



Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales

84. Sitzung (öffentlich)

28. Oktober 2015

Düsseldorf – Haus des Landtags

15:30 Uhr bis 17:50 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Protokoll: Uwe Scheidel

Verhandlungspunkte und Ergebnisse:

1 Alkohol in der Schwangerschaft – jeder Schluck kann das werdende Leben dauerhaft schädigen 5

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/8980

– Öffentliche Anhörung –

- Regiehinweise des Vorsitzenden 5
- Fragerunde 1 5
- Antwortrunde 1 7
- Fragerunde 2 15
- Antwortrunde 2 17

2 Arbeit und Ausbildung sind Schlüssel zur Integration – Neue Möglichkeiten des Arbeitsmarktzugangs für Flüchtlinge effektiv nutzen, Förderungslücken schließen 23

Antrag
der Fraktion der SPD und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/8656

Entschließungsantrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/8743

Ausschussprotokoll 16/967

– Aussprache 23

3 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2016 (Haushaltsgesetz 2016) 28

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/9300

Und:

a) Einzelplan 11 – Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales

Vorlage 16/9300

b) Einzelplan 15 – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Vorlage 16/3177

Detailberatung

– Aussprache 28

4 Bericht über die Impfsituation von Flüchtlingen in NRW 35

Bericht der Landesregierung
Vorlage 16/3330

– Aussprache 35

1 Alkohol in der Schwangerschaft – jeder Schluck kann das werdende Leben dauerhaft schädigen

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/8980

– Öffentliche Anhörung –

Vorsitzender Günter Garbrecht: Der Antrag wurde in der 89. Plenarsitzung am 26. Juli an unseren Ausschuss überwiesen. Der Ausschuss hat sich in seiner Sitzung am 23. September verständigt, hierzu ein Expertengespräch durchzuführen. Vor diesem Hintergrund begrüße ich die anwesenden Herren Experten. Unsere Ausschussassistentin hat mich schon aufmerksam gemacht, dass wir bei der Auswahl den Gender-Gesichtspunkt nur unzureichend berücksichtigt haben. Das ist ein Mangel, den wir das nächste Mal ausgleichen werden. Ich denke aber, dass es keine Abstrafung der heute erschienenen Experten, sondern eher eine Nachlässigkeitsrüge geben wird, die sich der Ausschuss einschließlich seines Ausschussvorsitzenden zuzuschreiben haben.

Von daher: Ich begrüße Sie noch einmal ganz herzlich. Wir danken Ihnen sowohl für die Teilnahme als auch für die übersandten Stellungnahmen.

Ein Expertengespräch ist wie eine Anhörung hier im Ausschuss. Wir verzichten auf Eingangsstatements. Die Problemlage ist im Antrag wie auch in den Stellungnahmen hinreichend konkret beschrieben. Es ist außergewöhnlich, dass es auch konkrete Hinweise auf Mängel des Antrages gegeben hat. Dafür danke ich Ihnen, ist das doch für das Verständnis im Rahmen der weiteren Behandlung des Antrags sicherlich ganz hilfreich. Verabredungsgemäß hat immer die antragstellende Fraktion das erste Rede-recht. – Bitte schön, Herr Kollege Preuß.

Peter Preuß (CDU): Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren, zunächst einmal den Sachverständigen herzlichen Dank für die zugesandten Stellungnahmen. Wenn ich es richtig sehe, ist man sich ja in der Einschätzung einig, dass Alkohol in der Schwangerschaft selbst in der sogenannten gesellschaftsfähigen Menge durchaus schädlich ist und eben entsprechende Wirkungen hat. Es stellt sich dann sofort die Frage nach der Aufklärungs- bzw. Präventionsarbeit.

Meine Frage dazu an alle Sachverständigen, wie der Stand der Präventionsarbeit in Nordrhein-Westfalen aussieht. Gibt es Kooperationen und Kooperationsmöglichkeiten? Hat gegebenenfalls schon eine Evaluation stattgefunden?

An Herrn Dr. Feldmann habe ich eine zusätzliche Frage: Können Sie abschätzen, wie viele FAS-Kinder es in Nordrhein-Westfalen gibt und welche Gesamtkosten im Gesundheitswesen, in der Jugendhilfe und vielleicht auch in den Schulen oder Werkstätten anfallen? Dabei ist mir klar, dass man das jetzt zwar nicht konkret sagen kann, aber wir einmal ein Gefühl dafür bekommen, welche wirtschaftlichen und finanziellen Auswirkungen das haben könnte.

In der ersten Runde auch eine Frage an Herrn Prof. Dr. Paditz: Sie sprechen von der Einrichtung einer Taskforce. Welche Möglichkeiten stellen Sie sich für eine solche Einrichtung vor? Was soll die konkret machen?

Arif Ünal (GRÜNE): Im Namen meiner Fraktion Bündnis 90/Die Grünen danke ich Ihnen für Ihre Stellungnahmen. Ich glaube, auch im Ausschuss besteht eine große Einigkeit darüber, dass Alkoholkonsum in der Schwangerschaft vielfältige Krankheiten und Schädigungen verursachen kann. Wie geht man damit um? Wir haben Ihre Stellungnahmen recht kurzfristig bekommen und konnten einige nur überfliegen oder gar nicht lesen.

Herr Prof. Dr. Paditz hatte sehr ausführlich beschrieben, dass in NRW 1.200 Kinder mit Schädigungen zur Welt kommen.

Gibt es Untersuchungen oder können Sie nach Ihren Beobachtungen sagen, aus welchen familiären Strukturen diese Kinder kommen? Wo gibt es Häufungen?

Sie haben in Ihren Stellungnahmen von vielen Studien und Arbeiten berichtet. Gibt es darüber hinaus die Notwendigkeit, ein Forschungsprojekt zu machen?

Ich glaube, Prävention ist die einzige Methode. Sie haben davon geschrieben, dass einige Präventionsmaßnahmen sehr gute Erfolge hatten und eine zielgruppenspezifische Präventionsarbeit notwendig ist. Sie haben hierfür in NRW 9,5 Millionen € beziffert. Wie kommen Sie auf diese Summe? Ist es damit tatsächlich getan?

In NRW gibt es mehrere Präventionsansätze. Können Sie über die Präventionsmaßnahmen, die wir bis jetzt in NRW durchgeführt haben, eine Aussage machen? Sind die eigentlich erfolgreich gewesen oder nicht? Vielen Dank.

Daniel Düngel (PIRATEN): Ganz herzlichen Dank auch im Namen meiner Fraktion an die Sachverständigen, dass Sie uns Stellungnahmen haben zukommen lassen und jetzt die Zeit mitbringen, uns hier Rede und Antwort zu stehen.

Meine erste Frage kam zum Teil gerade schon auf: Aus den Stellungnahmen geht ja hervor, dass Sie als Sachverständige das Grundanliegen des CDU-Antrags unterstützen. Ich würde gerne wissen, ob die aktuellen Anstrengungen speziell im Land Nordrhein-Westfalen ausreichend oder inwieweit sie ausbaufähig sind. Anschließend daran: In der Stellungnahme des Zentrums für Angewandte Prävention ist eine Rechnung aufgemacht worden, wie groß in Nordrhein-Westfalen der Umfang an Einsparungen in dem Bereich etwa wäre, wenn es entsprechende Präventionsprogramme oder ausreichend Präventionsprogramme gäbe.

In dem Kontext würde ich gerne von Ihnen wissen, ob das, was wir in Nordrhein-Westfalen machen, ausreicht. Was könnte konkret mehr gemacht werden? Oder was sollte mehr gemacht werden? Wie ist das mit den aktuellen Mitteln, die im Land zur Verfügung stehen? Reichen die tatsächlich aus? Der CDU-Antrag geht ja von einer Priorisierung im Landeshaushalt aus. Man möchte nicht noch zusätzliches Geld für Prävention zur Verfügung stellen. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Meist gibt es emotional-affektive Gründe für Alkoholkonsum. Mich würde interessieren, ob es dann im Kontext ausreicht, mit rationalen Argumenten zu argumentieren, warum eben Alkohol in der Schwangerschaft schlecht ist und welche Auswirkungen der Konsum haben kann? Oder brauchen wir andere Methoden, um entsprechend präventiv wirken zu können?

Dr. Roland Adelman (SPD): Vielen Dank für Ihre Ausführungen. Meine erste Frage geht an Herrn Prof. Paditz mit der Bitte um Ihre Darstellung, welche Maßnahmen wirklich die effektivsten sind, auf welche wir besonderen Wert legen sollten.

Herr Oberarzt Dr. Siedentopf, Sie sind in Ihrer Stellungnahme auf eine Diskrepanz bezüglich der Datenlage eingegangen. Meine Bitte an Sie ist, einmal darzustellen, ob in dem Bereich noch wirklich Bedarf ist, Forschungsarbeiten über die Prävalenz zu machen. Oder ist die Datenlage ausreichend? Wenn noch Bedarf besteht: Welche Art Studie, hinter der ja kein wirtschaftliches Interesse von irgendeinem Interessensverband steht, wäre vonnöten? Über welchen Zeitrahmen wäre sie angelegt? Es muss es ja mit Sicherheit eine längerfristig angelegte Sache sein, die von Staats wegen einer Förderung bedarf.

Dr. Björn Kerbein (FDP): Vielen Dank an die Sachverständigen auch von unserer Seite. Meine erste Frage richtet sich an Herrn Dr. Resch: Wo sehen Sie aus Ihrer ärztlichen Praxis heraus sinnvolle Ansätze zur Prävention? Wie können insbesondere Frauen mit riskantem Alkoholkonsumverhalten erreicht werden?

Meine weiteren Fragen richten sich an die übrigen Sachverständigen: Es ist ja so, dass nur der vollständige Verzicht auf Alkohol dazu führen kann, dass man in der Schwangerschaft FAS und FASD wirklich ausschließen und verhindern kann. Wie hoch schätzen Sie die Inzidenz und das Risiko bei Frauen bei gelegentlichem Alkoholkonsum ein? Dabei denke ich mir andere Risiken wie zum Beispiel eine depressive Erkrankung weg.

Daran anschließend: Inwiefern kann bei Frauen mit problematischen Konsummustern das Risiko von FAS und FASD durch eine Reduzierung des Trinkens bzw. auch die Vermeidung von Episoden wie etwa „Binge drinking“ verringert werden, selbst wenn dabei keine totale Abstinenz erreicht werden kann?

Prof. Dr. Ekkehart Paditz (Zentrum für Angewandte Prävention Dresden – Stellungnahme 16/3117): Vielen Dank für Ihre Fragen. Zu einer „Taskforce“ und wie ich mir das vorstelle oder was das sein soll: Alle Akteure – das sind insbesondere die Hebammen, die Kinderärzte, die Frauenärzte, Geburtshelfer, aber auch Psychologen und Lehrer – sind gefragt. Sie sollten die gleiche Sprache sprechen und die gleichen Kernbotschaften vermitteln. Insofern erscheint es mir sinnvoll, wenn in Nordrhein-Westfalen die Spitzenvertreter der einzelnen Fachgruppen, Selbsthilfegruppen im medizinischen und auch pädagogischen Bereich ein Konsenspapier zustande brächten. Damit hätten „die Häuptlinge“ die gleiche Meinung erstritten bzw. erarbeitet, die sie in

ihren Strukturen in Ausbildungsprogramme für Kinderärzte, Frauenärzte und Hebammen durchgeben könnten. Die Hebammen haben ja auch angesprochen, dass ein Bedarf besteht und dort mit einer Zunge gesprochen wird.

Da das keine ganz einfache Übung und nicht nur ein einfaches Informationsblatt ist, das ausgeteilt werden müsste, sondern in emotionale und rationale Strukturen hineingeht – das ist eben angesprochen worden –, wäre es optimal, wenn dort eine hohe politische Position – also Gesundheitsminister oder Ministerpräsident – die Schirmherrschaft oder die Steuerung übernimmt. Damit würde dokumentiert: Das ist für uns ein wichtiges Anliegen. So würde der Stellenwert an der Häufigkeit und von der materiellen Bedeutung her deutlich gemacht.

Welche familiären Strukturen sind besonders betroffen? – Dazu gibt es in meiner Stellungnahme eine Liste: Das sind nicht gebildete Erstgebärende, sondern Frauen mit etwas höherem Gebäralter, dann Frauen mit niedrigerem Bildungsniveau. Man hat untersucht, wie die soziale Bildungsstruktur von Frauen aussieht, die ein Kind mit FASD oder FASD im Vollbild geboren haben. Also: höheres Gebäralter, niedrigeres Bildungsniveau, Alkoholtradition in der Familie, in der direkten oder auch in der Umgebung, sodass die negative Vorbildfunktion in der Familie natürlich da ist und leider bereits entsprechend geschädigte Kinder in der Geschwisterreihe. Dort sehe ich eine große Chance und Aufgabe der Kinderärzte, die eben sagen: Das ist kein Selbstläufer, sondern hier ist schon ein geschädigtes Kind da. Und das nächste Kind kann schon wieder ein gesundes Kind sein. Diese Chance hat jede Frau. Dazu, dass man durchaus erreichen kann, dass das nächste Kind wieder ein gesundes Kind ist, gibt es Daten aus Frankreich.

Die geringe Inanspruchnahme pränataler Hilfen ist ein deutliches Merkmal. Wenn in der Stellungnahme der Hebammen steht, dass sie ab dem Tag eins der Schwangerschaft mit jeder Schwangeren Kontakt haben, ist das eine Hoffnung, die ich natürlich auch hätte. Ich kann primär aus der Neonatologie am Uniklinikum in Dresden berichten, und auch der Kollege aus der Charité hat das im Vorgespräch bestätigt: Es gibt eben gerade in der Kerngruppe chronisch alkoholabhängiger Frauen, die vorher und dann natürlich auch während und nach der Schwangerschaft trinken, leider viele, wo erst zur Geburt der erste Kontakt mit dem medizinischen System entsteht.

An der Stelle sehe ich den dringenden Bedarf, dass dort möglicherweise – wenn man an diese harte Gruppe Alkoholkranker heranmöchte – Streetworker und Psychologen einbezogen werden.

Das letzte Merkmal bezieht sich auf die Frauen, die schon ein Kind mit FASD geboren haben, häufig stabilisierte Muster von Alkoholkonsum vor der Schwangerschaft hatten, das innerhalb der Schwangerschaft nicht verändert haben und auch nach der Schwangerschaft – falls sie überhaupt stillen – weiterverfolgen. Dort gibt es eine große Herausforderung und ein Klientel, an das man primär schwer herankommt.

Zur zweiten Gruppe gehören diejenigen, die gelegentlich einen Drink nehmen, die es einfach nicht besser wissen und dankbar wären, wenn sie die Informationen bekommen, und die natürlich während dieser ganzen Schwangerschaft sofort mit Trinken

aufhören könnten. Dazu stand ja auch die Frage im Raum, ob es eine klare Schwelendosis gibt. Die gibt es nicht, wohl aber aus Schweden eine große Untersuchung, die mich selber auch sehr berührt hat. Dort sind die Kinder in mehreren Schulklassen untersucht worden, wie der Intelligenzquotient ist. Dann ist die mütterliche Schwangerschaftsanamnese aufgenommen worden. Es haben sich klare Unterschiede gezeigt:

Das Intelligenzniveau und das Niveau an Verhaltensstörungen hyperaktiver Kinder und Kindern mit Konzentrationsstörungen war – wenn dort auch nur ein gelegentlicher Drink während der Schwangerschaft genommen worden war – höher als bei den Kindern von Frauen, die um die Gefahren wussten und während der gesamten Schwangerschaft nichts getrunken haben.

9,5 Millionen € Einsparungen sind das Minimum und beruhen auf Daten aus Kanada: Die Kanadier haben sehr ausführliche gesundheitsökonomische Datenrechnungen angestellt und dabei alle ambulanten und stationären medizinischen Kosten zusammengezählt und festgestellt: Für ein Kind mit FASD, also der leichteren Form, etwa 9.000 € umgerechnet und für die leichteren etwa 4.000 € pro Jahr an medizinischen Behandlungskosten. Herr Feldmann hat ein Handout herausgegeben: Wenn man noch die gesamten Betreuungskosten in Pflegefamilien einrechnet, dann ist man locker in einer Größenordnung von 30.000 € pro Kind. Nur aufgrund der Hochrechnung oder Umrechnung der kanadischen Daten auf Nordrhein-Westfalen und die geschätzten Inzidenzen könnte man, wenn man die Häufigkeit um nur „30 %“ FASD – mehr ist sicher nicht machbar – in Nordrhein-Westfalen durch eine konzertierte Aktion vermindern würde, 9,5 Millionen € „einsparen“, weil eben weniger Kinder mit FASD geboren und dadurch weniger medizinische Inanspruchnahmen erforderlich werden.

Zum Schluss komme ich zu Ihrer Frage zum emotionalen und rationalen Aspekt: Es gibt psychologische und zum Teil auch psychoanalytisch orientierte Studien darüber – das hat mich sehr schockiert –, dass auch Männer eine Aktie daran haben können, wenn eine Frau zum Alkohol greift. Sehr deutlich wird, dass insbesondere vergrößerte Verhaltensstrukturen zwischen Mann und Frau, Gewalt oder respektloses Verhalten des Partners oder von Männern gegenüber schwangeren Frauen allgemein dazu beitragen, dass der Griff zum Alkohol unterstützt wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Wir starten möglicherweise eine weitere Runde, in der dann die Damen und Herren Abgeordneten Fragen, die vielleicht noch nicht in der Tiefe beantwortet sind, stellen können.

Dr. Jan-Peter Siedentopf (Klinik für Geburtsmedizin, Charité Berlin – Stellungnahme 16/3134): Herr Prof. Paditz hat schon zu sehr vielen Aspekten, zu denen auch an mich Fragen gerichtet worden sind, mitbeantwortet. Trotzdem möchte ich gerne auf etwas noch einmal eingehen: Insbesondere war mir aufgefallen, dass im Antrag ein Rechenfehler – letztlich ein Zahlendreher – steht, der eigentlich widerspiegelt, was die Datenlage hergibt: Wir wissen nämlich sehr wenig dazu! – Das vielleicht auch als Antwort an Herrn Adelmann. Deshalb denke ich: Es besteht ein riesengroßer Forschungsbedarf. Ich bin noch nicht so lange im Geschäft, aber auch schon seit 15 Jahren mit

dem Thema befasst. Seit dem werden immer wieder die gleichen Zahlen plus/minus 1.000 betroffene Kinder perpetuiert von der nächsten zur übernächsten Bundesdrogenbeauftragten weitergereicht. Es sind keine Zahlen, die sich auf deutsche Studienergebnisse stützen, sondern es sind Ausschnittsstudien, Hochrechnungen anhand von internationalen Beispielen. Wir können dann immer nur sagen: Ja, es wird wohl so ähnlich sein! – Kleine Einzelstudien und dezidierte Nachberechnungen stützten diese Einschätzung. Aber wir haben diese Zahlen nicht in der Form, sodass ich denke: Um wirklich Augen zu öffnen – vielleicht über Nordrhein-Westfalen hinaus –, wäre es sehr wichtig, Zahlen zu generieren, die zunächst die tatsächliche Dimension der betroffenen Kinder beschreibt, aus der sich dann sicherlich die immensen Kosten für unser Gesundheitssystem und auch unser Sozialsystem deutlicher ableiten lassen. Denn die direkten Gesundheitskosten sind nur ein Punkt. Als Nächstes kämen die Unterbringungskosten in Pflegefamilien hinzu und die Unfähigkeit, aktiv am Berufsleben teilzunehmen.

Erst gestern habe ich eine Patientin betreut, deren Mutter schon in unserer Sprechstunde betreut wurde, damals unter dem Hauptthema Suchtmedizin, also Drogen, illegaler Drogen- und Heroinkonsum. Ich gucke sie mir an und denke: Das ist wohl eine Patientin, die einmal zu jemandem müsste, der sich mit FAS auskennt, die jetzt selber schwanger ist und Alkohol getrunken hat. Wir haben eine Kette von Folgeerkrankungen und tatsächlich eine Generation „Weitergabe“. Wenn wir das durchbrechen wollen, müssen wir erst einmal wissen, wo wir überhaupt stehen. Also ist die Forderung nach Forschung auf jeden Fall ganz wichtig, denke ich.

Bei der Frage nach der therapeutischen Herangehensweise oder der Interventionsmöglichkeiten liegt mein Herz sehr auf der Seite der Frauen, die „unschuldig schuldig geworden sind“. Das sind nämlich die Frauen, die zu Beginn der Schwangerschaft nicht ausreichend informiert worden sind. Eventuell hat ihnen der Frauenarzt gesagt – und das tun viele leider immer noch –: Ach, so ein Gläschen Sekt regt den Kreislauf an! Ein Gläschen Rotwein hilft bei der Entspannung! – Aber ich sage: Das sind schon zwei Gläser Alkohol am Tag, und es gibt Studien, aus denen wir wissen, dass es schädigend ist, wenn eine Frau das so umsetzt. Zum Glück sind die Frauen meistens so weit, dass sie selber nachdenken, nicht ihrem Gynäkologen trauen, und ihren Alkoholkonsum reduzieren können. Aber es gibt eben auch Frauen – alles Frauen, die nicht alkoholabhängig sind –, die in die Falle der fehlerhaften oder unzureichenden Beratung tappen und damit unbewusst und ohne Zwang ihr Kind schädigen.

Auf dem Weg hierher hatte ich die Gelegenheit, mal wieder die Zeitung zu lesen, einen Artikel „Im Vollrausch durch die Uni“ in der „Frankfurter Rundschau“ von heute. Klar wird: Es gibt eine weitere von Ihnen noch nicht erwähnte Risikogruppe: die älteren Frauen, die ihr erstes Kind bekommen, durchaus die gebildeteren Frauen, die spät anfangen, die sich zum Zeitpunkt der Familiengründung schon einen gewissen Lebensrhythmus angeeignet haben, zu dem abends auch ein Glas Wein gehört. Diese Frauen sind nicht süchtig, sondern brauchen nur jemanden, der ihnen sagt: Lassen Sie es sein! – Es gibt Studien aus England, nach denen ein höheres Bildungsniveau offenbar mit einem höheren Alkoholkonsum vergesellschaftet ist. Das Gleiche hat auch Frau Prof. Bergmann an der Charité vor einigen Jahren herausbekommen. Wir haben

auch in der bildungsnahen Schicht ein Problem, was den Alkoholkonsum in der Schwangerschaft betrifft.

Ich glaube, das liegt an einer fehlerhaften Beratung, und gehe dabei mit meiner eigenen Profession, den Frauenärzten, ganz besonders streng ins Gericht. Ich denke, wir beraten falsch, wir beraten nicht ausreichend. Deshalb in meiner Stellungnahme der kleine Seitenhieb auf die Mutterschaftsrichtlinien, wo überhaupt nichts dazu steht, was gesagt werden soll. Es steht dort nur, es solle nach Genussmitteln gefragt werden. Das ist nicht ausreichend. Ich glaube, in einer Landesinitiative steckt die Möglichkeit für eine bundesweite Vorreiterrolle, indem wir das Thema ernst nehmen und auch unserer kassenärztlichen Vereinigung sagen: Kümmert euch drum! – Eine solche Aussage zur aktiven Herangehensweise könnte ich mir durchaus vorstellen.

Jetzt zur Frage von Herrn Kerbein nach problematischen Konsummustern und wie man damit umgeht! Ich würde die betroffenen Mütter in drei Gruppen einteilen: Die eine Gruppe sind die, die wirklich komplett unwissend sind. Zur zweiten Gruppe gehören die, die glauben, sie könnten selber entscheiden, ob Alkohol gefährlich ist oder nicht, und die dummerweise vielleicht falsch beraten worden sind. In der dritten Gruppe sind die, die tatsächlich ein Suchtproblem haben: entweder einen problematischen Alkoholkonsum, den sie nicht so einfach abstellen können und wo sie Unterstützung brauchen, oder sogar eine Alkoholabhängigkeit, bei der das sofortige Absetzen des Alkohols sogar lebensgefährlich werden kann. Auch dazu anekdotisch: Wir haben dieses Jahr eine Patientin betreut, die im Alkoholentzug in der Vorschwangerschaft – da war sie noch nicht bei uns – fast gestorben wäre. Wie geht man damit um? Ich kann denen nicht einfach sagen, mit dem Trinken aufzuhören. Das klappt nicht. Es gibt sicherlich eine Gruppe von Patientinnen, bei der wir nicht erfolgreich sein können. Deshalb wäre die Einschätzung mit einer 30-%-igen Erfolgsoption schon toll.

Problematische Konsummuster, also das, was für eine Nichtschwangere problematisch wäre: Wenn sie diesen Konsum über längere Zeit betreibt, wird sie möglicherweise alkoholabhängig. Das sind WHO-Angaben, die man dazu hat. Mit diesem problematischen Konsum können die Frauen meistens aufhören. Aber man muss intensiv mit ihnen reden. Man muss sie nicht nur fragen „Trinken Sie Alkohol?“, weil dann typischerweise ein „Nein!“ oder höchstens „So wie üblich!“ herauskommt. Sondern man muss dezidiert fragen: Wie war das denn jetzt in der Schwangerschaft? – Man muss sie auch wiederholt fragen, weil sich das im Laufe der Schwangerschaft ändert. Möglicherweise denkt sie auch wieder: So ein bisschen Alkohol! Jetzt ist das Kind schon so groß, jetzt kann ich weitertrinken! – Damit fügt sie ihrem Kind in einer Phase einen Schaden zu, wo der Wachstumsschub des Gehirns – das war in einer Stellungnahme beschrieben worden – gerade eine Rolle spielt. Wenn sie in der späteren Schwangerschaft mit Alkohol, einem Zellgift, das Kind traktiert, schädigt sie das Gehirnwachstum und verhindert eine Schadenswiedergutmachung, die in dem sehr plastischen und noch sehr entwicklungsfähigen Gehirn des Kindes intrauterin vielleicht möglich wäre. Aber wenn sie immer weitertrinkt, braucht sie darauf nicht zu hoffen.

Das heißt: Ich sehe Sie da auf einem Weg, eine Aufgabe anzugehen, die groß ist, aber die, glaube ich, lohnend wäre.

Dr. Tobias Resch (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf – Stellungnahme 16/3135): Ich gehe zunächst einmal auf die Frage ein, ob Präventionsprogramme – sowohl die der kassenärztlichen Vereinigungen als auch die der niedergelassenen Kollegen – ausreichend sind. Ich muss zum einen aus KV-Sicht und zum anderen aus meiner Sicht als Obmann der niedergelassenen Frauenärzte antworten. Aus KV-Sicht würde es erst mal heißen: Es ist ausreichend! – Warum: Es ist in den Mutterschaftsrichtlinien festgelegt, dass beim ersten Kontakt über die Genussmittel gefragt werden soll. In diesem Rahmen ist es sicherlich ein bisschen kurz gestellt, darüber – das ist gerade gesagt worden – intensiv zu reden, und zwar allein dann schon, wenn man sich vergegenwärtigt, dass nach diesen Richtlinien Themen wie „Ernährung“, „Medikamente“ und „Genussmittel“ mal eben alle in einem kurzen Gespräch abgehakt werden sollen.

Wenn man der KV vorgibt zu sagen „Kümmert euch darum!“, müsste man im Prinzip die Mutterschaftsrichtlinien genauer definieren und bei den Genussmitteln schon beim Alkohol exakter sagen, welche Fragen denn mit den Schwangeren besprochen werden müssen. Als Obmann der Gynäkologen sehe ich es so, dass wir damit ja eigentlich schon zu spät sind, denn eigentlich sollte die Prävention, die in der Praxis beginnt, schon vor der Schwangerschaft mit den Frauen erörtert werden. Heißt also: Wir sollten das Gespräch über die Risiken mit den Frauen praktisch schon führen, bevor die Schwangerschaft beginnt, damit wir gerade die Gruppe der Unwissenden absolut reduzieren können. Das ist die einzige Gruppe, bei der wir überhaupt eine Möglichkeit haben, eine Reduktion mit einem gewissen Erfolg vollziehen zu können. Wenn wir hier von 30 % Datenlage reden, die unter optimalen Bedingungen maximal erreicht werden kann, muss man berücksichtigen, dass natürlich ein Großteil in der Gruppe die Frauen sind, die den Alkohol aus Unwissenheit mitgenießen.

Bei den chronisch Alkoholabhängigen sehe ich das Problem letztendlich größer angelegt, weil die Verzahnung zwischen Hausärzten, Psychologen, Psychotherapeuten, Kinderärzten und natürlich uns Frauenärzten schlecht ist, sodass wir unter Umständen gar nicht mitbekommen, dass eine Frau schon vorher auffällig gewesen ist. Wir haben keine Datenlage dazu, ob sie schon mal stationär aufgenommen gewesen ist. Somit sehe ich auch das gesamte Konzept, diese chronisch kranken alkoholabhängigen Frauen aufzufangen, als sehr schwierig umzusetzen an. Es müsste einfach ein besserer Datenaustausch vorhanden sein und jeder genau wissen, worüber wir reden.

Welche Maßnahmen gibt es bisher? – Es gibt von der KV her Schulungen, die auch in Informationsblättern veröffentlicht worden sind. Für uns Ärzte ist immer der Punkt, dass wir zwar jetzt mit diesen Schulungen zurande kommen und sagen können, wir reden kurz darüber; aber wir haben es langfristig mit dem Problem zu tun, dass das nicht vorgeschrieben ist. Man muss einfach selbstkritisch sein, dass dadurch vielleicht das intensive Gespräch zu kurz kommt, gerade vor der Schwangerschaft, wenn es so wichtig wäre.

Bei der Gruppeneinteilung sehe ich Frauen aus höheren sozioökonomischen Strukturen, die den regelmäßigen Genuss eben als normal ansehen. Das ist sicherlich ein Problem, aber gleichzeitig die Gruppe, die wir am leichtesten beeinflussen und durch Informationsgaben davon abhalten können, weiter Alkohol zu trinken. Heißt also: An

Prävention gibt es noch eine Menge zu tun. Dazu müssen wir erst einmal die Richtlinien genauer definieren, was nicht unsere Aufgabe ist. Wir als Ärzte können die Frauen im Vorfeld informieren und natürlich durch Öffentlichkeitsarbeit, Medien etc. über die Risiken weiter aufklären. Sonst sehe ich keine Chance.

Dr. Reinhold Feldmann (Unikinderklinik Münster – keine schriftliche Stellungnahme): Mein Name ist Reinhold Feldmann. Ich komme von der Unikinderklinik in Münster, wo ich seit ungefähr 15 Jahren FAS-Forschung betreibe. Wir haben bei uns eine Ambulanz für die betroffenen Kinder eingerichtet, die mit den Jahren sehr stark gewachsen ist und heute etwa 1.500 Kinder mit Alkoholschädigung im Jahr sieht.

Es gibt in Deutschland im Jahr etwa 2.000 Neugeborene, die ein solches FAS haben. Daran können Sie sehen, dass die Versorgung für diese Kinder bundesweit bereits in Ihrem Bundesland stattfindet, wenn auch im anderen Landesteil, in Westfalen. Das heißt, die Versorgungsstruktur ist in Nordrhein-Westfalen so gut wie nirgendwo sonst. Wir haben Kinder, die aus Bayern, aus Sachsen, von überall herkommen.

Wir betreiben seit langer Zeit intensiv auch Forschung. Eine Studie, die in diesem Jahr zu Ende gegangen und bereits publiziert worden ist, befasst sich mit der Anzahl von Kindern, die eine Alkoholschädigung haben. Es ist natürlich so, dass wir die 13 Millionen Kinder, die es in Deutschland gibt, nicht alle testen können. Das wären viel zu viele. Das haben wir deshalb regional gemacht: städtisch, ländlich und in einer Mischstruktur. Ich bin sehr dankbar, dass die Stadt Düsseldorf die Stadt war, die bei der Studie mitgemacht hat, sodass wir jetzt wissen, wie viele FAS-Kinder es in Düsseldorf gibt. Ich kann Sie alle ein bisschen entlasten: In Düsseldorf gibt es besonders wenige.

Insgesamt ist es so, dass wir bei Neugeborenen bei einem von 330 Kindern ein FAS, eine Alkoholschädigung haben. Diese Zahl wurde immer schon geschätzt, weil das in Frankreich und in anderen Ländern ähnlich ist. Bei unserer Zählung ist es genauso herausgekommen. Wir können das herunterbrechen auf Nordrhein-Westfalen: Wir haben in Nordrhein-Westfalen etwa 9.500 Kinder mit manifester Alkoholschädigung, mit einem FAS.

Wir haben uns in einer weiteren Studie gefragt, was das kostet, und ganz konkret – zufällig, weil wir das eingrenzen müssen und die Kosten auf Landesebene unterschiedlich sind – Nordrhein-Westfalen genommen. Es ist so, dass die FAS-Kinder, die in Obhut genommen werden müssen, die in Heimen leben, die in besonderen Förderschulen unterrichtet werden müssen, die viele Medikamente und Therapien brauchen, teurer sind als andere Kinder. Man soll Kinder sicherlich nicht auf Geld reduzieren. Aber das ist ein ganz wichtiger Punkt, denke ich, für die Versorgung und auch in der Frage der Prävention: Was kostet uns das Ganze denn? Was kostet uns FAS, wenn wir keine Prävention machen? Ein Kind mit FAS verursacht Mehrkosten von 32.000 € im Jahr. Das klingt relativ hoch. Aber wenn Sie überlegen, dass ein Platz im Kinderheim pro Monat etwa 5.000 € kostet, sind Sie damit schon drüber, wenn das Kind die ganze Zeit im Heim ist. Das ist eine Mischkalkulation aus etwa 100 Kindern, deren Biografien wir getestet haben. Wir haben also 32.000 € Mehrkosten pro Kind. Rechnen Sie das hoch auf Ihr Land mit den 9.000 Kindern: Das macht 303 Millionen € pro Jahr. Klingt ebenfalls erst einmal sehr hoch, ist im Gesundheitswesen aber nicht ganz so

viel, muss man auch ehrlich sagen. Aber diese Kosten, die dahinterstecken, wären vermeidbar: Kosten für Heime, für Schulen, für die Medizin. Dazu liegen Informationen aus, die Sie einfach mitnehmen können. Es gibt bereits Studien, aber wenn Sie mich fragen, was man noch erforschen muss, würde ich sagen: Man kann alles noch deutlich besser machen. Dazu komme ich gleich.

Was gibt es schon in Ihrem Bundesland? Was gibt es hier an Präventionsarbeit? – Da fällt mir vor allem „Gesundheit für Mutter und Kind“ ein, was in den letzten Jahren als Projekt Ihres Bundeslandes ein großes Thema war. Dazu ganz kurz: Was muss Prävention leisten können? – Es gibt zwei Dinge und zwei blöde Wörter dazu, die ein bisschen aus der Mode sind. Das eine ist „nachhaltig“, das heißt es gibt überall auf der Welt Präventionsprojekte. Die sind nutzlos. Das heißt, Sie hängen ein Plakat in die U-Bahn und hoffen, dass die Kinder dann weniger Schaden nehmen. Das geht nicht. Das klappt nicht. Sie haben diese Projekte zwar bei sich im Bundesland; ich glaube aber, dass diese Kick-offs, die dann sehr großartig veranstaltet werden, wonach dann nicht mehr so ganz viel folgt, nicht das sind, was funktioniert. Das wird dauerhaft nicht gehen.

Jetzt zeige ich Ihnen ein Beispiel, zu dem eine kleine, relativ kurze Broschüre ausliegt, die darüber informiert, dass man in der Schwangerschaft keinen Alkohol trinken soll. Diese Broschüre verbreiten wir über einen großen Verteiler an möglichst alle Gynäkologen im Land. Wir erreichen zwar nicht alle, wohl aber ungefähr zwei Drittel. Wenn der Gynäkologe sagt „Sie sind schwanger. Gratuliere!“, dann soll er diese Broschüre aushändigen. Das gibt es bereits. Das ist auch aus Ihrem Bundesland. Und das ist nachhaltig. Das läuft jedes Jahr mit einer Riesenaufgabe. Wir haben zwar nicht mehr so viele Kinder wie früher, aber immerhin noch ungefähr 700.000. Und die müssen Sie erreichen. Jedes Jahr. Sie können nicht einfach aufhören und sagen „Wir hatten einmal ein schönes Projekt!“ Das wäre nutzlos.

Wir haben die gleiche Information – allerdings noch etwas detaillierter – für Eltern, die ein solches Kind haben. Die brauchen das auch. Die müssen wissen, wie sie mit ihrem Kind umgehen.

Sicherlich mein Steckenpferd – ganz klar, aber ich glaube: berechtigt – sind Informationen für Schüler. In der Schule haben wir den letzten Augenblick, wo alle Kinder noch zusammen und erreichbar sind. Dort sollten wir über Alkohol und Schwangerschaft aufklären. Sicherlich ist das dort noch nicht das Thema und soll es auch nicht sein. Völlig klar! Aber die Informationen gehören in die Schulen. Ich bin sehr froh, dass ein anderes Bundesland das nutzt und die Information in alle Schulen schickt. So läuft das, das ist meines Erachtens eine nachhaltige Prävention. Letztendlich haben Sie die; nur müsste man sie vielleicht noch einmal ein bisschen intensivieren.

Die Frage nach der Nachhaltigkeit! Wenn man Prävention macht, muss man heute zwingend eins machen: Evaluation, das heißt herausfinden, ob etwas nützlich ist. Ist es etwa schlau, ein Plakat aufzuhängen? Haben wir danach weniger auffällige Kinder? – Nein, haben wir nicht. Also müssen wir testen. Dazu habe ich Beispielhefte ausgelegt. Ich habe so eine Studie – einfach einmal gegen den Strich gebürstet – durchgeführt. Also nicht nach Sparten für „Ärzte“, „Hebammen“ etc., sondern regional: eine

große Stadt – leider keine nordrhein-westfälische; es war keine in der Nähe, die mitmachen wollte –, nämlich Braunschweig, die zweitgrößte Stadt in Niedersachsen. Dort habe ich für alle, die es angeht, die zum FAS beraten sollen, Informationsmaterialien bereitgestellt und vorher das Wissen und den Bedarf abgefragt: Was wollen Sie denn eigentlich über FAS wissen ..., wenn Sie schon in der Schulberatung sind, in der Schwangerschaftsberatung und so weiter sind? Dann haben wir diese Informationen verteilt und anschließend Evaluation betrieben. Ich habe mich gefragt: Was ist jetzt besser als vorher? Können Sie besser beraten? Sind Sie kompetenter? So etwas gibt es bereits. Das liegt auch aus. Solche Studien muss man ganz sicher machen.

Gelegentlicher Alkoholkonsum: Welche Familien? – Das ist mehrfach genannt worden: Wir haben einen Alkoholkonsum, der mit der Schichtzugehörigkeit steigt: Die reichen Leute trinken am meisten, und in sozialen Brennpunkten wird am wenigsten getrunken. Trotzdem haben wir im sozialen Brennpunkt besonders viele geschädigte Kinder, was allerdings an einem Mischkonsum liegt: Dort trinken sie nicht nur, sondern rauchen auch noch – das ist in der Oberschicht relativ selten geworden – und nehmen andere Drogen. Diese Kombination ist für Kinder, wie Sie sich denken können, auch nicht angenehm und ursächlich für viele Schäden.

Wie können wir die Mengen an Kindern reduzieren, die ein FAS haben? – Es wurde diese Studie mit den 30 % genannt. Die habe ich mir natürlich auch angesehen. Leider sind es – wenn man hinschaut – bei den Kindern, die eine manifeste Schädigung haben, etwas über 15. Man hat kurzfristig in einer Kampagne über Alkohol und Schwangerschaft mit Plakaten, mit Radiosendungen und so weiter aufgeklärt. Und was ganz witzig ist, in der Publikation aber leider erst ganz hinten, auf der vorletzten Seite steht: In der Zeit haben die Frauen mehr getrunken. Die Zahl der abstinenten Frauen hat abgenommen. Das heißt: Das ist eine Präventionskampagne gewesen, die gescheitert ist. Wir müssten das also deutlich besser begleiten und vor allem nachhaltig machen. Das gilt auch für die Forschung. Sie werden es nicht nach dem Muster machen können: Ich mache eine Kampagne und schaue mal, was dabei herauskommt! – Das wäre ein Forschungsmodell, bei dem ich nicht mitmachen würde. Das müsste ein bisschen professioneller laufen. Aber wie das ginge, ist, glaube ich, in dieser Runde und in nur einer Stunde nicht so gut zu besprechen.

Ich habe ganz schnell und viel geredet. Ich hoffe, dass einige Fragen beantwortet sind.
– Danke!

Vorsitzender Günter Garbrecht: In der Tat. Das war ein ganzes Feuerwerk. Wir gehen in die zweite Fragerunde: Frau Steininger-Bludau, bitte!

Eva Steininger-Bludau (SPD): Ich bin nur stellvertretendes Mitglied in diesem Ausschuss und wollte ganz einfach einmal die Gelegenheit nutzen, Sie als Experten hier in dieser unserer Runde zu fragen. Der Antrag der CDU ist ja abgestellt auf Frauen: Trinken in der Schwangerschaft! – Inwieweit gibt es Studien/Untersuchungen der Spermien von alkoholkranken Männern, wo riskanter Alkoholkonsum, wie Sie ihn gerade beschrieben haben, möglicherweise das Erbgut schädigt und über das geschädigte Erbgut FAS-Kinder geboren werden und die Frau mit der Schädigung „eigentlich

gar nichts zu tun hat“? Gibt es solche Studien? Ist das möglich? Dazu hätte ich gerne eine Erklärung. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie mir das erklären könnten.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Bevor ich die Frage an einen Experten weiter gebe, der sich dafür als Fachmann für zuständig erklärt: Gibt es weitere Fragen aus dem Kreis der Damen und Herren Abgeordneten aus den Fraktionen? – Herr Kollege Düngel, Herr Ünal, Herr Dr. Kerbein, Herr Neumann!

Daniel Düngel (PIRATEN): Ich möchte kurz aufgreifen, was Herr Dr. Resch vorhin ausgeführt hat: Sie haben beschrieben, man könnte die Fragen konkretisieren, die die Gynäkologen stellen sollten. Ich würde gerne ein bisschen tiefer bohren: Was muss darüber hinaus geschehen? – Herr Dr. Feldmann hat aus seiner Praxis heraus ausgeführt, dass er zum Beispiel gute Erfahrungen mit bestimmten Broschüren hat und es vor allem eine nachhaltige Aufklärung geben muss. Dazu würde mich Ihre Einschätzung interessieren.

Wenn wir über Prävention reden, wird in der Debatte um Entkriminalisierung von Suchtmitteln immer wieder angeführt, dass ein Verbot von Suchtmitteln eine generalpräventive Wirkung hat. Wenn ich diesem Argument so folge, dann müsste ich Alkohol verbieten, um an schwangere Frauen ein Signal zu senden, keinen Alkohol konsumieren zu können oder zu dürfen. Würden Sie dieser Argumentation Folge leisten? Oder wie schätzen Sie das ein?

Im Antrag steht auch, dass eine Expertenrunde gebildet werden soll. Meine Frage an alle Sachverständigen: Wer könnten diese Experten sein, welche Gruppierungen, Interessensvertreter?

Ich möchte auch noch nachhaken: Ich hatte in der ersten Runde eine Frage zur Finanzierung aus Landesmitteln gestellt. Der CDU-Antrag will das im Endeffekt haushaltsneutral machen. Nach meinem Verständnis funktioniert das nicht haushaltsneutral. Dann kann ich vielleicht allenfalls die eben schon erwähnten Plakate in die U-Bahn hängen. Das kriege ich ein bisschen durch Priorisierung hin. Wie ist Ihre Einschätzung dazu? Muss separates Geld in die Prävention gesteckt werden? Oder sagen Sie: Das ist kein großer Batzen Geld, über den wir reden, das ist vielleicht durch nur ein bisschen Umstrukturierung machbar?

Arif Ünal (GRÜNE): Herr Dr. Feldmann, Sie haben bei dieser Untersuchung regionale Verschiedenheiten berücksichtigt. Düsseldorf war dabei. Gibt es tatsächlich regionale Unterschiede? Wie erklären Sie die?

Sie haben über nachhaltige Präventionsarbeit referiert. Die zielgruppenspezifische Präventionsarbeit und Ansprache sind sehr wichtig. Wie erfolgreich ist diese nachhaltige Präventionsarbeit eigentlich? Können Sie mit Zahlen belegen, dass diese Präventionsarbeit nachhaltig eine Verbesserung herbeigeführt hat?

Dr. Björn Kerbein (FDP): Meine Nachfrage an Herrn Dr. Feldmann: Sie haben gerade darüber gesprochen, dass Sie zwei Drittel der Gynäkologen erreichen. Mich würde das

letzte Drittel interessieren: Woran liegt es, dass man das nicht erreicht? Wie gehen Sie konkret vor?

Josef Neumann (SPD): Ich habe eine Frage an Herrn Feldmann: Sie haben die Mehrkosten für den zusätzlichen Hilfebedarf der Kinder von mindestens 300 Millionen € ermittelt. Es müsste von daher insbesondere auch im Interesse der Kostenträger dieses Hilfebedarfs liegen, präventive Maßnahmen vorzunehmen. Mich würde interessieren, ob denn jemand wie Sie oder Kollegen von Ihnen von Kostenträgern tatsächlich angesprochen werden, um zu sagen, welche gemeinsamen Präventionsmaßnahmen man machen kann.

Prof. Dr. Ekkehart Paditz: Die Frage, ob Männer wegen geschädigter Spermien FAS vererben können, kann man klar mit „Nein!“ beantworten. In diese Richtung sind schon vor 30, 40 Jahren und um die Jahrhundertwende um 1900 herum die ersten Untersuchungen gelaufen. Spermischäden sind nur durch Tabakkonsum und andere Drogen nachgewiesen, aber nicht durch Alkohol.

(Eva Steininger Bludau [SPD]: Welches Glück! – Vereinzelt Heiterkeit)

– Nein, nicht „Welches Glück!“ Deshalb liegt es mir sehr am Herzen, ausdrücklich zu betonen, dass die Männer auf alle Fälle am Trinkverhalten der schwangeren Frauen eine deutliche Aktie haben. Wenn die Männer aggressiv und wenig partnerschaftlich sind, wird die Frau noch mehr zum Alkohol greifen und ihr Kind vor Wut förmlich ertränken wollen, weil sie hilflos ist. Aber biologisch hat der Mann in dieser Frage keine Aktie daran. Dazu gibt es viele Untersuchungen.

Zu einem Verbot von Alkohol! Es gab in den USA – auch in England ist das versucht worden – die Promiskuität. Aber: Ein Verbot führt immer dazu, dass illegale Drogen deutlich stärker konsumiert werden. Bezüglich Alkohol ist das in den USA in den 30-er und 40-er Jahren versucht worden und völlig danebengegangen. Man muss an die informierte Gesellschaft, an das Selbstbewusstsein und an das Gesundheitsverhalten des Individuums herankommen. Das Umgebungsrauschen und der Gesetzgeber haben natürlich eine wichtige Rolle; aber striktes Generalverbot ist auch fachlich überhaupt nicht begründbar.

Expertenrunde? Wer? – Dazu verweise ich auf Seite 11 meiner Stellungnahme: Ich fände es optimal, wenn Sie sich in Nordrhein-Westfalen den Schuh anziehen und wirklich eine konzertierte Aktion oder eine Taskforce zustande bringen wollen, wo die Vorsitzenden der Fachverbände, der Berufsverbände, der stationären und der ambulanten Bereiche der Frauenärzte und Geburtshelfer – der Hebammenverband hat ja seine Hand schon gereicht –, der Kinderärzte, der Psychiater, der Psychologen vertreten sind, die die Suchtbetreuung im zweiten Schritt mittragen müssen. Aber auch die Lehrer und die Medien müssten auf alle Fälle mit drin sein, damit sie auch auf positive Botschaften orientiert werden, dass man hier etwas erreichen kann. Öffentliche Institutionen und die BZgA gehören natürlich dazu. Hier haben Sie regional einen deutlichen Vorteil. Gefragt sind prominente Meinungsbildner, die dieses Thema für sich als wichtig ansehen. Positive Vorbilder müssen geschaffen werden.

Die Getränkehersteller und -verkäufer würde ich zwar nicht in die Finanzierung einbeziehen; aber sie müssen klare Ansagen bekommen. Wir könnten es eigentlich wie in Frankreich machen, dass auf alkoholhaltigen Getränken immer eine Schwangere mit Alkoholglas im durchgestrichenen Label, also diese Botschaft kommt: Alkohol sollte während der Schwangerschaft nicht konsumiert werden.

Letzten Endes ist natürlich auch der Gesetzgeber gefordert. Da ich aber zu sehr Mediziner und zu wenig Jurist bin, weiß ich nicht, ob Sie regional Regelungen treffen können, um auf die Verhältnisprävention mit Verboten einwirken zu können.

Eine minimale Ergänzung: Das regionale Fehlbildungsregister der Universität in Magdeburg – unter „www.angeborene-fehlbildungen.com“ zu finden – registriert alle morphologisch sichtbaren Fehlbildungen in diesem regionalen Umgebungsrahmen in Mecklenburg-Vorpommern schon seit 1980. Jedes Jahr kommt ein Bericht heraus. Die Zahlen sind die gleichen wie die von Herrn Feldmann und auch die der Amerikaner und Engländer, also in dieser Größenordnung von etwa eins zu 300.

OA Dr. Jan-Peter Siedentopf: Ich würde gerne einmal zu der Frage nach den Fragebögen bzw. was über die Fragebögen hinaus zu tun sein könnte eingehen und zunächst die Frage von Herrn Ünal beantworten:

Regionale Unterschiede! Von Berlin aus lag es nicht ganz so nah, Nordrhein-Westfalen zu analysieren. Wir haben aber eine Umfrage bei den Frauenärzten in Berlin und in Wien gemacht, weil wir eine Studentin hatten, die in Berlin lebt und aus Wien kommt. Wir haben die Frauenärzte befragt, wie sie denn zum Thema „Alkoholkonsum in der Schwangerschaft“ beraten. Ich war sehr erfreut festzustellen, dass in Berlin signifikant häufiger zur kompletten Abstinenz geraten wird als in Wien. Bei der Ursachenforschung – das vielleicht als Ansatz zum Thema „Regionale Unterschiede“ – blieb uns in erster Linie der Gedanke, dass Wien eine Stadt ist, in der Weinkonsum durchaus dazugehört, was in Berlin nicht so üblich ist. In Berlin gibt es sozusagen eine andere Tradition im Umgang mit Alkoholkonsum. „Ein Viertele“ – so ein Zitat – „schadet schon nichts!“ – Das ist letztlich sehr eindeutig eine Position, die von regionalen kulturellen Gegebenheiten geprägt ist.

Ich denke, man muss bei dem Thema ein bisschen auch Rücksicht nehmen, in was für einer Region man ist. Ich bekomme immer mal wieder Anfragen: Wie soll ich das denn meinen Patientinnen erklären? Die wollen ihren Angehörigen nicht sagen, dass sie schwanger sind, weil sie vielleicht erst in der achten Woche sind und noch nicht wissen, ob alles gut geht? Wie soll sie denn erklären, dass sie mittags keinen Wein trinkt? – Gegen diese Zwickmühle müssen wir gesellschaftlich vorgehen und dafür sorgen, dass es sich einfach nicht mehr gehört zu sagen: Mensch, trink doch einen mit! Das gehört sich nicht unter Männern, und das gehört sich auch nicht mit Frauen in einem Kontext, wo vielleicht sogar eine Schwangerschaft bestehen könnte. Das ist einfach keine gute Art, mit einem Gesundheitsrisiko umzugehen. Nichtraucher würden es sich verwehren, aufgefordert zu werden: Rauch doch eine mit! – Beim Alkohol ist es selbstverständlich, dass man sagt: Ach, so ein Gläschen kannst du doch! – Da ist, denke ich, auch ein Ansatz zu sehen, schon in der Schule darauf hinzuwirken: Sag nein, wenn du nicht willst, egal warum, ohne einen Grund angeben zu müssen! Das

muss möglich sein. So weit also ein bisschen mein Ausflug zu den regionalen Unterschieden.

Zu den Fragebögen! Die empfohlenen Methoden zur Erkennung von Alkoholkonsum stammen aus der Suchtmedizin. Entsprechend ist die Eingangsfrage in einem durchaus auch für Schwangere empfohlenen Bogen: Nach wie vielen Gläsern sind Sie betrunken? – Das ist eine falsche Frage, wenn ich wissen will: Trinken Sie überhaupt Alkohol? Oder: Wann hatten Sie das letzte Mal einen Vollrausch? – Das ist nicht das Thema, um das es in der Schwangerschaft geht, weil es nämlich gut sein kann, dass die Frau noch nie einen Vollrausch hatte und trotzdem ihr Kind lebenslang schädigt. Solange wir uns als Ärzte auf solche sehr stigmatisierende Fragestellungen kaprizieren, kommen wir nicht vorwärts. Das heißt: Wir müssen die Ärzte schulen, besser zu fragen, empathischer zu sein und für sich selber zu realisieren, dass es um jeden Tropfen geht und nicht um die Flasche. Dafür müssen wir den Ärzten erst einmal klarmachen, worum es beim Alkoholkonsum in der Schwangerschaft eigentlich geht. Bei der Beratung in der Frühschwangerschaft, die regulär dazugehört, muss nach den Mutterschaftsrichtlinien, die schon erwähnt worden sind, über Genussmittel gesprochen werden. Da kann man sich den Mund fusselig reden – „Ja, ein bisschen hiervon, bisschen davon!“ –, man kann aber auch einfach sagen: Kein Alkohol! Punkt. Wenn die Frau nachfragt, dann kann man weitermachen.

Ich denke, die Mutterschaftsrichtlinien wären eine Gelegenheit – Sie hier sind jetzt nicht die richtigen Adressaten –, bei der sehr viel dezidiert gesagt werden könnte: Sagt euren Patientinnen, sie sollen keinen Alkohol trinken, möglichst vor der Empfängnis, dann sind sie sicher, aber auf keinen Fall mehr, sobald sie wissen, dass sie schwanger sind! In den Mutterschaftsrichtlinien ist als Anhang eine DIN-A4-Seite über HIV-Testung. Warum wird bei jeder Schwangeren ein HIV-Test gemacht – So ein Blödsinn! –, wo wir erklären müssen, weshalb wir einen vernünftigen Test machen? Wir müssen auch nicht erklären, warum wir Blut abnehmen, um die Blutgruppe zu bestimmen. Darüber könnte man seitenweise schreiben. Deshalb finde ich: Es muss klargestellt werden: Welche Inhalte wollen wir denn im Erstgespräch mit einer Schwangeren transportiert haben? Dazu gehört ein ganz klares Nein zum Alkoholkonsum. Das ist relativ schnell abgehakt. Die meisten Schwangeren werden sich danach richten können, und zwar sehr viel besser, als wenn ich sage: Ach, so mal ein Gläschen zu Anlässen! – Welcher Anlass gilt denn? Silvester? Geburtstag? Weihnachten?

Insofern glaube ich: Der Weg führt über die Ärzte, wenn die Frage lautet, was man noch mehr machen kann. Wir müssen den Gynäkologen noch einmal ein bisschen näherkommen und ihnen sagen, wie eine aus gesundheitspolitischer Sicht erfreuliche oder wünschenswerte Beratung aussieht?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herr Dr. Resch, Sie beantworten jetzt einmal die Frage, welcher Adressat für die Richtlinien zuständig ist. Wir sind es offensichtlich nicht.

Dr. Tobias Resch: Das ist üblicherweise der Gemeinsame Bundesausschuss, der sich darum kümmern würde.

Eine kurze Ergänzung zu Herrn Dr. Siedentopf, der sich ja schon ganz klar zu den Fragen zum Konsum geäußert hat: Es muss uns klar sein: Eine Untererfassung des Alkohols ist immer wahrscheinlich. Darum werden wir gar nicht herunkommen. Der Grund sind eben die Stigmatisierung und die falschen Annahmen. Um es einmal so zu sagen: Die Beratungsform des Arztes muss einfach deutlicher gefördert werden. Diese Beratungsförderung wird nachher natürlich auch nur wieder einhergehen mit einer kostenpolitischen Diskussion.

Netzwerke mit anderen Fachgruppen! Auch das ist wieder mit einem Zeit- und Kostenaufwand verbunden. Das muss einem immer klar sein. Direkte Antwort auf das Verbot von Alkohol: Von mir aus gerne! – Ich bin aber auch so ehrlich zu sagen, dass dadurch die Stigmatisierung steigt. Laut Datenlage werden wir auch nicht viel erreichen.

Nächste Frage wäre: Was machen wir mit dem Rauchen? – Ich glaube, die Antwort ist ziemlich klar. Deswegen bleibt es uns nicht anders offen, als wirklich rein auf den Beratungsbedarf oder die Beratungsform der Ärzte zu bauen. Ich höre, dass wir hier in Düsseldorf und Umgebung gar nicht mal so schlecht liegen. Es scheint also einiges, was von der KV bisher an uns herangetragen wurde, gut übergekommen zu sein. Aber ich kann jetzt eben nur hier für diesen Bereich sprechen.

Dr. Reinhold Feldmann: Noch eine Ergänzung zu Frau Steininger-Bludau und ihrer Bemerkung, es sei ungerecht: Die Frau trinkt, Kind ist krank, und der Mann trinkt, und alles ist gut. – Das ist Stand der Dinge! Tatsächlich, gibt es eine neue Forschungsrichtung, die Epigenetik, die sagt: So ist das nicht. Auch wenn die Männer trinken, schadet das den Spermien und damit den Kindern. – Allerdings erst über Generationen hinweg! Das heißt: Sie brauchen eine klassische Trinkerdynastie, um das zu erreichen.

Alkohol verbieten, geht in Deutschland nicht, denn wir haben eine ganz andere Struktur im Umgang mit Alkohol als etwa mit dem Rauchen. Ich war in Mainz. Da wurde mir bedeutet, ich möchte doch bitte ganz vorsichtig über das Thema sprechen, denn man lebt davon. Rheinland-Pfalz ist eine Weinregion. Sie können beim Rauchen ganz viel erreichen, weil sie einige wenige amerikanische Anbieter haben. Die kriegen sie bei den Hammelbeinen und dann läuft das.

Sie haben in Deutschland 100.000 Winzer. Wie wollen Sie das dort machen? Wollen Sie das überhaupt? Ich möchte mich damit nicht anlegen, gar nicht. Das ist eine Kultur bei uns, eine positive Kultur. Was wir brauchen, ist – etwa bei Themen wie Schwangerschaft und zum Beispiel Autofahren – eine einladende freundliche Aufklärung, etwas, das nicht abschreckt. Wir wissen heute ganz sicher aus aller psychologischer Arbeit: Abschreckende Werbung funktioniert nicht, auch wenn das heute Mode ist. Das funktioniert nicht.

Kosten für die Prävention! Ist das nicht alles furchtbar teuer, wenn jetzt noch jemand auf die Idee kommt, wir müssten auch noch zum Alkohol in der Schwangerschaft aufklären? – Ich bin nicht ganz sicher, weil ich weiß, dass es diese Aufklärungsideen ja gibt. Es gibt bei Ihnen bereits einen Etat. Es gibt ein Projekt. Es gibt bei Ihnen in der Nachbarstadt die BZgA, von der ich allerdings den Eindruck habe, dass sie noch nie mit irgendjemandem kooperiert hat und das auch niemals tun wird. Aber theoretisch

wäre das möglich. Das heißt: Aus meiner Sicht müssen Sie nicht endlos viel mehr Geld ausgeben, sondern Sie müssen das koordinieren. Und dann – jetzt kommt wieder das blöde Wort – müssen Sie das jedes Jahr wiederholen. Das tun Sie bisher nicht. Ich glaube nicht, dass das wesentlich teurer ist, wenn man das vernünftig macht.

Forschungskosten! Da sitze ich mächtig in der Tinte mit der Forschung ganz im Gegensatz zu anderen Forschungsbereichen, die ich habe, nämlich: Es gibt keine Pillen gegen Alkohol in der Schwangerschaft. Es gibt keine Pharmaindustrie. Das heißt: Alle Forschung, die ich mache, muss ich selber bezahlen oder bezahlen meine Kollegen in der Klinik. Wir untersuchen gerade in der Kernspintomografie Menschen mit FAS, um zu sehen, was eigentlich im Gehirn genau anders ist? Das weiß man noch nicht. Das machen die, weil die mich so nett finden, aber nicht, weil die Pharmafirma das bezahlt. Es müsste jemanden geben, der diese Forschung bezahlt, aber den haben wir nicht.

Ich habe bei einer großen Brauerei in Deutschland angefragt – den Namen nenne ich nicht. Die ist bei uns im Sauerland in Warstein.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Die hat gesagt: Hören Sie, wir zahlen wirklich alles und fördern alles, aber Sie nicht! Ganz klare Ansage: Die fördern keine Forschung, die sich vielleicht gegen Alkohol richten könnte. Das passiert nicht. Das zur „Forschung“.

Dann zur „Evaluation“: Nutzt es eigentlich, wenn wir die Schwangeren aufklären? – Wir können das nicht machen, indem wir vorher alle FAS-Kinder zählen und nachher. Wir wissen nicht: Wer genau bekommt das, wie ist das mit dieser Schwangerschaft? Das können wir nicht erfassen. Leider. Eine solche Studie müsste einen besonderen Ort nehmen und dort alle Kinder anschauen, die geboren werden, dann eine Prävention machen zu dem, was es schon gibt, was auch nicht so sauber zu trennen sein wird, und dann gucken, ob es nachher weniger Kinder sind, die mit FAS geboren werden. Das haben wir nicht. Es ist ganz schön teuer, so etwas zu machen. Das kostet richtig Geld. Was wir evaluiert haben: Haben die Schwangeren verstanden, was da drin steht? Nützt denen das was? Das können wir prüfen. Wir können das denen geben und fragen: Wissen Sie jetzt etwas mehr über Schwangerschaft und Alkohol? Trinken Sie jetzt weniger? – Darauf antworten die, und da ist das sehr gut.

Warum werden nicht alle Gynäkologen erreicht? Ganz einfach deshalb, weil ich nicht reich bin. Es muss ja einen Verteiler geben, der diese Broschüren dann an alle Gynäkologen in Deutschland verschickt. Den gibt es natürlich, aber den haben nicht alle Gynäkologen abonniert, aber immerhin zwei Drittel. Und weil dieser Verteiler so ein netter Kerl ist, macht er das für mich.

Labeling ist eine ganz spannende Idee, die ist maximal umstritten. Und wenn hier Gender ein Thema ist: Das Label besteht dadurch, dass man eine Frau zeigt, und sie durchstreicht. Das ist moralethisch verwerflich. Das ist etwas, das man nicht tut. Man streicht keine Frauen durch. Man streicht auch andere Menschen nicht durch. Das geht nicht. Deshalb: Ein Label ist zwar gut, aber das Label, das wir haben, ist Quatsch.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank ! Beim Blick in die Runde kann ich feststellen, dass es momentan keine Fragen der Damen und Herren Abgeordneten

mehr gibt. Sie als Sachverständige haben uns heute über schriftlichen Stellungnahmen hinaus eine Reihe von hilfreichen Hinweisen gegeben.

Es gibt natürlich vonseiten des Landes ebenfalls zusätzliche Hinweise und Informationsmaterial. In der abschließenden Beratung des Antrags und der Auswertung der Anhörung werden wir dazu kommen, wie wir Ihre Anregungen auch im Hinblick auf die weitere Beförderung des Antrags aufgreifen können. Das Expertengespräch heute – so jedenfalls mein Eindruck – war sehr informativ. Über den weiteren Verlauf der Beratung werden Sie natürlich auf dem Laufenden gehalten. Ich danke Ihnen an dieser Stelle noch einmal für Ihre Bereitschaft, sich im Ausschuss zur Verfügung zu stellen. – Herzlichen Dank!

(Allgemeiner Beifall)

Sie können gerne noch die weiteren Beratungen des Ausschusses verfolgen, aber wir haben auch großes Verständnis dafür, wenn Sie jetzt die Sitzung verlassen.

Aus der Diskussion

2 Arbeit und Ausbildung sind Schlüssel zur Integration – Neue Möglichkeiten des Arbeitsmarktzugangs für Flüchtlinge effektiv nutzen, Förderungslücken schließen

Antrag
der Fraktion der SPD und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
Drucksache 16/8656

Entschließungsantrag
der Fraktion der FDP
Drucksache 16/8743

Ausschussprotokoll 16/967

Vorsitzender Günter Garbrecht resümiert das bisherige Beratungsverfahren: Der Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen Drucksache 16/8656 sei einschließlich des Entschließungsantrags der Fraktionen der FDP Drucksache 16/8743 in der 86. Plenarsitzung am 21. Mai 2015 an den hiesigen Ausschuss zur Federführung, an den Ausschuss für Frauen, Gleichstellung und Emanzipation, an den Innenausschuss sowie an den Integrationsausschuss zur Mitberatung überwiesen worden. Die abschließende Abstimmung solle im federführenden Ausschuss in öffentlicher Sitzung erfolgen.

In gemeinsamer Sitzung mit dem Integrationsausschuss habe der AGS am 26. August 2015 eine öffentliche Anhörung von Sachverständigen durchgeführt. Das Ausschussprotokoll liege mit APr 16/967 vor. Für die heutige Sitzung sei die Auswertung der Anhörung vorgesehen.

In der **Aussprache** meldet sich zunächst **Rainer Bischoff (SPD)** zu Wort: Die Anhörung habe einen deutlichen Paradigmenwechsel in der Arbeitsmarktpolitik gezeigt. Danach stehe nicht im Vordergrund, „die Langzeitarbeitslosen vor den Flüchtlingen zu schützen“. Diese Haltung unterstütze die Forderung des Koalitionsantrags nach konkreten Maßnahmen.

Im Übrigen sei der Antrag vor der breiten Debatte um die noch breitere Flüchtlingsbewegung eingereicht worden. Manche Forderung sei mittlerweile Bestandteil ganz allgemeiner Forderungen, wie sie derzeit diskutiert würden.

Für seine Fraktion plädiere er dafür, im weiteren Beratungsverfahren vielleicht sogar noch weitergehende Forderungen zu formulieren. Dafür habe die Diskussion der letzten Monate durchaus die Tür geöffnet.

Martina Maaßen (GRÜNE) betont anknüpfend an die Ausführungen des Abgeordneten Bischoff, dass Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen unbeschadet noch nicht abschließend beschiedener Verfahren ein wichtiges Thema sei. Deshalb seien Sofortmaßnahmen einzuleiten. Bei der Gelegenheit erinnere sie daran, dass dieser Ansatz vor gut 20 Jahren zu Zeiten der Flüchtlingsströme aus dem ehemaligen Jugoslawien überhaupt gang und gäbe gewesen sei. Ein Paradigmenwechsel bei den Institutionen sei zu erkennen. Gleiches gelte für Hilfsbereitschaft und Verständnis in der Bevölkerung.

Nichtsdestoweniger müssten noch hohe bürokratische Hürden abgebaut werden. Das gelte zum Beispiel für die Berufsankennung und Clearing-Verfahren. In „Integration Points“ arbeiteten mittlerweile Institutionen zusammen. Man müsse schon recht frühzeitig im Antragsverfahren wissen, welche beruflichen Qualifikationen vorhanden seien bzw. gegebenenfalls erworben werden müssten, um die Möglichkeit einer direkten Integration zu prüfen. Sie empfehle eine weiterhin intensive Befassung mit der Frage, wie bürokratische Hürden abgebaut werden könnten. Der Zugang zu Arbeit sei zu erleichtern. Integrationskurse würden mittlerweile auch für Menschen geöffnet, die sich noch im Verfahren befänden. Sie befürworte, den Antrag der Koalition gegebenenfalls zu aktualisieren.

Die Sachverständigen hätten, legt **Peter Preuß (CDU)** dar, die Herausforderungen bestätigt. Arbeitsmarktintegration sei in der Tat eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Integration insgesamt. Sprachkurse, Sprachförderung, Qualifizierung, Feststellung der Qualifizierung und Anerkennung von Schul- und Berufsabschlüssen und vor allem die Bewältigung der administrativen Aufgaben seien als wichtige Themen angesprochen worden. Gute Ansätze seien beschrieben worden. Dazu zähle beispielsweise „Early Intervention“. Handwerkskammern, Industrie- und Handelskammern würden in Zusammenarbeit mit der Bundesagentur für Arbeit Vorbereitungen treffen, um angesichts der Komplexität des Themas die notwendigen Maßnahmen umzusetzen.

Dass diese Schritte alleine nicht ausreichend seien, um ein Gesamtkonzept für die Arbeitsmarktintegration auf die Beine zu stellen, dürfe dennoch nicht außer Acht gelassen werden. An der Stelle sei auch die Landesregierung gefordert, die sich bisher noch nicht erkennbar in diesen Prozess eingebracht habe. Gegenseitige Schuldzuweisungen machten keinen Sinn. Zuständigkeiten dürften nicht hin- und hergeschoben werden. Die Landesregierung müsse dabei eine aktive Rolle übernehmen. Er stimme dem Abgeordneten Bischoff zu, dass sich Weiterentwicklungen über den Antrag hinaus eingestellt hätten, und spreche sich ebenfalls dafür aus, die Dinge weiter zu verfolgen.

Torsten Sommer (PIRATEN) betont, soweit es um fachliche und konkrete Lösungen gehe, sei man auch in der aktuellen Thematik nicht weit auseinander. Der Paradigmenwechsel sei als ein wichtiges Moment herausgestellt worden. Der Antrag sei logischerweise – wie bereits erwähnt – nicht mehr ganz auf der Höhe der Zeit.

Im Endeffekt gehe es sowohl um Sprachkurse als auch das Angebot von Orientierung, die im Moment nicht nur den nach Nordrhein-Westfalen flüchtenden Menschen fehle, sondern auch der Wirtschaft, insbesondere den kleinen und mittleren Unternehmen. Hilfe bedürfe auch die kommunale Ebene. Bürokratie sei abzubauen, insbesondere dann, wenn sie auf der aufnehmenden Seite liege. Er spreche sich nachdrücklich für eine Abschaffung der Arbeitsverbote aus. Das würde vielen Menschen helfen. Schnittstellen seien besser zu verzahnen. Das könne beispielsweise parallel zu laufenden Asylverfahren geschehen.

(Vorsitzender Günter Garbrecht: Es gibt auch Austausch!)

– Es mache in der Tat keinen Sinn, dass die Geflüchteten ihre Daten erst an der Grenze abgegeben hätten, sodann in der Erstaufnahmeeinrichtung, danach in der Verteileinrichtung sowie in den Notaufnahmeeinrichtungen. Die Daten würden so nämlich in zahlreichen Datenbanken gespeichert, ohne dass ein Austausch stattfindet.

Gefragt sei – wie dies in der Aussprache schon geäußert worden sei – ein Miteinander. Es gehe nicht darum, Langzeitarbeitslose oder Menschen, die vom Verlust ihres Arbeitsplatzes bedroht seien, zu benachteiligen oder eine Umverteilung vorzunehmen. Gefragt seien vielmehr neue Wege. Dass in diesem Zusammenhang Menschen von der Bundesagentur dem BAMF zugeschlagen würden, sei kein geeigneter Schritt. Diese Verteildiskussion werde nicht gebraucht. Das zuständige Bundesministerium müsse Menschen auf anderen Wegen in die Anerkennungsverfahren bekommen, nicht aber aus der Bundesagentur für Arbeit heraus.

Einer Pressemitteilung entnehme er, dass das MAIS und das Wirtschaftsministerium zu einem gemeinsamen Gipfel einladen wollten. Sei, möchte der Abgeordnete wissen, die Einbindung des Parlaments geplant?

Minister Rainer Schmeltzer (MAIS) geht auf die Wortmeldungen ein:

Herr Vorsitzender! Liebe Kolleginnen und Kollegen! Vieles von dem, was schon gesagt worden ist, kann ich teilen. Im Mai dieses Jahres – von dort stammt der Antrag – hatten wir noch lange nicht die Situation, die wir heute haben und über die wir heute reden. Die Anhörung war im August, als sich bereits das eine oder andere abzeichnete; aber den Höhepunkt hatten wir zu dem Zeitpunkt auch noch nicht erreicht.

Insbesondere nach der Einlassung des Kollegen Preuß habe ich mich zu Wort gemeldet, unabhängig davon, Herr Sommer, dass ich natürlich Ihre Fragen beantworte. Das steht außer Zweifel. Ich möchte einmal verdeutlichen, was seitens Nordrhein-Westfalen bereits alles unternommen worden ist, und betonen: Es geht nur um das Land Nordrhein-Westfalen, Herr Kollege Preuß. Mit ‚Early Intervention‘ haben wir ein Bundesprogramm, aus dem wir in enger Abstimmung mit der Regionaldirektion in Nordrhein-Westfalen ‚Early Intervention NRW+‘ gemacht haben. Mittlerweile bieten wir – sehen wir einmal von den Stadtstaaten ab – das in allen Arbeitsagenturen an. „Early Intervention NRW+“ bieten wir mit acht Sprachkursen und

Basissprachkursen an. Das gibt es nirgendwo anders. Dieses flächendeckende Angebot von Basissprachkursen ist ein erster wichtiger Schritt, den wir uns 4 Millionen € kosten lassen.

Wir haben die „Integration Points“ in den Flächenländern in enger Abstimmung mit der Regionaldirektion eingerichtet. Bis Ende des Jahres werden wir sie in allen Arbeitsagenturbezirken vertreten haben und dort mit den jeweiligen Stellen vor Ort für die Flüchtlinge zentral tätig. Bezüglich eines ‚Integration Points‘ konnte ich mich mit der Bundesarbeitsministerin in Köln persönlich davon überzeugen, wie es laufen soll. Ich wünsche mir, dass es wirklich überall so läuft, bei der Ersterfassung die berufliche Qualifikation abzufragen und nicht erst zu warten, bis die Verfahren abgeschlossen sind. Ich habe irgendwann etwas flapsig formuliert, dass ich nicht warte, bis alle einen Stempel haben und anerkannt sind und wir mit Integration dran sind. Nein, das muss am ersten Tage beginnen. Dabei handelt es sich um grundlegende und wegweisende Schritte, die eingeleitet werden müssen.

„Early Intervention“ ist im Übrigen ein Vorschlag von Nordrhein-Westfalen. Wir sind schon sehr viel weiter in der Frage der Ausbildung und den Ausbildungsjahren, Herr Kollege Preuß. Wir alle wissen, dass Flüchtlinge, die sich in einer Berufsausbildung befinden, nach derzeitiger Rechtslage nach einem Jahr immer wieder eine neue Duldung haben müssen. Wir haben für die anstehende Arbeits- und Sozialministerkonferenz im November einen Antrag initiiert. Dabei stellen wir deutlich heraus, dass die Ausbildung von Flüchtlingen nicht an eine jährliche Verlängerung der Duldung gekoppelt sein darf, sondern dass wir sofort die dreijährige Ausbildung festgeschrieben haben möchten, damit es nicht nur für die Auszubildenden, sondern auch für die Ausbildungsstätten eine gewisse Sicherheit gibt.

Damit die jungen Leute, die dort ausgebildet werden, die Möglichkeit haben, in ihrem Ausbildungsberuf tätig zu werden, wollen wir auf der Länderebene gleichzeitig neben der dreijährigen Ausbildung eine zweijährige festgeschriebene Duldung haben, damit die Menschen praktisch im erlernten Beruf arbeiten können.

Ich habe es eben schon erwähnt: „Early Intervention“ ist eine Initiative, die von Nordrhein-Westfalen ausgegangen ist. Wir werden von Nordrhein-Westfalen aus an diesem Punkt weiterarbeiten. Noch in dieser Woche tagt der Verwaltungsrat der Bundesagentur in Nürnberg. Wir werden mit Staatssekretär Schäffer dort eine Weiterentwicklung von „Early Intervention“ auf den Weg bringen.

An dieser Stelle sei deutlich gesagt: Die Landesregierung hat bisher nicht nichts getan, sondern wir sind im Gegenteil diejenigen, die auf Bundesebene die Ideen vorgeben, sie als Erstes in Nordrhein-Westfalen umsetzen, wobei ich nicht sagen möchte, dass das schon alles war, sondern es wird definitiv noch mehr kommen.

Etwas, das definitiv mehr kommen wird, ist eine gemeinsame Veranstaltung, zu der es bisher lediglich einen Arbeitstitel gibt. Wir werden das aber noch konkretisieren. Am 14. Dezember werden wir diese Veranstaltung gemeinsam mit dem Kollegen Duin aus dem Wirtschaftsministerium abhalten. Wir beide haben festgestellt, dass sowohl bei mir als auch bei ihm Ideen und Vorschläge – insbesondere für den Arbeitsmarkt – vorliegen. Wir hören hier und da immer wieder etwas und fangen etwas

auf. Sie erinnern sich, dass ich zu meinem Amtsantritt gesagt habe: Keine Idee landet auf irgendeinem formalen Weg und wird ablehnend beschieden, sondern alle Ideen werden gesammelt. Da wir beide Ideenempfänger sind, haben wir uns vereinbart, mit den Kammern, den Verbänden, natürlich den Gewerkschaften und den Fraktionen – wir werden aus den Fraktionen auch Vertreter einladen, Herr Sommer, das ist für mich eine Selbstverständlichkeit; ich komme aus diesem Beritt und weiß, dass man die Fraktionen mitnehmen muss – gemeinsam etwas zu unternehmen. Den Kreis derjenigen, die wir einladen werden, werden wir in der nächsten Woche definieren. Ein Gipfel darf natürlich keine Veranstaltung sein, bei der 200 Leute zusammensitzen, weil das dann nur eine Vortragsveranstaltung wäre. Wir wollen vielmehr ein Gremium in einer Größenordnung haben, sodass man ordentlich diskutieren und Vorschläge sammeln kann, damit wir auf dem Weg, der uns zur Verfügung steht, mit diesen Ideen und Vorschlägen arbeiten können, sie gegebenenfalls so begleiten, wie wir sie als Landesregierung begleiten können.

Der Wille ist da. Die Absicht ist auch deutlich formuliert. Im Übrigen, Herr Kollege Preuß, waren dies auch Themen auf dem Flüchtlingsgipfel in der vergangenen Woche, wo das deutlich dargestellt wurde. Auch bei der Gelegenheit wurde dargelegt, wie die Landesregierung unterwegs ist und was sie getan hat. Ein Vertreter Ihrer Fraktion war ebenfalls zugegen und hat sich das anhören dürfen und können. Dabei geht es nicht nur um das, was wir getan haben, sondern auch das, was wir in Sachen Arbeitsmarktpolitik und Integration auf den Weg bringen wollen. Ich wiederhole es: Ich bin sehr dankbar für die kooperative Arbeit, die wir gemeinsam mit der Regionaldirektion Düsseldorf auf den Weg bringen.

Vorsitzender Günter Garbrecht resümiert, nach der Ankündigung der Koalitionsfraktionen, ihren Antrag überarbeiten zu wollen, gehe er von einer interfraktionellen Verständigung – möglichst schon im Rahmen des nächsten Obleutegesprächs – zum weiteren Verfahren mit dem Antrag aus.

3 Gesetz über die Feststellung des Haushaltsplans des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2016 (Haushaltsgesetz 2016)

Gesetzentwurf
der Landesregierung
Drucksache 16/9300

Und:

a) Einzelplan 11 – Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales

Vorlage 16/9300

b) Einzelplan 15 – Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Vorlage 16/3177

Detailberatung

Vorsitzender Günter Garbrecht teilt mit, das Plenum habe den Gesetzentwurf der Landesregierung Drucksache 16/9300 in seiner 91. Sitzung am 3. September 2015 nach erster Lesung einstimmig an den Haushalts- und Finanzausschuss – federführend – sowie an die zuständigen Fachausschüsse mit der Maßgabe überwiesen, dass die Beratung des Personalhaushalts einschließlich aller personalrelevanten Ansätze im Haushalts- und Finanzausschuss unter Beteiligung seines Unterausschusses Personal erfolge.

In der Sitzung des hiesigen Ausschusses am 23. September 2015 sei der Haushalt durch die beteiligten Ministerien eingebracht worden. Hinsichtlich des weiteren Beratungsverlaufes weise er darauf hin, dass der Haushalts- und Finanzausschuss bis zum 20. November 2015 das Votum des AGS erbitte.

In der heutigen Sitzung befasse sich der AGS mit den ihn betreffenden Positionen der Einzelpläne 11 und 15.

In der **Aussprache** meldet sich zunächst **Peter Preuß (CDU)** zu Wort: Seine Fraktion werde den Haushalt ablehnen. Maßgeblich für dieses Votum sei, dass die Schwerpunkte der Arbeit des Ministeriums in keiner Weise erkennbar würden. Er habe nicht den Eindruck, dass zum Beispiel die Bekämpfung der Langzeitarbeitslosigkeit oder die Umsetzung des Themas Inklusion sowie die Bekämpfung der Armut besondere Schwerpunkte des ministeriellen Handelns bildeten. Auch Antworten auf die Frage, wie die laufenden Kosten gedeckt werden sollten, gebe es nicht. Zwar sei wegen der nicht kalkulierbaren Kosten ein Nachtragshaushalt angekündigt worden; das bedeute allerdings zugleich, dass der Haushalt 2016 heute nicht seriös beraten werden könne:

Im Zusammenhang mit dem Thema „Integration“ seien die Mittelansätze erheblich gekürzt worden, obwohl das Anliegen mit Blick auf die Flüchtlinge wesentlich sei. Für „Inklusion“ seien gerade einmal 982.000 € ausgewiesen worden, ein angesichts der

Ankündigungen und Aufgaben zu geringer Ansatz. – Die Mittel für die Mittagsverpflegung von Kindern sei ebenfalls nicht aufgestockt und Flüchtlingskinder nicht von vornherein einbezogen worden.

Bei der KAoA-Position würden 13 Millionen € in den Haushalt eingestellt. Allerdings werde nicht transparent, wofür diese Mittel verausgabt werden sollten. Die Fördermittelverteilung sei nicht nachvollziehbar. Deshalb könne dem Haushalt auch an der Stelle nicht zugestimmt werden. – Seine Fraktion werde – wie er bereits zu Beginn seiner Ausführungen erwähnt habe – den Haushalt ablehnen, weil sie ihn für nicht tragfähig halte.

Vorsitzender Günter Garbrecht weist darauf hin, die Positionen betreffend „Integration“ gehörten in den Zuständigkeitsbereich des Ausschusses für Integration.

Torsten Sommer (PIRATEN) empfindet die Bewegungsfreiheit, die der Haushalt zulasse, als sehr eingeschränkt. Außerdem kämen die zur Verfügung gestellten Mittel entweder vom Bund oder der EU-Ebene. Von Landesseite aus müsse mehr unternommen werden, um zum Beispiel Langzeitarbeitslosigkeit konkreter angehen zu können. Dass die Situation sich so darstelle, sei auch der Haushaltslage Nordrhein-Westfalens insgesamt geschuldet.

Der Ansatz für EU-finanzierte Förderung von Arbeits- und Qualifikationsmaßnahmen sei extrem zurückgegangen. Er bitte um entsprechende Erläuterung. – Wann dürfe mit der Ergänzungsvorlage zum Bereich „Integration“ gerechnet werden?

Dr. Björn Kerbein (FDP) vermag sich für seine Fraktion den Ausführungen der Abgeordneten Preuß und Sommer weitgehend anzuschließen. Auch die FDP-Fraktion werde dem Haushalt nicht zustimmen können. – Zur KAoA-Thematik wolle er wissen, inwieweit bei der Potenzialanalyse Überschneidungen mit aktuellen ESF-Förderprogrammen gegeben seien.

Minister Rainer Schmelzer (MAIS) geht auf den Wortbeitrag des Abgeordneten Sommer von der Piratenfraktion ein: Die Ergänzungsvorlage werde im November zunächst im Kabinett beraten. Nach Abschluss der Kabinetttberatungen folgten die weiteren Schritte.

StS Dr. Wilhelm Schäffer (MAIS) geht auf die weiteren Wortmeldungen aus dem Ausschuss ein:

Die Frage von Herrn Sommer könnte ich mit einem schlichten Ja beantworten. Es ist in der Tat so, dass in Kapitel 11 032 und dort in der Titelgruppe 60 die Ausfinanzierung der alten Förderphase zu finden ist. Wir haben es immer am Ende einer solchen Förderphase, dass der Mittelansatz zurückgeht und eine neu beginnende Förderphase nicht direkt auf dem Niveau startet, auf dem die alte Förderphase geendet hat. Insofern erklärt sich der Rückgang der dort ausgewiesenen Mittel, und

zwar sowohl auf der ESF-Seite wie auch aufseiten der Kofinanzierung durch das Land.

Die zweite Frage richtete sich auf die Titelgruppe 80 und das Thema „Berufsorientierung“ mit veranschlagten Mitteln in Höhe von 13 Millionen €. Dazu folgender Hintergrund: Finanziert werden mit diesem Ansatz Potenzialanalysen, Praxiskurse und Berufsfelderkundungen, sofern sie trägergestützt durchgeführt werden müssen. Das haben wir in der abgelaufenen Förderphase aus dem Europäischen Sozialfonds und in Verbindung mit anderen finanziert. Vonseiten der Europäischen Kommission ist uns signalisiert worden: Da „Kein Abschluss ohne Anschluss“ in Nordrhein-Westfalen nicht mehr nur ein Projekt ist, sondern ein Regelangebot, das strukturell in Schule verankert ist, scheidet der Europäische Sozialfonds als Mitfinancier aus. Deshalb müssen wir 13 Millionen € künftig aus originären Landesmitteln bereitstellen. Der Europäische Sozialfonds kann diese Mittel nicht mehr aufbringen. Aus diesem Grund sind unter dieser Position 13 Millionen € zusätzlich aufgebracht worden. Das ist neben der Finanzierung der kommunalen Koordinierung ein Baustein, den wir aus dem MAIS heraus machen. Das Schulministerium ist mit wesentlichen Teilen enthalten. Auch das Bundesministerium finanziert mit, sodass in der neuen Förderphase und in der jetzt zu betrachtenden Haushaltsperiode „Kein Abschluss ohne Anschluss“ durchfinanziert ist.

Der **Ausschuss** wendet sich sodann **Einzelplan 15** zu:

Peter Preuß (CDU) konzediert, im Einzelplan 15 habe die Landesregierung durchaus Schwerpunkte gesetzt, die allerdings sehr ambitioniert seien. Zu hinterfragen sei, ob die zur Verfügung gestellten Mittel wirklich ausreichten. Positiv zu werten habe er die Beteiligung des Landes am Krankenhausstrukturfonds des Bundes. Wesentlich sei eine Antwort auf die Frage, wie die einschlägigen Mittel eingesetzt würden: Welche Strukturbereinigungsmaßnahmen seien geplant? Wie ließen sich die Maßnahmen des Strukturfonds in Übereinstimmung mit dem Krankenhausbedarfsplan bringen?

Der Landesanteil liege beim Haushaltsansatz 2016 für den Strukturfonds bei 16,6 Millionen €, wobei festzustellen bleibe, dass die Förderung der Investitionskosten für Krankenhäuser um 5,3 Millionen € für drei Jahre gekürzt worden sei. Das sei nicht akzeptabel, seien die Krankenhäuser – völlig unabhängig von der Frage, ob der Strukturfonds Sinn und Zweck habe – auf eine Investitionskostenförderung angewiesen.

Der Mittelansatz für besondere Untersuchungs- und Impfaktionen – erneut im Zusammenhang mit Flüchtlingen zu betrachten – sowie zur Schließung von Impfücken gehöre zwar in das Gesundheitsministerium, fehle im Sachzusammenhang allerdings vollständig. Nicht akzeptabel sei zurzeit, dass Maßnahmen erst im Rahmen des Nachtragshaushalts ergriffen werden sollten.

Dr. Björn Kerbein (FDP) lehnt für seine Fraktion die Einsetzung eines Patientenbeauftragten ab, habe es doch in den Vorjahren nur rund 1.000 Anfragen zu diesem Bereich gegeben. Einsparpotenzial werde offensichtlich.

Die Einnahmen beim allgemeinen Zuschuss an die Stiftung Wohlfahrtspflege Nordrhein-Westfalen hingen von der Spielbankenabgabe ab. Welche Einschätzung hinsichtlich der Abgabe habe Ministerin Steffens? Eine Reduzierung hätte automatisch zur Folge, dass Mittel aus dem allgemeinen Haushalt genommen werden müssten. Im Zusammenhang mit dem Bau neuer Einrichtungen seien erheblich reduzierte Verpflichtungsermächtigungen auffällig. Wie sei es um den Realisierungsstand bei den Neubauten bestellt?

Daniel Düngel (PIRATEN) sieht Bezug nehmend auf einen einschlägigen Antrag seiner Fraktion die Situation der Pflegekräfte als besonderen Schwerpunkt. Was könne das Land Nordrhein-Westfalen für die Krankenhausverantwortlichen tun? – Gefordert werde vonseiten der Piratenfraktion die Erhöhung der Investitionskosten, zumal es in den vergangenen Jahren faktisch eine Kürzung gegeben habe.

Auf einen Zeitraum von 20 Jahren rückblickend sei die Situation sogar noch gravierender. Mittel dürften nicht aus anderen Töpfen zur Investitionskostenförderung im besagten Bereich abgezweigt werden. Eine Aufstockung auf 533 Millionen € reiche aber nicht aus.

Inwieweit nehme der Gesundheitsbereich ausreichend Rücksicht auf die Entwicklung im Flüchtlingsbereich? Dabei habe er zum Beispiel den Krankenhausrahmenplan im Blick.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) geht auf die Wortmeldungen aus dem Ausschuss ein:

Ich versuche, Ihre Fragen der Reihe nach zu beantworten. Das, was übrigbleibt, wird die Fachabteilung, beantworten.

Zunächst einmal zur Frage von Herrn Preuß bezogen auf den Strukturfonds: Das System, nach dem die Strukturfondsmittel vergeben werden, ist an der Stelle noch nicht abschließend entschieden. Klar ist aber, dass wir im Gespräch mit den Kostenträgern auf der einen Seite und den Leistungserbringern auf der anderen Seite sind, denn wir möchten für Nordrhein-Westfalen ein Gesamtkonzept haben. Die Orientierung, wo wir zwischen Strukturfonds und Innovationsfonds hinwollen, soll harmonisiert werden. Da wir begrenzte finanzielle Ressourcen haben, ist es wichtig, dass wir gut überlegen, welche Konzepte wir haben, die aufeinander abgestimmt sind und in dieselbe Richtung gehen.

Zwar können die Bausteine unterschiedlich sein; aber die Richtung muss gemeinsam abgestimmt worden sein. In Ballungsgebieten, wo wir Überversorgung haben, müssen wir eine Abstimmung hinbekommen, sodass sich Häuser spezialisieren und nicht alle alles vorhalten. Im ländlichen Raum brauchen wir eher Konzepte mit Portalkliniken und Ergänzungen mit Häusern, um die Qualität hochhalten und damit eine Sicherstellung geben zu können. Die ‚20 km‘, die wir uns vorgenommen haben, sind ein sehr ehrgeiziges Ziel. Das aufrechtzuerhalten, wird in Zukunft sehr schwer werden. Wir sind noch nicht am Detail, aber es wird schon klar, dass wir in diese Richtung gehen wollen.

Sie finden es einerseits gut, dass wir dieses Instrument einsetzen, kritisieren andererseits aber, dass wir die besonderen Beträge abgesenkt haben. In der Tat handelt es sich bei Investitionskosten um besondere Beträge. Es geht um einen Punkt, der in den Pauschalen nicht enthalten ist. Bezüglich der Pauschale haben wir in einem Jahr die kurzfristigen Anlagegüter, im nächsten Jahr den anderen Bereich erhöht. Die „besonderen Beträge“ sind Beträge, die nur auf Einzelantrag hin in Notsituationen finanziert werden. Daraus haben wir im letzten Jahr – das können Sie dem Haushalts-Ist entnehmen – nur 843.000 € benötigt. Das heißt: Wir haben es mit einem Haushaltstitel zu tun, der nicht in vollem Umfang abgeflossen ist. Ich muss es ehrlich eingestehen: Ich konnte es gegenüber dem Finanzminister nicht mehr vertreten, warum gerade dieser Titel immer noch in dieser Höhe enthalten sein soll.

Deshalb haben wir uns auf eine Summe über drei Jahre verständigt, die Krankenhausinvestitionsmittel für den Strukturfonds zu bekommen. Bei der Gelegenheit haben wir auch erreicht, dass – anders als im Bund – bei den Investitionsfonds die Mittel nach dem Jährlichkeitsprinzip – das heftig umstritten ist – verfallen, sondern wir die Mittel eben für drei Jahre haben. Wenn also im ersten Jahr weniger abfließt, sind die Mittel weiter auf das nächste Jahr übertragbar. Damit haben wir, so glaube ich, einen Kompromiss mit dem Finanzminister gefunden zwischen dem, was wirklich bedarfsentsprechend notwendig ist einerseits, und dem, was wir gut umsetzen können müssen andererseits. Wären die Mittel an der Stelle wirklich notwendig, hätten wir sie nicht zur Kürzung angeboten. Sie sind aber eben einfach im Ist nicht abgeflossen. Deswegen gibt es an der Stelle, glaube ich, nicht das Problem.

Sie haben nach den Impfkosten bezogen auf die Flüchtlinge gefragt. Diesen Posten finden Sie nicht in unserem Etat. Das ist im Übrigen richtig so, weil Impfkosten für Flüchtlinge im MIK ressortieren. Diese Mittel sind dort sogar ausdrücklich erhöht worden, weil die Flüchtlinge ja in den Erstaufnahmeeinrichtungen geimpft werden sollen. Und die Erstaufnahmeeinrichtungen fallen eben in die Zuständigkeit des Innenministeriums. Deswegen sind die entsprechenden Mittel dort im Haushalt veranschlagt worden. Faktisch ist es so, dass das Innenministerium jede notwendige Impfung zahlt. Sollten die Mittel nicht ausreichen, werden sie an der Stelle aufgestockt. Bei den Impfkosten gibt es damit keine gedeckelte Obergrenze. Das gilt auch für die Inaugenscheinnahmen, die natürlich durchgeführt werden müssen.

Sämtliche Kosten für die Gesundheitsversorgung finden sich innerhalb der Zuständigkeit des Landes beim Innenministerium wieder. Das ist einfach rechtlich durch das Asylbewerberleistungsgesetzes bedingt, auch wenn wir inhaltlich versuchen, das Innenministerium zu unterstützen und ihm an der Stelle zuzuarbeiten.

Bezogen auf die Frage, ob wir für das Thema „Flüchtlinge und Krankenhaus“ eine veränderte Bedarfsplanung brauchen: An dem Punkt sind wir noch lange nicht. Wir sind weder bei einer Zahl noch bei einer Größenordnung von Flüchtlingen angelangt, wo wir in der Fläche eine relevante Änderung in der Bedarfsplanung haben. Trotzdem ist natürlich klar: Nach der Krankenhausplanung ist vor der Krankenhausplanung! – Unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung wird im Krankenhausausschuss immer darauf geachtet, ob wir es mit relevanten Veränderungen zu tun haben. Bisher ist die Größenordnung dauerhaft verbleibender Flüchtlinge nicht

so hoch, dass sie sich massiv auf die Krankenhausplanung auswirkt. Das Thema werden wir allerdings im Blick behalten müssen.

Wir haben auf Bundesebene durchgesetzt, dass beispielsweise bei den Krankenhäusern, die Mehrmengen erbringen, die Mehrmengenabschläge bezogen auf die Flüchtlinge nicht zur Geltung kommen, damit es an der Stelle nicht zu einem Ungleichgewicht kommt, weil ein Krankenhaus, das sich in der Nähe einer Erstaufnahmeeinrichtung befindet und viele Leistungen erbringen muss, dadurch negative Effekte hat. Das ist nicht der Fall. Diese Abzüge wird es nicht geben. Von daher ist dieses Moment für die Krankenhäuser im Moment nicht bedarfsplanungsrelevant, weil die Leistungen Add-on-Leistungen sind, die vom Krankenhaus erbracht werden können, aber nicht im Bettenplan da sind. Das wird erst der Fall sein, wenn eine Versorgung im Regelsystem stattfindet, die Flüchtlinge ihren Aufenthaltsstatus und ihre Zuweisung an die Kommunen haben. Aber die Größenordnung derjenigen, die ihr Asylverfahren abgeschlossene haben und bei uns wirklich dauerhaft bleiben und zu berechnen sind, also im normalen Regelsystem versorgt werden, ist noch nicht so hoch, dass wir die Planung bereits umstellen müssten.

Zur Frage des Abgeordneten Düngel danach, was wir in Sachen Pflege tun! Ich darf es wiederholen: Kein Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen darf seine finanziellen Ressourcen, die es für Pflegefachkräfte im DRG hat, für investive Vorhaben einsetzen. Das tun die Krankenhäuser auch nicht. Diese Mär hält sich zwar an der Stelle zwar immer wieder; das wäre aber rechtlich überhaupt nicht zulässig, sondern dann zu beanstanden. Vielmehr ist es sogar andersherum: Im DRG ist sogar ein Anteil enthalten, der für die notwendige Instandhaltung vorgesehen ist. Dieser Anteil ist im Sachkostenhaushalt der Krankenhäuser etatisiert, wo er dann sehr wohl für Personalkosten eingesetzt wird. Ich habe im Übrigen viel mit Krankenhäusern in Nordrhein-Westfalen geredet, dass sie mir vorrechnen, wo Lücken vorhanden sind. Solche Lücken gibt es wirklich eher in der Kostenerstattung innerhalb des DRG für das, was an Pflegeaufwendungen bei einem höheren Alter der Patienten und einer höheren Multimorbidität der Patienten und einer kürzeren Verweildauer im Klinikbereich notwendig wäre.

Vor diesem Hintergrund habe ich mich in der Bund-Länder-Arbeitsgemeinschaft intensiv dafür eingesetzt, dass wir eine wie auch immer geartete Ressource bekommen, die finanziell direkt für die Belange der Pflege greift. In der letzten Bund-Länder-AG-Runde haben wir es geschafft, den Versorgungszuschlag von 500 Millionen € in einen Pflegezuschlag umzuwandeln. Das ist viel mehr, als wir zunächst in der Diskussion hatten, als es um das Pflegeförderprogramm ging, das auf dem Tisch lag. Es geht also um einen Schritt in die richtige Richtung, der auch für die Krankenhäuser wichtig ist. Der umgewandelte Versorgungszuschlag bringt sogar den Vorteil, dass die Häuser einen hohen Zuschlag erhalten, die hohe Personalkosten und -ausstattung haben. Denn es gibt den Bezug zum Ist bei den Pflegefachkräften. Das ist also ein Anreizsystem für Krankenhäuser, möglichst viele Pflegefachkräfte einzustellen, damit man von dem Pflegezuschlag in Höhe von 500 Millionen € möglichst viel profitiert. Ich glaube, dass wir damit einen Schritt weiter sind, wenn wir auch noch nicht am Ende der Entwicklung. Die Arbeitsgruppe im Bund muss tatsächlich berechnen, welches Instrument wir für die Personalbemessung

und die unterschiedlichen Bedarfe der Menschen mit Vorbelastungen vorhalten können.

Ich glaube, dass wir im Rahmen dessen, was beim Bund möglich war, für Nordrhein-Westfalen das Bestmögliche gerade in Bezug auch auf den Bereich der Pflege herausgeholt haben. Die Pflege war nämlich einer der beiden Hauptverhandlungspunkte für uns. Ich glaube also: Wir gehen in die richtige Richtung!

Es gab dann noch eine Frage zum Maßregelvollzug und zu der Stiftung Wohlfahrtspflege und dortigen Mindereinnahmen. Wenn ich es richtig rekapituliere, haben wir die Titelgruppe, die Sie erwähnt haben, beim Maßregelvollzug an die Bedarfe angepasst. Es geht also nicht um eine höhere Bedarfslage. Deswegen ist die Titelgruppe verändert worden. Es bleibt also beim bisherigen Ausbauprogramm.

Zum Thema „Stiftung Wohlfahrtspflege“ informiert **Abteilungsleiterin Maria Huesmann-Kaiser (MGEPA)**:

Es stimmt, dass die Spielbankabgabe rückläufig ist. Die Veranschlagung der Zuschüsse an die ‚Stiftung Wohlfahrtspflege‘ finden Sie in den Titelgruppen 70, 71 und 72 sowie in unserem Erläuterungsband auf den Seiten 39 bis 42. Der rückläufige Betrag in Höhe von 2,422 Millionen € wird durch die Titelgruppe 72 ausgeglichen. Die Summe bleibt also gleich, obwohl die Spielbankabgaben rückläufig sind.

Vorsitzender Günter Garbrecht kommt auf das Verhältnis zwischen DRG-Investitionskosten einerseits und DRG-Personalkosten andererseits zurück. Möglicherweise könne die Ministerin das, was sie vorgetragen habe, dem Ausschuss im Rahmen einer Vorlage erneut zur Verfügung stellen.

Der Ausschuss werde in seiner Sitzung am 18. November zur Schlussabstimmung kommen. Bei der Gelegenheit könnten möglicherweise auch Einzelanträge abgestimmt werden.

4 Bericht über die Impfsituation von Flüchtlingen in NRW

Bericht der Landesregierung
Vorlage 16/3330

Vorsitzender Günter Garbrecht verweist auf den Bericht der Landesregierung zum Tagesordnungspunkt, den die Fraktionen von SPD und Bündnis 90/Die Grünen angefordert hätten. Die Zuständigkeit in der Angelegenheit liege beim MIK.

Dr. Björn Kerbein (FDP) möchte wissen, ob Impfkationen auch in den Erstaufnahmeeinrichtungen stattfänden. Diese Einrichtungen seien nämlich im Bericht nicht erwähnt worden. – Wie stehe die Landesregierung zum Thema „Hepatitis-B-Impfungen“ bei Kindern und Jugendlichen?

Daniel Düngel (PIRATEN) fragt, weshalb im Oktober 2014 nicht die Standardimpfungsuntersuchung stattgefunden habe, sondern lediglich ein abgespecktes Angebot ausgewiesen worden sei. – Wie würden die aktuellen Impfempfehlungen des Robert-Koch-Instituts berücksichtigt? Wie viele Ärzte stünden in den Landeseinrichtungen zur Verfügung? Reichten die Mittel für die gesundheitliche Erstversorgung aus? Sei gegebenenfalls mit einer Ergänzungsvorlage zu rechnen?

ORR Dr. Peter Schmidt (MIK) führt aus:

Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Da es für die Gesamthematik und zum besseren Verständnis der Elemente „Gesundheitsuntersuchung“ und „Gesundheitsversorgung“ der Asylsuchenden, die nach Nordrhein-Westfalen kommen, von Bedeutung ist, würde ich gerne in aller Kürze darstellen, über welche Zahlen wir im Moment für Nordrhein-Westfalen überhaupt reden. Zur Einordnung der aktuellen Fragen ist das ganz interessant:

Wir haben im Zeitraum Januar bis 15. Oktober 2015 in Nordrhein-Westfalen insgesamt 126.570 Asylsuchende über das sogenannte EASY-System zugewiesen bekommen. Die tatsächlichen Zugänge nach Nordrhein-Westfalen liegen allerdings deutlich höher, weil auch Menschen nach Nordrhein-Westfalen kommen, die im Zuge der Verteilung nach dem Königsteiner Schlüssel eigentlich gar nicht in Nordrhein-Westfalen ins Asylverfahren gehen sollen. Deshalb belief sich die Zahl der Zugänge in unseren Landesaufnahmeeinrichtungen bis zum Stichtag 15. Oktober auf 201.684.

Wir haben an tatsächlichen Gesamtzugängen in den Einrichtungen seit September mehr als 10.000 Asylsuchende pro Woche. In der 37. KW waren es sogar 15.656. Alleine am 15. September kamen 3.266 Menschen in Nordrhein-Westfalen an, die um Asyl nachsuchten.

Der Tageszugang von rund 3.200, den ich gerade genannt habe, entspricht der Entwicklung weit mehr als der Hälfte des Jahreszugangs 2007. Damals waren es 5.140 Menschen. Der Wochenzugang in der 37. KW von rund 15.600 Personen

entspricht ungefähr dem gesamten Jahreszugang 2012. Dabei spreche ich von Erstantragstellern in Nordrhein-Westfalen. Die Jahresvergleiche Januar bis jeweils Oktober 2014/2015 ergeben damit ein Plus von 299 %.

In diesem Kontext möchte ich gerne auch die Frage nach dem Ort der Impfungen beantworten: Im Landesaufnahmebereich muss man zwischen Gesundheitsuntersuchung, der pflichtigen Untersuchung, die das Asylverfahrensgesetz vorgibt, und dem, was genau untersucht werden soll, unterscheiden. Die Impfangebote, die darunter fallen, gehören nicht in die Zuständigkeit des Innenministeriums, sondern ressortieren im MGEPA. Das MIK muss das allerdings für die Landesaufnahme umsetzen. Im Oktober 2014 haben wir entschieden, das Element „Impfangebot“ in der Gesamtvorgabe des MGEPA wegen der seinerzeit schon sehr hohen Zugänge und natürlich des Flaschenhalscharakters der Erstaufnahmeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen im pyramidenartigen System „Erstaufnahme – Zentrale Unterbringungseinrichtungen -Notunterkünfte“ auf der Ebene der ZUEn zu etablieren. Das ist damals relativ schnell und relativ erfolgreich gelungen. Im Vergleich zu anderen Bundesländern stehen wir in Nordrhein-Westfalen – was das betrifft – nicht schlecht da.

Unser Ziel ist natürlich, das Impfangebot auf Ebene der EAEn auf lange Sicht dauerhaft zu etablieren. Das kann aber bei den jetzigen Zugangszahlen sukzessive nur mit dem Ausbau der EAE-Kapazitäten, also – wenn man so will – einer Erweiterung der Kapazitäten auf der ersten Zugangsebene einhergehen.

Wir sind angesichts der Zugangszahlen, die ich eben genannt habe, darauf angewiesen eigentlich alle Elemente der Gesundheitsuntersuchung – insbesondere TBC-Ausschlussuntersuchungen, körperliche Inaugenscheinnahmen – in sämtlichen Bereichen der Landesaufnahme durchzuführen – insbesondere auch in Notunterkünften. Denn Priorität hat für uns, dass es gemacht wird in der Landesaufnahme, dass die Menschen die erforderlichen Untersuchungen erfahren, gesundheitlich versorgt werden und der Fokus weniger darauf liegt, dass das monolithartig nur in einem Bereich passiert. In der Modellausbauplanung für die Erstaufnahmeeinrichtungen ist vorgesehen, dass diese Untersuchungen mit dem Kapazitätsausbau einhergehen und dauerhaft nur auf EAE-Ebene angesiedelt werden.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) geht auf die Wortmeldungen aus dem Ausschuss ein. Laut Vorlage enthalte die STIKO-Liste auch eine HPV-Impfung sowie Elemente, die für die nach Nordrhein-Westfalen kommenden Menschen zunächst einmal nicht notwendig seien. Nordrhein-Westfalen habe schon sehr frühzeitig 2014 eine Empfehlung ausgesprochen, dass bei der Nicht-Verfügbarkeit des Fünffachimpfstoffes auch der Sechsfachimpfstoff eingesetzt werden könne. Das Robert-Koch-Institut liste aktuell den Sechsfachimpfstoff. Sollte dieser nicht vorhanden sein, solle der „Impfstoff ohne Hepatitis-B“ genommen werden. Vor Ort müsse bei eventuellen Engpässen entschieden werden, wie zu verfahren sei.

Das MGEPA versuche, mit den Apothekerinnen und Apothekern eine Lösung zu finden, dass die Impfstoffe dort, wo geimpft werden solle, just in time geliefert würden,

damit die Kühlketten eingehalten würden. Damit sei man im Sinne einer besseren Versorgung relativ gut aufgestellt, weil solche Mengen von Impfstoffen oft in den Arztpraxen gar nicht vorgehalten werden könnten.

Ziel sei es eigentlich, EAEs zu befähigen, dass sie diese Aufgaben erfüllen könnten. Es gebe schon EAEs, in denen das – wie in Bielefeld – passiere. Manchmal könne der Impfstoff wegen der kurzen Aufenthaltsdauer der Flüchtlinge von zwei bis drei Tagen nicht just in time geliefert werden. Die Flüchtlinge würden weitergeleitet, bevor der Impfstoff überhaupt da sei. Weil die Situation im Moment etwas eng sei, versuchten das MGEPA und das MIK, einen Optimierungsprozess zu organisieren. In der Zusammenarbeit zwischen MIK und den örtlichen Gesundheitsämtern solle für eine Implementierung gesorgt werden. Die jetzige Situation sei dem Umstand geschuldet, dass mehr Menschen als ursprünglich geplant berücksichtigt werden müssten.

Dr. Roland Adelman (SPD) dankt den beteiligten Ministerien dafür, dass sie bereits – zu einem Zeitpunkt, als das RKI noch keine Empfehlungen ausgesprochen habe – aktiv geworden seien. Im Gegensatz zu anderen Bundesländern sei man in Nordrhein-Westfalen variabel vorgegangen. Engpässe werde es wohl immer geben. In Erstaufnahmeeinrichtungen, die er selber kenne, seien die entsprechenden Impfungen allerdings während der ersten beiden Tage der Aufnahme gelaufen. Die Anpassung an die neuen Empfehlungen halte er lediglich für eine Formsache.

Er hoffe, dass es bei sich stabilisierenden Zuzugszahlen keine Probleme mehr mit dem Nachschub des Impfstoffes geben werde.

ORR Dr. Peter Schmidt (MIK) antwortet auf noch offene Fragen:

Im Moment haben wir fünf Erstaufnahmeeinrichtungen, 21 zentrale Unterbringungseinrichtungen sowie 222 Notunterkünfte in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt gibt es 63.700 Unterbringungsplätze. Aufgrund des Umstandes, den ich eben dargestellt habe, dass sowohl Maßnahmen auf allen Ebenen passieren, sind auch auf allen Ebenen ärztliche Kapazitäten in unterschiedlicher Form vorhanden. Teilweise gibt es eine Kooperation mit niedergelassenen Praxen oder mit Krankenhäusern. Teilweise gibt es auch eine Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst, der sehr aktiv unterstützt.

Deswegen kann man durchaus sagen: Überall ist ärztliches Personal im Einsatz. Eine stichtagsbezogene konkrete Zahl kann ich angesichts der dynamischen Entwicklung heute nicht nennen. Ich bitte um Nachsicht. Teilweise werden Leistungen von Ärztinnen und Ärzten ehrenamtlich erbracht, die in ihrer Freizeit in den Notunterkünften medizinische Prozesse betreuen möchten.

Gefragt worden war noch danach, ob die Mittel für die medizinischen und gesundheitlichen Prozesse in der Landesaufnahme auskömmlich sind. Sehen Sie es mir bitte nach, dass ich kein Haushälter in dem Segment bin. Aber nach dem, was Frau Ministerin Steffens eben dargestellt hat, können Sie schon davon ausgehen, dass – so mein Kenntnisstand – die Mittel für die kurative Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, die in der Landesaufnahme dem Land Nordrhein-Westfalen

und nicht der Kommune obliegt, und für die erforderliche Gesundheitsuntersuchung der dynamischen Entwicklung angepasst, vorausgeplant und in die Haushaltsplanung eingestellt werden.

Daniel Düngel (PIRATEN) möchte wissen, wie es mit den Impfeempfehlungen zum Beispiel bei Tetanus etc. bei Erwachsenen aussehe. Nach seinem Kenntnisstand handle es sich bei dem Impfstoff gegen Tetanus und Pertussis nicht um einen Kombiimpfstoff.

Ministerin Barbara Steffens (MGEPA) weist auf die Vorlage hin, der die Impfmaßnahmen betreffend Diphtherie und Tetanus zu entnehmen seien.

**5 Vorsorgen. Vermögenssichern. Betreuung regeln: Nordrhein-Westfalen-
braucht ein modernes Betreuungswesen!**

Antrag
der Fraktion der CDU
Drucksache 16/8130

Ausschussprotokoll 16/970

Vorsitzender Günter Garbrecht teilt mit, der hiesige Ausschuss sei in der Angelegenheit mitberatend tätig. Federführend sei der Rechtsausschuss, der zum Thema eine öffentliche Anhörung durchgeführt habe. Der Antrag solle voraussichtlich am 18. November beraten werden. Er schlage vor, den Antrag ohne Votum weiterzuleiten.

Der Ausschuss erklärt sich mit dem Vorschlag des Vorsitzenden einverstanden, den Antrag der Fraktion der CDU Drucksache 16/8130 ohne Votum weiterzuleiten.

6 Verschiedenes

a) Verfassungsklage gegen das im MGEPA

Staatssekretärin Martina Hoffmann-Badache (MGEPA) informiert den Ausschuss zum Thema des Unterpunktes:

Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Sie haben von der Landtagsverwaltung mit Vorlage 16/3313 die Information erhalten, dass zwei Kreise und eine kreisfreie Stadt Verfassungsklage gegen das MGEPA erhoben haben. Wir möchten Ihnen kurz erläutern, welchen Hintergrund das hat und dass das durchaus in Abstimmung mit uns erfolgt ist.

Sie werden sich noch lebhaft an unser Gesetzgebungsverfahren erinnern und dass in diesem Zusammenhang immer die Frage der Konnexität eine Rolle spielte. Die Verbände der Leistungserbringer hatten große Sorge, dass sie zukünftig deutlich weniger Gelder für die Investitionskostenanteile an den Pflegesätzen bekommen. Demgegenüber hatten die Kommunen die Sorge, dass sie im Rahmen des Pflegegeldes alles deutlich teurer kommen würde.

Wir haben deswegen mit den Kommunalen Spitzenverbänden eine Verfahrensvereinbarung abgeschlossen, mit Ablauf des Jahres 2018 gemeinsam im Anschluss an eine Evaluation genau hinschauen wollen, wo es in der Entwicklung teurer geworden ist oder vielleicht auch kostengünstiger für die Kommunen. Diese Kostenfolgeabschätzung ist quasi der Aspekt, um den es geht: Wir wollen gemeinsam feststellen, ob es unter dem Strich für die Kommunen teurer war oder nicht.

Denkbar ist es natürlich, dass wir uns am Schluss doch nicht einigen. Deswegen haben sich die Kommunalen Spitzenverbände ausbedungen, fristwährend eine Verfassungsklage zu erheben, um im Falle der Nichteinigung zwischen uns und der kommunalen Seite Klage erheben zu können. Diese Verfassungsklage muss innerhalb des ersten Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes erfolgen. Also hätte spätestens bis zum 15. Oktober dieses Jahres diese Klage erfolgen müssen. Am 14. Oktober ist die Klage eingegangen. Die Antragsteller haben von sich aus den Antrag gestellt, das Verfahren ruhend zu stellen. Das werden wir gleichermaßen beantragen. Die nächsten Jahre werden wir analysieren, wie sich die Kosten entwickelt haben.

Dieser Weg ist also durchaus im Einvernehmen mit uns besprochen worden und war Teil der Verfahrensvereinbarung, die wir damals getroffen haben. Das wollten wir Ihnen heute unbedingt zumindest kurz auf den Weg mitgeben, falls Sie auch von anderer Seite darauf angesprochen werden sollten.

Vorsitzender Günter Garbrecht stellt fest, der Weg in Abstimmung mit der Landesregierung, Verfassungsklage gegen das Land einzureichen, sei ungewöhnlich. Der Sachverhalt sei allerdings hinreichend erklärt worden. Die Ausschussmitglieder wüssten nun, wie der Hintergrund aussehe.

b) Obleutegespräch

Vorsitzender Günter Garbrecht bittet die Ausschussobleute im Anschluss an die heutige Sitzung kurz zur Abstimmung eines Termins zusammenzukommen.

gez. Günter Garbrecht
Vorsitzender

06.04.2016/11.04.2016

160