutionen des Gesundheitswesens zwingend in die lokalen Netzwerke gegen Gewalt integriert werden. Ärzte und Ärztinnen müssen sensibilisiert werden, damit sie die Gewalt erkennen und adäquat behandeln können. Sie müssen ermutigt werden, ein vermeintliches Opfer anzusprechen. Sie müssen motiviert werden, gründlich zu untersuchen und die Befunde rechtssicher zu dokumentieren. Sie brauchen Informationen über und Kontakte zu den Hilfeangeboten für Opfer häuslicher und sexualisierter Gewalt vor Ort.

Insgesamt hat sich das Gesundheitssystem für das Thema „Gewalt“ zwar geöffnet - es gibt auch erfreuliche Initiativen auf Landesebene und ermutigende Beispiele guter Praxis -, die Vernetzung des Gesundheitsbereiches mit den psychosozialen Hilfen vor Ort hat sich in der Praxis aber häufig als schwieriges Unterfangen herausgestellt.

Zurzeit versuchen Gleichstellungsbeauftragte, diese Vernetzungen zu fördern - mit sehr unterschiedlichem Ergebnis. Manche gut vorbereitete Veranstaltung und Fortbildung ist nur auf sehr geringe Nachfrage gestoßen, viele Informationsmaterialien haben ihre Zielgruppen im Gesundheitswesen faktisch nicht erreicht. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist bisher nicht wirklich in diesen Prozess integriert. Dabei könnte er eine wichtige Mittlerfunktion übernehmen, weil er auf der Schnittstelle beider Systeme liegt. Da er selbst Teil des Gesundheitsbereichs ist, hat er andere Möglichkeiten, dessen Akteure und Akteurinnen einzubinden.

Die Kooperation von gesundheitlichen und psychosozialen Hilfen ist aus meiner Sicht die Voraussetzung für eine gute Versorgung der Opfer von häuslicher und sexualisierter Gewalt. Nur sie bietet darüber hinaus die Chance, diejenigen, die im Dunkelfeld bleiben, zu erreichen.

Unter Einbeziehung vorhandener Kooperationen Koordination zu fördern, Versorgungsmängel aufzuzeigen und die Verbesserung der Versorgung aktiv mitzugestalten, ist meines Erachtens sehr gut als kommunale Aufgabe in diesem Bereich vorstellbar. Deshalb plädiere ich dafür, den Aufgabenkatalog des öffentlichen Gesundheitsdienstes um das Thema „Gesundheitliche Versorgung von Opfern häuslicher und sexualisierter Gewalt“ zu ergänzen, in § 3 die Hilfeinrichtungen für Opfer von Gewalt explizit als Kooperationspartnerinnen zu benennen und in § 23 die gesundheitliche Versorgung von Opfern häuslicher und sexualisierter Gewalt den Koordinierungsaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes hinzuzufügen.

Die Erfolge der letzten Jahre in der Bekämpfung häuslicher und sexualisierter Gewalt dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, wie mühsam es sein wird, unter den Bedingungen struktureller Ungleichheit und Benachteiligung von Frauen ein so lange tabuisiertes Thema wirklich gesellschaftlich zu ächten und allen Opfern tatsächlich Handlungsalternativen aufzuzeigen. In diesem Prozess können wir jede Unterstützung gebrauchen.

**Klaus Bremen (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband NRW e. V.):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Sehr geehrte Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Ich habe mit diesem Aufruf ein kleines Problem. Durch zwei Büroversehen sowohl auf der Seite der Landesarbeitsgemeinschaft als auch aufseiten des Ausschusses ist noch eine weitere Benennung erfolgt. Daraufhin ist der Arbeitsprozess der LAG so

angelegt, dass es eine gemeinsame Stellungnahme aller Verbände gibt. Diese liegt aus. Ihr schließt sich der Paritätische Wohlfahrtsverband an.

Ich käme jetzt in die schwierige Situation, abweichend von einer gemeinsamen Position noch einmal eine gesonderte Position vorzutragen. Deshalb möchte ich lediglich für Nachfragen zur Verfügung stehen und verweise ansonsten auf die beiden ausliegenden Papiere: einerseits der Landesarbeitsgemeinschaft, andererseits des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes mit einer ergänzenden Stellungnahme.

**Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim:** Es liegt in der Tat ein Versehen des Ausschusseksretariats vor, das die Stellungnahme der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege im Rednertableau und nicht unter den weiteren Zuschriften untergebracht hat, wie das normalerweise bei uns üblich ist. Sie waren als Vertreter des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes eingeladen. Wenn Sie jetzt diese Regelung gefunden haben, können wir das so akzeptieren. Ich danke Ihnen, dass Sie für Nachfragen zur Verfügung stehen.

**Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Kreisverwaltung Heinsberg):** Frau Vorsitzende, ich darf mich ganz herzlich für die Einladung in dieses Haus bedanken. Ich nehme die Aufgabe sehr gerne war. Ich bin der Schlussredner und möchte Sie auf eine Reise in eine ganz normale Gesundheitsbehörde mitnehmen, wie sie sich 2004 mit den vier Kernaufgaben Gesundheitsschutz, Gesundheitshilfe, Gutachtenwesen und Koordination darstellt. Wenn man sich auf diese vier Begriffe konzentriert, kommt man im Wesentlichen zu den Aufgaben, die wir zu erfüllen haben.

Herr Wienand hat gerade sehr deutlich herausgestellt, dass wir den Gesundheitsschutz an die obere Stelle setzen müssen, weil die Bürgerinnen und Bürger das tagtäglich von uns erwarten. Dort ist immer Eile und sofortiger Handlungsbedarf geboten, und entsprechend gibt es keine Entschuldigung, wenn man nicht da ist.

Ich sage das deswegen so deutlich, weil hier der unmittelbare Zusammenhang mit der Verantwortlichkeit des Landrates gegeben ist, der von den Bürgerinnen und Bürgern unnachgiebig gefragt wird: Warum war der eine oder andere nicht da, als es um Zwischenfälle in der Trinkwasserversorgung oder in Infektionsschutzbereichen ging? - Daher bedarf es eines umfassenden Gesundheitsschutzes. Mit der Neuregelung in § 17 in Verbindung mit dem Infektionsschutzgesetz wird dem gut Rechnung getragen.

Fragen Sie mich bitte nicht, meine sehr verehrten Damen und Herren Abgeordnete, ob alle Punkte von 1 bis 19 erfüllt werden können. Dort sind die Formulierungen „grundsätzlich, regelmäßig“ sicherlich gut. Darauf kann man sich verständigen, weil auch die Kommune die Vorgabe hat, dort, wo es wichtig und notwendig ist, entsprechend zu handeln. Ich glaube, das machen wir auch so.

Im Bereich des Gesundheitsschutzes hat sich eine Besonderheit ergeben. Die Arztpraxen waren immer noch Gegenstand der notwendigen Besichtigungen. Wir haben zunächst einen Modus Vivendi im Land gefunden und an einigen Kerngesundheitsämtern - in Köln und in Dortmund - versucht, wie die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und der Kassenärztlichen Vereinigung funktionieren

kann. Dort sind wir auf einem sehr guten Weg. Ich denke, dass wir ab 2005 auch die Arztpraxen in der breiten Peripherie nach entsprechenden Vorgaben, die wir auf der Landesebene vereinbaren wollen, besichtigen können.

Ich sage das deswegen so deutlich, weil die Erwartungshaltung von einigen Kolleginnen und Kollegen, insbesondere in den Ämtern - jetzt stürzen wir uns auf die Arztpraxen! -, nicht der sinnvolle Weg sein kann. Es geht nur in Kooperation mit den entsprechenden Selbstverwaltungsorganen. Wir haben es bei uns - das darf ich aus unserer Sicht sehr deutlich sagen - auch in dieser Kooperation gemacht.

Das Thema „Gesundheitsschutz in Arztpraxen“ ist sicherlich ein wichtiger Punkt. Wir haben deswegen das Gesetz dafür genutzt, um mit Unterstützung der KV in allen Arztpraxen ein Qualitätsmanagement zu etablieren. Bei uns im Haus haben wir gemeinsam die Ausbildung für die Arzthelferinnen, die MTA und die Laborassistentinnen durchgeführt, sodass wir alle im Kreis die gleiche Grundlage haben. So verstehe ich die Umsetzung eines Hygieneplanes. So ist es im Infektionsschutzgesetz festgelegt. So verstehe ich Hygiene in der Praxis. Wenn wir dann in 2005 in die Praxen gehen, existiert überall, wo es den notwendigen Überwachungsbedarf gibt, das gleiche Niveau.

Das ist ein wesentlicher Beitrag, um gemeinsam dem Auftrag dieses Gesetzes, des Infektionsschutzgesetzes und den Anforderungen, die an eine Arztpraxis zu stellen sind, gerecht zu werden. Es ist auch ein wichtiger Punkt, um den Bürgerinnen und Bürgern deutlich zu machen: Wir sind nicht die Aufpasser für irgendjemanden, sondern es geht darum, zugunsten der Bürgerinnen und Bürger eine Aufgabe zu lösen. - Dem konnten wir uns mit dieser Formulierung gut stellen.

Mit der Gesundheitsförderung ist ein wichtiger Bereich angesprochen. Bei meiner Vordrönerin war auch von den Aufgaben der Gesundheitsförderung, insbesondere bei den verschiedenen Teilbereichen, die Rede. Hier will ich an das Projekt Gender-Mainstreaming des Landes erinnern. Ich kann Ihnen versichern, dass man das auch auf der kommunalen Ebene gut transportieren kann. Wir selbst haben bei uns 2002 eine Handlungsempfehlung zur geschlechtsspezifischen Gesundheitsförderung verabredet und sehen mittlerweile die Früchte.

Es ist sicherlich zunächst einmal schwierig, solche Themen in ein Gremium wie die Gesundheitskonferenz hineinzutransportieren, insbesondere - das wurde eben gesagt - wenn es um eine männerlastige Vereinbarung geht. Letztendlich ist es aber möglich. Ich habe Ihnen auch in den Jahresberichten, die wir für das Thema „Gesundes Land NRW“ vorgelegt haben, zeigen können, dass das durchaus funktioniert. Frau Klärs aus Ihrem Hause - Sie ist heute nicht da - wird am nächsten Mittwoch bei uns in der Gesundheitskonferenz zum Abschluss dieses Projektes darüber sprechen, wo man zukünftig die Schwerpunkte setzen kann.

Gerade kam auch das wichtige Thema „häusliche Gewalt“ zur Sprache. Unsere Rolle im Gesundheitswesen ist ein wichtiger Punkt. Das Land selbst führt dazu am 1. Dezember in Dortmund eine größere Veranstaltung durch, zu der verschiedene Menschen aus diesem Hause und diesem Raum geladen sind. Damit wird deutlich, wie wichtig die Rolle ist, die wir dort zu erfüllen haben.

Ich teile uneingeschränkt Ihre Meinung, dass man ein funktionierendes Netzwerk benötigt. Es geht um das Netzwerk der Kooperationspartner vor Ort. Hier gibt es sicherlich eine Federführung durch die kommunale Gesundheitskonferenz. Wir haben es so übernommen, weil genau das im Rahmen des Projektes ein Thema war, um Hilfe suchenden Mädchen - oft auch Jungen - eine entsprechende Hilfestellung zu geben.

Ich will das Thema „Gesundheitsförderung“ auch auf den Bereich Schulgesundheit ausdehnen. Wir führen Schulsprechstunden im Sinne dieser Aufgabenstellung aus dem ÖGD-Gesetz durch. Dabei kommen die Themen „Schlagen von Kindern“, das Nicht-sühnen von irgendwelchen Dingen“ im Gespräch von Ärztinnen und Ärzten mit Schülerinnen und Schülern durchaus zum Tragen. Man muss sich Zeit nehmen und Geduld aufbringen, damit sich die Menschen - auch die Jungen - öffnen. Das ist ein wichtiger Punkt der Umorientierung von Schulgesundheit. Ich glaube, dass wir diese Neuorientierung mit dem ÖGD-Gesetz hinbekommen haben.

Die immer wieder gemachte Äußerung, dass das abgeschafft werden muss, wird der Aufgabe nicht gerecht. Entscheidend ist: Wie können wir die Fördermöglichkeiten für Kinder und Jugendliche sowohl den Schulämtern wie auch den Eltern, die primär verantwortlich sind, so vermitteln, dass die Schullaufbahn mit einigem Erfolg absolviert werden kann?

In der Gesundheitsförderung muss man des Weiteren das Präventionsgesetz - das im Moment nicht Thema des ÖGD-Gesetzes und der Novellierung ist - ansprechen, weil man sich damit auf der Landesebene entscheidend zu befassen hat. Von dieser Befassung profitieren wir auf der kommunalen Ebene ganz entschieden. Wir haben viele Instrumente entwickelt, wie man Gesundheitsförderung auf die kommunale Ebene transportieren kann. Es gibt viele gute, auch evaluierte Projekte. Viele von Ihnen werden wissen, dass wir sowohl den Gesundheitspreis Nordrhein-Westfalen 1997 wie auch - in diesem Jahr erstmals - den bundesweiten Präventionspreis erhalten haben.

Das sind Hinweise darauf, dass es durchaus Kriterien gibt, die zu erfüllen sind, um Prävention in die Schulen und in die Bevölkerung zu bringen. Wenn man sich der neuen Instrumente bedient, wie sie in den Setting-Ansätzen festgelegt sind - Familie und Freizeit als ein Setting-Ansatz, Kindergarten und Schule als die weiteren Setting-Ansätze -, und dann entsprechend die Themen belegt und erfüllt, kann man eine Menge damit machen. Das ÖGD-Gesetz bietet hervorragende Möglichkeiten.

Viele sagen: 54 Ämter - 54 Varianten. Das ist so. Es ist aber auch die kommunale Freiheit, die ich als Vertreter eines Kreises beanspruche, um die Schwerpunkte entsprechend den Bedürfnissen der Bevölkerung setzen zu können. Ich glaube, das ist ein wichtiger Punkt in der Gesundheitsförderung. Ich bitte Sie sehr höflich - auch in den anstehenden Diskussionen um ein Präventionsgesetz -, die kommunale Ebene so weit zu stärken, dass Initiativen und eigene Möglichkeiten bestehen, um das weiterzubringen; sonst macht es keinen Sinn.

Wir machen gerade mit den Kassen sehr viele Kooperationen, für die sich auch der Landrat gemeinsam mit den Bürgern begeistert. In der nächsten Woche findet z. B. in Neuss eine große Veranstaltung statt, auf der die Landräte das politische Thema aus dem ÖGD-Gesetz zusammen umsetzen: Wie bringe ich Gesundheitsförderung letztlich an die Bürgerin und an den Bürger?

Zum Thema „Gesundheitshilfe“: Hier gibt es immer eine Überschneidung. Ich erinnere noch einmal an 1997, als wir zu diesem Thema eine heftige Diskussion hatten, insbesondere im Hinblick auf § 4, da, wo die Gesundheitsbehörde Behandlungen übernehmen sollte, sie aber leider nur in den wenigsten Fällen übernommen hat. Das ist in § 4 bisher unzureichend umgesetzt. Wir hatten sehr lange Diskussionen mit dem federführenden Ministerium und den Krankenkassen, die leider zu keinem wesentlichen Erfolg geführt haben. Das ist sicherlich ein Thema, über das wir uns zukünftig weiter austauschen müssen. Die Gesundheitsbehörde ist durchaus in der Lage, vieles von dem aufzugreifen, was in das Regelsystem überführt werden soll. Das ist die Verabredung. Wir praktizieren das bei uns und bekommen es auch hin.

Gesundheitshilfe bedarf aber auch der Überprüfung: Was mache ich mit bedürftigen Gruppen, die das Regelsystem noch nicht erreichen? Ich will noch einmal daran erinnern: Wir haben seit 2002 die Initiative „Impfen nützt, impfen schützt“ - INIS. Dieses Projekt versetzt uns mit dem zur Verfügung stehenden Impfmobil gerade auf der kommunalen Ebene in die Lage, Impfkationen auch bei den bedürftigen Gruppen gezielt wirksam werden zu lassen. Wir brauchen nicht den ohnehin gut situierten Mittelständler. Wir müssen diejenigen Bürgerinnen und Bürger erreichen, die am Rande unserer Gesellschaft stehen. Mit diesem Projekt haben wir es sehr gut geschafft.

Wir haben auch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gewinnen können, den Dienst an solchen Brennpunkten ehrenamtlich mit uns gemeinsam zu verrichten. Das Land hat die Kosten des Impfstoffes übernommen, wir haben die Personalkosten getragen. Das heißt, es war eine gemeinsame Mischfinanzierung. Das ist sicherlich ein zukünftiger Weg, um auch diese Gruppen zu erreichen. Dies setzt allerdings eine erhöhte Ansprache derjenigen voraus, um die es bei der Zusammenarbeit letztendlich geht.

Das Gutachtenwesen ist sicherlich ein Bereich, der im Gesetz keine große Rolle spielt. Aber nach wie vor gilt es, die neutrale Stelle des Amtsarztes, des „Facharztes für öffentliches Gesundheitswesen“ mit Zusatzqualifikationen, zu halten und auch zu stärken im Hinblick auf die Diskussionen, die wir jetzt um das SGB II haben. Sie haben das heute Morgen bestimmt in hinreichender Weise diskutiert. Hier gibt es eine Menge Überschneidungspunkte mit den Aufgabenstellungen, die die Arbeitsverwaltung hat. In Zukunft sind viele Bürgerinnen und Bürger gemeinsam zu sehen, gegebenenfalls in der Arbeitsgemeinschaft, sodass man hier zu einer gemeinsamen Aufgabenwahrnehmung kommen kann. Ich kann mir das sehr gut vorstellen, weil die meisten derjenigen, die jetzt aus dem Sozialhilfebereich in das SGB II rutschen, in der Vergangenheit von uns immer wieder begleitet worden sind.

Sie wissen, dass ich Vertreter des Kreises Heinsberg wie auch der Euregio Maas-Rhein bin. Die Euregio Maas-Rhein hat seit 1997 nicht nur durch das Gesetz, sondern auch durch zahlreiche Initiativen, die es dort gegeben hat, viele Elemente im Land etabliert. Herr Brand, Sie sagten es gerade: Wir sind in vielen Dingen führend und haben sie auch in der Euregio Maas-Rhein übernommen. Wir haben eine Gesundheitskonferenz. Die vierte findet morgen in Eupen statt. Dort treffen alle Partner des Gesundheitswesens aus der Euregio Maas-Rhein Vereinbarungen zu wichtigen Themen. Es gibt einen euregionalen Gesundheitsbericht als Folge der Gesundheitsberichterstattung vor Ort und die Diskussion von Gesundheitszielen in der Euregio Maas-Rhein.

Wir versuchen nicht, diese Tätigkeiten, die wir im Bereich unserer Region und im Bereich des Kreises ganz gut etabliert haben, sondern das Gute, das wir hier erfahren haben, in den niederländischen und den belgischen Teil zu übertragen. Die niederländischen Gesundheitsämter und Gesundheitsbehörden sind etwas anders strukturiert, aber dort gibt es den Schwerpunkt Gesundheitsförderung. Es ist Aufgabe des Staates, das sehr konsequent und konkret zu tun. Daher sind wir mit der Diskussion um die Gesundheitsziele, die auch Thema der diesjährigen Gesundheitskonferenz des Landes sein werden, sehr weit gediehen, was die zukünftige Strukturbestimmung in der Euregio Maas-Rhein anbelangt.

Ich persönlich kann mit der vorliegenden Novellierung sehr gut leben, weil ich der Meinung bin: Es liegt auch ein bisschen an dem Engagement und dem Mitbringen von viel Know-how und Durchhaltevermögen, um Gutes gut werden zu lassen.

**Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim:** Ich eröffne hiermit den Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit zu Nachfragen und bitte um entsprechende Wortmeldungen.

**Rudolf Henke (CDU):** Herr Dr. Brand, Sie haben dargelegt, wie erfolgreich der ÖGD und wie gut die Stellung Nordrhein-Westfalens durch das ÖGD-Gesetz geworden ist, wie anerkannt unser Land im internationalen Kontext durch das ÖGD-Gesetz ist. Können Sie noch einmal darlegen: Was sind die drei wichtigsten Verbesserungen in der Versorgungssituation, die durch das ÖGD-Gesetz ausgelöst worden sind, damit man das als Abgeordneter bei allem Lob auch weitererzählen kann? Für den Bürger ist es wichtiger, die Frage zu beantworten „Was ist durch das ÖGD-Gesetz in der Versorgung besser geworden?“ als die Frage: Haben sich bestimmte Institutionen gebildet, auf die andere Länder neidisch sind?

An die Kollegen aus dem öffentlichen Gesundheitsdienst: Das war durchgängig eine positive Bewertung, die sich wohltuend von den sonstigen Klagen über finanzielle Knappheiten unterscheidet. Wir als Landtag, und zwar quer durch alle Fraktionen, sind in dem gemeinsamen Bekenntnis zum Konnexitätsprinzip einen großen Schritt weitergekommen. Das heißt, dass wir Aufgaben, die wir übertragen, immer auch mit der notwendigen Mittelausstattung versehen wollen.

Herr Dr. Brand, Sie hatten eben formuliert, dass die Freiheit der Kommunen etwas ist, auf das andere neidisch sind. Dann sagten Sie: die Freiheit das zu tun, was am Dringlichsten ist. - Wenn man darauf reagiert, was am Dringlichsten ist, ist der Freiheitsgrad durch die Dringlichkeit an sich ein bisschen eingeschränkt.

Bei der einen oder anderen Wortmeldung, Frau Buddemeier, hatte ich das Gefühl, dass es schon ein paar Wünsche gibt. Wenn man sich auch einmal um etwas daneben kümmern würde, wäre das auch nicht schlecht. Es gibt immer die Unterscheidung zwischen dringlich und wichtig. Nicht alles, was dringlich ist, ist auch wichtig. Manches Wichtige muss man bearbeiten können, indem man Dringliches auf die Seite legt. Deswegen finde ich den Grad an Freiheit, der nur dadurch determiniert wird, dass man das Dringlichste tun kann, sehr determiniert, und damit ist das wegen des Charakters von Determiniertheit wieder nicht so sehr frei.

In der Vorweihnachtszeit möchte ich gerne ausloten, wo man als Land noch ein Stück helfen könnte, das, was man als Auftrag formuliert, besser zu erfüllen. Gibt es solche Wünsche, oder ist alles wunderbar? Ich bitte Herrn Dr. Feldhoff, Herrn Dr. Lammers und Herrn Dr. Haardt um Beantwortung. Die institutionellen Botschaften habe ich alle vernommen.

**Dr. Helmut Brand (Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW):**

Zu den positiven Beispielen: Sie können auf Landesebene tolle Gesundheitsberichte vorlegen - das interessiert in der Kommune relativ wenig. Wenn Sie aber plötzlich mit Zahlen und Fakten aus Ihrem eigenen Wohnbereich aufwarten, fragt jeder Bürger gleich: Wie sieht es denn bei uns aus? - Das heißt, hier konnte man auf der einen Seite zu einer Informationsverbesserung kommen, auf der anderen Seite aber auch ein größeres Interesse wecken und viel versachlichen nach dem Motto: Wie ist die Situation eigentlich? Das ist eine Situation, die wir flächendeckend vorher so nicht hatten, die es nur in zwei bis drei anderen europäischen Ländern gibt. In Großbritannien gibt es flächendeckende kommunale Gesundheitsberichte, und die Niederländer machen so etwas. Das ist mehr auf dem allgemeinen Niveau.

Konkret ist die Arbeit auf den Gesundheitskonferenzen zu nennen. Unter der Moderation des öffentlichen Gesundheitsdienstes wurden sehr viele lokale Probleme gelöst. Diese in eine Wertung und Reihenfolge zu bringen, wäre vielen gegenüber unfair. Dann würde man sozusagen die eine Lösung als wichtiger als die andere ansehen. Als die kommunalen Gesundheitskonferenzen begannen, war z. B. die Pflegeüberleitung ein großes Problem. Man verlässt das Krankenhaus: Wie geht es dann weiter? Der Kreis Heinsberg und auch der Kreis Herford haben in diesem Bereich große Anstrengungen unternommen, um die Situation für den Bürger, der das Krankenhaus verlässt, zu verbessern. Dasselbe ist in vielen Präventionsprogrammen und dergleichen passiert.

Das heißt, wir hatten zum ersten Mal eine Situation, in der alle Akteure unabhängig von ihren Zuständigkeiten auf einer neutralen Ebene miteinander sprechen und sich abstimmen konnten. Das gab es so vorher nicht. Obwohl es sozusagen Selbstverpflichtungen sind, bestand dadurch, dass es im Gesetz formuliert war, ein gewisser Druck, sich daran zu beteiligen: Man könnte am Anfang auch etwas verpassen. Später stellte sich heraus: Es macht Sinn, dabei zu sein. Die Evaluationsergebnisse zeigen, in welchen verschiedenen Bereichen etwas gemacht wurde.

Zu den Stichworten „wichtig“ und „dringlich“: Im Bereich öffentliche Gesundheit existiert immer ein Dreiklang. Wir machen zuerst eine Lagebeurteilung. Dann schauen wir, welche Politiken, welche Handlungsoptionen wir entwickeln können. Danach folgt die Frage der Umsetzung bzw. der Sicherstellung, was gemacht werden muss.

Freiheit in diesem Bereich heißt, wirklich auf diesen Regelkreis eingehen zu können und die wichtigen Dinge zu machen. Das meiste, was dringlich ist, ist nicht so wichtig. Wir müssen uns viele Gedanken über Strategieentwicklungen machen. Das passt aber mit den dringlichen Terminen, die wir im Laufe eines Tages haben, nicht überein. Das heißt: Was machen wir am wenigsten? - Die Strategieentwicklung. Wir bearbeiten kleinere Themen. Ich gebe Ihnen Recht: Da hätte ich anders argumentieren sollen. Es geht um die wichtigen Dinge für eine Kommune. Aber dafür haben wir auch wieder den Drei-

klang zwischen Gesundheitsberichterstattung, Politikentwicklung in den kommunalen Gesundheitskonferenzen und Umsetzung.

Hier zu völlig unterschiedlichen Ansätzen zu kommen ist erst möglich, wenn ich die kommunale Freiheit habe. Wir haben im Rahmen der Evaluation zusammengestellt, wie unterschiedlich die Handlungsansätze sein können, je nachdem, wie die Situation vor Ort ist. Dies darf nicht überschätzt werden, weil man hier 1:1-Lösungen entwickeln kann. Wie die Berichte aus Nordrhein-Westfalen gesehen werden, konnten wir in einer EU-Studie eines neutralen Wertungsgremiums überprüfen, in der die Gesundheitsberichterstattungen in Europa verglichen wurden. Dabei haben die NRW-Gesundheitsberichte sehr gut abgeschnitten.

**Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Kreisverwaltung Heinsberg):** Zu der Frage von Herrn Henke: Was hat sich konkret in der Versorgung getan? - Die Bürgerinnen und Bürger fragen: Was habt Ihr verabredet? - Der entscheidende Punkt ist: Profitieren die Bürger von den Netzwerken, die sich etablieren? Das kann ich klar bejahen. Die Pflegeüberleitung, die Absprachen in der Logopädie funktionieren. Durch eine Koordination aller Ergotherapeuten konnten wir die Wartezeiten für Kinder, die zu Beginn unserer Gesundheitskonferenz 1993 bei neun bis zehn Monaten lagen, auf zwei bis drei Wochen reduzieren.

In der Logopädie herrscht ein großes Problem bei den Schuleingangsuntersuchungen für Kinder, die bislang keiner Versorgung zugeführt wurden. Über die Gesundheitskonferenz gibt es den Arbeitskreis Logopädie. Wir laden die Logopäden zweimal im Jahr ein. Sie müssen die flächendeckende Versorgung sicherstellen, damit die Koordination mit Inanspruchnahme der Fachstelle für die Sprachheilhilfe innerhalb kürzester Zeit funktioniert. Davon profitiert der Bürger unmittelbar, was auch eine Folge von Koordination und Kooperation mit medizinischen Fachgruppen ist.

Wie erreiche ich die bedürftigen Menschen? Diese Frage von Herrn Henke ist auch eine Anregung an dieses Gremium. Zukünftig wird es wichtig sein: Wie können wir die Gesundheitsberichterstattung mit der Sozialberichterstattung verzahnen? Wir haben den ersten Aufschlag dazu gemacht, indem die Landesgesundheitskonferenz im Dezember die Marker für die Gesundheitsberichterstattung anhand der Kernindikatoren fest schreibt. Einfließen werden auch Kernindikatoren der Sozialberichterstattung. Das macht es sinnvoll.

Eine Berichterstattung allein zu gesundheitlichen Themen wird nicht viel bringen. Man muss in den Stadtteilen vielmehr gezielt schauen, wo besondere Auffälligkeiten in gesundheitlicher und wahrscheinlich auch sozialer Hinsicht bestehen. Es ist ein Zusammenfügen dieser beiden Dinge. Wir sind sehr eng mit dem LÖGD im Gespräch: Wie können wir diese Verbindung herstellen? Dort müssen wir tätig werden.

Dann kommt das Nächste: Wie verbessert sich die Versorgung? Bei uns ist das gut organisiert. Wir haben sehr engen Kontakt mit unseren KV-Vorstandsmitgliedern. Ich gehe dort immer hin. Aber es geht auch um diejenigen, bei denen dies nicht so funktioniert. Wie kann man so etwas etablieren? Für diese Gruppen müsste die primäre Leistungserbringung zunächst einmal durch die öffentliche Hand gewährleistet sein und die Kosten dann durch die Krankenkasse erstattet werden. Hier sind wir letztlich genauso weit wie 1997/98. Das findet praktisch nicht statt. Ich bitte dringend darum, § 4 darauf-

hin noch einmal zu durchforsten und eine Verpflichtung hineinzuschreiben, dass es so ist und nicht von irgendwelchen Willkürmaßnahmen abhängen kann - wie wir von den kommunalen Spitzenverbänden es in der Arbeitsgruppe mehrfach an die Kassen herangetragen haben. Wir sind da letztendlich nicht weitergekommen. Es geht um die Frage: Wie bekommen wir die Bedürftigen versorgt, um sie auf einen Gesundheitsstand zu bringen, der unserem Versorgungsniveau entspricht? Das ist noch einmal ein Plädoyer hinsichtlich der Frage: Wie kann man die Versorgung verbessern?

**Dr. Werner Lammers (Landkreistag NRW):** Bezüglich der Wünsche in der Vorweihnachtszeit, Herr Henke, möchte ich noch einmal das wiederholen, was vorhin schon gesagt wurde: Aufgrund des vorbereiteten Präventionsgesetzes könnte sich jetzt eine einmalige Chance für die örtlichen Gesundheitskonferenzen ergeben. Wenn das Land dort seine Möglichkeiten einsetzt, damit die Gesundheitsämter und die örtlichen Gesundheitskonferenzen eine wirkliche Schaltstelle werden, und auch von den Finanzmitteln her gewisse Ströme in die Verteilung kommen, erhalten die Gesundheitskonferenzen auf diese Weise eine sehr viel effektivere Funktion.

**Dr. Bernhard Haardt (Verband der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes):** Sehr geehrte Frau Vorsitzende! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich will noch einmal bei der Gesundheitskonferenz anknüpfen. Ich komme aus dem Kreis Recklinghausen: Wir haben diese Möglichkeit damals mit großer Freude aufgegriffen. Wir haben uns im Kreis Recklinghausen für die Gesundheitskonferenz eingesetzt und seinerzeit zweieinhalb Stellen nur dafür eingerichtet. Wir haben mit den Jahren aber auch die Erfahrung machen müssen, dass die teilnehmenden Institutionen nicht so mitgezogen sind, wie wir uns das vorgestellt haben. Das heißt, sie haben sich kostenmäßig und auch sonst wenig bis gar nicht beteiligt. Sie haben natürlich immer an den Sitzungen teilgenommen. Das sind andere Erfahrungen. Herr Feldhoff hat im Kreis Heinsberg bessere gemacht.

Wir haben z. B. ein Projekt durchgeführt, bei dem wir die Zusage von den Krankenkassen hatten, dass die Impfkosten übernommen werden. Diese feste Zusage ist später zurückgezogen worden, weil sie nicht von der Regionaldirektion erteilt worden war, sondern.

Bei allen Gelegenheiten, bei denen ich mich öffentlich dazu äußern konnte, habe ich immer wieder angemerkt, dass wir eine wunderbare Landesgesundheitskonferenz haben. Aber ich sehe nicht, wo die Landesgesundheitskonferenz die kommunalen Gesundheitskonferenzen stärkt. Es ist ein ständiges Ringen um Unterstützung, die wir nicht bekommen. Wenn sich da etwas verändern würde, Herr Henke, wäre das wirklich ein Weihnachtsgeschenk.

Die Freiheit zu gestalten bedeutet auch Freiheit, nicht zu gestalten. In den Kommunen sind wir Sparzwängen ausgesetzt. Bei Gesundheit spart man besonders gern, weil man letztendlich ein gut funktionierendes ambulantes und stationäres System hat und es auch von der Politik so gesehen wird, dass die Aufgaben eigentlich von diesem übernommen werden können.

Unser bundesweites Budget beziffere ich auf etwa 0,5 % der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen. Das ist so gering, dass man aus der Distanz betrachtet meinen könnte, dass der Anteil eigentlich höher sein müsste, womit ich nicht gleich die große Forderung stellen möchte. Gerade aus dem öffentlichen Gesundheitswesen heraus müsste man noch mehr für Prävention oder ähnliche Aufgaben, die die sozial schwache Bevölkerung betreffen, tun können, damit wir wirklich einen Zugang haben. Das ist abhängig von den Finanzmitteln, die uns zur Verfügung stehen. Letztendlich muss ich auch den Kämmerer verstehen, der den Hahn zudreht. Darunter leiden wir ganz gewaltig.

Ich denke an die Kinder- und Jugendgesundheit; das ist vorhin schon von Herrn Feldhoff angesprochen worden. Es gibt Tendenzen, die Qualifikation derer, die dort tätig sind, so zu begrenzen, dass es bei den ärztlichen Untersuchungen hapert. Man stellt die Kinder nicht mehr nur Ärzten vor, sondern fährt alles ein bisschen tiefer und lässt Hilfskräfte an Diagnostik und Versorgung teilnehmen. Das sind Tendenzen, die vor dem Hintergrund der knappen Ressourcen verständlich sind.

Dort sind wir im öffentlichen Gesundheitswesen sehr schwach. Wir sind politisch sehr schwach. Es gibt einige Persönlichkeiten, die in der Lage sind, sich politisch zu äußern, die sich durchsetzen können, die erfolgreich sind, vielleicht auch vor dem Hintergrund, dass die Verhältnisse positiv sind und einige Dinge stimmen. Aber es gibt ganz viele im Land, bei denen das nicht der Fall ist. Diese sind heute nicht hier, um sich zu äußern. Das bitte ich zu berücksichtigen. Das ist ganz wichtig.

Ich komme noch einmal darauf zurück: Wenn ich die Freiheit habe, zu gestalten, dann habe ich auch die Freiheit, nicht zu gestalten. Ich habe die Freiheit, etwas zu tun. Das beinhaltet auch die Freiheit, es nicht zu tun.

**Stellv. Vorsitzende Ursula Monheim:** Gibt es weitere Wortmeldungen oder Fragen bei den Kolleginnen und Kollegen? - Das ist nicht der Fall. Dann sind wir am Ende der heutigen Veranstaltung.

Ich möchte Ihnen, meine Damen und Herren Expertinnen und Experten, noch einmal herzlich danken, dass Sie mitgeholfen haben, dass wir die drei öffentlichen Anhörungen heute durchführen konnten. Ich wünsche Ihnen eine schnelle und vor allem sichere Heimfahrt.

Die meisten von Ihnen werden wissen, dass es üblich ist, dass Sie von den Anhörungen im Landtag ein Wortprotokoll erhalten. Das wird selbstverständlich auch dieses Mal so gehandhabt.

Die Kolleginnen und Kollegen im Ausschuss möchte ich darauf hinweisen, dass wir absprachegemäß sehr kurzfristig einen Vorabauszug des Wortprotokolls als Arbeitsexemplar bekommen, damit wir sehr zügig - angepeilt ist der 1. Dezember - Beschlussempfehlungen an das Plenum machen und damit die Gesetze in die zweite Lesung gehen können. Sollte das aus irgendwelchen Gründen nicht möglich sein, so - darüber gab es Einverständnis, zwar noch nicht festgezurr, aber zumindest geäußert - würden wir auch zu einer Sondersitzung zusammenkommen, um diese Dinge zu erledigen.

Vor dem Hintergrund eines sehr gedrängten Verfahrens und der besonderen Erfordernisse, die sich aus unserer Geschäftsordnung ergeben, möchte ich die fachpolitischen Sprecherinnen und Sprecher des Ausschusses bitten, sich nach Möglichkeit bereits vor der Durchführung unserer nächsten Sitzung wenigstens abschließend über das Verfahren zu verständigen.

Ich habe an alle Fraktionen die Bitte, dass Änderungsanträge, die sich aus den Statements und den Fragen und Antworten der heutigen Anhörung ergeben könnten, dem Ausschussekretariat sehr zügig und rechtzeitig zugeführt werden, damit sie noch allen Ausschussmitgliedern zur Kenntnis gegeben werden können.

Ich möchte Ihnen allen noch einmal danken. Ich wünsche Ihnen einen schönen Tag, nehme gerne auf, was Herr Henke eben schon in die Diskussion gebracht hat - den Ausblick auf die Advents- und Weihnachtszeit - und wünsche Ihnen auch dafür alles Gute. Die Sitzung ist geschlossen.

gez. B. Champignon  
Vorsitzender

gez. Ursula Monheim  
Stellv. Vorsitzende

Roe/01.12.2004/10.12.2004

325