



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

89. Sitzung (öffentlich)

28. Oktober 2009

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 14:00 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD) (Vorsitzender);
Josef Wilp (CDU) (Amtierender Vorsitzender)

Protokoll: Simona Roeßgen

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

1 Gesetz zur Änderung gesundheitsrechtlicher Vorschriften

7

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/9710

– Zuziehung von Sachverständigen

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen	Frank Riebandt	-	7, 9
Vorsitzender des Landesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen	Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner	-	8

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V.	Dr. Karl-Heinz Feldhoff	14/2886	8, 13, 19, 21
Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e. V.; Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Köln	Eva Dorgeloh	14/2869	9
Gesunde Städte-Netzwerk	Dr. Claus Weth	14/2870	11, 21, 22
Europäisches Public Health Zentrum NRW, EPHZ	Dr. Wolfgang Klitzsch	-	12, 18, 22
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW	Dr. Kai Zentara	14/2888	16, 20

2 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2010 (Haushaltsgesetz 2010)

24

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/9700

Vorlage 14/2789 (Erläuterungsband)

Der Ausschuss führt die Einzelberatung zum Haushaltsgesetz 2010, Zuständigkeitsbereich des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Einzelplan 11) durch.

3 Werbung für HPV-Impfung in Schulen sofort stoppen und informierte Entscheidung ermöglichen 59

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 14/6331

In Verbindung mit:

HPV-Impfung: Rechte von Mädchen und Eltern auf eine informierte Entscheidung stärken!

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 14/9424

– abschließende Beratung und Abstimmung

Der Ausschuss lehnt den Antrag Drucksache 14/9424 mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimme der Fraktion der Grünen bei Enthaltung der Fraktion der SPD ab.

4 AIDS-Politik gestalten – Konzept zur Prävention weiterentwickeln 60

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 14/7064

Vorlage 14/2890
Ausschussprotokoll 14/814

– abschließende Beratung und Abstimmung

Der Ausschuss lehnt den Antrag Drucksache 14/7064 mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und Grünen ab.

5 Zeichen setzen gegen Schlankeitswahn und extremes Übergewicht 61

Antrag
der Fraktion der CDU und der Fraktion der FDP
Drucksache 14/9258

– abschließende Beratung und Abstimmung

Der Ausschuss nimmt den Antrag Drucksache 14/9258 mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und Grünen an.

6 Entwurf einer Verordnung zur Umsetzung des Maßregelvollzugsgesetzes (VO MRVG) 62

Vorlage 14/2885

Der Ausschuss wird zu den Teilen 1 und 2 der Verordnung angehört. Teil 3 der Verordnung stimmt der Ausschuss zu.

7 Land darf Jugendlichen mit Behinderung kommunale Ausbildungsmöglichkeiten nicht versperren 65

Antrag
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 14/9758

– abschließende Beratung und Abstimmung

Der Ausschuss lehnt den Antrag Drucksache 14/9758 mit den Stimmen der Fraktionen von CDU und FDP gegen die Stimmen der Fraktionen von SPD und Grünen ab.

8 Entwicklung an den Universitätsklinika in NRW bezogen auf Ausgründungen von Betriebsbereichen, Neugründungen von Personaldienstleistungsgesellschaften sowie Beauftragung von Zeitarbeitsfirmen 66

Vorlage 14/2828

Der Ausschuss nimmt den Bericht des Ministeriums für Innovation, Wissenschaft, Forschung und Technologie Vorlage 14/2828 zur Kenntnis.

**9 Gleiche Arbeit – gleiche Rechte: Gegen Missbrauch von Leiharbeits-
verhältnissen und Unterwanderung geltenden Tarifrechts** **67**

Antrag
der Fraktion der SPD
Drucksache 14/9763

Vertreter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und
Soziales beantworten Fragen aus dem Ausschuss. Die
Abstimmung soll in der nächsten Sitzung erfolgen.

*(Aus Zeitgründen wird die Beratung
zu den Punkten 10 bis 13 verschoben.)*

* * *

Aus der Diskussion

1 Gesetz zur Änderung gesundheitsrechtlicher Vorschriften

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 14/9710

– Zuziehung von Sachverständigen

Vorsitzender Günter Garbrecht: Guten Morgen, meine Damen und Herren! Der Ausschuss hat beschlossen, zu seinen Beratungen Sachverständige hinzuziehen. Ich begrüße diejenigen, die unserer Einladung gefolgt sind, ganz herzlich und bedanke mich für die im Vorfeld abgegebenen schriftlichen Stellungnahmen sowie die Bereitschaft, dem Ausschuss heute zur Verfügung zu stehen.

Die Sachverständigen sind mit Blick auf das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst gebeten worden, zu der Frage Stellung zu nehmen, in welcher Weise das geltende ÖGDG auf seine Wirksamkeit hin überprüft wurde und ob den inhaltlichen Anforderungen, die sich in der Konsequenz aus der Evaluation ergeben haben, Rechnung getragen worden ist. Dies ist jedoch nur einer der drei Bereiche des vorliegenden Gesetzentwurfs. Ich schlage vor – die Sachverständigen sind entsprechend positioniert –, zunächst das Rettungsgesetz zu behandeln, dann das PsychKG und anschließend das ÖGDG. Sollten sich Mischungen ergeben, ist das nicht weiter problematisch. Zu Beginn erhalten die Sachverständigen nun Gelegenheit zu einem kurzen mündlichen Statement.

Frank Riebandt (Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung. Ich spreche für die Arbeitsgemeinschaft der Notärzte und Notärztinnen in Nordrhein-Westfalen.

Die Regelungen des nordrhein-westfälischen Rettungsgesetzes haben sich im Wesentlichen bewährt. Es stellt die wichtige Aufgabe der Daseinsvorsorge und der Gefahrenabwehr im gesundheitlichen Bereich speziell in unmittelbar bedrohlichen Situationen sicher. Das Gesetz muss aus unserer Sicht fortbestehen, um einen funktionierenden Rettungsdienst in all seinen Teilbereichen zu sichern: einerseits die Notfallrettung einschließlich der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung und andererseits den Krankentransport. Würde das Gesetz nicht fortbestehen, würde eine folgenschwere Gesetzeslücke entstehen. Insofern bin ich der Auffassung, dass eine Verlängerung der Gültigkeit erforderlich ist.

Bei der vor dem Europäischen Gerichtshof anhängigen Klage gegen die Bundesrepublik Deutschland geht es um die Frage der künftigen Mitwirkung sogenannter dritter Leistungserbringer, also um die Durchführung des Rettungsdienstes durch nichtstaatliche Kräfte. Der Abschluss dieses Klageverfahrens ist im Moment nicht

abzusehen. Es ist nicht auszuschließen, dass dieses Verfahren erhebliche Auswirkungen auf die rettungsdienstliche Gesetzgebung haben wird. Insofern wird vorgeschlagen, weitere Änderungen erst dann vorzunehmen, wenn ein Entscheid ergangen ist.

Ich fasse zusammen: Wir halten es für dringend notwendig, den Fortbestand des Rettungsgesetzes Nordrhein-Westfalen sicherzustellen.

Prof. Dr. Dr. Alex Lechleuthner (Vorsitzender des Landesverbandes Ärztlicher Leiter Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Die Ärztlichen Leiter Rettungsdienst sind die leitenden Ärzte bei den Aufgabenträgern. Auch die Ärztlichen Leiter bitten um den Fortbestand des Gesetzes, um keine Regelungslücke entstehen zu lassen.

Neben dem angesprochenen Verfahren vor dem Europäischen Gerichtshof möchten wir allerdings auch darauf aufmerksam machen, dass alle Änderungen im Gesundheitswesen, die zum Teil erheblich und dynamisch sind, auch Auswirkungen auf den Rettungsdienst haben. Das heißt, Veränderungen im Spektrum der Krankenhäuser, Veränderungen im Leistungsvermögen anderer Gesundheitsakteure schlagen relativ rasch auf den Rettungsdienst durch, sodass wir zukünftig Anpassungsbedarf sehen, wenn klarer ist, in welche Richtung das Gesundheitswesen weiter steuert.

Zum Gesetz selbst möchten wir darauf hinweisen, dass das Rettungsgesetz Nordrhein-Westfalen aus unserer Sicht nach wie vor eines der modernsten ist. Es enthält eine eindeutige Aufgabenzuweisung und -strukturierung, während die Aufgaben in den entsprechenden Gesetzen anderer Bundesländer teilweise sehr zersplittert sind. Es ist klar gegliedert und damit handhabbar. Das bedeutet, dass die Betroffenen relativ genau wissen, worauf es ankommt und welche Vorschriften sie einzuhalten haben.

Bezogen auf das Gesundheitswesen lassen Sie mich noch kurz sagen, dass wir auch im Hinblick auf die personelle Situation in den Krankenhäusern vor erheblichen Veränderungen stehen, was Ausfluss auf den Rettungsdienst und die Notarztstellung hat. Das heißt, hier müssen unabhängig vom Rettungsgesetz auch andere Regelungen angepackt und andere organisatorische Veränderungen vorgenommen werden. Aber ich denke – anschließend an das, was Kollege Riebandt sagte –, dass man hier erst einmal gut beobachten muss und dann in der Zukunft die erforderlichen Schritte zur Anpassung machen kann.

Sodann erteilt **Vorsitzender Günter Garbrecht** auch den zu den beiden anderen Gesetzesbereichen eingeladenen Sachverständigen das Wort zu Art. 2, Rettungsdienst.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V.): Sehr verehrter Herr Vorsitzender, lieber Herr Garbrecht! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Einladung in dieses Haus. Ich spreche auch in der Funktion eines Amtsarztes, eines Ärztlichen

Leiters Rettungsdienst. Herr Prof. Lechleuthner und Herr Riebandt haben darauf hingewiesen, dass eine aufschiebende Wirkung für die Träger der Rettungsdienste zwingend ist; sonst haben wir ein Umsetzungsproblem. Und das trifft die Bürgerinnen und Bürger, um die es uns letztendlich geht. Wir müssen im Verein mit den entsprechenden Kostenträgern auch über unsere zukünftige Funktion als Ärztliche Leiter Rettungsdienst nachdenken. Das will ich unterstützen, weil das ein wesentlicher Punkt der im Moment laufenden Verhandlungen mit den Krankenkassen ist. Es ist gut, dass Sie darauf hingewiesen haben. Ich denke, das muss das Parlament im Hinterkopf haben, wenn es darum geht, hier neue, verlässliche Strukturen für den Bürger zu schaffen.

Norbert Post (CDU): Das heißt aber doch, dass nach der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs eine inhaltliche Erweiterung, Erneuerung, Anpassung direkt erfolgen muss, dass wir keine Karenzzeit von weiteren fünf Jahren haben. Habe ich das so richtig verstanden? Sie haben das nicht *expressis verbis* gesagt, aber ich interpretiere Sie so.

Frank Riebandt (Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft Notärzte in Nordrhein-Westfalen): Ich fühle mich richtig interpretiert, Herr Post. Wir können nicht genau sagen, wann dieses Verfahren seinen Abschluss finden wird. Aber wir sehen auch in Anlehnung an die Gesichtspunkte, die Herr Prof. Lechleuthner hier genannt hat, die Notwendigkeit, zügig nach Abschluss dieses Verfahrens in die Novellierung des Gesetzes einzutreten, weil die Rechtsprechung erhebliche Konsequenzen auch in Richtung Finanzierung und Regelung der Zulassung zur rettungsdienstlichen Mitwirkung haben dürfte.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Fragen sehe ich nicht. Dann können wir diesen Komplex abschließen und zu Art. 3 des Gesetzes kommen, in dem es um das PsychKG geht.

Eva Dorgeloh (Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste Nordrhein-Westfalen e. V.; Leiterin des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Köln): Herzlichen Dank für die Einladung. Ich spreche für die Landesarbeitsgemeinschaft Sozialpsychiatrischer Dienste. Wir meinen, dass sich das PsychKG im Wesentlichen bewährt hat. Zu den jetzt vorgesehenen Gesetzesänderungen, die ja redaktioneller Art sind, haben wir keinen Kommentierungsbedarf. Wir möchten jedoch im Hinblick auf eine Novellierung des PsychKG weitere Punkte berücksichtigt wissen und die Gelegenheit nutzen, darauf schon ein Schlaglicht zu werfen.

Wir stellen fest, dass in den letzten Jahren die eingesetzte Entwicklung zu mehr Eigenverantwortung und verminderter staatlicher Fürsorge gerade psychisch Kranke mit geringen Ressourcen überfordert und verstärkt an den Rand der Gesellschaft drängt. Wir meinen, dass dementsprechend der Gesetzgeber den Auftrag der Kommunen zur Daseinsfürsorge psychisch kranker Mitbürger konkretisieren muss, um Inklusion zu ermöglichen. Das heißt insbesondere, die Aufgaben sozialpsychiatri-

scher Dienste sollten konkreter gefasst werden und dürfen sich nicht auf die Abhaltung einer ärztlich geleiteten Sprechstunde beschränken.

Weiterhin meinen wir, dass die Hilfen für psychisch kranke Menschen mehr öffentliche Aufmerksamkeit brauchen, gerade auch um der dringend notwendigen Entstigmatisierung gerecht zu werden. Wir schlagen dazu auf Landesebene die Einrichtung eines Unterausschusses des Gesundheitsausschusses vor – unter Einbeziehung sachkundiger Bürger aus Betroffenen- und Fachverbänden.

Im eigentlichen Aufgabenbereich der sozialpsychiatrischen Dienste ergibt sich nur begrenzter Aktualisierungsbedarf. Die Wahrnehmung der kinder- und jugendpsychiatrischen Aufgabenstellungen sollte ausdrücklich erwähnt werden. Die Regelung der subsidiären Behandlungsbefugnis zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung sollte konkretisiert werden, dies insbesondere, da wir feststellen, dass durch Niedergelassene die Behandlung psychisch kranker Menschen mit erschwertem Zugang zum Regelsystem jetzt schon oder auch in naher Zukunft nicht mehr gewährleistet werden kann.

Die Zuständigkeit zur Beratung Lernbehinderter und geistig Behinderter mit psychischen Auffälligkeiten sollte explizit wieder in das Gesetz aufgenommen werden. Wir stellen fest, dass gerade Lernbehinderte mit ihrem erschwertem Zugang zu Arbeit und Rehabilitation durch alle Maschen fallen, was Beratungsbedarf anbetrifft.

Neben der Koordination im Einzelfall sollten ausdrücklich die Aufgaben der Psychiatriekoordination benannt werden, hier auch die Bildung und Steuerung gemeindepsychiatrischer Verbände. Das steht insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Kostenträgersysteme SGB V, SGB XI und SGB XII immer weiter auseinanderfallen.

Zum Unterbringungsgeschehen: Wir beobachten hier bedenkliche Entwicklungen, die den Anschein erwecken, dass es ordnungsrechtliche Unterbringungen im psychiatrischen Krankenhaus ohne medizinische Behandlung bzw. unabhängig von Behandlungsbedürftigkeit geben könnte. Aus unserer Sicht regelt das PsychKG in seinen Vorschriften lediglich die Abläufe, die notwendig sind, wenn nicht mehr einwilligungsfähige Patienten zur psychiatrischen Notfallbehandlung in die Klinik aufgenommen werden müssen. Das heißt, dass hier lediglich ein Nachteilsausgleich zur Bewerksstellung einer Notfallbehandlung im Vergleich zu somatisch Kranken erfolgt.

Wir schlagen auch vor, dass statt des Ordnungsamtes, das sonst nichts mit gesundheitlichen Fragestellungen zu tun hat, die Feuerwehr, die für den Rettungsdienst originär zuständig ist, die Funktion einer Sonderordnungsbehörde für PsychKG-Unterbringungen übernimmt. Das würde auch dem Grundsatz der Gleichstellung psychisch kranker Menschen mit körperlich kranken Menschen entsprechen und möglichen Rechtsfolgen der UN-Behindertenrechtskonvention Rechnung tragen, nämlich dass es keine Sonderregelungen für behinderte Menschen geben darf.

Die Rechtsvorschriften zur Unterbringung und die Rechtspraxis weichen nach unserer Wahrnehmung stark voneinander ab. Die im Gesetz vorgesehenen Maßnahmen Beurlaubung nach § 25 und Aussetzung der Vollziehung der Unterbringung gegebenenfalls unter Auflagen finden in der Praxis keine Anwendung. Das kommt daher, dass Juristen die Voraussetzungen für die Unterbringung schon dann nicht mehr als

gegeben sehen, wenn Beurlaubungen gegebenenfalls unter Auflagen möglich werden. Aus psychiatrischer Sicht kann man jedoch keineswegs vom Wegfall der Unterbringungs Voraussetzungen ausgehen, wenn Behandlungsstrategien gerade erst beginnen zu greifen, der Behandlungserfolg jedoch noch nicht hinreichend gesichert ist. Diese durch die juristische Bewertung erfolgende erhebliche Einschränkung der Behandlungsnotwendigkeit führt häufig zu Drehtür-Effekten und zu einer Aversion von Patienten gegen die Behandlung, die von ihnen dann zu Recht als ineffektiv erlebt wird. Leider unterstützt der Druck zur Kostendämpfung der Krankenkassen im Einzelfall die Tendenz zur behandlungsschädlichen Verweildauerverkürzung.

Wir meinen, dass der sogenannte Facharztvorbehalt für Unterbringungszeugnisse seit 1999 tatsächlich zu einer Verschlechterung der Versorgung psychisch Kranker geführt hat. Stichworte hierfür sind fehlende Verfügbarkeit und Kostenregelungsprobleme. Das Gesetz sollte die generelle Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen mit somatisch erkrankten Menschen wiederherstellen.

Der vorletzte Punkt betrifft die Dokumentation der Unterbringungsanträge nach PsychKG und auch der Unterbringungstage in den Kliniken. Diese sollte landeseinheitlich geregelt werden. Eine einheitliche Dokumentation und Berichtspflicht aller entsprechenden Vorgänge nach PsychKG und nach dem Betreuungsrecht auf kommunaler Ebene sollte durch gesetzliche Bestimmungen gesichert werden.

Letzter Punkt: Patienten, die untergebracht waren, sollten die Kosten dafür nicht tragen müssen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Weitere Wortmeldungen sehe ich nicht. Ich weise darauf hin, dass sich Frau Dorgeloh nicht zu dem vorliegenden Gesetzentwurf, sondern nur zu dem für November erwarteten Evaluierungsbericht des Ministeriums zum PsychKG geäußert hat. Ich schlage daher vor, dass wir sowohl die mündlichen Ausführungen von Frau Dorgeloh als auch ihre schriftliche Stellungnahme in diesem Kontext mitberaten, sofern der Ausschuss damit einverstanden ist. – Dann verfahren wir so.

Nun kommen wir zu dem Komplex Öffentlicher Gesundheitsdienst.

Dr. Claus Weth (Gesunde Städte-Netzwerk): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung zu der heutigen Sitzung. Das Gesunde Städte-Netzwerk ist bundesweit organisiert. Mitglied in den Gesunden Städten sind Kreise, kreisfreie Städte und auch Regionen. Nach unserer Wahrnehmung hat der Öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen ein wirklich gutes Landesgesundheitsgesetz. Viele andere Bundesländer schauen neidisch nach NRW, insbesondere wenn es darum geht, Vernetzungen herzustellen. Hier bietet die kommunale Gesundheitskonferenz – durch dieses Gesetz initiiert und etabliert – eine ganz hervorragende Plattform, die auch über die Landesgesundheitskonferenz die Vernetzung zwischen Land und Kommunen sicherstellt.

Mit dem Gesetz wurden viele Aufgaben kommunalisiert und den Kommunen auch mehr Spielräume zur Verfügung gestellt. Für uns als Gesunde Städte-Netzwerk, das

im Wesentlichen die kommunale Gesundheitsförderung in unserem Koffer hat, liegt ein Vorteil darin, dass die Städte selber aus ihren Besonderheiten heraus Projekte initiieren können. Wir müssen wissen, dass zum Beispiel das Gefälle Stadt/Land sehr unterschiedlich sein kann, dass die Städte unterschiedliche Bedarfe zum Beispiel in Bezug auf sozialkompensatorische Aufgaben haben. Hier bietet das Gesetz den Akteuren einen guten Spielraum.

Wichtig für uns ist auch, dass wir in Zukunft noch stärker zu einer Vernetzung zwischen dem kommunalen Bereich, also der kommunalen Gesundheitskonferenz, und der Landesgesundheitskonferenz kommen, damit das, was auf kommunaler Ebene passiert, stärker auch auf der Landesebene kommuniziert wird. Hier benötigen wir Unterstützung des Landes. Im neuen Gesetz sind die Aufgaben für das LIGA zwar definiert, aber nicht *expressis verbis*, wie es im alten Gesetz war. Das ehemalige *lögd* hatte zum Beispiel die Aufgabenfelder Epidemiologie, Gesundheitsförderung, Infektionsschutz, Hygiene benannt. Das findet sich im vorliegenden Gesetzentwurf nicht wieder. Wir als Kommunen hoffen – da spreche ich natürlich auch für das Gesunde Städte-Netzwerk –, dass das LIGA auch zukünftig Referenzinstitut für die Kommunen bleiben wird, auch mit den eben genannten Aufgabenfeldern. Ich glaube, dann haben wir eine runde Sache und auch ein gutes Gesetz, das wir vor Ort auch ausfüllen können.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Europäisches Public Health Zentrum NRW, EPHZ): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren! Ich darf in dieser Rolle das erste Mal zu Ihnen sprechen. Das European Public Health Centre wurde auf Initiative auch der Landesregierung 1996 gegründet. Es gehören ihm 40 bis 50 Persönlichkeiten aus Nordrhein-Westfalen an; bisher waren auch immer der Staatssekretär, Kammerpräsidenten etc. Mitglied. Wir haben drei Ziele: den Dialog zwischen Wissenschaft, Politik und Praxis zu fördern, den Gedanken Public Health voranzubringen und die europäische Entwicklung im Bereich Gesundheit zu verfolgen. Das haben wir sehr intensiv getan, am Anfang auch durch sehr schöne Veranstaltungen in der NRW-Vertretung in Brüssel. Da waren unter anderem Kommissare anwesend, was man bei heute 27 EU-Mitgliedern als eine Region Europas nicht mehr leicht hinbekommt.

Das EPHZ ist natürlich daran interessiert, dass die besondere Relevanz Europas in NRW erhalten bleibt. Wir haben im Land relativ viele Aktivitäten: neben diesem Verein, dem ich die Ehre habe vorzusitzen, die besondere Orientierung auf die Nachbarstaaten – das ist erklärtes Ziel der Landesregierung –, aber insbesondere auch die hervorgehobenen Aktivitäten in der Euregio, die sehr erfolgreich sind und die ich auch einige Jahre verfolgt habe.

Von meinem Vorredner ist angesprochen worden, dass der Aufgabenkreis des Landesinstituts neu konfiguriert worden ist. Neben den bereits erwähnten Aufgabebereichen, die jetzt nicht mehr explizit erwähnt werden, betrifft das auch das Verfolgen der europäischen und internationalen Gesundheitspolitik. Das bisherige *lögd*, das jetzige LIGA unterstützt unter anderem auch das EPHZ bei der Verfolgung diesbezüglicher europäischer Themen. Man muss schon sehr viel Durchblick durch die

inneren Strukturen und die Prozedere in Brüssel haben, um relativ frühzeitig relevant eingreifen zu können. Das war bisher sehr hilfreich. Wir würden es natürlich sehr bedauern, wenn diese Aufgabe niedriger gehängt würde oder sogar verloren ginge.

Ich halte es für wichtig, dass es in NRW ein Institut gibt, das kontinuierlich auch die europäische Entwicklung verfolgt. Wenn es allerdings im Rahmen des Aufbaus des Strategiezentrams auf dem Gesundheitscampus möglich sein sollte, das Thema Europa hochrangig und prominent zu verorten – das ist ein Schwerpunkt der NRW-Gesundheitspolitik –, dann wäre das eine sehr positive Kompensation dieses theoretischen Wegfalls eines Aufgabenbereichs. Jedenfalls würden wir uns sehr intensiv dafür aussprechen, dass die europäische Dimension nicht verloren geht.

Gestatten Sie mir noch eine Anmerkung zur Evaluation des ÖGDG. Als Kammer haben wir dem Ganzen damals sehr skeptisch gegenübergestanden. Ich glaube aber, dass sich das Gesetz insgesamt bewährt hat. Das betrifft insbesondere die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die eine Art Widerlager gegen die Zentralisierungstendenzen im Gesundheitswesen sind. Wir haben eine Art Renaissance der Regionen. Regionale Identität spielt wieder eine große Rolle. Die Arbeit getragen von hoch motivierten Mitgliedern in den kommunalen Gesundheitskonferenzen, koordiniert durch die Landesgesundheitskonferenz, hat sich bewährt.

Nun kann man sagen, dass die Befristung von Gesetzen erst einmal positiv ist. Dem stimme ich zu. Wichtig ist dabei auch, dass die Beurteilung, die Evaluation möglichst fachlich unabhängig, neutral, qualifiziert erfolgt, sodass man Defizite wirklich erkennt. Ich finde es nicht wahnsinnig dramatisch, wenn man den Zeitraum etwas ausdehnt. Es gibt keine so starken Brüche, Defizite und Probleme, dass man diesen Zeitraum einhalten muss. Eine Ausdehnung ist also nicht grundsätzlich zu kritisieren, wenn die Evaluation zu einem späteren Zeitpunkt in dieser neutralen Form geschieht. Es dauert immer einige Zeit, bis sich Gesetze auswirken. Die Implementationsphase ist vielleicht auch dann noch nicht ganz abgeschlossen.

Lassen Sie mich mit einer kleinen Geschichte enden, Herr Vorsitzender. 1976 wurde der Ministerpräsident von China von einem französischen Journalisten gefragt – 1976! –, wie er die Auswirkungen der französischen Revolution beurteilte. Daraufhin Zhou Enlai: Zur Beantwortung dieser Frage ist es noch viel zu früh.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V.): Ich will gleich anknüpfen an das, was Herr Dr. Klitzsch gesagt hat: Das war eine typische Klitzsch'sche Aussage, für die wir ihn alle aus dem vorbereitenden Ausschuss kennen. Gerade das ist ja das Thema unserer Evaluation hier. Die Frage, die an uns als Sachverständige gestellt wird, will ich im Folgenden beantworten.

Sie haben 1997 Gelegenheit gehabt, mich zum seinerzeit neuen ÖGDG anzuhören. Ich habe mir die Unterlagen vom 9. Oktober 1997 noch einmal angesehen und festgestellt, dass sich sehr vieles von dem, was wir damals sehr leidenschaftlich diskutiert haben, letztendlich bewahrheitet hat. Ich habe Ihnen damals gesagt: Wir brauchen den Freiraum, wir brauchen die kommunale Freizügigkeit, um vor Ort mit den

Landräten, mit den Oberbürgermeistern entscheiden zu können, welche Schwerpunkte wir in der kommunalen Gesundheitspolitik setzen wollen.

Das haben wir gemacht. Die Beispiele, die wir im Land Nordrhein-Westfalen haben – da will ich Herrn Weth uneingeschränkt zustimmen –, suchen in Deutschland ihresgleichen. Das muss man ganz deutlich sagen. Hier sind innovative Entwicklungen eingeleitet worden, die wir uns in den 90er-Jahren nicht haben träumen lassen. Als wir 1993 die Leitlinien formuliert haben – ich war ja einer derjenigen, die sich daran beteiligt haben –, haben wir gesagt: Wir müssen Spielraum geben, wir müssen Freizügigkeit geben, und wir müssen innovative Entwicklungen einleiten, damit auf der kommunalen Ebene Bewegung eintritt. – Und das haben wir wirklich erreicht.

Ich bin auch in der Jury für Gesundes Land NRW. Wir erhalten viele auch hoch qualifizierte Bewerbungen. Ein Zeichen dafür, dass sich kommunale Gesundheitspolitik verwirklichen lässt, ist, dass es in jedem Jahr immer auch Preisträger aus der öffentlichen Gesundheit, aus dem Krankenhausbereich und dem Krankenkassenbereich gibt. Das ist also eine unheimlich gute, gelungene Verknüpfung der Leistungsträger vor Ort, die sich miteinander abstimmen sollen, die miteinander kooperieren sollen – zugunsten der Bürgerinnen und Bürger vor Ort unter Patientenbeteiligung. Ich will ausdrücklich unterstützen, was Frau Dorgeloh gesagt hat: Wir brauchen die Patienten, wir können das nicht ohne sie machen. Die Fachleute verfolgen ihre eigenen Ideen. Ohne Transparenz für die Patienten herzustellen macht das keinen Sinn.

Alles das ist uns gelungen. Ich glaube, die verschiedenen Strukturen, die wir in den 54 Kreisen und kreisfreien Städten haben, zeigen, dass es funktioniert, wenn man es will. Das setzt natürlich voraus, dass alle es wollen. Es steht im Gesetz. Von 54 machen es mindestens 52 gut; die anderen beiden muss man immer wieder da abholen, wo sie sind, und dann möglicherweise auch weiterbringen. Auch dabei leisten wir Unterstützung. Ich spreche jetzt auch in der Funktion des Landesvorsitzenden der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes.

Was machen wir vonseiten der Evaluation? Wir haben 2003 vereinbart – wir haben das 2005 gemeinsam hier vorgetragen –, laufend zu beobachten, was sich in der Kommune, was sich auf der Landesebene tut. Wir haben dazu vereinbart, ein sogenanntes Forum Öffentliche Gesundheitsverwaltung zu gründen. Das geschieht mit Beteiligung des Landesverbandes in Abstimmung mit dem Ministerium. Wir haben verschiedene Themen miteinander abgestimmt – ich habe das in meiner schriftlichen Stellungnahme herausgearbeitet – und an einem Tag mit den Fachleuten vor Ort und auch mit Experten von außerhalb besprochen, um dann innovative Entwicklungen einzuleiten, die in alle Kommunen hineingetragen werden können. Damit haben wir im laufenden Prozess einen wichtigen Baustein gesetzt, was wir verbessern müssen, wo wir entsprechende Handlungsempfehlungen auch weiterhin auf den Weg geben müssen.

Des Weiteren ist insbesondere für die Kämmerer auf der kommunalen Ebene die Änderung der Gebührentatbestände wesentlich. Einige sind immer noch nicht zufrieden; das muss man klar sagen. Aber es wird immer so sein, dass, wenn man über Finanzen spricht, einige sagen, sie hätten nicht genug. Man muss auch da den Rie-

gel vorschieben und auf die Grenze für den Bürger verweisen. Das ist durch die Änderung des Gebührentatbestandes auch erfolgt.

Wir haben im Rahmen der Evaluation darüber hinaus auf Qualitätssicherungsmaßnahmen hingewiesen. Sie erinnern sich an die Diskussion, die wir im vergangenen November zum Schwerbehindertenrecht geführt haben. Ich habe mich damals vehement – ich muss das auch noch einmal deutlich wiederholen – für die Kommunalisierung dieser Aufgabe ausgesprochen. Wir haben Ihnen seinerzeit zugesagt und das auch durchgeführt, qualitätssichernde Elemente für das Gutachtenwesen fest in das Verfahren der Begutachtung einzuziehen – aber nicht nur da, sondern auch an vielen anderen Stellen, nämlich im amtlichen Gutachtenwesen, insbesondere in Zusammenarbeit mit der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, unter Leitung von Herrn Dr. Langen, dem Leiter des Gesundheitsamtes des Kreises Mettmann. Dort haben wir sehr viele Fortschritte auch im Begutachtungswesen gemacht. Wir haben also all die Dinge, die im Evaluationsbericht 2003 angesprochen worden sind, wo man was gemeinsam voranbringen muss, ganz gut auf den Weg gebracht.

Von daher glaube ich, dass wir durch das laufende Evaluationsverfahren, durch den ständigen Dialog, den wir geschaffen haben, durch das Forum eine Menge zur Weiterentwicklung haben beitragen können, auch wenn sich der Gesetzestext nicht geändert hat. Das ist auch nicht notwendig; entscheidend ist der Geist. Herr Weth, Sie hatten ja darauf hingewiesen, dass das Gesunde Städte-Netzwerk wesentlich weiter getrieben worden ist.

Ich möchte noch eine Anmerkung zum LIGA-Aufgabenbereich machen. Wir haben das LIGA – das sage ich als kommunaler Vertreter und als Landesverbandsvorsitzender – mehrfach gebeten, seine Aufgaben nicht aus dem Auge zu verlieren, nämlich Dienstleister für die kommunale Seite zu sein. Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Wir erwarten auch, dass der Landtag uns als Kommunen dabei massiv unterstützt. Wir brauchen das LIGA, wir brauchen es als Leitstelle, wir brauchen es als Plattform auch für den Austausch sowie für den Wissenstransfer von der Kommune in die Landesebene und von der universitären Ebene – das ist mit dem Gesundheitscampus jetzt ganz gut auf den Weg gebracht worden – zurück in die Kommunen. Das ist ein ganz wichtiger Baustein. Ohne das LIGA, ohne das Landesinstitut, das wir als fachliche Leitstelle ansehen können, werden wir unsere Arbeit kaum erfüllen können. Wir haben das jetzt auch bei der Beherrschung der neuen Influenza – im Volksmund Schweinegrippe genannt – sehen können: Es ist unabdingbar, dass wir Unterstützung durch ein leistungsfähiges Landesinstitut haben.

Ich sage an dieser Stelle noch einmal – auch als kommunale Seite; das haben wir gegenüber Frau Dr. Lehmann als Leiterin des Landesinstituts im Juni in Unna, wo wir zur Sitzung des Gesundheitsausschusses des Landkreistages zusammengekommen waren, deutlich gemacht –: Wir brauchen natürlich auch die Unterstützung des LIGA bei allen wichtigen Fragen des Infektionsmanagements. Infektionsmanagement durch ein wie auch immer geartetes Kompetenzzentrum Infektiologie – oder wie auch immer wir es nennen mögen – ist etwas, was wir noch einfordern müssen und auch immer wieder einfordern, weil Seuchengeschehen ohne Landesunterstützung auf

Dauer nicht zu beherrschen ist. Das ist eine Sache auch der Landesebene in Abstimmung mit den Kommunen.

Wir sehen jetzt, dass die Kommunalisierung auch im Seuchenrecht – da liegt eine wesentliche Aufgabe zur Verwirklichung der Impfkation – funktioniert. Ich glaube, Defizite sind Ihnen als Abgeordnete bislang nicht aufgefallen. Alle Gesundheitsämter haben die Hausaufgaben gemacht, die ihnen vonseiten des Ministeriums und des LIGA gestellt worden sind. Alle geben Impfangebote, alle ermöglichen die Impfung der Bevölkerung. Auch bei der Vielzahl von 54 zeigt sich: Es gibt 54 verschiedene Lösungen, aber alle machen ein Angebot für die Bürgerinnen und Bürger, sodass die Schutzmaßnahme durchgreifen kann.

Auf der Internetseite des Ministeriums zum Landespräventionskonzept NRW und zum Gesunden Land NRW findet man alle Innovationen recht gut dargestellt. Ich staune jedes Mal, wie viele neue Instrumente wieder entwickelt worden sind, um die kommunale Koordination und Kooperation auf den Weg zu bringen. Und das war die Intention 1997. Es war ein Vorschlag des Parlamentes, dieses Gesetz zu machen. Ich glaube, es ist gelungen, diese Dinge weiterzutragen. Ich unterstütze alle Maßnahmen auf der kommunalen Ebene und der Landesebene – auch als Mitglied des vorbereitenden Ausschusses – für eine weitergehende Interpretation der Texte. Viele sagen, wir müssten die Gesundheitskonferenz und die Pflegekonferenz zusammenlegen. Das ist aber letztendlich zweitrangig. Entscheidend ist, was sich auf der kommunalen Ebene tut. Da ist jeder Oberbürgermeister, jeder Landrat verpflichtet. Wenn Sie uns als Vertreter der öffentlichen Gesundheit stärken, dann – das kann ich Ihnen versichern – haben Sie auch eine starke öffentliche Gesundheitspolitik vor Ort.

Das ist das Wesentliche. Alles Weitere haben wir in der schriftlichen Stellungnahme zusammengefasst.

Dr. Kai Zentara (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW):

Guten Morgen auch von meiner Seite! Vielen Dank, dass wir zu Ihnen sprechen können. Ich muss meinen Bemerkungen allerdings vorausschicken, dass die Fristsetzung, die bei uns de facto auf eine Woche begrenzt war – das Schreiben der Präsidentin trägt den Eingangsstempel vom 20. Oktober –, aus unserer Sicht sehr problematisch ist. Wir hatten schon bei der Möglichkeit, zu dem Gesetzentwurf gegenüber dem MAGS Stellung zu nehmen, eine äußerst kurze Fristsetzung. Jetzt müssen wir das leider wieder erleben. Wir müssen solche Stellungnahmen gründlich vorbereiten, wir müssen mit unseren Mitgliedern Rücksprache nehmen, wir müssen uns zwischen den Geschäftsstellen austauschen können. Das haben wir mit hohem Aufwand in den letzten zwei Tagen geschafft. Sie haben unsere Stellungnahme deswegen aber auch erst gestern Nachmittag erhalten. Ich konnte auch diese mündliche Ansprache nicht intensiv vorbereiten, muss daher auf die Stellungnahme verweisen.

Auch zu der Fragestellung aus den Fraktionen zum Evaluationsauftrag aus der Gründungszeit des Gesetzes kann man aus unserer Sicht ohne intensive Rückkopplung mit den Kommunen nicht wirklich etwas sagen. Wir müssen sowieso davon ausgehen, dass das eigentlich eine Frage an das Ministerium ist. Nur so viel: Die Erfahrungen mit dem Gesetz – das haben auch Herr Dr. Feldhoff und die anderen kom-

munalen Vertreter hier vorgetragen – sind nicht schlecht. Man müsste vielleicht noch einmal intensiv nachfragen, wie es tatsächlich aussieht. Allerdings steht die Gesetzesevaluation derzeit nicht im Vordergrund. Wir haben vor Ort genug mit der Bekämpfung der neuen Influenza und der Impfkation zu tun. Vermutlich ist es langfristig sinnvoll, das Gesetz noch einmal intensiv zu evaluieren. Es ist auch klar, dass man nicht jeden Tag ein 300-Seiten-Gutachten in Auftrag geben kann. Insofern sage ich an dieser Stelle nicht mehr zu der Frage, ob eine Evaluation erforderlich ist oder nicht.

Ich möchte noch einmal einen Punkt herausgreifen, den Herr Dr. Feldhoff schon erwähnt hatte, nämlich die Unterstützung durch das LIGA. Die ist für uns elementar wichtig. Die Ausstattung des LIGA ist leider aufgrund haushaltsrechtlicher Vorgaben so dünn, dass viele Unterstützungsleistungen, die notwendig sind, nicht erbracht werden. Das hat sich jetzt bei der Bekämpfung der Influenza gezeigt. Wir können alle froh sein, dass sie recht mild verlaufen ist. Wenn sie stärker verlaufen wäre, hätten wir ganz andere Probleme bekommen.

Ich komme zu dem Gesetzentwurf selbst. Bei Art. 1, ÖGDG, möchte ich auf den Punkt Meldeverfahren zum Kinderschutz eingehen. Das ist unser zentrales Anliegen. Das ist durch das Heilberufsgesetz erstmalig implementiert worden, wird jetzt durch die Einrichtung der Zentralen Stelle beim LIGA weiter vorangetrieben. Im Gesetzentwurf steht unter „F“, dass ein gewisser Aufwand für die Kommunen bestehe und dieser auch evaluiert werden müsse. Das ist aus unserer Sicht viel zu unsubstantiiert. Es ist ein hoher Aufwand. Wir haben mit dem Meldeverfahren aktuell sehr viel zu tun. Nicht nur die Datenübermittlung, sondern auch die Auswertung der eingehenden Meldungen – ich verweise dazu auf die Darstellung in unserer schriftlichen Stellungnahme – und die nachgehende Fürsorge und die Einbindung der Gesundheitsämter machen Probleme. Wir haben sehr viele falsch positive Meldungen, denen nachgegangen werden muss. Es ist für Eltern nicht besonders schön, dass sie, obwohl sie all ihre Pflichten erfüllt haben, auf einmal Besuch vom Jugendamt bekommen und sich eine solche Nachfrage gefallen lassen müssen. Es ist vermutlich so, dass die Dinge sich bessern, wenn die Meldemoral der Kinderärzte sich verbessert. Aber im Moment ist das Verfahren mit großen Schwierigkeiten verbunden. Dass das ohne große Mehrbelastungen der Kommunen geht, können wir derzeit nicht sehen.

Wir müssen natürlich in Rechnung stellen, dass wir hier eine komplizierte Rechtslage haben, dass der Kinderschutz auch aus unserer Sicht einen hohen Stellenwert hat und insoweit vielleicht auch datenschutzrechtliche Fragestellungen zurückzutreten haben, dass wir uns in einem Spannungsfeld verschiedener Grundrechtspositionen bewegen. Aber letzten Endes muss für die Praxis in absehbarer Zeit eine handhabbare Lösung herbeigeführt werden.

An dieser Stelle ein Schnitt. Für Nachfragen stehe ich gerne zur Verfügung.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann eröffne ich die Fragerunde.

Heike Gebhard (SPD): Herzlichen Dank für Ihre Berichte. Wir werden uns in der Tat noch häufiger mit dieser Fragestellung auseinandersetzen.

Herr Dr. Klitzsch hat darauf hingewiesen, dass in Verbindung mit der Etablierung des Gesundheitscampus möglicherweise Neues in Rede steht. Daran möchte ich anknüpfen. In den dem Parlament bisher bekannten Absichten, welche Institutionen auf dem Gesundheitscampus zunächst etabliert werden sollen, kommen die internationale und die europäische Anbindung überhaupt nicht vor. Die Frage an Sie konkret, Herr Dr. Klitzsch: Würden Sie sich gleichwohl darauf einlassen, zu sagen, dass Sie im Vertrauen darauf, dass das irgendwann einmal kommt, schon jetzt bereit sind, das nicht mehr als Aufgabe des LIGA zu formulieren? Ich bin dafür, immer erst dann etwas abzugeben, wenn man die Nachfolgeregelung in der Tasche hat. Die ist aber nicht absehbar, jedenfalls nicht kurzfristig, auch nicht perspektivisch, sodass sich die Frage stellt, ob man sich darauf einlassen kann.

Meine zweite Frage geht an Herrn Dr. Weth und an Herrn Dr. Feldhoff. Wenn es denn so klar ist, was die Kommunen vor Ort an Hilfestellung durch das Landesinstitut brauchen, warum, glauben Sie, muss dann die Konkretisierung der Aufgabenfelder gestrichen werden? Das ist ja kein langes Gesetz. Eine solche Aufzählung macht es auch nicht ungebührlich lang. Was könnte dahinterstecken? Sehen Sie die Gefahr, dass sie, wenn sie nicht mehr genannt werden, demnächst möglicherweise – auf Haushaltsrestriktionen hat Herr Dr. Zentara hingewiesen – wegfallen? Sollten wir als Parlament also darauf achten, dass die Aufgaben des LIGA präzise im Gesetz verbleiben?

Drittens. Herr Dr. Zentara hat auf die Problematik des Früherkennungsverfahrens aufmerksam gemacht. Das Parlament war in seiner Breite der Ansicht, dass wir dieses Instrumentarium generell brauchen. Aber Sie sagen, das sei ein Riesenaufwand für die Kommunen – das ist wohl unbestritten –, darüber müsse man neu reden. Die Frage ist: An welcher Stelle? Geregelt ist nur die Landesebene. Würden Sie es für notwendig halten, dass man das in dieses Gesetzgebungsverfahren mit einbezieht, oder müssten wir diese Problematik an anderer Stelle wieder aufnehmen? Was raten Sie uns da?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Dann kommen wir zur Antwortrunde.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Europäisches Public Health Zentrum NRW, EPHZ): Zunächst einmal ist zu beantworten, wie stark und wie relevant Europa für das Land NRW ist. Es ist im Prinzip unbestritten, dass wir eine europapolitische Ausrichtung auch im Bereich Gesundheit halten wollen.

Zweitens. § 27 neu verbietet natürlich nicht, dass das Landesinstitut weiterhin zur Verfügung steht, wenn die entsprechenden Ressourcen vorhanden sind. Dazu ist einiges gesagt worden. Ich würde es jedenfalls sehr begrüßen, wenn das nicht zur Konsequenz hat, dass sich die fachlich warmgelaufenen Teile jetzt anderen Aufgaben zuwenden müssen.

Drittens. Es ist immer gut, wenn der Gesetzgeber eine Aufgabe konkret anspricht. Insofern könnte die vorgesehene Regelung zu einer kleinen Irritation führen.

Viertens. Nach meinem Kenntnisstand ist es auch Aufgabe des Strategiezentrums, sich um die internationale, die europäische Dimension zu kümmern. Ich würde stark dafür werben, dass Herr Meyer-Falcke, der die schöne Aufgabe hat, dieses Strategiezentrum, den Campus hochzufahren, auch explizit den Auftrag bekommt, sich darum zu kümmern, dass diese Dimension nicht vernachlässigt, sondern eher stabilisiert wird. Wenn das der Fall ist, hätten das EPHZ und ich keine Probleme mit dieser Regelung.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V.): Frau Gebhard, ich will verschiedene Aspekte der europäischen Ebene ansprechen. Ich bin ein Vertreter der Euregio Maas-Rhein und auch der deutsche Sprecher in vielen Gremien der Euregio Maas-Rhein. Wir haben gerade – das wissen viele von Ihnen – das große Projekt EurSafety Health-Net – das ist das MRSA-Projekt entlang der gesamten deutsch-niederländischen Grenze – zusammen mit Niedersachsen und mit Rheinland-Pfalz hinbekommen. Ich bin auch der Projektleiter für die Euregio Maas-Rhein. Prof. Friedrich von der Universität Münster ist der Leiter für die deutsche Seite der Euregio Gronau-Enschede.

Hier ist mit den Niederländern, den Belgiern, den Rheinland-Pfälzern und den Niedersachsen zusammen ein Zeichen gesetzt worden, wie man vereinbaren kann, gemeinsame Probleme bei Infektionsschutz, Infektionshygiene, Patientenbeteiligung und Maßnahmen der Transparenz gemeinsam zu lösen. Dazu brauchen wir die Unterstützung des LIGA, das unmittelbar mit eingebunden ist. Das ist die europäische Dimension. Es ist durch seine Tätigkeit auf der europäischen Ebene, nämlich bei Abstimmungen mit Bilthoven, dem Reichsinstitut, das die Niederländer für die öffentliche Gesundheit und den Infektionsschutz unterhalten, und Brüssel, wo sie es mit den Belgiern unterhalten, eine wichtige Verbindung und Nahtstelle und kann diese Erkenntnisse mit einbringen.

Von daher wünsche ich mir als Vertreter einer öffentlichen Gesundheitsbehörde vor Ort, der kommunalen, dass diese Verbindung im LIGA erhalten ist. Ich sage das jetzt auch haushalterisch: Viele Projekte, die wir auf der kommunalen Ebene machen – ich mache alleine drei mit den LIGA-Leuten zusammen für Europa –, bringen natürlich auch Geld in die Landeskasse, weil es sich um Projektgelder aus Brüssel handelt, die in das LIGA fließen. Das muss man ganz klar sehen.

Viele von Ihnen wissen, dass Herr Prof. Brand nunmehr Leiter des neuen Lehrstuhls European Public Health in Maastricht ist. Er ist ein unmittelbarer Nachbar; wir treffen uns praktisch alle drei, vier Wochen. Auch über diese Schiene haben wir wieder Verbindungen mit dem LIGA, weil wir große Projekte zusammen fahren: LIGA, Maastricht, Heinsberg, Heerlen. Das sind Verbindungen, die wir brauchen. Da haben wir die europäische Dimension.

Wir haben in der Projektgruppe European Public Health – ich bin auch Mitglied – mit Herrn Prof. Scheres – das ist der Kollege der Universität Maastricht, den einige von Ihnen kennen werden, weil er schon mehrfach zur Landesgesundheitskonferenz eingeladen war – überlegt, wie wir diese Verbindungen herstellen. Es ist ein elementa-

rer Bestandteil, wie wir das LIGA für den europäischen Teil stärken; denn Gesundheitspolitik vor Ort lässt sich ohne Verständnis dessen, was die Brüsseler Kommission will und vorhat, überhaupt nicht mehr verwirklichen. Wir fragen ganz oft: Was sagen denn die 27 Länder in den gemeinsamen Papieren? Wir schauen auch in der Euregio Maas-Rhein und in den anderen Euregios – wieder in Verbindung mit dem LIGA –, welche Dinge auf der europäischen Ebene vereinbart wurden und wie wir sie in die kommunale Ebene bringen. Das ist ein zwingender Punkt auch für die Vernetzung der kommunalen Ebene mit der Landes- und der europäischen Ebene.

Ich will noch einmal dafür werben, dass man diese Dinge nicht einfach aufgibt, sondern überlegt, wie man sie verortet. Das ist auch ein wichtiger finanzieller Aspekt, denn wir haben im LIGA darüber in den letzten Jahren eine ganze Menge Geld eingefahren. Ich muss das einmal so platt sagen. Letztendlich sind das Haushaltsmittel, die dem Land zur Verfügung stehen.

Ich komme nun zu der Frage nach der Präzisierung von Aufgaben. 1996/1997, als die Überlegungen zu einem neuen Gesundheitsdienstgesetz aus dem Parlament heraus aufkamen, haben wir gesagt, was alles darin stehen muss. Es sollte nicht viel darin stehen, aber es sollten Kernelemente enthalten sein. Man hat sich damals auf das verständigt, was in § 27 des bisherigen Gesetzes steht. Das sind die abgestimmten Elemente gewesen.

Das ist heruntergenommen worden; das gehört auch zum Thema Deregulierung. Aber als kommunaler Vertreter wünsche ich mir natürlich, dass wir uns klar abstimmen – wenn auch lediglich durch ein Protokoll einer Sitzung –, dass das die nach unserem Verständnis gewollten Aufgaben als Unterstützungsleistungen für die Kommunen sind. Wir, Herr Dr. Zentara als Vertreter der kommunalen Spitzenverbände und ich als Vertreter des Landesverbandes, könnten uns darauf verständigen. Wenn Sie aber eine größere Präzisierung wollen, was ich mir als kommunaler Vertreter durchaus wünschen könnte, dann wäre eine klare Aufgabenbeschreibung hilfreich. Herr Dr. Klitzsch hat es sehr deutlich gesagt: Es ist dann nicht mehr der Beliebigkeit unterstellt. Wir gehen zwar davon aus, dass es so gemacht wird, aber wir wollen präzise Unterstützungsleistungen auch fest verankert haben. Von daher ist diese Frage in der Form zu beantworten.

Dr. Kai Zentara (Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW):

Ich sollte wohl speziell auf die Frage eingehen, Frau Gebhard, an welcher Stelle man eine Verfahrensregelung zum Meldeverfahren verankert. Da erwischen Sie mich jetzt ein bisschen auf dem falschen Fuß. Es ist, wie gesagt, erst eine Woche her, dass ich die Anfrage nach der Stellungnahme auf den Tisch bekommen habe.

Wir haben zunächst einmal zu konstatieren, dass aus der Mitgliedschaft, insbesondere aus dem städtischen Bereich, erhebliche Proteste und Feststellungen der Problematik dieses Verfahrens gekommen sind. Da ist sehr viel Arbeit entstanden, die letzten Endes vermeidbar gewesen wäre, weil es sehr viele falsch positive Meldungen gab. Ich glaube, es bringt nichts, jetzt das auszuführen, was in unserer schriftlichen Stellungnahme steht. Es ist zunächst einmal ein Befund. Man kann sagen: Das ist eine Kinderkrankheit, wie sie bei jedem Verfahren dieser Art erst einmal auftritt.

Das wird sich einrücken. – Aber ich glaube schon, dass wir festhalten müssen, dass es da einen beträchtlichen Mehraufwand gibt und dass dieser den Kommunen auch ausgeglichen werden muss. Das fordern wir ausdrücklich.

Ich will an dieser Stelle einen Punkt machen. Man muss sehen, dass das Verfahren vielleicht verbessert werden muss.

Dr. Claus Weth (Gesunde Städte-Netzwerk): Auch ich möchte gerne auf die Frage von Frau Gebhard antworten.

Zum Thema Internationalität: Das Iögd bzw. das LIGA ist auch WHO-Kooperationszentrum. Von daher ist zwangsläufig eine internationale Ausrichtung der Arbeit gegeben.

Zum Thema Transparenz in Bezug auf die einzelnen Leistungen, die im bisherigen Gesetz beschrieben sind: Hier möchte ich das Beispiel der Gesundheitsberichterstattung erwähnen. Wir sind in den Kommunen vor zehn, zwölf Jahren im Bereich der kommunalen Gesundheitsberichterstattung geschärft worden. Wir haben sehr viel dazugelernt. Wir haben Experten, die sich mit dem Thema beschäftigen, haben aber immer ein starkes Feedback zum Iögd gehabt und benötigen dieses auch. Wenn das wegfallen sollte, dann würde die Gefahr bestehen, dass die Aufgabe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung wegbreicht. Wir haben heute schon Probleme, diese Aufgabe aufrechtzuerhalten. Wir stehen ja auch vor der Haushaltskonsolidierung usw. Wir halten diese Aufgabe für sehr wichtig. Wir haben die Berichterstattung auf der Bundesebene und auf den Länderebenen. Und wir brauchen eine gute, qualifizierte Gesundheitsberichterstattung auch auf kommunaler Ebene. Dazu brauchen wir die Unterstützung des Landes durch das Institut. Ich denke, wenn es in einem Gesetz festgeschrieben würde, dann wäre das sehr hilfreich für uns.

Barbara Steffens (GRÜNE): Ich habe eine Nachfrage bezogen auf die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde. Auch ich halte es für wichtig, dass diese Aufgaben nach wie vor festgeschrieben sind. Wenn man an diesem Gesetzentwurf etwas ändern würde, wäre es dann aus Ihrer Sicht sinnvoll, die Aufgaben so zu übernehmen, wie sie im bisherigen Gesetz stehen, oder müsste man die bisherige Aufgabenbeschreibung überarbeiten und den heutigen Gegebenheiten anpassen?

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW e. V.): Ich denke, der Aufgabenkatalog ist damals umfassend beschrieben worden. Es werden auch die internationale und die europäische Politik angesprochen. Das war damals eine allgemeine Formulierung, durch die letztendlich alles hineingenommen wurde.

Herr Weth hat das Thema Gesundheitsberichterstattung angesprochen. Es gibt kein anderes Bundesland, in dem Gesundheitsberichterstattung auf der kommunalen Ebene so weit vorangeschritten ist wie in Nordrhein-Westfalen. Das muss man ganz deutlich sagen. Wir haben 1998 in Bielefeld gemeinsam mit Herrn Weth eine Veranstaltung gemacht. Das waren damals die ersten Schritte auf diesem Weg. Das ist in

allen Kommunen gelungen. Es gibt heute keine Kommune, die keine kommunale Gesundheitsberichterstattung hat. Das gibt es in keinem anderen Bundesland.

Das System Berichterstattung, Gesundheitsziele - ein weiteres Thema, das wir heute noch nicht erwähnt haben, weil wir die Zeit dazu nicht hatten -, Konferenzsystem ist von der WHO übernommen worden. Wir haben das Thema übrigens auch in der Euregio Maas-Rhein übernommen und dort ein festes System mit euregionalen Gesundheitskonferenzen, euregionaler Gesundheitsberichterstattung und euregionalen Gesundheitszielen geschaffen mit dem zukünftigen Ziel, auch die Euregio Maas-Rhein als gesunde Region anzuerkennen. Das ist das, was in § 27 alt gemeint war.

Dr. Claus Weth (Gesunde Städte-Netzwerk): Herr Dr. Feldhoff hat schon erwähnt, dass wir Ende der 90er-Jahre intensiv zusammengesessen haben. Wir haben auch auf anderer Ebene zusammengesessen, und zwar auf der Ebene Landkreistag und Städtetag, und haben mit Experten ein Papier erstellt, das zusammengefasst wurde unter dem Titel „Hinweise zur Umsetzung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen“, Stand 2000. Ich glaube, dieses Papier hat an Aktualität nicht verloren. Und wenn man darüber nachdenkt, welche Schwerpunktaufgaben ein zukünftiges Landesinstitut haben sollte, dann ist es vielleicht sinnvoll, einmal in dieses Papier zu blicken; denn es ist von Experten, die in der Arbeit vor Ort stecken, sehr ausführlich, sehr intensiv erarbeitet worden. Wie gesagt: Auch wenn es neun Jahre alt ist, ist es durchaus noch sinnvoll. Natürlich gibt es hier oder da Bedarf für redaktionelle Änderungen und vielleicht auch etwas neuere Sichtweisen zu unterschiedlichen Themenbereichen. Aber das Papier ist sicherlich empfehlenswert. Man sollte einfach einmal hineinschauen.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Europäisches Public Health Zentrum NRW, EPHZ): Ich vermute, dass die Verfasser des § 27 neu gedacht haben, dass der bisherige § 27 andere Aufgaben benachteiligt, dass der Aufgabenkreis größer werden sollte. Man kann das so positiv interpretieren. Das Problem ist aber, dass man in der Kommentierung keinen Hinweis dazu findet.

Ich würde nicht unbedingt darauf bestehen, dass man die im bisherigen § 27 erwähnten Aufgaben wieder aufführt. Vielmehr sollte man im Kommentar deutlich machen, dass die Aufgaben, die im bisherigen § 27 stehen, selbstverständlich weiterhin Aufgaben dieses Institutes sind und dass man § 27 deshalb neu formuliert hat, um sich gegebenenfalls für Aufgaben, die jetzt nicht absehbar sind, zu öffnen. Das ist an und für sich selbstverständlich; aber es könnte die eine oder andere Befürchtung relativieren oder reduzieren, wenn man in der Kommentierung darauf hinweist, dass die im bisherigen Text genannten Aufgaben selbstverständlich weiterhin in die Zuständigkeit des Instituts gehören.

Ich möchte auch noch einmal unterstreichen, dass viele Aktivitäten ohne die qualifizierte Unterstützung dieses Instituts in vielfältiger Hinsicht nicht möglich wären. Das gilt für das EPHZ, das gilt für die Kommunen, das gilt für die Landesgesundheitskonferenz; das ist aber, denke ich, allgemein bekannt. Somit würde jede Art von Aufgabenrückführung in diesem Bereich zu erheblichen Veränderungen auch der Qualität

der Leistungserbringung beitragen. Das kann gar nicht die Intention des Gesetzgebers sein, dies bewirken zu wollen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, meine Damen und Herren. Ich danke den Sachverständigen dafür, dass sie zur Verfügung gestanden haben, und wünsche Ihnen einen guten Heimweg und noch eine fröhliche Verrichtung Ihres Tagesgeschäftes.

Der Ausschuss hat mit Blick auf das Inkrafttreten und damit zusammenhängende Fristen vereinbart, diesen Artikelgesetzentwurf der Landesregierung zügig zu beraten. Von daher werden wir in der nächsten ordentlichen Sitzung zu einer Auswertung der Anhörung kommen, möglicherweise auch zu einer weiteren Verfahrensabsprache.

