



Ausschuß für Kommunalpolitik (28.)
Ausschuß für Arbeit, Gesundheit, Soziales und
Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge (39.) (bis 17.05 Uhr)

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

9. Oktober 1997

Düsseldorf - Haus des Landtags

10.00 Uhr bis 13.35 Uhr und
14.05 Uhr bis 17.45 Uhr

Vorsitz: Bodo Champignon (SPD)
(Vorsitzender des AGS - 10.00 Uhr bis 17.05 Uhr)
Friedrich Hofmann (SPD)
(Vorsitzender des AKo - 17.05 Uhr bis 17.45 Uhr)

Stenograph(inn)en: Otto Schrader (Federführung), Maria Duckstein, Helmut Röhrig,
Ernst A. Rupprecht (als Gäste), Walther Hezel

Verhandlungspunkt:

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

Gesetzentwurf
der Fraktion der SPD und
der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Drucksache 12/2340

Die Ausschüsse hören am zweiten Tag der dreitägigen Anhörung zu dem oben genannten Gesetzentwurf im **Abschnitt III** Sachverständige zu **Artikel 3** - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst - und **Artikel 5** - Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose - sowie im **Abschnitt IV** zu **Artikel 11 mit Ausnahme der Nr. 6** an.

Abschnitt III: Artikel 3 - Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Organisation	Redner/in	Zuschrift	Seiten
Deutscher Gewerkschaftsbund	Kurt Bodewig	-	2, 12, 13
Städtetag Nordrhein-Westfalen	Ingrid Robbers	12/1425	3, 14, 16, 19, 22, 23, 26
Landkreistag Nordrhein-Westfalen	Mauss Schumacher	12/1439	6 19, 24, 25, 26, 54
Nordrhein-Westfälischer Städte- und Gemeindebund	Gerbrand	12/1432	27
Apothekerkammer Nordrhein	Karl-Rudolf Mattenklotz	12/1412	29
Ärzttekammer Nordrhein	Dr. Wolfgang Klitzsch	12/1427	29, 46, 50
Ärzttekammer Westfalen-Lippe	Dr. Ingo Flenker	12/1419	32, 48, 49
Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe	Dr. Aubke	12/1415	34, 43, 44
Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens NRW e. V.	Prof. Dr. Heiko Schneitler	12/1461	35, 51, 53
Marburger Bund	Rudolf Henke	12/1456	40, 50
AOK Rheinland	Heinrich Schlüter	12/1407	55, 77, 83
Verband der Angestelltenkrankenkassen e. V.	Wolfgang Mudra	-	58, 78, 79
Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst - lögd -	Dr. Helmut Brand	-	60, 79
Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf	Prof. Dr. J. Siegrist	-	61, 84

Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen	Reinhard Stadali	12/1405	63, 84
Deutscher Paritätischer Wohl- fahrtsverband	Klaus Bremen	12/1445 12/1466	66
Oberbergischer Kreis	Norbert Wolter	-	68
Gesundheitsamt der Stadt Köln	Dr. Jan Leidel	12/1426	70
Gesundheitsamt Heinsberg	Dr. Karl-Heinz Feldhoff	-	72, 85

Abschnitt III: Artikel 5 - Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose

Organisation	Redner/in	Zuschrift	Seite
Blindenverband Nordrhein e. V.	Klaus Hahn	-	86, 98
Fördergemeinschaft für Taub- blinde e. V.	Wolf-Dieter Trenner	-	89
Landesverband der Gehörlosen	Michael Stempel	-	82
Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e. V.	Geesken Wörmann	12/1436 12/1441	93
Landschaftsverband Westfalen- Lippe	Konrad Püning	12/1416 12/1417	95

Abschnitt IV: Artikel 11 mit Ausnahme der Nr. 6

Organisation	Redner/in	Zuschrift	Seite
Städtetag Nordrhein-Westfalen	Ursus Fuhrmann	12/1425	99, 106
Nordrhein-Westfälischer Städte- und Gemeindebund	Dr. Manfred Wichmann	12/1432	100
Deutscher Beamtenbund	Jörg Wessiepe	12/1403	101
	Eckhard Schwill		106
Deutscher Gewerkschaftsbund	Gerd Stuhlmann	-	101
Lehrstuhl für Bodenordnung und Bodenwirtschaft, Bonn	Prof. Dr.-Ing. Walter Seele	12/1423	102
Landesfeuerwehrverband Nordrhein-Westfalen e. V.	Friedrich-Ernst Martin	12/1418	103
-	Detlef Menne, Warburg	12/1459	103
Projektteam "Überprüfung von Sach- und Personalstandards in Landesvorschriften"	Dr. Peter Schäfer	12/1424	103

Fraktion	Abgeordnete	Seiten
SPD	Wolfram Kuschke	10, 21, 76, 77, 98
	Walter Grevener	26, 52
CDU	Albert Leifert	11, 18, 25
	Hermann-Josef Arentz	12, 13, 16, 44, 48, 80
	Franz-Josef Britz	24
	Georg Gregull	97
GRÜNE	Daniel Kreutz	22, 43, 46, 78
	Ewald Groth	106

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

Gesetzentwurf

der Fraktion der SPD und

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Drucksache 12/2340

Vorsitzender Bodo Champignon: Meine sehr geehrten Damen und Herren, ich eröffne die 28. Sitzung des Ausschusses für Kommunalpolitik sowie die 39. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit, Soziales und Angelegenheiten der Vertriebenen und Flüchtlinge und begrüße alle Sitzungsteilnehmer recht herzlich. Ich freue mich, auch einige Zuhörer und die Vertreter der Presse hier begrüßen zu dürfen, und heiße Sie alle recht herzlich willkommen.

Heute ist der zweite Tag der insgesamt dreitägigen öffentlichen Anhörung zum Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN "Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen". Hierbei handelt es sich um ein sogenanntes Artikelgesetz; das heißt, durch dieses Gesetz sollen Veränderungen in verschiedenen Gesetzen vorgenommen werden. Auf den Inhalt des Gesetzentwurfs im einzelnen brauche ich auch in der heutigen Anhörung wohl nicht mehr einzugehen, da er allseits bekannt ist.

Ich komme zum Verfahrensablauf. Für den heutigen Vormittag ist die Anhörung der Expertinnen/Experten zu Artikel 3 des Gesetzentwurfs vorgesehen; hierbei handelt es sich um das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. In der Zeit von 13.30 bis 14.00 Uhr möchte ich eine Mittagspause einlegen. Im Anschluß an diese Mittagspause wird pünktlich um 14.00 Uhr die Expertenanhörung fortgesetzt; wir fahren dann fort mit Artikel 5 des Gesetzentwurfs, nämlich "Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose". Dieser Teil des Gesetzentwurfs wird bis etwa 16.00 Uhr beraten werden können.

Die von mir vorgeschlagene Reihenfolge für die Abgabe der mündlichen Stellungnahmen von maximal 10 Minuten Dauer sowie die von den Verbänden benannten Sprecher sind aus den als Tischvorlage verteilten Listen zu ersehen. Die schriftlich formulierten Stellungnahmen der Anhörungsteilnehmer, sind, soweit diese bereits eingegangen sind, als Zuschrift an alle Mitglieder des Landtags verteilt worden. Ich werde versuchen, etwa alle 45 Minuten Fragestunden einzuschieben, um den Mitgliedern der hier anwesenden Fachausschüsse Gelegenheit für Rück- und Nachfragen zu geben.

Ich gehe davon aus, daß keine Einwände gegen das von mir vorgeschlagene Verfahren erhoben werden, und möchte Sie wegen der großen Zahl von Anzuhörenden dringend um Einhaltung der Redezeit von 10 Minuten bitten. Zur besseren Verständigung möchte ich die Expertinnen/Experten bitten, zu ihren Ausführungen an das hierfür vorgesehene Rednerpult zu treten.

Einen Hinweis auf den heutigen Nachmittag möchte ich schon an dieser Stelle machen: Ab 14.00 Uhr wird das "Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose" beraten. Daher wird in dieser Zeit eine Gebärdensprachdolmetscherin, Frau Kira Knühmann-Stengel, anwesend sein.

Ich bitte den ersten Redner, Herrn Kurt Bodewig vom Deutschen Gewerkschaftsbund, an das Rednerpult und möchte jetzt schon darauf hinweisen, daß ich den ersten Fragekomplex schon gegen 10.30 Uhr aufrufen werde. Herr Bodewig hat mir signalisiert, daß er um 11.00 Uhr einen dringenden Termin wahrnehmen muß. Die Abgeordneten werden also Gelegenheit haben, ihn im Anschluß an seine Ausführungen zu befragen, eventuell dann auch schon die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände, die bis dahin zu Wort gekommen sind.

Ich rufe auf:

Abschnitt III

Artikel 3 - Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst

Herr Bodewig, Sie haben das Wort.

Kurt Bodewig (Deutscher Gewerkschaftsbund): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. - Meine Damen und Herren, ich danke für das Verständnis, aber ich mußte diesen Termin kurzfristig einplanen. Ich will allerdings eine eigene Vorleistung einbringen und mich sehr kurz und präzise fassen, so daß ich damit vielleicht einen zusätzlichen zeitlichen Spielraum eröffnen kann.

Für die Einladung zur heutigen Anhörung danke ich Ihnen ganz herzlich. Für den DGB Nordrhein-Westfalen nutze ich die Gelegenheit gerne und begrüße ausdrücklich, daß diese langjährige Hängepartie zum Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst endlich beendet werden soll. Nachdem seit 1993 die Leitlinien vorliegen, begrüße ich ebenfalls, daß im Rahmen des sogenannten Kommunalisierungsgesetzes mit dem Artikel 3 das ÖGD-Gesetz nun verabschiedet werden soll.

Nach unserer Auffassung ist es dringend erforderlich, daß die 140 Paragraphen des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1984 - ich betone auch dieses Datum ausdrücklich - und der drei Durchführungsverordnungen zu diesem Gesetz aus dem Jahre 1935 endlich abgelöst werden. Ich begrüße ebenfalls, daß es gelungen ist, die große Zahl von Paragraphen auf 31 zu komprimieren. Das eröffnet sowohl den Kommunen als auch allen anderen Beteiligten am Gesundheitswesen Spielräume, die sie nutzen können.

Daß sich das Land Nordrhein-Westfalen zeitlich in Verzug befindet, können wir unter anderem daran erkennen, daß schon in sechs Bundesländern das Vereinheitlichungsgesetz durch ein aktuelles Gesetz abgelöst worden ist und daß die Novellierung des Gesetzes zur Zeit in der Hälfte der Bundesländer auf der Tagesordnung steht.

Ich bewerte es positiv, daß mit diesem Gesetz aus der vormaligen Gesundheitspolizei nun eine Behörde wird, die auch präventive Konzepte entwickeln und umsetzen kann. Zu diesen Konzepten gehört auch, daß sinnvolle Kooperationsstrukturen eine gesetzliche Basis erhalten. Ich möchte darauf hinweisen, daß es wünschenswert gewesen wäre, vielleicht die Modellversuche zur wohnortnahen Koordinierung noch auswerten zu können, aber ich glaube, daß die jetzige Phase dazu genutzt werden kann, zumindest das Bisherige abzulösen. Durch die vorgesehene Prüfungsklausel besteht außerdem die Möglichkeit, zusätzliche Erkenntnisse auch später noch in Gesetz umzusetzen.

Für den DGB ist es wichtig, daß mit kommunalen und Landesgesundheitsberichten eine gesicherte Basis für vernetzte Kooperation entwickelt werden kann und daß dies auch Schwerpunkt der jeweiligen Akzentsetzung der Landesregierung werden muß. Darüber hinaus regen wir an, daß die Zusammensetzung der Landesgesundheitskonferenz sich auch in den kommunalen Gesundheitskonferenzen widerspiegeln sollte. Es macht keinen Sinn, auf Landesebene viele Beteiligte zusammenzuholen, von denen auf der örtlichen Ebene wichtige Teile, unter anderem die Gewerkschaften, aus dem Diskussionsprozeß wieder ausgegrenzt werden. Wir bitten deshalb, § 24 Absatz 1 entsprechend auszugestalten.

Zu § 25 - Landesgesundheitsberichterstattung - mahnen wir an, daß die in Absatz 1 enthaltene Vorgabe eines regelmäßigen Gesundheitsberichtes unbedingt noch präzisiert werden sollte. "Regelmäßig" ist aus unserer Sicht zu ungenau. Es besteht die Gefahr, daß das, was geplant ist, nämlich in klar fixierten zeitlichen Abständen auch die Veränderungen festzustellen, vielleicht unter der Rubrik "regelmäßig" doch etwas locker gehandhabt werden könnte.

Wir begrüßen weiterhin, daß mit der Überprüfungsklausel des § 30 Schlußfolgerungen in gesetzliche Regelungen umgesetzt werden können. Wir regen deshalb an, daß nach dem Erfahrungszeitraum von fünf Jahren auch die anderen Akteure der Landesgesundheitskonferenz in diesen Prüfungsprozeß einbezogen werden.

Das Kommunalisierungsgesetz zielt insgesamt darauf ab, die Belastung der Kommunen zu begrenzen. Dies gilt sinngemäß natürlich auch für Artikel 3, also für das Gesetz, das wir heute behandeln. Das darf aber nicht zur Abwälzung auf die sozialen Sicherungssysteme führen. Wir bitten deshalb den Gesetzgeber um sensible Behandlung bei der Finanzierung zusätzlicher Aufgaben. Die Entlastung der Kommunen, deren Notwendigkeit wir anerkennen, darf nicht auf Kosten Dritter, in diesem Fall der sozialen Sicherungssysteme, geschehen. Wir erinnern an die derzeitige bundesweite intensive Debatte über die Absenkung der Lohnnebenkosten. Ich möchte an dieser Stelle darauf hinweisen.

Lassen Sie mich abschließend noch betonen, daß das Vereinheitlichungsgesetz und seine Durchführungsverordnungen aus einer Zeit stammen, in der auch Elemente einer Rassenideologie in Gesetzen und Durchführungsverordnungen verankert wurden. Wenn in § 1 der Zweiten Durchführungsverordnung das Gesundheitsamt zur Aufgabe hat - ich zitiere -, "die für die Durchführung der Erbpflege erforderlichen Untersuchungen und Feststellungen vorzunehmen", zeigt dies deutlich, wie notwendig die Verabschiedung eines aktualisierten, mit neuen Inhalten versehenen ÖGD-Gesetzes und die damit verbundene Aufhebung der bisherigen gesetzlichen Regelungen ist.

Der Deutsche Gewerkschaftsbund wird die im ÖGD-Gesetz enthaltenen Angebote aufgreifen und sich an den Kooperationsstrukturen beteiligen.

Die Gewerkschaft ÖTV reicht eine schriftliche Stellungnahme aus der Sicht der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach. Mein Kollege Wilfried Kühle von der ÖTV Nordrhein-Westfalen steht ebenfalls für Nachfragen zur Verfügung.

Ingrid Robbers (Städtetag Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Wir waren etwas überrascht, als wir mit dem Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähig-

keit der Kreise, Städte und Gemeinden einen Artikel 3 vorgefunden haben, der nun plötzlich ein neues Landesgesundheitsgesetz regeln soll. Das Vorhaben an sich ist für uns nicht neu, da wir 1993 intensiv die Leitlinien diskutiert haben. Leider sind damals die Leitlinien gescheitert - nicht weil sie schlecht waren, sondern weil die Kosten- und Finanzsituation in den Kommunen sehr angespannt war. Daran hat sich nichts geändert. Damals kamen wir nicht zur Verabschiedung der Leitlinien, weil nicht deutlich war, wie die Kommunen sie kostenneutral finanzieren sollten.

Wir bedauern sehr, daß die Ergebnisse der damaligen Diskussion jetzt nicht in den neuen Gesetzentwurf eingeflossen sind, da wir bei Prüfung aller Vorschriften wieder feststellen müssen: Eine Garantie für Kostenneutralität ist nicht gegeben. Sie werden sicher Verständnis dafür haben, daß wir nach wie vor - das ist ja auch der Wille des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden - darauf achten müssen, keine Mehrbelastungen zu bekommen, weil im Augenblick keine weitere Mark aus den Kassen herausgeholt werden kann. Alle Bereiche sind budgetiert, und auch das Gesundheitsamt wird künftig nicht mehr Gelder zur Verfügung gestellt bekommen.

Wir sind eindeutig der Auffassung, daß wir ein neues Landesgesundheitsgesetz dringend benötigen, nur hatten wir uns an die Absprache gehalten, daß erst die Modellerprobung der Leitlinien abgeschlossen wird. Die Modelle laufen noch. Bisher liegt erst ein Zwischenbericht vor, der noch nicht ausführlich diskutiert wurde. Wir warten noch auf den Endbericht, um festzustellen, wie die Gedanken der Leitlinien realisiert werden konnten und was wirklich wert ist, in einen Gesetzentwurf übernommen zu werden.

Nach der Diskussion und nach den Stellungnahmen der übrigen Beteiligten glauben wir, daß mit diesem sehr schnellen Verfahren der Vertrauensprozeß der Beteiligten eher gestört wird und daß wegen des Mißtrauens anderer Gruppen das Gesetzesvorhaben nicht gelingen kann. Bei einer behutsameren Einbringung des Gesetzesvorhabens als eigene Vorlage, was auch dem Anspruch an die Aufgaben des ÖGD gerecht würde, hätte man einem solchen Gesetz nach unserer Meinung mehr Hilfestellung geleistet.

Bei allen Wünschen nach der Verabschiedung eines neuen Landesgesundheitsgesetzes müssen wir das Vorhaben, den Artikel 3 in das Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden einzubauen, ablehnen. Das bedeutet keine Ablehnung eines Landesgesundheitsgesetzes als solches.

Die Gründe für unsere Ablehnung sind: Erst einmal wird hier das eigentliche Gesetzesvorhaben konterkariert, und die Regelung eines Landesgesundheitsgesetzes wird auch künftig in der Auslegung immer unter diesem Apodiktum liegen.

Die Gesundheitsämter - da sind wir uns alle einig - haben wichtige Aufgaben zu erfüllen und werden auch in Zukunft weiter notwendig sein. Sicherlich müssen sich auch die Gesundheitsämter neuen Aufgaben stellen und neue Möglichkeiten bekommen. Insofern wären Vorschriften, die den geänderten Bedingungen Rechnung tragen, auch aus der Sicht der kommunalen Spitzenverbände dringend notwendig.

Wir haben in den bisherigen Diskussionen erfahren, daß die Gesundheitsämter ihre traditionellen Aufgaben nicht abbauen können. Die traditionellen Aufgaben haben im Gegenteil zugenommen. Das werden sicherlich später die Sachverständigen aus den Gesundheitsämtern,

die ebenfalls eingeladen sind, noch verdeutlichen. Insbesondere durch die weltweiten Wanderungsbewegungen ist der Gesundheitsschutz immer bedeutender geworden. Wir können nicht glauben, daß hier künftig Einsparungen zu Lasten moderner Aufgaben vorgenommen werden können.

Die modernen Aufgaben wie Koordination und Einrichtung von Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsberichterstattung usw. werden auch von uns bejaht. Eine Koordination ist heute dringender denn je notwendig, damit sowohl in ambulanten als auch in stationären, rehabilitativen und sozialbegleitenden Einrichtungen die notwendigen Abstimmungen erfolgen. Wir halten es auch durchaus für möglich, daß eine solche Koordination über die Gesundheitsämter erfolgen kann, glauben aber, daß im Augenblick die Festlegung solcher Koordination und Gremien im Gesetz nicht sinnvoll ist, weil der Abstimmungsprozeß in den Modellversuchen noch nicht abgeschlossen ist. Man sollte diesen Abstimmungsprozeß zur Zeit nicht stören.

Entsprechende Vorschriften sind im vorliegenden Gesetzentwurf nicht klar ausgestaltet. Das Mißtrauen der niedergelassenen Ärzte und der Krankenkassen ist groß, weil sie befürchten, daß hier eine Bestimmung der Kommunen über sie eingeführt werden soll, die meines Erachtens aber gar nicht gewollt ist. Deswegen müssen an diesen Stellen mit Sicherheit Nachbesserungen vorgenommen werden. Kooperation und Koordination sind nur möglich, wenn die Beteiligten Vertrauen zueinander haben, und nicht, wenn Gruppen zusammengezwungen und ihnen Entscheidungsverfahren vorgegeben werden. Wir meinen, daß man mit diesem Gesetz eher Nachteile im Abstimmungsprozeß bewirkt hat, als daß man ihn fördert.

Die Gesundheitsämter brauchen für die neuen Aufgaben, die man ihnen zuordnen will und die sicherlich sinnvoll sind, mehr Personal. Wir alle wissen, daß mehr Personal mehr Geld kostet. Da nach unserer Überzeugung Einsparungen in den traditionellen Aufgabenfeldern kaum möglich sind - sicherlich wird es einige Verschiebungen geben -, wird es ganz klar zu Mehrbelastungen kommen. Es ist an keiner Stelle ersichtlich, wie die Finanzierung geregelt werden soll. Es wird zwar aufgeführt, daß die Kommunen Verträge mit den zuständigen Kostenträgern abschließen können, aber hier wird klar in Bundesrecht eingegriffen; denn ein Finanzierungsanspruch besteht nur, wenn der Bundesgesetzgeber zum Beispiel die Vorschriften des SGB V ändert. Als Beispiel nenne ich § 21, Jugendzahnpflege. Wir treten auch dafür ein, daß solche bundesgesetzlichen Änderungen kommen, damit die Gesundheitsämter Finanzierungsquellen für bestimmte Aufgaben - nicht für alle Aufgaben, damit ich nicht falsch verstanden werde - bekommen. Aber bestimmte Aufgaben, die die Gesundheitsämter wahrnehmen, sind eigentlich nicht Aufgaben der klassischen Kommunalverwaltung, sondern Aufgaben der Leistungserbringung im Gesundheitswesen. Dafür muß eine Finanzierung über die Kranken- oder Rentenversicherung sichergestellt werden.

Die in dem vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehene Öffnung der Verträge gibt den Kommunen keinerlei Sicherheit, weil sie davon abhängig sind, ob die Kassen überhaupt solche Verträge abschließen. Bei der augenblicklichen Finanzenge der Krankenkassen ist nicht davon auszugehen, daß sie sich hier öffnen werden und bereit sind, Gelder an die Kommunen zu bezahlen.

Wir sprechen uns daher nachdrücklich dafür aus, den Artikel 3 aus diesem Verfahren herauszunehmen und den Entwurf des Landesgesundheitsgesetzes in einem gesonderten Verfahren schnell durchzuziehen, und zwar unter Einschaltung von Sachverständigen, damit dort,

wo jetzt noch Zweifel bestehen und Vorschriften offen sind, für die Kommunen und für die anderen Beteiligten Klarheit geschaffen wird. Andernfalls würde dieses Gesetzes in den Kommunen auch in der Durchführung auf viele Probleme stoßen.

Das Gesetz versucht, die Probleme zu lösen, indem es Aufgaben sehr vage und offen formuliert. Das ist einerseits aus der kommunalen Selbstverwaltung heraus zu begrüßen, den Gesundheitsämtern bringt es aber keine Erleichterung. Jeder kann andere Leistungen erbringen. Der Erwartungshorizont von außen ist aber hoch, und der Vergleich der Städte wird immer offener. Es wird deshalb auch ein Erwartungsdruck bei den Bürgern erzeugt, und diesem Druck muß die Kommune schließlich nachgeben und entsprechende Gelder bereitstellen, die sie zur Zeit nicht hat.

Ich bitte daher um Ihr Verständnis, daß wir bei aller Anerkennung des positiven Bemühens für ein neues Gesetz für die Gesundheitsämter das jetzige Verfahren nicht akzeptieren können. Wir bitten Sie, das Gesetz auf einem anderen Wege zu erlassen, nicht auf diesem.

Mauss (Landkreistag Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, wir danken Ihnen, daß Sie uns heute die Möglichkeit geben, zu dem Entwurf eines Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst Stellung nehmen zu können. Wir sind verwundert, daß dieses Gesetz im Rahmen eines Artikelgesetzes beraten und verabschiedet werden soll. Der Gesetzentwurf entspricht bis auf die Reduzierung der Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung fast wörtlich den im Jahre 1993 vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales vorgelegten Leitlinien für ein Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Diese Leitlinien wurden seinerzeit vom Landkreistag und von den anderen beiden kommunalen Spitzenverbänden abgelehnt, weil ein auf ihrer Basis zu erlassendes Gesetz nicht kostenneutral umzusetzen war.

Ich finde es bemerkenswert, daß das Ministerium aus der seinerzeitigen Kritik bisher keine Konsequenzen gezogen und keine entsprechenden Änderungen vorgenommen hat. Vielmehr wurden diese Leitlinien im wesentlichen unverändert als Gesetzentwurf eingebracht, um das Gesetzgebungsverfahren bis zum 31. Dezember dieses Jahres abschließen zu können. Wir halten es für nicht machbar, in dieser Zeit ein solches Gesetz so umzugestalten, daß es den fachlichen Bedürfnissen und finanziellen Möglichkeiten der Städte und Kreise entgegenkommt. Wir sehen auch keinen Grund für diese Eile, zumal das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens seit über 60 Jahren gilt und bisher im großen und ganzen für die Erledigung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgereicht hat, obwohl wir Ihre Meinung teilen, daß eine Ablösung in absehbarer Zeit fällig ist. Wir appellieren daher an den Landtag, den Gesetzentwurf von den Beratungen des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden verfahrensmäßig und zeitlich abzukoppeln, damit ausreichend Zeit für eine seriöse Befassung zur Verfügung steht.

Was den Entwurf eines Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst, den Artikel 3 selbst, angeht, so wird dieser wie die Leitlinien vom Landkreistag abgelehnt. Der Landkreistag hat in der Vergangenheit wiederholt erklärt, daß er wegen der äußerst prekären Finanzsituation der Kreise keinem Gesetz mehr zustimmen wird, das zusätzliche Kosten mit

sich bringt. Dies ist bei dem vorliegenden Gesetzentwurf - wie schon bei den Leitlinien - der Fall.

Ich möchte das anhand einiger Beispiele verdeutlichen. § 7 Absatz 2 wandelt die bisher teilweise von den unteren Gesundheitsbehörden als freiwillige Selbstverwaltungsaufgabe wahrgenommene Koordinierung der Planung und der Umsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention in eine pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe um. Bei der Regelung handelt es sich um eine neue Pflichtaufgabe, die nicht kostenneutral durchzuführen ist.

Das gleiche gilt für § 7 Absatz 3, in dem eine Verpflichtung enthalten ist, Selbsthilfegruppen zu fördern. Auch wenn die Regelung als Soll-Vorschrift ausgestaltet ist, wird sich die untere Gesundheitsbehörde bei der nach wie vor starken Zunahme der Selbsthilfegruppen dieser Verpflichtung nicht entziehen können.

Die in § 9 enthaltene Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung, den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung zu dokumentieren und zu bewerten, geht erheblich weiter als die in den bisherigen Rechtsgrundlagen enthaltenen Pflichten des Gesundheitsamtes. Um diese Aufgabe sachgerecht wahrnehmen zu können, müßte die untere Gesundheitsbehörde wesentlich mehr Daten ermitteln, was nicht ohne Mithilfe der gesetzlichen Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte möglich ist, die zudem noch zur Mitwirkung gesetzlich nicht verpflichtet sind.

Die in § 10 enthaltene Aufgabe, die Bevölkerung in allen umweltmedizinischen Fragen zu beraten, kann ebenfalls erhebliche Kosten verursachen, wenn dieses Angebot von der Bevölkerung in größerem Umfang in Anspruch genommen wird. Dies ist nicht auszuschließen - ich erinnere an Aids, an BSE usw. - und wird Personalaufwand und damit ebenfalls Kosten verursachen.

Die in § 11 geregelte Schwangeren- und Mütterberatung, die für Personen in sozialen und gesundheitlichen Problemlagen auch als aufsuchende Hilfe vorzuhalten ist, verursacht ebenfalls zusätzliche Kosten, da sie nicht wie bisher als freiwillige, sondern als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe wahrzunehmen ist. Sie zwingt zudem zum Aufbau teurer Doppelstrukturen vor allem in den Kreisen, in denen derzeit ein solches Angebot von seiten der Gesundheitsämter nicht mehr zur Verfügung gestellt wird, weil es der niedergelassene Bereich abdeckt.

§ 14 enthält eine umfassende Beratungs- und Hilfeleistungsverpflichtung, die unabhängig von sozialen Umständen und unabhängig von der Existenz anderer Beratungsangebote für Personen besteht, die wegen ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustandes und aufgrund sozialer Umstände besonderer gesundheitlicher Vorsorge bedürfen. Diese Gesundheitshilfe ist sehr weit gefaßt und ist bei Bedarf auch als aufsuchende Beratung und Hilfe zu leisten. Auch durch diese Aufgabe können erhebliche Kosten auf die unteren Gesundheitsbehörden zukommen.

Mit ganz erheblichen Kosten wird die Hygieneüberwachung verbunden sein. Danach müssen ambulante Pflege- und Behandlungseinrichtungen einschließlich Einrichtungen für Körper- und Schönheitspflege regelmäßig überwacht werden - ich betone "regelmäßig" -, was eine außerordentliche Ausweitung des bisherigen Aufgabenumfanges der Gesundheitsämter darstellt. Die regelmäßige Überwachung aller Friseurgeschäfte, Kosmetiksalons usw. durch die unteren Gesundheitsbehörden kann nicht ohne eine erhebliche Ausweitung des Personal-

bestandes sichergestellt werden. Dazu kommt, daß es sich bei der Aufgabe um eine Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung handelt, deren Umfang durch eine allgemeine Weisung des Ministeriums ausgedehnt werden kann.

Nach § 20 soll der Amtsapotheker den Arzneimittelkonsum der Bevölkerung beobachten, dokumentieren, analysieren und bewerten, wobei er Erhebungen durchführen kann. Auf dieser Grundlage soll er die Bevölkerung über einen verantwortlichen Arzneimittelkonsum aufklären, informieren und beraten. Hierbei handelt es sich um eine völlig neue Aufgabe für den Amtsapotheker, die ebenfalls zusätzliche Kosten mit sich bringt.

Auch mit dem kommunalen Gesundheitsbericht wird den unteren Gesundheitsbehörden eine neue Pflichtaufgabe übertragen. Das geltende Recht sieht nur eine Pflicht zur statistischen Erfassung vor.

Die Koordination und die kommunalen Gesundheitskonferenzen stellen schließlich ebenfalls neue kostenträchtige pflichtige Selbstverwaltungsaufgaben dar, die nicht kostenneutral erledigt werden können. Dies belegt schon die Tatsache, daß das Land sich gegenwärtig mit erheblichen Personalkostenzuschüssen an den Kosten von kommunalen Gesundheitskonferenzen beteiligt, die freiwillig von Städten und Kreisen im Rahmen von Modellprojekten eingerichtet worden sind. Neben den Kostengründen bestehen aus unserer Sicht auch verfassungsrechtliche und verfassungspolitische Bedenken gegen die Einrichtung von Gesundheitskonferenzen, da sie einen Eingriff in die kommunale Organisationshoheit darstellen. Bisher sind keine Gründe angeführt worden, warum nur eine kommunale Gesundheitskonferenz geeignet ist, die vom Land für sinnvoll gehaltenen Koordinierungsziele, die wir teilen, zu erreichen.

Was die allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung angeht, bleibt abzuwarten, ob den unteren Gesundheitsbehörden diese Aufgaben vor allem der medizinischen Behandlung überhaupt möglich ist. Dies gilt insbesondere für kleine Gesundheitsbehörden, die nicht über eine ausreichende Zahl geeigneter Fachärzte mit kurativer Erfahrung verfügen.

An den durch die oben beschriebenen Aufgaben zu erwartenden Mehrkosten wird sich auch dadurch nichts ändern, daß gegenüber den Leitlinien Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung in selbstverwaltete Pflichtaufgaben umgewandelt worden sind. Dies gilt insbesondere in den Fällen, in denen wie bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und der kommunalen Gesundheitskonferenz das Nähere zu Inhalt und Verfahren durch Richtlinien des zuständigen Ministeriums geregelt werden kann. Da die Regelungsbefugnis durch keinerlei Zweckbestimmung im Gesetz eingeschränkt wird, gehen damit die Befugnisse des zuständigen Ministeriums noch weiter als bei der Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung. Sollte es bei der Regelung verbleiben, sind die Ermächtigungen zumindest in solche zum Erlaß von Rechtsverordnungen umzuwandeln, wobei Zweck und Inhalt auf das unabweisbare Maß zu beschränken sind, damit sie zum Schutz der kommunalen Selbstverwaltung auch im Einvernehmen mit dem Innenministerium ergehen.

Nach dem oben Gesagten widerspricht der Entwurf des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst der Intention des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden. Im Vorblatt zum Gesetzentwurf heißt es nämlich, daß mit dem Gesetz die Situation der kommunalen Haushalte verbessert werden soll. Dies ist, wie oben dargestellt, bei dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht zu erwarten.

Ziel der Regelung soll es aber nicht nur sein, die Aufgaben zu vermindern, sondern auch Einnahmen zu steigern oder Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Diesen Erfordernissen wird der Gesetzentwurf ebenfalls nicht gerecht. So hätten unseres Erachtens mehr Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung in pflichtige oder sogar freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben überführt werden können, insbesondere wenn sie keinen ordnungsrechtlichen Bezug haben. Eine Ausgestaltung als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung ist unseres Erachtens allenfalls nachvollziehbar, soweit die Tätigkeiten die öffentliche Sicherheit und Ordnung, wie den Schutz der Bevölkerung vor unmittelbar drohenden Gesundheitsgefahren, zum Ziel haben. Ein ordnungsrechtlicher Bezug ist unserer Auffassung nach zum Beispiel bei der Pflicht der Gesundheitsämter, amtliche Zeugnisse und Bescheinigungen auszustellen, nicht erkennbar. Ebensowenig ist ein ordnungsrechtlicher Bezug bei der ebenfalls als Pflichtaufgabe zur Erfüllung nach Weisung ausgestalteten Aufgabe, den Durchimpfungsgrad der Bevölkerung zu dokumentieren und zu bewerten, zu begründen.

Als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe geregelte Tätigkeitsfelder könnten in freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben umgewandelt werden. In den Fällen, in denen es bei der Ausgestaltung als pflichtige Selbstverwaltungsaufgabe verbleibt, sollte zumindest festgelegt werden, daß diese Aufgaben nicht von den unteren Gesundheitsbehörden durch eigene Kräfte wahrzunehmen sind, wenn die Erfüllung der Aufgaben und das Erreichen der damit verfolgten Ziele auf andere Weise gewährleistet sind. Die Gewährleistungsfunktion der unteren Gesundheitsbehörde hat bei dem vorliegenden Gesetzentwurf überhaupt keine Berücksichtigung gefunden. Durch eine solche Ausgestaltung der Aufgaben könnten entsprechend der Zielsetzung des Artikelgesetzes die Ausgaben vermindert werden.

Die Einnahmen könnten entsprechend einem weiteren Ziel dadurch gesteigert werden, daß den kommunalen Gebietskörperschaften das Recht eingeräumt wird, für alle Amtshandlungen und Dienstleistungen auf der Basis einer kommunalen Gebührensatzung unter Beachtung des Kostendeckungs- und Äquivalenzprinzips Gebühren zu erheben. Wegen der Einzelheiten darf ich auf unsere Eingabe verweisen.

Schließlich ist es auch Ziel des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden, den Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Auch hierzu wird der Entwurf nicht beitragen, im Gegenteil. Der Gesetzentwurf enthält zahlreiche organisatorische Vorgaben, die einer Vereinfachung der Verwaltung entgegenstehen. So werden die Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde durchgängig dem Gesundheitsamt zugeschrieben. Damit wird für den öffentlichen Gesundheitsdienst eine Amtsverfassung zementiert, die Bestrebungen im Rahmen neuer Steuerungsmodelle zuwiderläuft.

Für weitere Beantwortungen steht Herr Erster Beigeordneter Schumacher zur Verfügung. Ich bedanke mich.

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön, Herr Mauss. - Wie angekündigt, kommen wir jetzt zur ersten Fragerunde, damit Herr Bodewig zeitgerecht den Plenarsaal verlassen kann. Ich bitte die Abgeordneten, soweit sie Fragen an Herrn Bodewig haben, sich jetzt zu melden. - Als erster hat Herr Kuschke das Wort.

Wolfram Kuschke (SPD): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich möchte ganz kurz zu Beginn der Anhörung noch einmal drei Punkte deutlich machen, bevor ich einige Fragen stelle. Wir haben es hier mit einem Artikelgesetz zu tun, das einem besonderen parlamentarischen Beratungsverfahren unterliegt. Es ist schon angesprochen worden und es wird sicherlich auch nachher noch einmal angesprochen werden, daß die Zeitabläufe dort etwas anders sind als bei Gesetzentwürfen, die von der Landesregierung eingebracht werden. Von daher zunächst folgende Hinweise:

Es gab einen ursprünglichen Entwurf der Koalitionsfraktionen, in dem zwei Punkte noch anders formuliert waren. Ich möchte darauf verweisen, daß wir an diesen Stellen jetzt andere Formulierungen haben.

Es ist eine Revisionsklausel aufgenommen worden, die nach fünf Jahren allen Beteiligten die Chance einräumt, noch einmal darüber zu beraten, ob dieses Gesetz in der vorgesehenen Art und Weise sinnvoll gewesen ist und wo Änderungen vorzunehmen sind.

Des weiteren ist die Frage der Pflichtaufgaben nach Weisung noch einmal konkretisiert und eingegrenzt worden.

Ich will dann einen Punkt aufgreifen, der mir sehr wichtig erscheint und bei dem ich mir vorstellen kann, daß es auch noch Beratungsbedarf bei den antragstellenden Fraktionen geben wird. Bei der Frage des bereits angesprochenen Modellversuchs "Ortsnahe Koordinierung" sehe ich durchaus die Chance, auch einen Zusammenhang im Gesetz selbst herzustellen.

Ich will schließlich zum weiteren Beratungsverfahren deutlich sagen, daß wir trotz der Kürze der Zeit alle Möglichkeiten nutzen werden - sowohl innerhalb des parlamentarischen Beratungsverfahrens als auch auf ungewöhnlichem unkonventionellem Wege -, noch einmal in zusätzliche Beratungen einzutreten. Dieses Angebot richtet sich insbesondere an die Vertreter aus dem kommunalen Raum und an die Vertreter aus dem Bereich der Landesgesundheitskonferenz. Entsprechende Angebote und Vereinbarungen gibt es bereits.

Herr Vorsitzender, vielen Dank dafür, daß ich diese Vorbemerkungen machen durfte.

Meine erste Frage richtet sich an Frau Robbers. Verstehe ich Sie richtig, daß Sie durchaus davon ausgehen, daß ein größerer Handlungsbedarf im Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes besteht? Sie haben Wanderungsbewegungen und damit verbundene Aufgaben im Sinne eines stärkeren Gesundheitsschutzes angesprochen. Herr Mauss hat die Hygieneüberwachung im Bereich von Altenhilfeeinrichtungen angesprochen. Wir haben in den letzten Jahren durch Bundespflegeversicherungsgesetz, Landespflegegesetz und ähnliches eine Vielzahl von Altenpflegeeinrichtungen hinzu bekommen. Meine Frage an Sie: Wie wollen Sie denn diesem veränderten Aufgabenkatalog gerecht werden? Welche Vorstellungen gibt es dazu bei den kommunalen Spitzenverbänden? Gehen die Kommunen nicht selbst schon an diese Aufgaben heran?

Die zweite Frage: Ich habe Sie, Frau Robbers, so verstanden, daß die Dinge, die im Rahmen des Modellversuchs "Ortsnahe Koordinierung" angegangen worden sind, für sinnvoll gehalten werden und auch schon Erfolge zeigen. Zu den Instrumenten der Modellversuche "Ortsnahe Koordinierung" gehören aber beispielsweise auch kommunale Gesundheitskonferenz und Gesundheitsberichterstattung. Die Instrumente, die im Bereich "Ortsnahe Koordinierung" für

richtig gehalten werden, werden mit Skepsis versehen, wenn sie im vorliegenden Gesetzentwurf auftauchen. Dieses Abweichen kann ich nicht ganz nachvollziehen. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie das noch einmal begründen würden.

Vorsitzender Bodo Champignon: Frau Robbers, ich möchte Ihnen noch nicht das Wort zur Beantwortung erteilen, sondern frage noch einmal, ob es Fragen an Herrn Bodewig gibt. Ich stelle die Beantwortung der an Frau Robbers gerichteten Fragen aus den bekannten Gründen zunächst zurück. - Herr Leifert hat jetzt das Wort.

Albert Leifert (CDU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, der Gesetzestitel lautet "Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen". Gestern hat hier in diesem Hohen Haus der Hauptgeschäftsführer des Städtetages Nordrhein-Westfalen eindrucksvoll dargestellt, daß eine Stärkung der Leistungsfähigkeit, insbesondere der finanziellen Leistungsfähigkeit durch Einnahmeverbesserungen, in absehbarer Zeit nicht möglich sein wird. Er hat deutlich gemacht, daß eine Stärkung der finanziellen Leistungsfähigkeit der Städte und Gemeinden letztendlich eben nur durch Ausgaben- und Belastungsminderung der Kommunen herbeigeführt werden kann.

Unter diesem Anspruch steht nun auch Artikel 3 dieses Gesetzes, das neue Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst. Ein Artikelgesetz - das hat Herr Kollege Kuschke schon dargestellt - hat es an sich, daß nach langen Vorberatungen die öffentlichen Endberatungen sehr schnell und sehr zügig über die Bühne gehen oder gehen sollen. Meine Frage an Herrn Bodewig: Sie haben sich hier zu diesem Gesetz bekannt, Sie haben ausgeführt, was alles notwendig ist, sogar noch über den Gesetzentwurf hinaus. Wenn auch Sie tatsächlich die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kommunen - das ist der Titel dieses Gesetzes - wollen, stellen Sie mir doch bitte dar, an welcher anderen Stelle die Kommunen nach Ihrer Ansicht Einsparungen vornehmen müßten, um all die zusätzlichen Ansprüche, die aus diesem Artikel 3, Gesundheitsgesetz, hervorgehen, erfüllen zu können.

Sowohl Frau Robbers als auch Herr Mauss haben hier eindrucksvoll geschildert, welche zusätzlichen Aufgaben auf die Kommunen zukommen. Ich glaube auch nicht, daß den Kommunen zusätzliche Finanzen aus dem knappen Landeshaushalt zur Verfügung gestellt werden können, so daß wir uns in Zukunft fragen müssen, ob nicht § 3 der Gemeindeordnung sowie der Wortlaut des Entschließungsantrags der Koalitionsfraktionen in diesem Hause, daß jede Mehrbelastung der Kommunen finanziell ausgeglichen werden soll, mit großem Zweifel versehen werden muß. Meine Frage an Sie, Herr Bodewig: Wenn Sie Mehrbelastungen und Verbesserungen befürworten, wo sollten die Kommunen den Sparhebel ansetzen?

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön, Herr Leifert. Ich möchte jetzt dem Kollegen Arentz noch das Wort erteilen, weil auch er eine Frage an Herrn Bodewig hat. Ich habe Verständnis dafür, wenn zu Beginn der Veranstaltung Statements abgegeben wird, aber wir kommen durch die Veranstaltung nicht durch, wenn wir nicht bald zu konzentrierten Fragen übergeben. - Herr Kollege Arentz, Sie haben das Wort.

Herrmann-Josef Arentz (CDU): Herr Vorsitzender, ich möchte zunächst nur eine Frage an Herrn Bodewig stellen und an die beiden anderen Redner gleich Fragen stellen.

Herr Bodewig, es heißt in der Begründung zum Artikel 3 des vorliegenden Gesetzentwurfs unter dem Buchstaben D: "Für das Land und die Kommunen entstehen durch das Gesetz gegenüber den bisherigen Belastungen keine Mehrkosten. Die vorgesehenen Verfahren und Instrumente ermöglichen den Kommunen, in eigener Verantwortung ressourcenrelevante Flexibilisierungsmöglichkeiten und Wirtschaftlichkeitsspotentiale umfassend zu nutzen. Eine Quantifizierung der insgesamt entstehenden Entlastungen ist deshalb nicht möglich."

Das heißt, die Verfasser dieses Papiers gehen offensichtlich davon aus, daß es allenfalls zu Entlastungen kommt. Nun habe ich Ihren vorsichtigen Hinweis auf die Sozialversicherungen, die aus der Sicht des DGB nicht zusätzlich belastet werden dürfen, dem ich mich ausdrücklich anschließe, so verstanden, daß Sie nicht davon ausgehen, daß bei einer vernünftigen Umsetzung dessen, was hier vorliegt, geringere Kosten als gegenwärtig entstehen. Vielleicht können Sie den Punkt noch ein wenig erläutern. Ich glaube schon, daß er auch im Gesamtzusammenhang dieses Artikelgesetzes außerordentlich wichtig ist.

In dem Zusammenhang eine zweite Frage zu den Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitsdienst. Nach meinem Eindruck und nach meinen Informationen, ja selbst nach einer Antwort der Landesregierung vor wenigen Tagen auf eine kleine Anfrage des Kollegen Henke und von mir erfüllen die Gesundheitsämter und der öffentliche Gesundheitsdienst heute noch nicht einmal alle die Aufgaben, die sie zur Zeit haben. Da gibt es, von Kommune zu Kommune unterschiedlich, schon jetzt große Defizite. Sehen Sie das auch so? Meine Auffassung ist: Wenn man das alles will, weil man es für sinnvoll hält, dann muß man auch die Ressourcen dafür bereitstellen und auch darüber reden, daß es mehr kostet. Würden Sie in der Kumulation der bisherigen Defizite und der neuen Aufgaben, die der Gesetzentwurf festschreibt, mit mir auch zu dieser Auffassung kommen?

Kurt Bodewig: Vielen Dank für die Fragen. Ich denke, es sind wesentliche Fragen. Ich beginne mit den Fragen von Herrn Arentz und kann dann überleiten zur Frage von Herrn Leifert.

Die Frage dieses Gesetzes ist: Gelingt es, Ressourcen zu bündeln, und zwar nicht in der Weise, daß man sich gegenseitig Aufgaben zuschiebt, sondern in der Weise, einen Prozeß zu initiieren, indem man bereit ist, in Absprache und nach vereinbarten Prioritätensetzungen als beteiligter Akteur jeweils seine Ressourcen zur Verfügung zu stellen? Ich hatte in der letzten Woche das Vergnügen, an einer Veranstaltung teilzunehmen, auf der Herr Schneitler, der nachher ja noch zu Wort kommen wird, sehr eindrucksvoll die Probleme in der Landeshauptstadt Düsseldorf beschrieben hat. Ich kann dazu nur sagen: Die dort beschriebenen Probleme werden, wenn sie nicht behandelt werden, zeitversetzt ein erhöhtes Maß an öffentlichen Aufwendungen, aber auch an Aufwendungen bei den Transferzahlern zur Folge haben. Insofern ist der Grundgedanke dieses Gesetzes richtig, daß Prioritäten vereinbart und Ressourcen dafür zur Verfügung gestellt werden. Ich glaube auch, daß alle aufgeführten Aufgaben ja nicht zeitgleich laufen, sondern im Rahmen von - das ist der Gedanke von vernetzten Strukturen - vereinbarten Zielsetzungen.

Eine Einschränkung würde ich vornehmen, was die Frage der Beteiligung der Krankenkassen betrifft. Ich habe es als sehr bedauerlich empfunden, daß mit dem Beitragsentlastungsgesetz der Präventionsauftrag der gesetzlichen Krankenkassen erheblich reduziert worden ist. Das ist der einzige Punkt, bei dem ich mir wünsche, man könnte Einsicht erzielen und im Sozialgesetzbuch V den § 20 in der früheren Fassung verankern. Diese Belastung würden die Krankenkassen gerne übernehmen, weil sie wissen, daß alles, was dort investiert wird, später nicht im kurativen Bereich entsteht. Dieses Denken muß Gegenstand auch von gesetzlichen Normierungen sein.

Damit komme ich zur Frage der Beschäftigten im Gesundheitsdienst. Auch wir stellen Arbeitsverdichtungen fest. Aber auch da möchte ich auf die Ausführungen von Herrn Schneider in der vergangenen Woche zurückgehen, die besagen, daß die Arbeitsverdichtung bei gleichem Personal in den Gesundheitsämtern natürlich in der Zukunft extrem ansteigen wird, wenn die Probleme jetzt nicht behandelt werden. Auch aus diesem Grunde ist es notwendig, Prioritätensetzung und Ressourcenvereinbarung zu verbinden.

Ich komme nun zur Frage von Herrn Leifert. Ausgehend von diesen Gedanken will ich hier keine Vorschläge machen, ob Kommunen andere Dinge nicht machen sollen. Ich glaube, mit einem solchen Denken, mit einer solchen Orientierung kann es vielleicht gelingen, präventiv zu investieren, um langfristig die Kosten zurückzuführen und damit die Leistungsfähigkeit auch von Städten und Gemeinden, die ja durch ganz andere Faktoren belastet sind, herzustellen. Ich hoffe, daß diese Antwort für Sie befriedigend ist.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Ich habe es vielleicht nicht verstanden, Herr Bodewig, aber Sie haben in Ihrer ersten Stellungnahme nachdrücklich davor gewarnt, daß Mehrkosten bei der Umsetzung nicht zu Lasten der Sozialversicherungen entstehen dürften. Ich habe danach gefragt, ob Sie, ähnlich wie die Landesregierung uns das bestätigt hat, Defizite im Bereich des ÖGD und der Gesundheitsämter schon nach den heutigen gesetzlichen Vorgaben sehen und ob die Aufarbeitung der vorhandenen Defizite plus der neuen Aufgaben, die dieses Gesetz vorsieht, Ihrer Meinung nach dann insgesamt nicht doch zu höheren Kosten führen werden. Und wenn die nicht von der Sozialversicherung getragen werden sollen, dann müssen sie zwangsläufig von den Kommunen oder vom Land getragen werden.

Kurt Bodewig: Ich kann nur noch einmal sagen: Es gibt zur Zeit Defizite, die durch einen außerordentlich anwachsenden Problemdruck entstanden sind. Das ÖGD-Gesetz bietet aus unserer Sicht eine an den Wurzeln der Probleme ansetzende Orientierung. Das wird mittelfristig dazu führen, daß der Problemdruck nachläßt, daß diese Defizite gelöst werden können. Damit verbinde ich den für uns wichtigen Bereich, der gerade in den letzten beiden Abschnitten des Gesetzentwurfes deutlich wird: Nur in vernetzter Kooperation ist es möglich, aber in einer Kooperation der Partner, die ihre Aufgaben ohnehin erfüllen. Das ist doch der Punkt. Die Partner, die in den Gesundheitskonferenzen mitwirken, haben Aufgaben. Diese Aufgaben nehmen sie bereits wahr, und es macht Sinn, eine Absprache über die Wahrnehmung und über den Einsatz von Ressourcen vorzunehmen. Nur in diesem Sinne werden die Handelnden agieren.

Ich persönlich sage: Es gibt bereits eine Menge an informeller Kooperation. Was spricht dagegen, sie auf eine gesetzliche Basis zu stellen? Ich begrüße das. Wir als Gewerkschaften würden uns gerne in den lokalen Gesundheitskonferenzen beteiligen, weil wir glauben, daß wir dort eine Menge einbringen können.

Ich bringe ein Beispiel aus unserer eigenen Arbeit: Eine präventive Orientierung, die wir in die betriebliche Gesundheitsförderung einbringen, wirkt sich natürlich entlastend auf andere Bereiche des Gesundheitswesens aus, weil sonst, je nach Problemstellung, zeitversetzt Krankenkassen, Rentenversicherungen und der öffentliche Gesundheitsdienst betroffen werden. Diese Form von Kooperation wird mit Sicherheit mittelfristig auch zu einer Entlastung der Kommunen führen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön. - Da keine weiteren Fragen an Herrn Bodewig vorliegen, gebe ich Frau Robbers das Wort zur Beantwortung der Fragen von Herrn Kuschke.

Ingrid Robbers: Herr Kuschke, Sie haben gefragt, wie sich die Kommunen den öffentlichen Gesundheitsdienst in Zukunft vorstellen. Ich habe viele Stellungnahmen von den Gesundheitsämtern bekommen, die mir geschrieben haben, daß das, was der jetzt vorliegende Gesetzentwurf beinhaltet, bei ihnen so schon praktiziert wird. Wir brauchen also im Prinzip auf der Basis der geltenden Rechte gar keine Veränderungen, um modern und zweckmäßig in einem Gesundheitsamt arbeiten zu können. Auch das Vereinheitlichungsgesetz mit seinen drei Durchführungsverordnungen - was immer man davon halten mag - läßt durchaus zu, daß sich die Gesundheitsämter modernen Aufgaben stellen. Das tun sie zum großen Teil auch schon.

Das soll nicht bedeuten, daß wir kein neues Gesetz haben wollen. Ich habe einleitend gesagt, daß wir ein klares und modernes Gesetz mit unserer heutigen Sprache, den heutigen wissenschaftlichen Erkenntnissen entsprechend, für dringend erforderlich halten, damit die Gesundheitsämter vor allem auch gegenüber den Kämmerern genau darlegen können, wo ihre Verpflichtungen liegen und wo sie nicht liegen.

Die Schwierigkeit liegt darin, daß man versucht, die Quadratur des Kreises zu lösen. In jeder anderen Zeit, in der es möglich wäre, für neue Aufgaben Gelder bereitzustellen, wäre es leichter, ein solches Gesetz zu erlassen. In der jetzigen Situation ist aber Kostenneutralität das oberste Gebot, und es stellt sich die Frage, ob man in einer solchen Situation ein vernünftiges Gesetz erlassen kann. Neue Aufgaben wie Umweltmedizin, Gesundheitsberichterstattung, Ausbau von Beratungsangeboten, Qualitätssicherung, das heißt Ausbau der Überwachungsaufgaben und der Koordination, sind nicht ohne mehr Personal und ohne Mehrkosten zu schaffen. Da muß man zwangsläufig überlegen, wo man Aufgaben der traditionellen Art zurückstellen kann, und da beginnt die Schwierigkeit.

Es wurde schon erwähnt, daß Herr Schneitler sehr eindrucksvoll dargestellt hat - das können sicher auch die Leiter der anderen Gesundheitsämter an Beispielen belegen -, daß die traditionellen Aufgaben nicht abgenommen, sondern weiter zugenommen haben. Die Bevölkerungswanderung nimmt zu, der internationale Reiseverkehr ist heute eine Selbstverständlichkeit für

jeden, dadurch nehmen Infektionskrankheiten zu, und es entstehen auch immer mehr Benachteiligungen in der Bevölkerung, so daß neue Gruppen zu betreuen sind. Traditionelle Aufgaben müssen also eher ausgebaut als abgebaut werden. In einem neuen Gesetz müßte genau definiert werden - das haben wir auch seinerzeit bei den Leitlinien gefordert -, wo etwas abgebaut wird und wo etwas dazukommt, und das müßte man auch quantitativ ausweisen. Das ist weder seinerzeit bei den Leitlinien überzeugend gelungen, noch ist es heute gelungen.

Wenn man jetzt den Weg geht, daß man viele Kann-Regelungen einbaut und viele Aufgaben sehr vage formuliert, so hilft das den Kommunen nicht unbedingt weiter. In den Gesundheitsämtern hat man dadurch eine Erleichterung, daß man die Schwerpunkte selbst setzen kann. Das Problem liegt aber darin, daß langfristig oder auch schon mittelfristig der Erwartungsdruck von außen wächst und entsprechende Leistungen von den Gesundheitsämtern gefordert werden. Eines gilt sowohl für traditionelle als auch für moderne Aufgaben: Wenn sie nicht erfüllt werden können, kommt das Gesundheitsamt zwangsläufig gleich wieder in einen schlechten Ruf.

Man muß sich aber auch dazu bekennen, daß neue Aufgaben Finanzierung benötigen. Nach unserer Meinung ist es durchaus richtig, zu einem Teil die GKV mit einzubinden - das ist vorhin auch von dem Vertreter der Gewerkschaften gesagt worden -, da die Leistungen, die das Gesundheitsamt nicht erbringt, auch von anderen nicht erbracht werden. Dann entstehen später durch die Verstärkung der Probleme den Kassen viel höhere Kosten. Insofern ist nicht einzusehen, warum man sie nicht an bestimmten Kosten beteiligen will. Als das Land im Rahmen der Modellversuche der ortsnahen Koordination den Kommunen Aufgaben übertragen hat, hat man auch die Konsequenz gezogen und ihnen die Kosten für das Personal erstattet.

Herr Kuschke, Sie haben noch gefragt, wie die Instrumente genutzt werden. Die Kommunen haben sich diesem Modellprojekt gestellt, und die Erfahrungen sind zum Teil positiv. Nicht überall ist man voll zufrieden. Aber es ist der Charakter von Modellen, daß man in jeder Stadt - es sind in den Modellen ja immer auch unterschiedliche Ziele vorgegeben - unterschiedliche Erfahrungen macht. Die Modelle sind sicherlich zu begrüßen. Sie sind nicht neu; denn die runden Tische hatten Kommunen schon früher. Nur nannten die sich dann nicht runde Tische, sondern hatten andere Namen.

Wir haben früher schon versucht, über die Gesundheitsämter Abstimmungen mit den Beteiligten vorzunehmen. Es ist in vielen Städten auch gelungen, solche Abstimmungen zu erreichen. Für diesen Abstimmungsprozeß ist es aber wichtig, das Vertrauen und den Mitarbeitswillen der anderen Beteiligten zu erhalten. Die Diskussionen über den jetzigen Entwurf zeigen, daß das Mißtrauen der Interessengruppen, man wolle in ihre Finanztöpfe oder in ihre Aufgaben hineingreifen, sehr groß wird, sobald eine Vorschrift im Gesetz fixiert wird. Der bisher eigentlich zufriedenstellende Prozeß der runden Tische wird im Augenblick durch dieses Vorhaben gestört, weil man Angst davor hat, daß hier eine Pflicht und eine Zuständigkeit der Kommunen geschaffen wird, daß sie nicht nur koordinieren, sondern auch Entscheidungen treffen. An diesen Stellen muß meines Erachtens der Gesetzentwurf ganz klar nachgebessert werden. Es muß klargestellt werden, daß die Koordination, aber nicht die Entscheidung der Kommune gewollt ist. Solange solche Klarstellungen nicht erfolgen, können

Sie kein Einverständnis bekommen. Selbst wenn eine solche gesetzliche Vorschrift Platz greifen sollte, wird man keine Ergebnisse vor Ort erhalten können.

Unsere Auffassung ist: Man braucht nicht für alles eine gesetzliche Vorschrift. Koordinationsaufgaben können Kommunen auch von sich aus wahrnehmen, wenn die anderen einsehen, daß auf diesem Wege einer Vernetzung mit anderen Gruppen die eigene Zuständigkeit nicht angetastet wird, sondern erhalten bleibt.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Frau Robbers, habe ich das richtig verstanden? Sie haben zu Anfang gesagt, Sie seien über Artikel 3 in diesem Sammelgesetz überrascht gewesen. Sie seien überrascht gewesen, daß Sie als Städtetag - die Frage geht auch an Herrn Mauss, der sich sinngemäß genauso geäußert hat - von den Erarbeitern des Entwurfs in keiner Weise vorher befragt oder eingebunden worden sind. Es wäre wichtig, daß wir das noch einmal genau hören, insbesondere wenn es stimmt, daß Ihre damalige Kritik an den Leitlinien von 1993 auch in keiner Weise hier ihren Niederschlag gefunden hat.

Zweitens sagen Sie, Frau Robbers, in Ihrer schriftlichen Stellungnahme, die uns vorliegt, zu Artikel 3 auf Seite 11, daß der Entwurf seiner Intention nicht gerecht werde, für die Kommunen keine Mehrkosten zu verursachen. Gibt es in Ihrem Hause oder bei den Mitgliedstädten Annahmen darüber, welche Mehrkosten durch diesen Gesetzentwurf entstehen würden?

Meine dritte Frage steht im Zusammenhang damit: Wie bewerten Sie die Tatsache, daß die neuen Aufgaben des ÖGD in diesem Entwurf außerordentlich vage umschrieben sind? Halten Sie das für eine Möglichkeit, nachher möglichst kostengünstig mit diesem Gesetzentwurf umgehen zu können, oder halten Sie diesen Tatbestand eher für problematisch?

Eine vierte Frage bezieht sich auf das, was Sie in Ihrer Stellungnahme auf den Seiten 16 unten und 17 zu den kommunalen Gesundheitskonferenzen geschrieben haben. Sie haben ausgeführt, daß Sie dies einmal für eine erhebliche Aufgabenausweitung der Gesundheitsämter halten, daß aber insbesondere ein doppelgleisiges politisches Verfahren durch die Gesundheitskonferenzen auf der einen Seite und durch den Rat und seine Ausschüsse auf der anderen Seite zu unklaren Zuständigkeiten führen würde. Können Sie dieses Konfliktfeld, das Sie da befürchten, uns möglicherweise noch etwas näher beschreiben, weil dieser zentrale Punkt des Gesetzentwurfes sowohl für Kommunalpolitiker als auch für Gesundheitspolitiker in diesem Lande von Bedeutung ist?

Letzte Frage: Wie bewerten Sie die Tatsache, daß hier ein noch gar nicht ausgewerteter und abgeschlossener Modellversuch schon zum Gesetz gemacht werden soll? Haben Sie den Eindruck, daß dies die Bereitschaft, zukünftig an Modellversuchen mitzuwirken, bei den Ihnen angeschlossenen Kommunen erhöhen wird?

Ingrid Robbers: Das war eine Menge von Fragen. Zu Ihrer ersten Frage nach der Überraschung: Wir waren schon überrascht, daß der Artikel 3 in diesem Gesetz verankert wurde. Daß man insgesamt das Vorhaben weiter verfolgte, die Leitlinien in Gesetzesform zu gießen, mußte uns bewußt sein, aber wir haben auf die damalige Absprache vertraut, daß man erst die Ergebnisse der Modellversuche abwarten und sich dann noch einmal zusammensetzen wollte,

um die Leitlinien zu überarbeiten und ein Gesetz daraus zu machen. Dieser Weg wäre uns mit Sicherheit lieber gewesen, und ich glaube auch, er wäre erfolgreicher gewesen. Man wird ja heute noch hören, welche Auffassungen die anderen Gruppen zu diesem Gesetzentwurf haben. Überraschung war insofern auf jeden Fall vorhanden, vor allem deshalb, weil die Überschrift des Gesetzentwurfes mit den Inhalten nach unserer Auffassung überhaupt nicht übereinstimmen kann. Der Artikel 3 paßt von der Zielsetzung in dieses Gesetz nicht hinein und tut insofern den Gesundheitsämtern eher weh, weil klar ist, was man damit offenbar erreichen will. Ich kann mir nicht vorstellen, daß man die Überschrift über das Gesamtpaket nicht ernsthaft verfolgt. Das ist meine Antwort auf Frage 1.

Zu Frage 2, ob den Kommunen Mehrkosten entstehen und welche: Wir haben von den meisten Kommunen die Antwort erhalten, daß Mehrkosten entstehen werden, weil es sich bei dem Entwurf mehr oder weniger um ein Maximalkonzept handele. Es gab nur eine Stadt, die die Zahl genau beziffert hat, ich habe sie aber im Augenblick nicht parat. Die anderen Städte haben es nicht quantifiziert, aber sie haben an einzelnen Vorschriften exakt nachgewiesen, wo mehr Personal eingesetzt werden muß. Das ist vor allem bei der Hygieneüberwachung und bei der Sozialpharmazie der Fall. Ich glaube, ich kann hier Bezug nehmen auf Herrn Mauss, der in seiner Stellungnahme sehr ausführlich vorgetragen hat, durch welche Vorschriften auf jeden Fall Mehrkosten entstehen werden.

Einige Gesundheitsämter haben sich schon sehr modern ausgerichtet. In diesen Ämtern trauen sich die Leiter auch zu, kostenneutral mit dem Gesetz umgehen; das muß man der Ehrlichkeit halber sagen. Aber da wir die Rolle der Städte insgesamt vertreten müssen, sehen wir ganz deutlich die Gefahr, daß die Erwartungen an den öffentlichen Gesundheitsdienst mit den Gesetzesformulierungen wachsen müssen und daß der öffentliche Gesundheitsdienst sich diesen neuen Aufgaben auch stellen muß, selbst wenn sie vage formuliert sind, so daß mittel- bis langfristig auf jeden Fall Kostenerhöhungen notwendig sind, wenn man diese Aufgaben vernünftig wahrnehmen will. Wenn man sie nicht vernünftig wahrnimmt, dann läßt man sie besser bleiben, weil man wieder unter Beschuß gerät und es dann wieder heißt, der ÖGD leiste ohnehin nichts, sei schlecht besetzt usw. Ich glaube, der öffentliche Gesundheitsdienst tut sich keinen guten Dienst, wenn er sich nicht qualifiziert den ihm gestellten Aufgaben widmet.

Zu Frage 3, daß die Aufgaben sehr vage formuliert sind: Unseres Erachtens geht der Gesetzgeber diesen Weg, um die Kostenneutralität zu beweisen. Kann-Bestimmungen und vage Formulierungen lassen zwar zu, in der Kommune den Schwerpunkt zu setzen und bei einem Rechtsstreit vielleicht nicht haftbar gemacht zu werden, aber sie lassen nicht zu, Aufgaben nachzulassen. Die Aufgaben sind entweder da, oder sie sind nicht da, da hilft Ihnen keine Kann-Bestimmung und auch keine vage Formulierung. Insofern halten wir das schon für problematisch, weil auch der Leiter des Gesundheitsamtes, der heute in der Regel sein Budget verwaltet und verantwortet, nicht zum Kämmerer gehen und für verschiedene Aufgaben noch Geld fordern kann. Er kriegt einfach kein Geld mehr. Insofern würde das Gesetz ihm nicht unbedingt den Rücken stärken, weil die Aufgaben nicht klar beschrieben sind.

Zu dem Einwand, daß mit den kommunalen Gesundheitskonferenzen ein doppelgleisiges Verfahren installiert wird: Auch Herr Maus hat ausgeführt, daß man unseres Erachtens hier ganz deutlich in die kommunale Organisationshoheit eingreift. Die Städte haben solche

Koordinationen in unterschiedlicher Form seit jeher wahrgenommen. Ich glaube, man sollte auch in Zukunft darauf vertrauen, daß die Kommunen diese Aufgaben wahrnehmen; man muß ihnen nicht vorschreiben, mit welchen Gremien. Der Rat hat durchaus die Kompetenz, Arbeitsgemeinschaften oder Fachkreise einzusetzen, dafür braucht er keine gesetzliche Vorschrift. Wir meinen, im Rahmen auch des Standardabbaus sollte man alle Vorschriften fallenlassen und auf die eigene Kraft der Kommunen vertrauen und ihnen solche Organisationsformen selbst überlassen.

Zur letzten Frage nach den Modellen und zu dem Hinweis, daß die Modelle noch nicht ausgewertet worden sind, daß in Zukunft die Kommunen vielleicht skeptisch sind, solche Modelle durchzuführen: Modelle sind meines Erachtens unheimlich modern geworden. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene werden in allen Bereichen Modelle initiiert. Wo man früher einen Arbeitskreis einsetzte, kommt heute ein Modell. Jetzt kann kein vernünftiger Mensch sich bei Modellen verweigern. Wenn man sich modern gibt, macht man bei Modellen mit, es kommt ja auch hin und wieder etwas Gutes dabei heraus. Und warum sollte man nicht den Mut haben, neue Dinge zu erproben? Deswegen glaube ich nicht, daß die Kommunen in Zukunft nicht mehr bereit sein werden, an Modellen mitzuwirken. Ich hätte an dieser Stelle auch nicht so starke Bedenken. Die Revisionsklausel beinhaltet ja schon ein gewisses Zugeständnis, sie nimmt einiges zurück. Die Modellbereitschaft ist also bei den Kommunen wie auch bei allen anderen Stellen vorhanden und wird auch weiterhin beibehalten werden. Wichtig ist, daß das Land entsprechende Hilfen für die Durchführung solcher Modelle zur Verfügung stellt.

Albert Leifert (CDU): Frau Robbers, Herr Mauss, meine Damen und Herren, nun besteht unser Land ja nicht nur aus kreisfreien Städten, sondern wir haben noch andere Bereiche, die sicherlich auch wichtig sind. Vieles wird in unserem Land ja auch nicht einheitlich von Aachen bis Minden oder von Ibbenbüren bis Siegen gehandhabt, und das muß auch nicht unbedingt so sein. Ihre Ausführungen, Frau Robbers, sind mir allerdings noch nicht ganz klar. Sie haben auf der einen Seite gesagt, Städte und Gemeinden praktizierten all die modernen Aufgaben schon kostenneutral. Auf der anderen Seite haben Sie gesagt, die traditionellen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes nähmen zu oder würden in Zukunft noch stärker zunehmen, so daß eine Entlastung aus diesem Bereich nicht möglich ist.

Dazu muß ich zwei Fragen stellen: Wie sieht es - statisch gesehen - mit Kostenentlastung oder Kostenbelastung in diesem Bereich heute aus, und wie sieht es - dynamisch gesehen - für die nächste Zukunft in diesem Bereich aus? Die gleiche Frage möchte ich auch an den Landkreistag stellen. Sie, Herr Mauss, haben eine Reihe von Bereichen detailliert genannt, in denen Sie Kostenbelastungen sehen. Nun sagt der Gesetzentwurf, diese Kostenbelastungen werden durch erheblichen Wegfall von Kosten neutralisiert, weil traditionelle Aufgaben geringer werden. Mich würde ganz konkret interessieren, wie Sie das sehen. Welche traditionellen Aufgaben fallen weg? Welche Kostenentlastung sehen Sie? Ich möchte aus der Praxis des Landkreistages einmal wissen, welche Kostenersparnisse hier auf die Kommunen zukommen; denn ich suche immer noch nach der Antwort auf die Frage, wo denn die Entlastung oder die Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kommunen in diesem Gesetz zu finden ist.

Ingrid Robbers: Sie fragten mich, warum einige Kommunen angeben, daß sie das, was heute im Gesetzentwurf steht, schon kostenneutral durchführen können. Auch das Vereinheitlichungsgesetz schreibt die einzelnen Aufgaben nicht ganz konkret vor. Insofern gibt es für die Gesundheitsämter auch heute bereits Auslegungsmöglichkeiten, wie sie ihre Aufgaben wahrnehmen. Es ist bekannt, daß nicht alle Aufgaben, selbst wenn sie Pflicht werden, pflichtgemäß durchgeführt werden können. Bei einer genauen Überprüfung der Leistungen der Gesundheitsämter könnte man mit Sicherheit Lücken feststellen. Einige Gesundheitsämter setzen eben Schwerpunkte in einigen Bereichen. Nach Angaben dieser Kommunen können sie durch Schwerpunktsetzung in der Tat die Aufgaben, die heute gestellt werden, im wesentlichen erfüllen. Es wird Ihnen aber niemand garantieren können, daß alle gestellten Aufgaben auch tatsächlich durchgeführt werden.

Wenn das neue Gesetz in drei Monaten in Kraft wäre, würde das für sehr viele Kommunen - ich würde sagen: für die Mehrzahl der Gesundheitsämter - Umorganisation bedeuten, weil sie noch nicht in der Lage sind, die fortschrittlichen Aufgaben ohne neues Personal durchzuführen. Nur mit einer Umschichtung von Personal wird man die neuen Aufgaben nicht erfüllen können. Gesundheitsberichterstattung, Koordination, Umweltmedizin erfordern qualifiziertes Personal, da können Sie nicht irgendeinen aus der Kommune umsetzen. Es wird sowohl kurzfristig als auch langfristig zu Mehrbelastungen kommen. Langfristig muß man die Entwicklung beachten, daß Aufgaben, wenn sie erst vorhanden sind, immer eine Nachfrage nach sich ziehen. Das ist ein dynamischer Prozeß.

Die Ausgaben werden also weiter wachsen. Der öffentliche Gesundheitsdienst ist ja auch keine Besonderheit. Warum soll hier plötzlich eine Kostenneutralität möglich sein, wo wir überall sonst im Gesundheitssektor Wachstumsprozesse haben, nicht nur wachsende Ausgaben, sondern auch wachsende Leistungen. Man kann hier keinen Sonderstatus für den öffentlichen Gesundheitsdienst schaffen, er ist genauso dynamisch und muß dynamisch sein sowohl in der Leistungserbringung als auch in der Kostenbelastung. Er muß es aber auch in der Einnahmeentwicklung sein. Deswegen muß man dem öffentlichen Gesundheitsdienst, wenn man es ehrlich meint, mit einem neuen Gesetz auch entsprechende Mittel zur Verfügung stellen, woher auch immer.

Schumacher (Landkreistag Nordrhein-Westfalen): Ich bin zunächst einmal dankbar, daß der Landkreistag angesprochen wird, weil die Kreise in der Tat in diesem Bereich - das ist in anderen Bereichen anders - ein ähnliches Gewicht bei der Aufgabenerfüllung haben wie die Städte. Man braucht nur die Einwohnerzahl des kreisangehörigen Raumes zu sehen.

Zur Sache selbst: Sie haben völlig recht, daß es ein großes Problem ist, die Kostendynamik in diesem Bereich in den Griff zu bekommen. Sie ist unter anderem angesprochen mit der Zuwanderung oder mit der vermehrten Reisetätigkeit der Bevölkerung in tropische Länder und ähnliche Faktoren, die da eine Rolle spielen. Diese Aufgaben müssen wahrgenommen werden. Man muß sich fragen: Wie nehme ich sie wahr, und welche Aufgaben kann ich eventuell fallenlassen?

Es gibt noch einen zweiten Bereich, der nach unserer Ansicht einen dynamischen Sprengsatz enthält. In diesem neuen Gesetzentwurf werden sehr viele Aufgaben als pflichtige Selbstver-

waltungsaufgaben festgeschrieben - insbesondere im Bereich der Prävention, aber auch in anderen Bereichen -, die heute faktisch, weil die Steuerungsfähigkeit der alten Bestimmungen nicht mehr da ist oder aus welchen Gründen auch immer, als freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben wahrgenommen werden. Wenn Sie berücksichtigen, daß die Krankenkassen sich heute teilweise aus diesem Bereich zurückziehen müssen, weil der Bundesgesetzgeber das Bundesrecht entsprechend umwandelt - Herr Arentz hat es gerade hinsichtlich der Prävention angesprochen -, dann ist nach dem Prinzip der kommunizierenden Röhren eine Folge dieses Gesetzentwurfes, daß die Kommunen einspringen müssen, sobald er verabschiedet worden ist. Wir gehen davon aus, daß diese Tendenz nicht zurückgehen wird. Ich nenne als Stichwort nur die Senkung der Lohnnebenkosten.

Wie werden wir jetzt mit der Situation fertig? - Da ist zunächst Aufgabenkritik erforderlich, und man muß sich fragen, was denn die öffentlichen Gesundheitsämter tatsächlich machen müssen. Man kann zum Beispiel fragen: Müssen bestimmte Aufgaben wirklich von den Gesundheitsämtern wahrgenommen werden? Frau Höhn geht einen sehr modernen Weg bei der Lebensmittelüberwachung - obwohl das ja genau so sensibel ist, was den Schutz der Bevölkerung angeht -, indem sie sagt: Wir müssen weg von der unmittelbaren Kontrolle durch die öffentlichen Behörden, wir wollen nur noch die Kontrolle der Kontrolle gewährleisten.

Auch die Vorschläge von Frau Canaris aus dem Jahre 1992 sollte man prüfen. Warum muß die Medizinalaufsicht weiter bei den Gesundheitsämtern sein? Sie hat vorgeschlagen, sie zu den Ärztekammern zu verlagern. Das alles wird hier nicht erörtert; statt dessen wird die traditionelle Denkstruktur fortgeschrieben, daß alles in öffentlicher Hand bleiben muß. Das ist der entscheidende Kritikpunkt. Wir kommen in der Tat in eine Situation, die von den Gesundheitsämtern zu Recht beklagt wird, daß sie nämlich sehr viele Aufgaben bekommen, die sie nicht mehr wahrnehmen können. Die Aufgaben stehen dann nur noch auf dem Papier, weil die Ämter das Personal nicht haben. Das liegt aber nicht an den Gesundheitsämtern, das liegt an der Situation der öffentlichen Haushalte.

Meine Meinung ist: In den Köpfen bestimmter Leute müßte eine Kulturrevolution stattfinden. Man müßte sich diesen neuen Erkenntnissen ernsthaft stellen und nicht immer in den traditionellen Denkstrukturen weitermachen, alles müßten die öffentlichen Gesundheitsämter durchführen.

(Beifall bei der CDU)

Das ist der entscheidende Kritikpunkt an diesem Gesetz. Da hilft es uns auch nicht, wenn als Erfolg gefeiert wird, daß 140 Bestimmungen abgeschafft werden. Das ist alles richtig, aber welche Steuerungsfunktionen hatten die Bestimmungen in vielen Bereichen denn noch? Die waren praxisfern, und es hat sich keiner mehr so richtig daran gehalten. Es ist ein richtig buntes Feld der kommunalen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen entstanden: freiwillige Wahrnehmung in vielen Bereichen, keine Aufsicht. Die Welt ist dadurch nicht untergegangen; das sage ich auch. Jetzt kommt aber wieder genau die umgekehrte Tendenz, daß nämlich alles festgeschrieben wird, aber in moderner Form.

Ich sage noch eines zu den Kosten: Es ist außerordentlich schwierig, sie zu prognostizieren. Die Väter und Mütter dieses Gesetzentwurfes sagen ja selbst, sie könnten das nicht so genau feststellen. Wir haben eine konkrete Kostenschätzung aus dem Ennepe-Ruhr-Kreis. Der ist

unverdächtig, was politische Mehrheiten angeht. Dort rechnet man bei einer ganz konservativen restriktiven Auslegung der Aufgaben, die neu oder in gewandelter Form auf uns zukommen, mit Mehrbelastungen von mindestens 600 000 DM.

Das ist aber überhaupt nicht sichergestellt. Sie brauchen sich nur die Ermächtigungsgrundlagen für Verwaltungsvorschriften usw. anzugucken. Die Mitarbeiter in den Ministerien sind sehr fleißig und sehr kreativ, was so etwas angeht; sie gucken nur nicht auf die Kosten, die es unten verursacht. Ich kann diese mindestens 600 000 DM nicht hochrechnen auf die Kreise. Die Situation ist ganz unterschiedlich, weil die Kreise - nach meiner Ansicht vernünftig, bei allen Defiziten in der Aufgabenerfüllung - die Aufgaben entweder zurückgefahren oder ausgeweitet haben, jeweils auf ihre örtlichen Bedürfnisse bezogen. Wenn ich diese 600 000 DM auf 53 Gesundheitsämter hochrechne, bin ich schon bei 30 Millionen DM.

Nun mag einer sagen, was der Schumacher oder die Kreise da betreiben, sei alles Spökenkiererei. Wir haben hier ein Experimentiergesetz, und deswegen schlage ich vor: Machen wir doch ernst mit der Experimentierklausel. Bisher stehen in der Experimentierklausel Sachen, die wir sehr begrüßen, weil wir inzwischen um jede Erleichterung froh sind. Machen wir doch eine Experimentierklausel, wenn wir alle nicht wissen, was es kostet. Auch die Mütter und Väter des Gesetzentwurfes wissen es ja nicht, die schreiben ja selbst, es sei nicht prognostizierbar. Machen wir doch den Kreisen und kreisfreien Städten das Angebot: Wer ist bereit, für fünf Jahre nach diesen Maßstäben zu arbeiten, und zwar unter Erlaß aller Verwaltungsvorschriften? Das wäre eine schöne, ernste Experimentierklausel, die sich nicht nur mit Peanuts befaßt, sondern wirklich ein zentrales Feld betrifft.

Statt dessen werden in einigen Bereichen Dinge auf Dauer festgeschrieben, und in anderen Bereichen sagt man: Sammlungsgesetz - da ist das Risiko zu hoch, da können wir es nicht prognostizieren und deshalb nicht gleich landesweit für alle verbindlich anordnen. Unsere Forderung ist: Machen Sie das als Experimentierfeld. Die Städte und Kreise, die glauben, es sei kostenneutral möglich, werden sich melden. Dann können Sie bei den Städten und Kreisen, die mitmachen wollen, eine Kosten-Leistungs-Rechnung aufmachen und alle Synergieeffekte realisieren, die angeblich zu Kosteneinsparungen führen. Nach fünf Jahren können wir dann sehen, was passiert ist.

Wolfram Kuschke (SPD): Herr Schumacher, was Sie hier wiedergegeben haben, ist nicht die Auffassung der Leiter der kommunalen Gesundheitsämter. Das, was 1993 mit den Leitlinien erarbeitet worden ist - damit knüpfe ich an den Beitrag von Frau Robbers an -, hat in der Tat den Überraschungseffekt, der hier zitiert worden ist, doch ganz erheblich reduziert. Frau Robbers, Sie haben ja selbst eingeräumt, daß die Leitlinien 1993 auf den Tisch gekommen sind und wir insgesamt eine über 20jährige Diskussion über ein Gesetz zum öffentlichen Gesundheitsdienst haben. Man kann also nicht so reden, als sei dieser Gesetzentwurf jetzt überraschend vom Himmel gefallen.

Zu einem Punkt habe ich noch eine Nachfrage, weil mich Widersprüche in den Aussagen von Frau Robbers und Herrn Schumacher irritieren. Ich bin interessiert, dort mehr Sicherheit zu bekommen. Frau Robbers hat gesagt, in den kommunalen Gesundheitsämtern werde teilweise bereits das praktiziert, was die Koalitionsfraktionen jetzt in den Gesetzentwurf hineinge-

schrieben haben, und es werde praktiziert mit dem derzeit vorhandenen Personal, mit den derzeit vorhandenen Ressourcen. Auf Nachfrage und auch in schriftlichen Stellungnahmen, die uns vorliegen, wird gesagt: Es wird im Grunde genommen schon praktiziert, nicht nur im Rahmen der ortsnahen Koordinierung, sondern auch außerhalb, aber es fehlt noch der letzte Kick. Bei diesem letzten Kick werden dann Dinge genannt, die Herr Bodewig auch formuliert hat. Da möchte ich gerne noch einmal nachfragen. Wie sieht es aus mit der Ressourcenbündelung? Wie sieht es aus mit der Einbeziehung der kommunalen Gesundheitspolitik auch in neue Steuerungsmodelle, Budgetierung usw.? Wie sieht es aus mit dem Abbau von bisherigen Tätigkeiten? Frau Dr. Canaris hat im Rahmen ihrer Untersuchungen festgestellt, daß 35 bis 50 Prozent der Tätigkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes sich auf Gutachtertätigkeit erstrecken.

(Schumacher: Steht wieder drin, Herr Kuschke!)

- Nein, lassen Sie das doch mal. - Da frage ich noch einmal gezielt Frau Robbers: Sind denn da nicht Chancen, diesen letzten Kick herauszuholen, indem wir es in der Tat versuchen mit Ressourcenbündelung, mit Konzentration, mit dem Wegfall von bisher wahrgenommenen Aufgaben? Ich lasse die Frage außen vor, die auch Herr Schumacher angesprochen hat, ob denn die Finanzierung immer bei den Kommunen landen soll oder wer sonst noch für Finanzierung in Frage kommt. Darüber werden wir uns mit anderen zu unterhalten haben, die ebenfalls zur heutigen Anhörung eingeladen sind.

Ingrid Robbers: Die Frage der Ressourcenbündelung ist eigentlich der Grund, weswegen wir dagegen sind, jetzt in diesem Schnellverfahren den Artikel 3 zu verabschieden. Gerade diese Fragen wollten wir im einzelnen mit den Ämtern und mit dem Gesetzgeber prüfen. Wir wollten fragen, wo man tatsächlich aus den bisherigen Aufgaben etwas ausschneiden kann. Sicherlich kann man im Gutachterwesen einiges verändern. Ich glaube auch, daß wir einige weitere Möglichkeiten haben zu reduzieren. Nur wird man kein klares Ergebnis bekommen, wenn man eventuellen Reduzierungen die Mehrbelastungen aus neuen Aufgaben gegenüberstellt. Es werden trotzdem Mehrkosten entstehen. Unseres Erachtens ist die Klärung dieser Fragen in einem dermaßen schnellen Verfahren, wie es jetzt gewählt wurde, nicht möglich.

Sie haben die Eilbedürftigkeit angesprochen, weil das Gesetz bis zum Jahresende verabschiedet werden soll. Ich glaube nicht, daß die bis dahin zur Verfügung stehende Zeit ausreicht. Sie müßten genau sagen, wieviel Beratungszeit noch zur Verfügung steht. Wir haben vom Gesetzgeber erwartet, daß er uns in einem üblichen Verfahren befragt, und das war zum Teil auch in den Modellen verankert. Wir müssen festzustellen: Wo sind Einsparungen möglich? Was braucht man nicht mehr unbedingt? Wo kann man künftig Schwerpunkte setzen, um aus Einsparungen neue Aufgaben zu finanzieren? Aber ich kann nur warnen: Es ist eine Illusion, wenn man denkt, man könne so viel einsparen, wie für neue Aufgaben notwendig ist.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Frau Robbers, Sie haben mehrfach auf den von Ihnen gesehenen Widerspruch zwischen dem Artikel 3 und der Überschrift des Artikelgesetzes insgesamt hingewiesen. Ich möchte Sie fragen, ob Sie mir grundsätzlich zustimmen, daß eine umstandslose Gleichsetzung des Begriffs "Leistungsfähigkeit" mit unmittelbaren und vordergründigen

Einsparungen zumindest ein ausgesprochen verkürztes Verständnis von Leistungsfähigkeit wäre, und ob Sie nicht mit mir der Meinung sind, daß die Steigerung von Leistungsfähigkeit auch erreichbar ist, indem man den Akteuren neue flexiblere Spielräume einer effizienteren Aufgabenwahrnehmung gibt. Das wäre die erste Frage.

Zweitens haben Sie darauf hingewiesen, daß Ziel des Artikelgesetzes ja auch die finanzielle Entlastung der Städte und Gemeinden in Nordrhein-Westfalen sein soll. Nun ist das die Zielsetzung des Artikelgesetz als Ganzes. Würden Sie mir zustimmen, daß der dicke Strich, unter dem Bilanz gezogen werden muß - auch im Hinblick auf die finanzielle Wirkung -, am Ende des letzten Artikels stehen muß, um dort festzustellen, wie sich die fiskalische Wirkung aller Artikel dieses Gesetz auswirkt, und daß es eine verkürzte Wahrnehmung wäre, jeden einzelnen Artikel oder möglicherweise sogar jeden einzelnen Paragraphen dieser Meßplatte zu unterziehen?

Dritte Frage: Teilen Sie meine Wahrnehmung, daß ein großer Teil von ungelösten Problemen vor Ort und auch teilweise von höheren Folgekosten in einer Reihe von Einzelfällen das Ergebnis von mangelnder zielorientierter Kooperation der Beteiligten ist? Ist es nicht so, daß bei bestimmten Problemen die Zuständigkeit zwischen zwei oder drei Stellen immer wieder hin- und hergeschoben wird, daß auf diese Weise Effizienzressourcen verschleudert werden und Folgekosten möglicherweise steigen, wohingegen durch die zielorientierte Bündelung der vorhandenen Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten der an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten es doch möglich sein kann, effektiv auf Probleme zu reagieren und damit auch höhere Folgekosten zu vermeiden? Ich hatte auch die Einlassung des Kollegen Bodewig am Anfang so verstanden, daß die mittelfristige Entwicklungsperspektive hier nicht ausgeklammert werden sollte.

Ingrid Robbers: Sie sprechen an, daß die Überschrift des Gesamtgesetzes nicht nur "Einsparung" ist, sondern auch "Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kommunen" lautet, und Sie fragen, ob nicht durch flexiblere Handlungsmöglichkeiten der Kommunen diese Zielsetzung auch erreicht werden kann. Wenn man die Begründung liest, stößt man immer wieder auf den Begriff der Kostenneutralität, so daß man automatisch die Überschrift "Stärkung der Leistungsfähigkeit der Gemeinden" auch damit gleichsetzt, daß keine Mehrkosten entstehen. Das wird eben in diesem Fall nicht möglich sein. Von daher bringen die Erläuterungen des Gesetzes andere Erwartungen zum Ausdruck, so daß man nicht nur den größeren Handlungsspielraum hier in die Wertung einbringen kann, sondern alles tatsächlich unter dem Gesichtspunkt der Kostenneutralität auslegen muß.

Zu der Frage, ob man die Bilanz nicht am Schluß der einzelnen Artikel des Gesetzes aufmacht, glaube ich, daß das Gesetz zwar einige Einsparungen und Freiräume für die Kommunen ermöglicht, daß aber insgesamt die Bilanz nach wie vor für die Kommunen negativ bleibt. Selbst wenn man erst zum Schluß die Bilanz zieht und nicht nach dem Artikel 3, kann ich nicht sehen, daß für die Kommunen eine Kostenneutralität gesichert ist. Die Sicherung ist für uns in der gegenwärtigen Situation aber eine wichtige Voraussetzung.

Zum dritten Teil: Natürlich werden Gelder verschleudert, aber wir haben ja leider Gottes kein optimales System. Es wird ja immer wieder angemahnt, daß es bei uns keine sinnvolle

Verzahnung gibt, sondern daß es die Besonderheit des Gesundheitswesens in Deutschland ist, daß jeder Sektor für sich abgeschottet arbeitet. Das gilt im übrigen nicht nur für den Gesundheitsbereich, das gilt auch für den sozialen Sektor und für den Sektor der Rehabilitation. Nur kann man das nicht allein über ein ÖGD-Gesetz lösen. Ich bin der Überzeugung, daß man mindestens mit einer Kostenneutralität, vielleicht sogar mit Einsparungen die Aufgaben eines modernen ÖGD finanzieren könnte, wenn Sie hier Gelder umschichten würden. Nur: Davon sind wir weit entfernt, und das kann man auch mit diesem Gesetz leider nicht lösen.

Franz-Josef Britz (CDU): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich will zunächst einleitend einen der Mitunterzeichner dieses Gesetzentwurfs an den Begründungstext zum Artikel 3 erinnern. Da steht nämlich explizit, Herr Kollege Kreutz, auf Seite 12 Ihrer eigenen Begründung, daß durch die Realisierung der Maßnahmen zu Artikel 3 keine Mehrbelastung der Kommunen entstehen soll. Also nicht nur der dicke Strich ganz unten, sondern der kleine Strich zwischendurch ist auch schon wichtig.

Aber ich will mit meiner Frage noch einmal auf einen Detailaspekt eingehen, der in der schriftlichen Stellungnahme des Landkreistages zum Ausdruck gekommen ist, und zwar auf das Landesinstitut für das öffentliche Gesundheitswesen. Da wird die Befürchtung geäußert, daß ein solches Landesinstitut sich zu einer neuen Landessonderbehörde entwickeln könnte oder sogar schon entwickelt hat. Meine Nachfrage an den Landkreistag, an Herrn Schumacher oder Herrn Mauss: Wodurch begründen Sie ihre Befürchtung bei der Aufgabenstellung dieses Landesinstituts, insbesondere auch noch einmal im Hinblick auf die Begründung im Gesetzentwurf? Hier ist von Informations-, Beratungs- und Serviceleistungen für die Kommunen und die Gesundheitsämter in den Kreisen und Städten die Rede. Ich möchte an die Beratungen zur Reform der Gemeindeordnung in der letzten Periode erinnern. Damals wurde der Punkt "Beratung von Landesseite für die Kommunen" mit Absicht herausgenommen. Das gilt doch sicherlich dann auch für diesen Teil. Mit anderen Worten: Fürchten Sie, daß hier freischwebender Sachverstand den Kommunen weitere Vorschriften auferlegt?

Schumacher: Das Landesinstitut hat nach dem Gesetzesauftrag in der Tat nur wissenschaftliche beratende Funktion. Es hat nicht den Auftrag, den Sonderbehörden haben, sondern es hat wissenschaftliche beratende, also begleitende Funktion. Aber ich halte es da mit unserem Landesvater, daß viele Ratschläge auch Schläge sein können.

Zweitens - ich habe das gestern schon einmal angesprochen - sind wir sehr froh darüber, daß es im Landtag und in der Landesregierung nicht die geringsten Bestrebungen zu geben scheint, neue Sonderbehörden einrichten und die Bündelungsaufgabe der kommunalen Gebietskörperschaften durch irgendwelche Querstrukturen stören zu wollen. Wenn man das will, dann muß man sehen, welches Ministerium dadurch besonders getroffen wird; denn wir kennen ja die Mitarbeiter - das meine ich gar nicht persönlich, man kann das ja offen sagen -, die gerne solche Sonderbehörden möchten. Und diese Tendenz ist im MAGS sehr verbreitet. Es ist ja auch kein Zufall, daß ausgerechnet von diesem Ministerium den Kommunen als Pflichtaufgabe jetzt diverse Konferenzen vor Ort aufgedrückt werden, zunächst die Pflegekonferenz, jetzt die Gesundheitskonferenz; wir warten, was noch alles kommt.

Wir gehen davon aus, daß diese Institutionen, die außerhalb und quer zur Bündelungsbehörde Kommunalverwaltung und zur Bündelungsfunktion der Kommunalvertretung liegen, faktisch auch eine Ersatzfunktion von Sonderbehörden haben. Sie sollen nicht in erster Linie die örtliche Koordinierung sichern - ich sage das jetzt so polemisch -, sondern sie sollen auch eine Speerspitzenfunktion des MAGS vor Ort haben. Und da spielt das Institut dann eine besondere Rolle, weil es den Sachverstand liefert, um diese Funktion vor Ort auch wahrnehmen können. Das ist unsere Befürchtung.

Ich darf noch auf einen weiteren Aspekt eingehen, auch wenn ich dazu nicht gefragt worden bin: Gesundheitszeugnisse. Es ist völlig richtig: Die Erstellung von Gutachten, Zeugnissen usw. macht zur Zeit 30 bis 50 Prozent der Aufgaben der Gesundheitsämter aus. Das haben wir kritisiert, das hat auch Frau Canaris 1992 kritisiert, und sie hat als Kernpunkt die Rückführung auf eine Obergutachterfunktion vorgeschlagen. Alle diese Tätigkeiten sind in einem Erlaß des MAGS aus dem Jahre 1984 geregelt, sie könnten also durch Erlaß abgeschafft werden. Das wäre jetzt schon möglich, da brauchen wir kein Gesetz. Obwohl die Vorschläge von Frau Canaris seit 1992 auf dem Tisch liegen und auch wir diese Forderung immer wieder erhoben haben, ist bisher aber nichts geschehen. Das macht uns leider etwas skeptisch.

Albert Leifert (CDU): Herr Schumacher, in einer Einlassung von Herrn Kreutz ist eben die bisherige Arbeit der Gesundheitsämter zumindest angeklungen. Er sagte, dort mangle es an Koordinierung, an Ressourcenbündelung, die Effizienz sei zu gering, und einiges andere mehr. In dem Zusammenhang würde mich interessieren: Wie sieht es denn, von Ausnahmen abgesehen, grundsätzlich aus in unseren Gesundheitsämtern? Wird dort nicht auf sparsamste Art und Weise gearbeitet? Werden dort keine Ressourcen gebündelt? Gibt es dort keine Koordinierung? Wie sieht es denn tatsächlich vor Ort aus?

Schumacher: Wir haben natürlich keinen flächendeckenden Überblick. Es mag Defizite geben, die bestreiten wir ja gar nicht. Aber einige Kreise haben in ihren Zuschriften auch gesagt: Es hat uns gerade noch gefehlt, daß uns jetzt zwangsweise diese Form der Koordinierung aufgedrückt wird. Wir haben andere Koordinierungsinstrumente entwickelt, zwar nicht immer in dieser Zusammensetzung, aber wir haben mühsam Vertrauen aufgebaut. Es ist auch richtigerweise angesprochen worden, daß alle etwas einbringen müssen. Vertrauen ist nötig, damit nicht die Angst aufkommt, daß man über den Tisch gezogen wird. Die Kreise haben die Befürchtung, daß sie durch diese kommunale Gesundheitskonferenz gezwungen werden, die oft mühsam aufgebauten Instrumente wieder zu zerschlagen, wenn sie sie nicht doppelt vorhalten wollen neben der Gesundheitskonferenz. Das ist das Argument.

Ich kann darum nur das wiederholen, was ich gestern schon gesagt habe. Wenn Sie meinen, die Kommunen müßten dazu eingehalten werden, ihre eigenen Interessen effektiv wahrzunehmen, dann schreiben Sie doch eine Gewährleistungsfunktion ins Gesetz. Schreiben Sie hinein, daß von der Gesundheitskonferenz abgesehen werden kann, wenn die Kommune feststellt, daß die Koordinierungsaufgabe auf andere Weise erfüllt wird. Die Kommunen zahlen ja drauf, beispielsweise als Sozialämter, wenn sie es nicht machen. Das wäre eine ganz

einfache Lösung. Dann hätte die Kommune die Prerogative zu entscheiden, und nur absolute Fehlentscheidungen könnten per Aufsicht korrigiert werden.

Walter Greverer (SPD): Ich habe eine Frage an die kommunalen Spitzenverbände. Bei der Vorbereitung dieses Gesetzes haben wir natürlich versucht, soweit das möglich war, uns über die Kostensituation Klarheit zu verschaffen. Zu den ersten Grundsätzen für ein solches Gesetz hatte sich der Innenminister geäußert und eine zweistellige Millionenzahl an Mehrkosten für die Kommunen errechnet. Der jetzt vorliegende Gesetzentwurf ist wesentlich entfrachtet worden, und in der Beratung mit dem Innenministerium unter Beteiligung des Fachministeriums und der Staatskanzlei ist uns dann deutlich geworden, daß zumindest keine zusätzlichen Kosten entstehen, daß dieser Gesetzentwurf zumindest kostenneutral ist.

Sie, Frau Robbers, haben dargelegt, daß Ihnen einige Gesundheitsämter das auch bestätigt haben. Liegen wir denn falsch, wenn wir weiterhin von der Annahme ausgehen, daß hier zumindest Kostenneutralität gegeben ist?

Meine zweite Frage betrifft die heutige Anhörung: Wäre es möglich, daß Sie die grundsätzliche Ablehnung dieses Gesetzes aufgeben, wenn wir die eine oder andere Anregung, die heute aufgekommen ist, noch aufgreifen?

Ingrid Robbers: Wenn einige Kommunen sagen, daß sie sich in der Lage sehen, das neue Gesetz kostenneutral durchzuführen, so handelt es sich hier nur um die Ämter, die sich schon seit Jahren umorganisiert haben. Eine Vielzahl der Gesundheitsämter hat das aber noch nicht getan. Man muß deshalb mit Sicherheit damit rechnen, daß die meisten Kommunen für neue Aufgaben neues Personal einstellen müssen, weil sie entsprechende Fachkräfte nicht haben. Insofern werden für eine Reihe von Kommunen Mehrkosten entstehen. Ich kann gar nicht verstehen, daß das Innenministerium plötzlich davon ausgeht, daß das Gesetz zumindest kostenneutral durchgeführt werden kann. Ich habe im Vorfeld von dort etwas ganz anderes gehört. Ich glaube das nicht, und es gibt bei uns überhaupt keinen Optimisten, der vielleicht sogar Einsparungen gegenüber heute erwartet. Die Vorgabe, daß zumindest Kostenneutralität erreicht werden muß, kann mit Sicherheit nicht erfüllt werden.

Sie fragen noch, ob wir unsere Ablehnung zurücknehmen könnten, wenn Anregungen aufgegriffen werden. Ich habe eingangs erwähnt, daß wir dieses Gesetz gar nicht grundsätzlich ablehnen, sondern im Gegenteil für die Verabschiedung eines neuen Landesgesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst sind. Wir glauben nur, daß in diesem schnellen Verfahren - vielleicht überzeugen Sie uns von etwas anderem - die notwendigen Nachbesserungen nicht mehr möglich sein werden. Das sind unsere Befürchtungen.

Schumacher: Zunächst zur Kostenneutralität: Wenn Sie die Zahl von 600 000 DM aus dem Ennepe-Ruhr-Kreis hochrechnen, kommen Sie auf 30 Millionen DM. Ich will aber ehrlich sagen, daß auch der Ennepe-Ruhr-Kreis einräumt, er wisse es nicht so genau, weil die sonstigen Rahmenbedingungen nicht bekannt sind. Wir haben sehr viele Zuschriften von Gesundheitsämtern bekommen, die auch von den Hauptverwaltungsbeamten unterzeichnet

worden sind, und in einigen lautet die Stellungnahmen auch: falsch. Durchgängig - von ganz wenigen Ausnahmen abgesehen - besagen aber die Stellungnahmen, auch die der Gesundheitsämter: fachlich sehr sinnvoll und wünschbar, aber nicht kostenneutral zu realisieren.

Ich glaube, man sollte auch die Rolle der Gesundheitsämter realistisch sehen. Das ist keinerlei Kritik, das ist völlig legitim, ich würde mich in der Situation genauso verhalten. Wenn die Gesundheitsämter sagen, sie möchten das Gesetz, ist das so, als wenn Sie die Schulen fragen würden, ob der Gesetzgeber für Frau Behler zwingend vorschreiben soll, daß eine Schule mindestens soundso viele Lehrer pro Klasse bekommen muß. Da werden alle Schulen ja sagen, aber trotzdem machen Sie es nicht. Ich wäre also sehr zurückhaltend, solche Aussagen allein zum Maßstab zu machen.

Zweitens will ich noch folgendes deutlich machen, und ich plaudere hier nicht aus dem Nähkästchen: Nach der Vorstandssitzung hatten wir eine Gesundheitsausschußsitzung, in der die Position, die wir hier vertreten haben, bei den Amtsärzten - einige sind ja hier in anderer Funktion anwesend - auf heftigen Widerstand gestoßen ist. Da ist aber zum Beispiel auch unser Verlangen, die Amtsverfassung nicht festzuschreiben, bei einigen auf Widerstand gestoßen. Ich nenne jetzt keine Namen. Begründung war: Wir wollen diese Diskussion um neue Steuerungsmodelle für das Gesundheitsamt nicht. Wir machen das auch nicht zum Maßstab. Wir wollen, daß das so festgeschrieben wird. Wir gehen unter, wenn wir auch noch über Fragen wie Verwaltungsmodernisierung diskutieren müssen.

Letzter Punkt: Kann man zu einer Einigung kommen? - Wir haben sehr viele Einzelvorschläge gemacht, die darauf abzielen, das Gesetz ganz konkret zu ändern. Wenn diese Vorschläge übernommen würden, wären wir froh und würden vermutlich sehr still werden, auch wenn wir vielleicht manchen Grundpolitikansatz, der dahintersteht, nicht teilen. Aber es gibt bestimmte Bereiche - und da bitte ich um Verständnis, denn in der Geschäftsstelle sind nur fünf Personen, die so etwas flächendeckend bearbeiten müssen -, wo wir uns nicht in der Lage sehen, bestimmte Defizite so schnell aufzuarbeiten. Wenn die notwendige Vorarbeit im Ministerium gemacht worden ist, was wir hoffen, wenn man weiß, was man mit dem Gesetzesentwurf tut, dann kann man die Bedenken natürlich beseitigen.

Herr Grevener, wir sind zu jedem Gespräch außer der Reihe bereit, in dem wir noch einmal im Detail erörtern, wie die Bedenken minimiert werden können, so daß dieser Konfrontationskurs zumindest auf eine Ebene zurückgefahren wird, auf der man sagen kann: Es ist zwar nicht alles erreicht worden, was wir wünschen, aber was jetzt kommt, ist zumindest noch erträglich.

Vorsitzender Bodo Champignon: Als nächsten Sachverständigen bitte ich Herrn Gerbrand vom Nordrhein-Westfälischen Städte- und Gemeindebund um sein Statement. Ich werde jetzt den Block bis einschließlich Marburger Bund durchziehen, weil wir sonst den Zeitplan nicht einhalten können.

Gerbrand (Nordrhein-Westfälischer Städte- und Gemeindebund): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren, ich glaube, ich kann es recht kurz machen. - Als kreisangehörige

Städte und Gemeinden sind wir natürlich nur mittelbar betroffen, da wir selbst nicht Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind. Dennoch erlaube ich mir einige Bemerkungen, da wir ja zumindest finanziell über die Kreisumlage betroffen sein werden, wenn dort durch diesen Gesetzentwurf höhere Kosten entstehen werden.

Auch wir teilen die Auffassung, daß der derzeitige Entwurf des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst eindeutig der Zielsetzung des Artikelgesetzes widerspricht. Es heißt dort, daß durch die Änderung oder Aufhebung von Gesetzen und Verordnungen eine finanzielle Entlastung der Kommunen erreicht werden soll. Es soll nicht nur eine finanzielle Entlastung erreicht werden, sondern gleichzeitig sollen Standards abgebaut und Verpflichtungen in das Gesetz aufgenommen bzw. abgebaut werden, um die Handlungsspielräume der Kommunen zu erweitern. Wir befürchten, daß durch diesen Gesetzentwurf genau das Gegenteil passiert, was in der heutigen Diskussion auch schon deutlich geworden ist. Wir denken, daß es unabdingbar ist, den öffentlichen Gesundheitsdienst zu novellieren, ihn kompakt in einem Gesetzentwurf zusammenzufassen, weil der momentane Zustand in der Tat so nicht weiter gelten sollte. Allerdings kann es nicht angehen, daß jetzt - in der Tat in einem gewissen Schnellschuß - durch ein Artikelgesetz eine Verpflichtung für die Kommunen geschaffen wird, die wir so nicht mittragen können.

Insbesondere zur Kostensituation ist ja schon viel gesagt worden. Ich möchte noch einmal darauf hinweisen, daß in dem Artikelgesetz nicht steht, daß unter dem Strich keine Mehrkosten entstehen, sondern daß es in der Vorbemerkung B zum Gesetzentwurf zu Artikel 3 expressis verbis heißt: Für das Land und die Kommunen entstehen gegenüber den bisherigen Belastungen keine Mehrkosten. - Das gilt insofern auch für die Kreise und kreisfreien Städte, das muß durchaus so gesehen werden.

Wir haben zahlreiche Beispiele, die verdeutlichen, daß hier neue Standards aufgebaut werden sollen. Stichworte wie Gesundheitskonferenz, Gesundheitsberichterstattung etc. sind bereits erwähnt worden. All das sind zusätzliche Verpflichtungen für die Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die wir so nicht mittragen können, ohne daß eine konkrete Darstellung der damit verbundenen Kosten vorgenommen wird. Von daher müssen wir hinter die Aussage Kostenneutralität ein dickes Fragezeichen setzen.

Ganz kurz noch zu einigen wenigen Vorschriften. Beispielsweise wird das, was ich gerade ausgeführt habe, deutlich in § 2. Dort ist eine umfassende Aufgabenbeschreibung des öffentlichen Gesundheitsdienstes vorgenommen worden, die wir auch so nicht für sinnvoll halten. Das ist ein typisches Beispiel dafür, daß der Handlungsspielraum der Kommunen sehr stark eingeengt werden soll. Nach unserer Meinung sollten Aufgaben dort lediglich beschreibend aufgeführt werden.

Auch § 6 Absatz 1 und 2, wo die Aufgaben des Gesundheitsdienstes aufgeführt werden, ist unseres Erachtens zu hinterfragen. Insbesondere wird von uns kritisiert, daß die inhaltliche Gestaltung der Gesundheitsberichterstattung nach § 29 Absatz 4 erst durch eine Richtlinie des zuständigen Ministeriums konkretisiert werden soll. Wir haben in der Vergangenheit die Erfahrung gemacht, daß vergleichbare Vorschriften im Erlaßwege immer zusätzlichen Aufwand für die Städte und Gemeinden bewirkt haben. Wir plädieren dafür, daß so etwas nur im Wege einer Rechtsverordnung erfolgt, die auch der Zustimmung des zuständigen Landtagsausschusses bedarf.

§ 24 regelt die Gesundheitskonferenzen. Auch dort ist keinerlei Handlungsspielraum erkennbar, der den kreisfreien Städten und Kreisen als Träger des öffentlichen Gesundheitsdienstes verbleibt. Wir meinen, daß das Ob und Wie der kommunalen Gesundheitskonferenz in die Entscheidungskompetenz des Rates bzw. des Kreistages gestellt werden soll.

Ein weiterer kleinerer Punkt, den ich aber noch für wichtig halte, weil wir auch von Kosten sprechen, ist § 29. Angesichts der vielfältigen Kontroll- und Überprüfungsmöglichkeiten des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte im Gesetz klargestellt werden, daß die Kommunen für diese Tätigkeiten kostendeckende Gebühren nach dem Kommunalabgabengesetz erheben können.

Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß wir das jetzige Verfahren ablehnen. Wenn jedoch noch eine Nachbesserung erfolgt, könnten wir unter Umständen unsere Zustimmung erteilen. Das ist vorhin auch schon durch die Äußerung von Herrn Schumacher klar geworden. Es müßte aber noch sehr viel geändert werden, weil unsere Kritik - ich denke, das ist heute klar geworden - sehr umfassend ist.

Hinsichtlich der übrigen Einzelheiten darf ich mich den Ausführungen meiner Vorredner anschließen. Ich bedanke mich für die Aufmerksamkeit.

Karl-Rudolf Mattenklotz (Apothekerkammer Nordrhein): Herr Vorsitzender, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich kann es sehr kurz machen. Wir begrüßen den § 20 für den öffentlichen Gesundheitsdienst, das heißt die Unterstützung des Landesinstituts für den Arzneimittelkonsum in der Bevölkerung. Nur hegen wir große Zweifel, daß dieses kostenneutral von den Gesundheitsämtern bewerkstelligt werden kann. Ich sehe im Gesetzentwurf keine detaillierten Vorschriften darüber, wer der Kostenträger sein soll. So gut diese Initiative sein könnte, befürchten wir, daß dort sehr hohe Kosten entstehen.

Im Moment versuchen Ärzte, Krankenkassen und Apotheker gemeinsam, umfassende elektronische Aufarbeitungen mit den Abrechnungszentren zu bewerkstelligen, um die Budgetierungen der Arzneimittelkosten zu erreichen, um eben die Ärzte insbesondere über die Verschreibungsmodalitäten zu informieren, um sie zu optimieren und zu rationalisieren, nicht zu rationieren. Das bedeutet einen sehr großen Aufwand. Das müßte auf die Gesundheitsämter übertragen werden. Ich denke darüber hinaus noch an die Selbstmedikation, die wir per Chipkarten eventuell in Apotheken überwachen könnten. Wenn das alles der öffentliche Gesundheitsdienst machen soll, weiß ich nicht, wie die Städte und Gemeinden mit ihren Haushaltsproblemen damit fertig werden sollen.

Herr Vorsitzender, gestatten Sie mir in diesem Zusammenhang noch eine kurze Bemerkung zu Artikel 11 Nummer 5. Wenn Sie die Zuständigkeit für die Überwachung nach dem Arzneimittelwesen auf Sachverständige übertragen, fordern wir als Kammer, daß die Sachverständigen von den Apothekerkammern benannt werden, wie dies auch bei anderen Kammern üblich ist, beispielsweise bei Handwerkskammern und Industrie- und Handelskammern.

Dr. Wolfgang Klitzsch (Ärzttekammer Nordrhein): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Zunächst bedanken wir uns natürlich dafür, daß wir die Gelegenheit haben, Stellung

zu nehmen. Ich kann mich auch deshalb kurz fassen, weil wir die Chance haben, auch aus der Sicht der Ärztekammer Nordrhein die Position der Ärzteschaft dargestellt zu bekommen.

Wir sind ebenfalls für eine Novelle des von 1934/35 stammenden Gesetzes. Es gibt eine Reihe von positiven und begrüßenswerten Regelungen. Ich will nur ansprechen, daß wir eine vernünftige, solide Gesundheitsberichterstattung auf kommunaler Ebene brauchen. Wir brauchen eine verstärkte Möglichkeit der aufsuchenden Gesundheitshilfe. Wir sind natürlich froh, daß der Gesetzgeber daran denkt, für die Leitung des Gesundheitsamtes nach wie vor den Arzt vorzusehen.

Das Fazit unserer Bewertung des Artikels 3 ist aber leider, daß wir es ohne substantielle Veränderungen dieses Entwurfs begrüßen würden, wenn der Artikel 3 den Weg des Artikels 4 gehen könnte, so daß wir Zeit genug haben, in Ruhe über die Inhalte und die vielen Fragen, die hier deutlich werden, nachzudenken.

Ich möchte das ganz kurz begründen:

1. Die Inhalte lösen die Überschriften nicht ein. Es ist aus unserer Sicht nicht zu erwarten, daß die kommunalen Haushalte mit Einsparungen zu rechnen haben. Herr Kreutz hatte eine interessante Interpretation des Omnibusses geliefert. Darüber müßte man noch einmal nachdenken, dies insbesondere im Hinblick auf die Besonderheiten des staatlichen Aufgabenbereichs Gesundheitswesen. Das ist sehr interessant. Ich glaube auch, daß bei aller Achtung für den Innenminister dieser wohl kaum in der Lage sein wird, die angedachten modernen Funktionen in ihren Kostenkonsequenzen einzuschätzen. Dazu maßen wir uns eine Beurteilung an. Ich glaube, daß die meisten Funktionen hochrangige neue akademische Funktionsträger in den Kommunen erforderlich machen. Das wird teuer sein.
2. Wir haben schon des öfteren gehört, daß die klassischen Aufgaben nicht alle zur Zufriedenheit im öffentlichen Gesundheitsdienst gelöst sind. Wir befürchten - das ist besonders dramatisch für das Gesundheitswesen insgesamt -, daß diese klassischen Defizite verstärkt werden. Insbesondere ist das deshalb schlecht, weil die klassischen Aufgaben, die das Gesundheitsamt von einer anderen Behörde oder einer anderen Einrichtung innerhalb des Gesundheitswesens übernimmt, nicht kompensiert werden können. Es gibt keinen Ersatz dafür. Wir würden sehr bedauern, wenn das die Konsequenz ist.
3. Die modernen Aufgaben, die dem Gesundheitsamt übertragen werden sollen, erscheinen uns überzogen. Wenn man sich die einzelnen Aufgabenbereiche anschaut - die Behandlung älterer Menschen zu koordinieren, die Gesundheitsförderung, die aus dem SGB V herausgenommen ist, wobei man sich darüber streiten kann, ob es bundesrechtlich eine sinnvolle Lösung war, das jetzt durch staatliche Funktion zu kompensieren, die chronischen Zivilisationserkrankungen auch wieder in ihrer Kontinuität und Behandlung zu stabilisieren, die Gesundheitsberichterstattung vorzunehmen, die Koordination zu leisten, bis hin zu den Fragen, an denen das Gesundheitswesen sicherlich zu arbeiten hat, die Verzahnung sicherzustellen -, können das die Gesundheitsämter überhaupt nicht leisten. Das ist eine völlige Überforderung, die auch dazu führen wird - Frau Robbers hat es angedeutet -, daß dieses absehbare Scheitern zu einem weiteren Verlust des Ansehens und des Einflusses des öffentlichen Gesundheitsdienstes führt.

Im übrigen reagiert dieses Gesetz nicht auf die neue Lage des SGB V seit 1. Januar 1997. Es ist eine Fülle von Möglichkeiten vorgesehen - § 63 ff. SGB V -, die Strukturen durch Lernen zu verändern und all diese Defizite auszugleichen. Wir brauchen eine gewisse Zeit, um Koordination, Verzahnung und neue Organisations- und Finanzierungsformen auszuprobieren. Management- und Koordinationsdefizite existieren also, aber sie werden von der Selbstverwaltung gelöst. Ich sehe überhaupt keinen Grund, dies jetzt dem öffentlichen Gesundheitsdienst - insbesondere in seiner derzeitigen Verfassung - zu übertragen. Das ist nicht systemgerecht.

4. Die Gesundheitsämter erhalten praktisch eine universelle Definitionskompetenz bezüglich der Defizite. Wenn man den 4/1 und den 4/2 liest, kann man zu keinem anderen Schluß kommen. Das Gesundheitsamt stellt ein Defizit fest, gleicht es aus und reicht die Rechnung weiter. Das ist SGB V-inkompatibel. Man hätte sich gewünscht, daß die Kommission, die Arbeitsgruppe, die beraten hat, die Übereinstimmung mit dem SGB V sehr viel sorgfältiger geprüft hätte. Es gibt auch Ansätze im Sozialrecht. Ich verweise beispielsweise auf den 13/3, wonach unaufschiebbare Leistungen, die die Kasse nicht erbringen kann, natürlich von anderen erbracht werden können, wenn sie diese Kriterien erfüllen. Auch hier eine mangelhafte Prüfung des Zusammenspiels dieser beiden Welten.
5. Besonders untauglich sind die kommunalen Gesundheitskonferenzen, die wir insbesondere ablehnen müssen. Wir hatten uns auf einen Prozeß des vertrauensvollen Lernens im Rahmen des Modellvorhabens verständigt. Dies wird mitten in der Überprüfungsphase abgebrochen. Die kommunalen Konferenzen werden jetzt gesetzlich vorgesehen.

Frau Robbers hat schon darauf hingewiesen - das möchte ich noch einmal betonen -: Kooperation ist ein so sensibles Gut, daß man es letztlich nicht erzwingen kann. Ich bin fest davon überzeugt, daß all das, was jetzt pränormativ erfolgreich funktioniert hat, postnormativ zu einem riesengroßen Krampf führen wird - das garantiere ich Ihnen -; denn wir werden dann unter Umständen alle in diese Konferenzen kommen. Die Frage ist aber, in welcher Form wir qualifiziert mitarbeiten. Das hat hier und da in den Kommunen gut geklappt. Das von der kommunalen Seite vorgebrachte Argument, einiges sei sozusagen auf der Basis der alten gesetzlichen Regelung schon geleistet worden, ist nicht richtig. Ja, das ist dort erfolgreich praktiziert und vorgeübt worden. Es läßt sich auch viel Gutes für die anderen Kommunen daraus ableiten. Das ist aber so ähnlich wie bei den Flächentarifverträgen: Jetzt müssen es alle unabhängig von der Situation der einzelnen Kommune und unabhängig davon, ob es alternative Abstimmungsgremien oder alternative Abstimmungsformen bereits gibt, machen. Das halten wir für unangemessen.

Des weiteren werden - wenn man nicht ganz genau deren Komposition prüft - diese Runden Tische - das zeigt das Modellvorhaben - eine Fülle von Ideen und weiteren Versorgungsmöglichkeiten aufzeigen. Es wird, das wird für Sie vielleicht auch interessant sein, wenn man es einmal ganz radikal auf den Punkt bringt - das sind jedenfalls unsere ersten Erfahrungen -, auch ein Geldverwendungswettbewerb über eine Fülle von schönen, wünschenswerten, zusätzlichen Versorgungsmöglichkeiten eintreten. Das ist nun einmal im Gesundheitswesen kaum zu begrenzen. Es gibt immer Defizite, weiteren Bedarf und Wünschbares. Dies angesichts der Zwänge wieder zu kanalisieren und in die üblichen Entscheidungswege zu führen, wird ein Riesenproblem sein.

Ich darf als letztes Argument, das gegen den Art. 3 spricht, anführen, daß wir im Kontext der kommunalen Gesundheitskonferenzen - bei diesem zaghaften Einstieg - natürlich auch an das Ende denken müssen, wenn uns auf Bundesebene Vorstellungen präsentiert werden, Herr Kreutz, daß in Zukunft daran gedacht ist - wir wissen auch nicht, wie die Wahlen 1998 auf Bundesebene ausgehen -, regionale Gesundheitsbudgets an den runden Tischen zu verteilen, die sich bis dahin haben bewähren können. Das ist für uns keine angenehme Vorstellung.

Fazit: Man fragt sich, wer eigentlich zu seinem Glück mit diesem Artikel gezwungen werden soll. Wir haben gehört, daß die Kommunen nicht begeistert sind. Sie haben alternative Möglichkeiten, die Probleme zu lösen. Diejenigen, die das klassische Gesundheitswesen und die klassischen Verantwortungsbereiche vertreten, sehen in dem Artikel auch keine Verbesserung der Situation. Deshalb können wir ohne substantielle Veränderung dem Artikel 3 nicht zustimmen.

Dr. Ingo Flenker (Ärzttekammer Westfalen-Lippe): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Eine Neuregelung des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist zwingend erforderlich und zu begrüßen. Der Artikel 3 des Gesetzentwurfs formuliert eine Neuakzentuierung der Aufgaben und Leistungsbereiche des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der aber aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe nicht durchgängig begrüßt werden kann.

Aus unserer Sicht ist die Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen mit dem § 24 kritisch zu bewerten. Die kommunale Gesundheitskonferenz ist als ein auf örtlicher Ebene tätiges Beratungsgremium gedacht, das in Fragen der gesundheitlichen Versorgung Empfehlungen erarbeiten soll und bei deren Umsetzung mitwirkt. Philosophie und Grundlage der Überlegung ist, daß man davon ausgeht, durch Bündelung und Zusammenführung der örtlichen Institutionen und Einrichtungen eine Verbesserung der Versorgungssituation der Bevölkerung im Sinne einer effizienteren, effektiveren und auch ökonomischeren Versorgung zu erhalten.

Ob diese Philosophie, ob diese Hypothese tatsächlich tragfähig ist und sich in der Realität behaupten kann, soll durch den Modellversuch "Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in NRW" in fünf Kreisen und kreisfreien Städten unseres Kammerbereichs überprüft werden. Sie haben heute morgen wiederholt gehört, daß dieses Modellprojekt bisher nicht abgeschlossen ist und daß die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung durch die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf noch nicht vorliegen. Ich gehe davon aus, daß Herr Prof. Siegrist gleich zumindest einen Zwischenstand geben wird.

Die bisherigen Erfahrungen haben für uns insbesondere deutlich gemacht, daß die ungeklärte Kompetenzausstattung dieser Konferenzen zu erheblichen Irrationen an den Runden Tischen geführt hat. Es ist bis heute völlig ungeklärt, welche Bindungskraft Empfehlungen der runden Tische entfalten sollen. Es steht zu befürchten, daß hierdurch Eingriffe in bestehende Vertragsbeziehungen der Selbstverwaltung ermöglicht werden könnten. Zumindest läßt der Gesetzentwurf in dieser Frage eine Eindeutigkeit vermissen.

Wenn aber nicht unvermißverständlich festgeschrieben wird, daß bestehende Kompetenzen und Vertragsbeziehungen hiervon unberührt bleiben, bewegt sich der Abstimmungsprozeß durch die kommunalen Gesundheitskonferenzen in einer diffusen Grauzone, die nicht zu einer

Verbesserung der Versorgung beiträgt. Das ist schließlich das eigentliche Ziel dieses Unternehmens.

Ein Kernproblem der ortsnahen Koordinierung liegt unserer Auffassung nach in der Bedarfsdefinition durch Anbieter und Nachfrager von Gesundheitsleistungen. Uns scheint auch zur Zeit fraglich, inwieweit eine Entkoppelung von Partikularinteressen und Gemeinwohl durch die runden Tische tatsächlich erwartet werden kann.

Leider fehlt im Gesetzentwurf auch das, was zumindest für die Körperschaften eine *Conditio sine qua non* für die Zustimmung der Teilnahme an den runden Tischen war, nämlich daß Handlungsempfehlungen nur einvernehmlich zu erfolgen haben. Ich schlage aus diesem Grund vor, zunächst das Ergebnis des Modellversuchs abzuwarten, bevor man zu einer entsprechenden Wertung und Würdigung kommt.

Ein weiterer Kritikpunkt aus der Sicht der Ärztekammer Westfalen-Lippe ist die gesetzliche Verankerung der Landesgesundheitskonferenz im § 26. Ich sehe hierfür überhaupt keine Notwendigkeit. Ich glaube, wir haben im Lande mit den zur Zeit existierenden Landesgesundheitskonferenzen auf freiwilliger Basis ein hervorragend funktionierendes Gremium, so daß eine gesetzliche Fixierung nicht erforderlich ist.

Es besteht die große Gefahr, daß durch die gesetzliche Normierung eine Öffnungsklausel geschaffen wird, mit der die Ausgestaltung von Selbstverwaltungsaufgaben der Kammern präjudiziert werden könnte. Ich sehe die Gefahr - ob das so sein wird, weiß ich nicht, aber die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen -, daß die Selbstverwaltung als Auftragsverwaltung gebraucht werden könnte, so daß der Grundsatz "Vorfahrt für die Selbstverwaltung" einen erheblichen Rückschritt erfahren würde.

Nach diesen kritischen Äußerungen zum Artikel 3 eine ausgesprochen positive Wertung - von Herrn Klitzsch wurde dies auch schon angeführt -: Die Erweiterung des Aufgabenspektrums der Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitshilfe, die aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Personen, die aufgrund ihrer individuellen Lebenssituation die hervorragenden etablierten Angebote unseres Gesundheitswesens nicht in Anspruch nehmen können, wie sie im § 14 beschrieben werden, begrüße ich nachhaltig. Der Modellversuch unserer Ärztekammer "Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose" hat gezeigt, daß hier eine nachhaltige Versorgungslücke besteht. Diese Versorgungslücke wird hiermit geschlossen. Das begrüße ich nachhaltig. Damit wird auch eine Aufforderung der deutschen Ärzteschaft in § 11 des Grundsatzprogramms erfüllt, wonach die aufsuchende Gesundheitsfürsorge als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes definiert wird.

Es ist zu begrüßen, daß in § 5 Abs. 3 die Möglichkeit geschaffen wird, daß Gesundheitsämter ihnen obliegende Aufgaben auf Dritte übertragen bzw. mit ihnen gemeinschaftlich wahrnehmen können. Das ist sicherlich für die aufsuchenden Hilfen dringend erforderlich, um die notwendige Niederschwelligkeit zu erzielen. Wichtig erscheint mir in diesem Zusammenhang, sehr deutlich klarzustellen, daß dadurch der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht berührt werden kann. Das gilt auch für die Eindeutigkeit der Abgrenzung der Finanzierung.

Dr. Aubke (Kassenärztliche Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender, meine sehr geehrten Damen und Herren! Auch ich kann mich angesichts der bisherigen Statements und der gestellten Fragen und gegebenen Antworten kurz fassen. Erlauben Sie mir deshalb, unter Hinweis auf unsere bereits abgegebene schriftliche Stellungnahme auf zwei Bereiche schwerpunktmäßig einzugehen. ...

Der erste Punkt, der aus der Sicht der verfaßten Vertragsärzteschaft noch nicht ausreichend zum Ausdruck gekommen ist, ist die Tatsache und die Konsequenz, daß in einer sehr weichen, in den Umsetzungskriterien überhaupt nicht definierten Formulierung die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes erweitert werden. Vorhandene Handlungs- und Gestaltungsspielräume werden ebenfalls ausgeweitet. Dies geschieht in einer Art und Weise - zumindest weil es nicht klar formuliert ist -, die aus der Sicht der ärztlichen Selbstverwaltung mit erheblichen Konsequenzen für den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen verbunden ist.

Insbesondere im § 2 überträgt der Gesetzentwurf dem öffentlichen Gesundheitsdienst die Beobachtung, Erfassung und Bewertung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Diese offenkundig sehr weit gefaßte Aufgabenstellung bezieht bei konsequenter Auslegung auch die ambulante kurative ärztliche Behandlung mit ein. Dieser Eindruck verstärkt sich, wenn dem öffentlichen Gesundheitsdienst ausdrücklich eine Mitwirkung an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung - so die ausdrückliche Formulierung in der Begründung des Gesetzentwurfs - eingeräumt werden soll.

Der Hinweis, daß mit der Übernahme neuer Aufgaben der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht berührt wird, findet sich an keiner Stelle des Gesetzestextes und der Begründungsformulierungen. Nach unserer Bewertung und juristischen Einschätzung greift der Landesgesetzgeber in bedenklicher Weise in die alleinige Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers ein.

Mit dem § 4 - insbesondere mit den Absätzen 1 und 2 - sollen Regelungen eingeführt werden, wonach der öffentliche Gesundheitsdienst die Möglichkeit erhält, soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, entsprechende Ersatzmaßnahmen und Ersatzleistungen vorzunehmen. Dies bedeutet in letzter Konsequenz, daß das Gesundheitsamt künftig nach einer entsprechenden Defizitermittlung - ohne die Frage beantworten zu können, nach welchen Kriterien eine solche Defizitermittlung eigentlich vorgenommen wird, welche Meßlatte angelegt werden soll - nach eigenem Ermessen tätig werden kann.

Welche sachliche Grundlage einer solchen Versorgungs- und Koordinationslückendefinition zugrunde liegt, ist - wie ich bereits ausgeführt habe - völlig unklar. Das führt im Zweifelsfall dann zu erheblichen Kompetenzüberschreitungen anderer Sozialkompetenzen nach dem SGB V.

Die Problematik, daß es dann demzufolge dem öffentlichen Gesundheitsdienst ganz allein überlassen bleibt, festzustellen, in welchem Umfang und in welchem Zeitraum - das auch unter Qualitätssicherungsgesichtspunkten - eine medizinische und medizinisch-soziale Versorgung nicht gewährleistet ist, bedarf - wenn man solche Überlegungen anstellt - neben der notwendigen Abgrenzung zu den sozialgesetzgeberischen Kompetenzen auf der Bundesebene

einer exakten Definition, die auch die Nachvollziehbarkeit derartiger Defizitanalysen voraussetzt.

Diese vagen Formulierungen - insbesondere in den §§ 15 und 16 -, die sehr vage Formulierung des Begriffs Gesundheitshilfe, führen dazu, daß mit letzter Konsequenz durchdacht der Versorgungsauftrag chronisch Kranker und Bedürftiger - bis hin zu einem sehr weit gesteckten Fürsorgeprinzip - anstelle eines Subsidiaritätsprinzips entwickelt werden soll.

Naturgemäß haben wir - da kann ich mich auf die Ausführungen der Vorredner zurückziehen - mit den Absichten im § 24 erhebliche Schwierigkeiten. Wir haben große Bedenken, ein Verfahren einzuführen, dessen Effizienz bisher überhaupt noch nicht bewiesen worden ist. Ein Zauberwort ist heute der Begriff der Vernetzung. Es scheint sich die Meinung breit-zumachen, daß man nur eine Vernetzung vornehmen muß, um die Effizienz zu erreichen - dies ohne nachzufragen, welche Kosten verursacht und welche lähmenden Effekte durch die Einführung von Vernetzungsstrukturen - dann sogar mit gesetzlicher Legitimation - verursacht werden. Wir plädieren also sehr klar dafür, das zur Zeit als Modellprojekt laufende Verfahren der ortsnahen Koordinierung und der regionalen Gesundheitskonferenzen gerade unter der Notwendigkeit des Nachweises der Effizienz abzuwarten, bevor eine solche strukturelle und auch anspruchsberechtigte Verwaltungsinstallation dann eine Rechtslegitimation bekommt.

Der vorliegende Entwurf wird somit nach unserer Meinung den Anforderungen der Überschrift des Artikelgesetzes nicht gerecht. Seine Umsetzung ist in vielen Konsequenzen mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht vereinbar. Er kollidiert demzufolge logischerweise in der vorliegenden Form auch mit eindeutigen Regelungen des SGB V. Die Frage der Kostenverursachung und der Kostenneutralität ist zumindest für die Bereiche, zu denen noch keine klaren wissenschaftlichen Effizienzbetrachtungen vorliegen, so überhaupt nicht haltbar. Die darüber hinaus skizzierten Aufgabenausweitungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Richtung auf kurative Versorgung ohne die klare Definition der Kostenzusage über die Kostenträger ist ebenfalls ein Gesichtspunkt, der die Frage nach der Kostenneutralität mit einem großen Fragezeichen versieht.

Prof. Dr. Heiko Schneitler (Landesverband der Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens Nordrhein-Westfalen e. V.): Herr Vorsitzender, meine Damen und Herren! Wir bedanken uns für die Gelegenheit, an dieser Stelle sprechen zu können. Es ist vielleicht von Vorteil, daß wir nicht nur über andere sprechen, sondern daß wir wissen, was wir selber tun. Wir als Angehörige des öffentlichen Gesundheitsdienstes begrüßen diesen Entwurf. Natürlich hätten wir uns einiges schöner wünschen können - weniger unbestimmte Rechtsbegriffe oder eine bessere Präzisierung. Es ist aber erst einmal erfreulich, daß ein Gesetz geschaffen wird, das die modernen Aufgaben sowohl inhaltlich als auch in vernünftiger Sprache beschreibt.

Wir empfinden vor allem den zweiten Abschnitt des Gesetzentwurfs, in der die seit Jahren durch die Gesundheitsämter geübte Gesundheitshilfe klar formuliert wird, als vorteilhaft. Dabei muß ich eines sagen: Die bereits real vorhandenen Notwendigkeiten überschreiten schon heute den vorgelegten Entwurf bei weitem.

Versorgt wird in unserem Staat glänzend, wer sich selbst zu helfen weiß. Feststellung von Erkrankungen, Heilung und Linderung von Erkrankungen sowie Geburtshilfe werden im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgreich praktiziert. Die Gesundheitshilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes beginnt dort, wo aus systematischen Gründen Teile der Bevölkerung nicht versorgt sind und aus dem Netz der Regelversorgung fallen. Das gilt vor allem für Gruppen mit abweichendem Gesundheitsverhalten - beginnend bei chronisch psychisch Kranken über Drogenabhängige, Obdachlose bis hin zu einem Teil der Gruppe der Hochbetagten.

Es wird geschätzt, daß in Düsseldorf ein Drittel der Zwangsräumungen von Wohnungen aufgrund psychischer Erkrankung erfolgt. Wer glaubt, daß der Nachbar Gift durch die Wand spritzt, wird die Kriminalpolizei aufsuchen, jedoch keinen niedergelassenen Arzt. Im Rahmen der täglichen Arbeit werden mir Fälle bekannt, bei denen Bürger seit Jahren ihre Wohnung nicht mehr verlassen, bei denen Wohnungen vermüllen, Steckdosen wegen der Angst vor entweichenden Gasen abgeklebt werden - dann natürlich ohne Strom im Raum -, die Böden aufgeschnitten werden und vieles mehr. Geschätzt leidet ein Prozent der Bevölkerung an einer Schizophrenie. In Düsseldorf wären dies bereits 6 000 Menschen. Wir versorgen in Düsseldorf etwa 3 000 sonst nicht erreichbar psychisch Kranke. Dabei ist das Entscheidende nicht die Diagnose, sondern es sind tagesstrukturierende Programme und andere Hilfen.

Die Zahl der Drogenabhängigen in Düsseldorf hat sich während meiner zwölfjährigen Tätigkeit von annähernd 1 000 auf 6 000 mit immer größerer Verelendung, Wohnungslosigkeit und entsprechend steigender gesundheitlicher Problematik vermehrt. Nur die Minderzahl dieser Patienten ist in einer niedergelassenen Praxis versorgbar. Entsprechend steigt die Notwendigkeit zur Hilfe durch uns, beispielsweise Methadon-Programme, mit denen wir 120 Patienten versorgen. In den letzten 40 Jahren hat sich die Zahl der über 80jährigen in unserem Land vervielfacht. Viele dieser Hochbetagten werden im herkömmlichen System, zum Beispiel nach Schlaganfällen, vor allem sozial unzureichend rehabilitiert. Sie sind in ihrer zunehmenden Vereinsamung nicht in der Lage, sich der Hilfen unseres Gesundheitssystems zu bedienen.

Es mag dem Zeitgeist entsprechen, die Verschlankung des Staats zu fordern. Den Problemen der Zeit wird dies nicht gerecht. Begrüßenswert ist deshalb die Gesetzesvorlage mit der Definition der Schnittstellen und der Verpflichtung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, dort tätig zu werden, wo die Hilfe durch andere nicht geleistet werden kann. Sozialkompensatorisch muß der öffentliche Gesundheitsdienst ergänzend tätig werden, um neben dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen Hilfen auch für die zu sichern, die durch die niedergelassenen Praxen nicht erreicht werden. Eine entsprechende Refinanzierung muß erfolgen.

Es ist begrüßenswert, daß der Landesgesetzgeber jetzt in seiner Verantwortung Hilfe für diejenigen definiert, denen der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert oder unmöglich ist. Dies ist eine Hauptforderung der Weltgesundheitsorganisation, die mit den Forschungserfolgen der Medizin der letzten Jahre bei uns zulande vergessen wurde. Schon jetzt gibt es in unserem Land eine Ungleichheit, die sichtbar größer wird.

Wenn wir als Gesundheitsamt die Zähne der Schüler einer Klasse eines Gymnasiums untersuchen, müssen drei Prozent der Kinder sofort zum Zahnarzt geschickt werden; wird eine Berufsschule untersucht, sind es bis zu 75 Prozent der Schüler.

In den letzten 40 Jahren stieg in Deutschland die Lebenserwartung für Frauen in jedem Jahr durchschnittlich um rund zwei Monate. Von einer großen Gruppe von Männern und Frauen in diesem Land wird dies nicht erreicht.

Neben der Gesundheitshilfe definiert sich gerade die durch die Gesundheitsämter zu leistende Gesundheitsförderung für den Bereich derer, die sich sonst nicht helfen können, so zum Beispiel für die Kinder, die nie beim Kinderarzt vorgestellt werden, und für die sozialen Randgruppen, denen es heute gesundheitlich nicht besser geht als vor vielen Jahren.

25 Prozent der Kinder haben bei den Einschulungsuntersuchungen der Gesundheitsämter motorische Retardierungen und ein entsprechend großer Teil sprachliche Entwicklungsverzögerungen. Der Auftrag der Krankheitserkennung, der Heilung und der Linderung wird in den ambulanten ärztlichen Praxen sowie im stationären Alltag erfolgreich geleistet, die Diagnose der sich zahlenmäßig vermehrenden funktionellen Beeinträchtigungen jedoch nicht gleichermaßen. Die Verantwortungsübertragung im Kinder- und Jugendgesundheitsbereich greift im vorliegenden Gesetzentwurf deshalb keinesfalls zu weit, sondern eher zu kurz. Dringlich sind zum Beispiel auch Schulentlassungsuntersuchungen flächendeckend durchzuführen, da nur bei dieser Untersuchung Jugendliche früh genug beraten werden können, welche Berufsausbildung ihnen später möglich sein wird.

Die Jugendarbeitsschutzuntersuchung greift nach Antritt der Lehre. Bei der heutigen Lehrstellenknappheit ist beispielsweise einer jungen Frisöse kaum damit gedient, wenn ihr nach Berufsantritt abgeraten wird, diesen Beruf wegen einer Neurodermitis auszuüben, da sie zu diesem zu späten Beratungszeitpunkt keine andere Lehrstelle zu finden vermag. Dies und ähnliche Schnittstellen müßten besser definiert werden.

Sicher zu kurz greift der vorliegende Entwurf des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst im Bereich des Gesundheitsschutzes. Die Diskussion der 80er Jahre, die in den vorliegenden Entwurf eingeflossen ist, wurde noch nicht durch die zahlreichen neuen Infektionskrankheiten der letzten Jahre geprägt. Viele dieser Krankheiten traten erst später auf wie zum Beispiel Aids, Legionellose, Ebolafieber und andere Varianten bestehender Erkrankungen.

Die Vermehrung der Weltbevölkerung, aber vor allem die um sich grefende Armut schaffen zusätzlich ein großes seuchenförderndes Milieu, das bei den kurzen Wegen Probleme für uns bereiten muß. Nicht die Diskussion um das Lassafieber halte ich für typisch und auch nicht das Flugzeug mit 150 Durchfallerkranken, das uns vor einiger Zeit an einem Samstag in Düsseldorf beschert wurde. Die Vielzahl alltäglicher Erkrankungen durch Infektionen in Deutschland macht mich besorgt, die zahlreichen Tuberkulosen, die eingeschleppt werden, auch die ortsständige Tuberkulose, die sich vielfach resistent bei unseren Oberdachlosen wie auch bei den resistenzgeschwächten Aidspatienten ausbreitet.

Auch in Europa tut sich viel. So hat sich die Syphilis seit dem Zusammenbruch der Sowjetunion in den GUS-Staaten in den letzten Jahren verfünffacht. Daneben hat sich die angeborene Syphilis in den Vereinigten Staaten in den letzten Jahren mehr als verzehnfacht.

Im Gesetzentwurf formuliert wird ein bloßes Mitwirken der Seuchenbekämpfung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung nicht ausreichen, da bedauerlicherweise andere Mitwirkende vor Ort nicht zu verzeichnen sind. Es gilt dringlich,

dem weiteren Abbau der Strukturen der Seuchenbekämpfung zu wehren, um den sich neu abzeichnenden Erfordernissen gerecht zu werden.

Ähnliches gilt für den Gesundheitsschutz im Bereich der Umweltmedizin. Gesundheitlicher Umweltschutz der Gesundheitsämter bedeutet Schutz der Bevölkerung vor Gefahren aus der Umwelt. Von den Umweltämtern ist der Schutz der Umwelt vor den Menschen zu verantworten. Der Schutz der Menschen vor den vielfältigen gesundheitlichen Belastungen aus dem Umweltbereich bedarf erheblich größerer Bemühungen, als dies im Gesetz erkennbar ist. Entsprechend ist deshalb in den Bundesgesetzen bereits vorgesehen, den gesundheitlichen Bereich der Verantwortung der Gesundheitsämter zu übertragen, zum Beispiel im Bundes-Immissionsschutzgesetz.

Die Medizinalaufsicht und der Bereich der Hygieneüberwachung tauchen im Gesetzentwurf im Bereich der Qualitätssicherung auf. Sinnvollerweise gehört dies in den Bereich des präventiven Gesundheitsschutzes. Prävention heißt nicht abzuwarten, sondern frühzeitig erkennbaren Gefährdungen zu wehren. Es überrascht deshalb, daß in der Auflistung der zu überwachenden Institutionen die ambulanten Praxen mit invasiven Eingriffen fehlen wie auch die Zahnarztpraxen und die gewerblichen Arztpraxen, die heute als sogenannte Institute figurieren.

Unter den mit Hygieneüberwachung überschriebenen § 17 die Mitarbeit im zivilen Katastrophenschutz zu subsumieren, erscheint abwegig, da deutlich mehr als nur die hygienische Mitwirkung der Gesundheitsämter im Katastrophenschutz erforderlich ist. Im positiven Sinne hat sich das Engagement der Gesundheitsämter in diesem Bereich bewährt, wie zum Beispiel das Großschadensereignis des Brandes des Düsseldorfer Flughafens gezeigt hat. Für die notärztliche Abwicklung war das Gesundheitsamt Düsseldorf verantwortlich.

Auch weitere Behörden des Gesundheitsschutzes und der Medizinalaufsicht sind im vorliegenden Gesetzentwurf unzureichend erwähnt. Dies gilt für die Behörde Amtsarzt. Die Person Amtsarzt wird nur noch als Leiter des Gesundheitsamtes genannt. Ohne Nennung dieser staatlichen Behörde wird es im Zweifelsfall dazu kommen, daß der Oberstadtdirektor als Leiter der Kommunalverwaltung seinem eigenen kommunalen Krankenhaus in Erfüllung der Aufgaben nach § 17 Abs. 1 Nr. 3 ÖGD-Gesetz einen Verwaltungsakt zur Abstellung hygienischer Mängel übersenden muß. Dies ist nach meinem Rechtsverständnis überhaupt nicht möglich.

Kontraproduktiv erscheint auch die zukünftige Möglichkeit der Übertragung der Apothekenüberwachung an Sachverständige außerhalb des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie es im noch zu beratenden Art. 11 Nr. 5 vorgeschlagen wird. Sachdienlich kann diese Übertragung nicht sein, da die anderen Aufgaben des Gesetzes zur Wahrung der Arzneimittelsicherheit mit der Überwachung untrennbar verbunden sind. Darüber hinaus werden zusätzliche Kosten verursacht, da künftig nicht nur die Sachverständigentätigkeit bezahlt werden muß, sondern diese auch noch zu überwachen ist und das bereits vorhandene qualifizierte Personal der Gesundheitsämter nicht genutzt wird, so daß zusätzliche Kosten entstehen müssen.

Begrüßenswert ist die im 4. Abschnitt vorgesehene Aufwertung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, die sich notwendigerweise an der Basis bereits seit vielen Jahren entwickelt hat, wie sich vor Ort auch die Bildung der runden Tische im Rahmen einer kommunalen Gesundheitskonferenz vielerorts schon bewährt hat. Gleichwohl ist die gesetzliche Fest-

schreibung dieser Gesundheitszirkel sinnvoll, dies ebenso wie die Zuordnung der Verantwortung zu den kommunalen Gebietskörperschaften. Gerade vor Ort gelingt pragmatisch der Dialog über die Sektoren der Versorgung hinweg zum Wohl der Bevölkerung.

Gebunden wird durch dieses Gesetz nur der öffentliche Gesundheitsdienst, der die Plattform zu einem Dialog zu schaffen hat, die die anderen Beteiligten nutzen können, aber nicht nutzen müssen.

Das vorgesehene Gesetz für den öffentlichen Gesundheitsdienst wird in vielen Bereichen helfen, den heutigen Problemen besser gerecht zu werden; dies ist vor allem bei der Gesundheitshilfe und der Gesundheitsförderung unter anderem mittels einer besseren Methodik der Fall. Erforderlich ist dringlich eine adäquate Formulierung der Anforderungen des Gesundheitsschutzes, bei dem wir heute teilweise mehr beten, daß nichts passiert, als daß wir uns adäquat darauf vorbereiten können.

Ein ausreichender Gesundheitsschutz für unsere Bürger ist nur in staatlicher Organisation zu verwirklichen, da sich der Bürger selbst beispielsweise hinsichtlich seuchenhygienischer Probleme nicht ausreichend schützen kann.

Wachsende hygienische Gefahren und Umweltprobleme sorgen für einen steigenden Aufwand, der nicht aus diesem Gesetz heraus entsteht, sondern aus Problemen heraus, die unabhängig von diesem Gesetz zu lösen sind. Soweit erkennbar, wird dieses Gesetz wohl kostenneutral zu verwirklichen sein. Die wachsenden Probleme des Gesundheitsschutzes, die Notwendigkeit zu vermehrten Gesundheitshilfen bei der sich abzeichnenden vermehrten Ausgrenzung von Kranken, Behinderten und sozialen Randgruppen in unserem Staat zwingen Sie jedoch dazu, Ihrer Verantwortung gerecht zu werden und die Notwendigkeit und Ressourcen eines Gesundheitsdienstes so zu definieren, daß den Problemen der Zeit hinreichend begegnet werden kann.

Gestatten Sie mir noch einige Anmerkungen: Das Gesetz wurde heute in der Diskussion als Maximalkonzept bezeichnet.

Vorsitzender Bodo Champignon: Aber bitte kurz! Ihre Zeit ist schon ganz erheblich überschritten.

Prof. Dr. Heiko Schneitler: Ich habe gerade gesagt, daß die Aufgaben auf jeden Fall vorhanden sind. Viele der Aufgaben sind überhaupt nicht erwähnt worden, so die Prostitutionsbetreuung. Wir könnten auch über den Krankenhausbereich reden. Wir haben immerhin 30 000 Hygienetote im Krankenhaus pro Jahr. Wenn wir dann über die Finanzierung nachdenken und uns sagen, daß von 700 000 Krankenhausinfektionen ein Drittel gespart werden könnte, kommen wir in den Bereich von Milliarden, die eingespart werden könnten. Ein Drogenabhängiger begeht pro Tag vier bis acht Straftaten. Die Summe der Dinge, die von ihm gestohlen werden, macht zehn Prozent des Wertes aus, der vernichtet wird. Wenn wir das alles umrechnen, merken wir, daß in die Refinanzierung nicht nur Gebühren und Erstattungen eingehen, sondern daß das Ganze wesentlich komplexer zu sehen ist. Wir alle sollten nicht über die Probleme, sondern über die Lösung der Probleme reden. Ich glaube, daß uns ein

Verschiebebahnhof, um die Verantwortung auf irgend jemand anderen zu verschieben, nicht weiterhelfen kann.

Ich warne auch vor Experimentierklauseln. Wenn wir uns fünf Jahre lang die Zähne nicht putzen, fallen uns noch nicht alle Zähne aus. Das wird aber nach zehn oder zwanzig Jahren der Fall sein. Wir müssen also etwas weitblickender sein. Wenn heute oft das Canaris-Gutachten zitiert wurde, glaube ich manchmal an die gute alte Zeit. Wenn da zum Beispiel die Begutachtung angeführt wird, sage ich Ihnen: Die Begutachtung ist der Teil, der sich im Gesundheitsamt am besten refinanziert. Das Entscheidende ist vor allen Dingen, daß die eigenen Gebietskörperschaften die meisten Gutachten machen. Das heißt, wenn sie diese nicht machen würden, müßten sie die alle nach außen geben und dafür viel mehr Geld ausgeben. Wenn Sie dabei noch bedenken, daß ein großer Teil dieser Aufgaben heute im Bereich der Sozialhilfe liegt und sich nach unseren Berechnungen die Einsparungen, die durch das Gesundheitsamt erbracht werden, weil es diese Gutachten erstellt, nur für den Bereich der Zahnheilkunde für Sozialhilfeempfänger pro Jahr schon auf 150 000 DM belaufen, wird deutlich, daß Sie davon mehr als einen Zahnarzt bezahlen können, während wir dafür ein Drittel benötigen.

Heute ist auch oft über "prä" und "post" gesprochen worden. Ich glaube, wir sollten prä mortal über ein flächendeckendes sinnvolles System nachdenken, um die Probleme zu lösen. Post mortal hat der Pathologe das Wort. Das nutzt wirklich keinem mehr.

Rudolf Henke (Marburger Bund): Herr Vorsitzender, meine verehrten Damen und Herren!

1. Ich habe kein Interesse daran, daß die Chance zur Verabschiedung eines Gesetzes für den öffentlichen Gesundheitsdienst vertan wird. Die weit überwiegende Mehrzahl der in einem neuen ÖGD-Gesetz zu regelnden Fragen ist grundsätzlich entscheidungsreif. Seit die Gesundheitsministerkonferenz der Länder 1972 ihre "Richtlinien für Ländergesetze über das Gesundheitswesen" verabschiedet hat, sind in Nordrhein-Westfalen 25 Jahren fortgesetzter Diskussion um die Zukunft des öffentlichen Gesundheitsdienstes vergangen. Der Abschluß dieser Debatte in Form eines neuen ÖGD-Gesetzes ist überfällig.
2. Der Marburger Bund begrüßt, daß die klassischen Aufgaben der Gesundheitsämter - solche, die Herr Prof. Schneitler dargelegt hat, Mitwirkung an kommunalen Planungen, Gesundheitshilfe, Hygieneüberwachung - durch neue Schwerpunktaufgaben wie die Gesundheitsberichterstattung, die Prävention und die Förderung der Selbsthilfe ergänzt werden sollen. Eine entsprechende personelle Ausstattung der Ämter ist dann zwingend. Frau Robbers hat recht, wenn sie sagt: Die Aufgaben sind entweder da oder auch nicht da, und die Aufgaben sind da.
3. Der Marburger Bund begrüßt mit Nachdruck die subsidiäre Berechtigung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst zur medizinischen Behandlung, bis die notwendige Behandlung durch niedergelassene Ärzte, niedergelassene Zahnärzte, in Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen übernommen werden kann. Die Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen bei Bedarf auch aufsuchende Hilfen umfassen.

Die Mitglieder des Landesvorstandes des Marburger Bundes haben als Beispiel einen Verein "Ärztinnen und Ärzte helfen Obdachlosen" gegründet. Wir tragen mit geringen Mitteln dazu bei, Finanzierungsmöglichkeiten für Projekte zu übernehmen, im Rahmen derer Obdachlose aufgesucht werden und bei denen diese Obdachlosen eine ärztliche Hilfe in Situationen erfahren, in denen sie selber aus der sozialen Situation heraus, in der sie sich befinden, aus ihrer psychischen und körperlichen Verfassung heraus, niemanden aufsuchen, dies unter anderem auch deshalb nicht, weil sie die Schwelle zu den vorhandenen Institutionen - ohne daß man das als einen Vorwurf an diese Institutionen formulieren kann - als zu hoch empfinden. Es gibt Patienten, die in einem gewissen Sinne nicht wartezimmerfähig sind. Bei diesen Personenkreisen - man könnte das weiter ausführen - ist es sicher sinnvoll und notwendig - auch um weiterreichende Schäden zu verhüten und Folgekosten einzuschränken -, eine aufsuchende Gesundheitsfürsorge zu organisieren. Wenn dies subsidiär von niemand anderem erbracht wird, bleibt am Ende nur die Möglichkeit, diese Leistung entweder nicht zu erbringen oder sie durch den öffentlichen Gesundheitsdienst zu erbringen.

4. Dieses Gesetz geht in dem Bereich, der die Koordinationsaufgaben beschreibt, der den Bereich der Planungsaufgaben beschreibt, der den Bereich gesetzlicher Normierung kommunaler Gesundheitsämter beschreibt, von einem abgrundtiefen und nicht gerechtfertigten Mißtrauen in die Grundsätze und gewachsenen Strukturen unseres sozialen Sicherungssystems aus.

Ich möchte für diese Sichtweise auf den Schlußbericht der Kommission ÖGD 2000 zur Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes NRW verweisen, in dem die Autoren auf das Grundverständnis eingegangen sind, das die Arbeitsweise dieser Kommission, aus deren Arbeit dann die Leitlinien ÖGD aus dem Jahr 1993 entwickelt worden sind, geleitet hat und das bei der Würdigung der Beratungsergebnisse beachtet werden sollte. In diesem Bericht wird an den Beveridge-Report 1942 "Social Insurance and Allied Services" erinnert. Diesem Bericht wird attestiert, daß er in der Entwicklung der Sozialleistungssysteme, insbesondere der sozialstaatlichen Organisation des Gesundheitswesens, die Bedeutung eines historischen Einschnittes hatte, weil seitdem neben der überkommenen Sozialversicherung eine andere Organisationsform zur Disposition stehe, nämlich der nationale Gesundheitsdienst. Wörtlich fahren die Autoren fort:

Über die Sozialversicherung finanzierte Gesundheitssysteme vergesellschafteten die Finanzierung in der Form gesetzlicher Beitragspflicht. Sie beschränken den Versicherungsschutz auf pflicht- bzw. freiwillig versicherte Personenkreise. Sie sind nach Personenkreisen und nach versicherten Risiken sektoral gegliederte Sozialleistungssysteme. Das Angebot an Gesundheitsleistungen - also die Leistungsseite - wird privatwirtschaftlich bzw. gemeinnützig erbracht. Nationale Gesundheitsdienste vergesellschafteten dagegen Finanzierung und Leistungserbringung. Zum geschützten Personenkreis gehört die Wohnbevölkerung. Die Organisation ist nicht sektoral, sondern regional, meist kommunal gegliedert. Seit dem 2. Weltkrieg hat sich die überwiegende Anzahl der westeuropäischen Länder nach dem Beveridge-Prinzip organisierte Gesundheitssysteme zugelegt.

Das stimmt nach der Überwindung der innereuropäischen Ost-West-Konflikte nicht mehr. Viele der osteuropäischen Länder legen sich Gesundheitssysteme mit Selbstverwaltungsstrukturen zu. In der Etablierung der Gesundheitskonferenzen muß man aber befürchten, daß darin ein pragmatischer Einstieg in die Übertragung der Gesundheitsplanung und der heute von der Sozialversicherung und den Partnern der Sozialversicherung in Selbstverwaltung wahrgenommenen Entscheidungsrechte liegt. Dies ist ein gravierender und massiver Mangel dieses Gesetzentwurfs. Deshalb schlagen wir vor, daß man die Leistung "kommunale Gesundheitskonferenz" als zusätzlich etablierte Pflichtaufgabe der Kommunen aus dem Gesetzentwurf herausstreicht. Sonst programmiert man einen dauerhaften Konflikt zwischen der Selbstverwaltungsebene und der kommunalen Steuerungsebene vor.

Dieser Konflikt ist beispielsweise schon daran erkennbar, daß in § 2 Abs. 2 der Terminus "bewertet" in bezug auf die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung, die vom Gesundheitsamt zu bewerten sei, gebracht wird. Wir können uns ein gesetzlich vorprogrammiertes Gegeneinander dieser Strukturen nicht leisten. Wir haben in den vergangenen Jahren eine Entwicklung freiwilliger Kooperation gehabt. Diese Entwicklung freiwilliger Kooperation und freiwilliger Koordination - ich stehe mit dieser Auffassung im Gegensatz zu Herrn Prof. Schneitler - wird völlig zertrümmert, wenn man jetzt an die Stelle freiwilliger Koordinationsinstrumente der Selbstverwaltungspartner eine staatliche Pflichtinstanz bringt, die das alles in staatliche Planung übernimmt und damit der Befürchtung Vorschub leistet, daß damit ein Einstieg in das Thema einer völlig anderen Zuständigkeit für die gesundheitliche Sicherung gewählt wird. Wir sagen also ja zu den subsidiären Leistungsstrukturen, und wir weisen die implizit dem Gesetzentwurf zugrunde liegende Kritik, daß die vorhandenen Strukturen des sozialen Sicherungssystems - in Selbstverwaltung gesteuert - irrational wären, mit aller Deutlichkeit zurück.

5. Das gilt natürlich auch für die Bewertung der Landesgesundheitskonferenz. Die Landesgesundheitskonferenz als ein freiwilliges Instrument ist richtig. Die Landesgesundheitskonferenz gesetzlich als ein staatliches Steuerungsinstrument zu normieren, lehnen wir ab.
6. In unserer schriftlichen Einlassung, die wir noch durch eine Langfassung ergänzen werden, die Ihnen dann zugeht, haben wir eine Neuformulierung zum § 3 vorgeschlagen, die ich jetzt aus Zeitgründen nicht vorlesen möchte.
7. Der Marburger Bund schlägt vor, daß der Artikel 3 des Gesetzentwurfs von der Beratung des übrigen Teils des Omnibusgesetzes abgetrennt wird, dies deshalb, weil es nach einer 25jährigen Debatte und einer breiten Diskussion all der Fragen, die Prof. Schneitler und andere vorgetragen haben, notwendig ist, zu Entscheidungen zu kommen. Deshalb sollten wir alle Möglichkeiten nutzen, das Gesetz in eine Form zu bringen, die akzeptabel sein könnte. In der jetzigen Form folgt dieses Gesetz einer falschen Bewertung der vorliegenden Strukturen des Gesundheitswesens und setzt an die Stelle einer subsidiären Zuständigkeit den Weg in eine ubiquitäre Zuständigkeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Die können wir nicht akzeptieren.

Vorsitzender Bodo Champignon: Wir beginnen mit der zweiten Fragerunde. Herr Dr. Aubke hat mir signalisiert, daß er gegen 13:00 Uhr das Haus verlassen muß. Ich schlage vor,

daß derjenige, der an ihn Fragen richten möchte, das jetzt sofort und unmittelbar tut. - Herr Kollege Kreutz!

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich nutze die Gelegenheit, Herrn Dr. Aubke etwas zu fragen. Herr Dr. Aubke, Sie haben - wenn ich das richtig verstanden habe - den Befürchtung Ausdruck verliehen, daß durch die Regelung in § 2 in den Sicherstellungsauftrag eingegriffen wird. Ich konnte das dem Text nicht entnehmen, weil ich nicht verstehen kann, weshalb eine Beobachtung, Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Verhältnisse in den Sicherstellungsauftrag eingreift. Vielleicht könnten Sie mir helfen und anhand des Gesetzes erläutern, worauf sich die Bedenken stützen.

Sie haben ebenfalls Bedenken gegen die Mitwirkung des öffentlichen Gesundheitsdienstes an einer bedarfsgerechten Versorgung geltend gemacht. Da der öffentliche Gesundheitsdienst vermutlich nicht abgeschafft werden soll, bitte ich um Aufklärung, woran er mitwirken soll und wo er seine Aufgaben finden soll, wenn nicht in einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung.

Schließlich habe ich der schriftlichen Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung entnehmen können, daß dort die Auffassung vertreten wird, daß aus anderen Kontexten wissenschaftliche Hinweise dafür vorlägen, daß Kooperationslösungen nicht grundsätzlich besser als Ergebnisse individueller Entscheidungen und Dispositionen sind. Daraus könnte man den Schluß ziehen, Sie übertragen die Erfahrung, daß Einzelentscheidungen besser als Kooperationen sind, aus anderen Kontexten - wie es dort heißt - auf den Bereich der gesundheitlichen Versorgung. Diese Auffassung angesichts der Kooperationsdefizite, die meines Erachtens kaum übersehbar sind, wundert mich. Ich bitte darum, zu erläutern, was das bedeutet.

Dr. Aubke: Zur ersten Frage: In § 2 ist formuliert, daß der öffentliche Gesundheitsdienst an der Gewährleistung einer bedarfsgerechten wirtschaftlichen usw. mitwirkt. Dies ist eine Formulierung aus dem SGB V. Das heißt, sie umschreibt von der Gesetzesformulierung her den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen in einem klar definierten Raum. Darauf bezog sich diese Form der Äußerung.

Nun zu unserer Kritik hinsichtlich der unterschiedlichen Aufgabenstellung - damit komme ich zu Ihrer zweiten Frage -: Die unterschiedlichen Aufgabenzuweisungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und die sonstige gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sind klar abgrenzbar. Das ist zur Zeit auch abgegrenzt. Es wird nur durch die Formulierung der Aufgabenausweitung und durch die Art der Formulierung sowie durch die Zuweisung einer Defizitanalyse und einer subsidiären gesundheitlichen Versorgung bei definierten Defiziten keine saubere Abgrenzung vorgenommen. Wenn Sie eine Formulierung aufnehmen, wonach die Aufgaben unter Beachtung sozialgesetzgeberischer Kompetenzzuweisungen zugewiesen werden, sind diese Bedenken von uns aus dem Weg geräumt. Das geht nicht klar daraus hervor. Gerade in dieser grauen Begrifflichkeit sehen wir eine große Gefahr, die man durch eine exakte Aufgabenabtrennung sehr sorgfältig, logisch und klar formulieren kann.

Die dritte Frage bezog sich auf zentrale und dezentrale Strukturen der Versorgung, wenn ich Sie richtig verstanden habe.

(Daniel Kreutz [GRÜNE]: Kooperation oder Einzelentscheidung!)

Unsere Meinung richtet sich nicht gegen die Kooperation. Ganz im Gegenteil. Der Beweis, daß Kooperation in vielen Bereichen auch zu einer Effizienz- und Qualitätssteigerung führt, ist unbestritten. Ich hatte bereits ausgeführt, daß nicht jede Form von Versorgung kooperativ sinnvoll geleistet werden kann. Zum einen sind nicht alle Menschen hundertprozentig vernetzbar. Sie müssen zum anderen auch andere Versorgungsstrukturen gewährleisten und aufrechterhalten, die unterschiedlichen Versorgungsansprüchen gerecht werden.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Herr Dr. Aubke, ich wäre Ihnen dankbar, wenn Sie uns vielleicht noch einmal ganz konkret deutlich machen, wo Sie die Gefahr sehen, daß der vorliegende Gesetzentwurf, den wir heute diskutieren, im Grunde genommen mit dem Selbstverwaltungsrecht in Konflikt kommt. Wo sind genau die Konfliktfelder zu befürchten? Das müssen wir natürlich wissen, bevor wir in eine weitere Diskussion hineingehen.

Der zweite Punkt: Sie haben in einem Brief vom 23. September an Minister Dr. Horstmann darauf hingewiesen, daß Ihnen mit Schreiben des MAGS vom 22. Dezember 1994 zugesichert worden sei, daß der Modellversuch zur ortsnahen Koordinierung zunächst einmal in Ruhe ausgewertet werde, bevor daraus irgendwelche Konsequenzen gezogen würden. Wie sehen Sie vor dem Hintergrund dieses Schreibens den vorliegenden Gesetzentwurf? Halten Sie den sozusagen für die Erfüllung der Zusage, oder sehen Sie das genaue Gegenteil darin?

Schließlich habe ich eine Frage, die sich auf eine Einzelbegründung zu § 2 in diesem Gesetzentwurf bezieht. Da heißt es, daß der Staat und seine Untergliederungen in gesundheitspolitischer Gesamtverantwortung die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung als ganzes wahrzunehmen hätten. Haben Sie eine Vorstellung davon? Könnten Sie uns sagen, wie die Mittel beschaffen sein müßten, damit die Kommunen diesen Anspruch einlösen können?

Dr. Aubke: Ich nehme an, daß die letzte Frage eine rhetorische Frage war.

(Hermann-Josef Arentz [CDU]: Ja, aber eine kleine Antwort können Sie schon geben!)

Ich sehe keine Möglichkeiten. Man könnte natürlich auch den inhaltlich voll zu unterstreichenden Vortrag von Herrn Prof. Schneitler so interpretieren, daß die Argumentation der Kostenneutralität überhaupt nicht gewährleistet sein kann. Das heißt also, ich kann sehr, sehr viele Defizite der Versorgung natürlich in einer langen Latte aufführen, die alle für sich Anspruch auf Bewältigung des Problems beinhalten, die aber nicht kostenneutral laufen können, egal wo die Kosten entstehen.

Zur ersten Frage: Wir sind der Meinung, daß insbesondere bei der derzeitigen Formulierung des § 4, die allgemeinen Grundsätze der Leistungserbringung - hier geht es wirklich um den Wortlaut, da es sich um einen Gesetzestext, wenn auch erst um einen Entwurf, handelt -, --- Dort heißt es:

Soweit und solange die medizinisch-soziale Versorgung nicht oder nicht rechtzeitig gewährleistet ist, kann sie das Gesundheitsamt im Rahmen eigener Dienste und Einrichtungen erbringen.

Wir stehen sehr häufig - permanent - vor dem Hintergrund der gesetzlichen Verpflichtung eines Sicherstellungsauftrages vor der Defizitanalyse. Das machen wir tagtäglich. Wenn die Vertragsärzteschaft eine solche Defizitanalyse innerhalb des Versorgungsauftrags erhoben hat, wird versucht, mit den vorhandenen Möglichkeiten dieses Defizit zu beseitigen.

Es gibt andere Versorgungsbereiche, auf die Herr Flenker und Herr Henke sehr eindrücklich hingewiesen haben, bei denen das innerhalb der konventionellen Versorgungsstrukturen nicht geht. Da müssen wir dann in der Tat eine subsidiäre Versorgungsstruktur entwickeln.

So, wie insbesondere der § 4 Abs. 1 formuliert ist, ist das aber nicht gemeint. Weil keinerlei Definitionsnotwendigkeit der Defizitanalyse vorgenommen worden ist, sondern lediglich die Definitionskompetenz ausgesprochen wird, kann ich sehr wohl vor dem Hintergrund einer anderen Philosophie der Versorgungsstruktur und der Qualität Defizite definieren. Ich kann - egal ob innerhalb oder außerhalb eines Systems - jederzeit ein Defizit definieren, weil ich einfach eine andere Blickrichtung oder einen anderen Qualitätsanspruch habe. Das ist im wesentlichen das Problem hierzu.

Zum Thema Modellversuch: Das tut uns in der Tat sehr weh, weil wir ohne Einschränkung zugestanden haben und auch fest davon überzeugt sind, daß über eine Kooperation, und zwar über eine professionsübergreifende Kooperation, in den gesundheitlichen Versorgungsstrukturen unseres Landes eine ganze Menge zu verbessern ist. Wir haben uns zu dieser Position zum Beispiel im Rahmen der Thematik der letztjährigen Landesgesundheitskonferenz sehr klar bekannt. Wir haben uns nur nicht dazu hergegeben, Strukturen, die zunächst einmal angedacht sind, mit sehr viel Geld - im Rahmen der Modellprojektfinanzierung auch vom MAGS -, aber auch mit sehr viel Manpower von seiten der Beteiligten auf den Weg zu bringen, ohne den Nachweis angetreten zu haben, daß dieser Einsatz an Geld, an Zeit und Denkkraft das bringt, was es bringen soll.

Wir haben sehr wohl bei positiven Ansätzen, die unbestritten sind, eine Reihe von erheblichen Problemen aus der praktischen Erfahrung. Diese Probleme erstrecken sich insbesondere auf die Fragen der nicht geklärten Geschäftsordnungsprozesse. Diese Fragen beziehen sich auf die nicht geklärten Entscheidungskompetenzprozesse. Sie beziehen sich ebenfalls auf die nicht geklärten Kompetenzen der Themenzentrierung, die im Rahmen dieser ortsnahen Koordinierung behandelt werden müssen. Es gibt nämlich sehr subjektive Defizitanalysen, die unter Beachtung anderer Sozialkompetenzen mit einem großen Fragezeichen zu versehen sind und bei denen zu fragen ist, ob sie wirklich die Sozialkompetenzen sind und ob sie in den Lösungsansätzen dorthin gehören. All die Dinge der Abstimmungsnotwendigkeit sind nach unseren bisherigen, ganz konkreten und mit hohem zeitlichen Aufwand an diesen runden Tischen vor Ort gewonnenen Erfahrungen mit geregelten Verfahrensprozessen nicht hinreichend beantwortet. Deshalb halten wir es schlechterdings für wissenschaftlich unredlich - gerade wenn eine wissenschaftliche Begleitforschung für dieses Projekt läuft -, schon jetzt *Fait accomplis* in die Welt zu setzen, die bei einigen Dingen, vor allem bei einigen prozessualen Dingen, mit einem großen Fragezeichen zu versehen sind.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich möchte eine Frage an Herrn Dr. Klitzsch richten: Herr Dr. Klitzsch, Sie haben - wie auch einige andere - darauf hingewiesen, daß aus Ihrer Sicht mit diesem Gesetz Kooperation erzwungen werden soll. Ich würde auch hier bitten, mir den Beleg für den Zwang, der dort ausgeübt wird, anhand des Gesetzestextes zu verdeutlichen, da ich es noch nicht begriffen haben. Ich habe bisher nur verstanden, daß der öffentliche Gesundheitsdienst auf örtlicher Ebene verpflichtet wird, eine Kooperationsplattform zu schaffen. Ich habe dem Gesetz bisher nicht entnehmen können, daß die an dieser Kooperation Teilnehmenden durch Zwang dazu bewegt werden, sondern ich bin dem Eindruck vielleicht aufgesessen, daß dies in genauso freiwilliger Form geschieht wie die Beteiligung vieler anwesender Institutionen und Organisationen an der Landesgesundheitskonferenz. Vielleicht können Sie mir sozusagen den Zwangscharakter der Kooperation im Rahmen der örtlichen Gesundheitskonferenz noch einmal anhand des Textes näherbringen.

Ferner würde ich Sie gerne in diesem Zusammenhang folgendes fragen: Wie ist es zu erklären, daß die maßgeblichen, an der gesundheitlichen Versorgung auf Landesebene Beteiligten in der Landesgesundheitskonferenz eine Kontinuität des Zusammenwirkens gefunden haben, aber sich gegen eine Übertragung solcher Kooperationsprozesse auf die örtliche Ebene ausgesprochener Widerstand regt? Ich kann das nicht verstehen, weil doch auf örtlicher Ebene eigentlich dasselbe im Grundsatz stattfinden soll, was auch in der Landesgesundheitskonferenz stattfindet. Deshalb wäre ich zu dem Umkehrschluß veranlaßt, daß es hier auch Bedenken gegen das Zusammenwirken auf der Landesebene geben könnte, die den Einlassungen über die örtliche Gesundheitskonferenz zu entnehmen wären.

An Herrn Dr. Flenker stelle ich noch eine Frage im Hinblick auf die Empfehlungen der örtlichen Gesundheitskonferenz. Herr Dr. Flenker, wenn ich Sie richtig verstanden habe, haben Sie gesagt, die Bindungswirkung der Empfehlungen sei unklar und Sie hielten Eingriffe in bestehende Vertragsbeziehungen für möglich. Wenn ich richtig orientiert bin, haben wir innerhalb eines Jahres im Rahmen des Modellversuchs "Ortsnahe Koordinierung" 98 einvernehmliche Handlungsempfehlungen auf örtlicher Ebene zustande gebracht, wovon 45 im Einvernehmen mit den Beteiligten unmittelbar in die örtliche Umsetzung gegangen sind, 16 vollständig umgesetzt sind und eine Reihe anderer ihrer sozusagen sachgerechten Weiterbearbeitung entgegensehen. Mein Eindruck an dieser Stelle war folgender: Wenn es eine einvernehmliche Empfehlung gibt, bindet sie diejenigen, die ihr Einvernehmen zu dieser Empfehlung gegeben haben; denn sonst würden sie ihr Einvernehmen nicht erklären. Das ist für mich eine hinreichende Erhellung der Frage der Bindungswirkung, die durch die Einvernehmlichkeit zustande kommt. Vielleicht habe ich aber auch Dinge übersehen.

Unklar ist mir, inwieweit Eingriffe in bestehende Vertragsbeziehungen durch Empfehlungen zustande kommen können; denn die Vertragsbeziehungen, soweit sie bestehen, haben eine rechtliche Bindungswirkung. Die Empfehlungen - das sagt schon der Name - empfehlen, Dinge zu tun oder zu lassen. Ich bitte die Schnittstelle zu verdeutlichen, wo der Eingriff stattfindet.

Dr. Wolfgang Klitzsch: Herr Kreutz, ich habe meines Wissens nicht vom Zwangscharakter gesprochen, sondern ich habe nur im Kontext der Bewertung der bisherigen Erfahrungen mit dem Modellvorhaben "Ortsnahe Koordinierung" darauf hingewiesen, daß die Anordnung von

Kooperation und Koordination in der Regel weniger gute Ergebnisse bewirkt, als wenn sie freiwillig erfolgt. Sie ist bisher ja freiwillig erfolgt.

(Daniel Kreutz [GRÜNE]: Wo wird dann die Kooperation angeordnet?)

In der Tat wird niemand gezwungen zu kooperieren. Wir haben jetzt nur eine gesetzliche Verpflichtung oder ein gesetzliches Recht. Das eine ist das gesetzliche Recht auf Ortsebene und eine gesetzliche Grundlage für ein bisher freiwilliges Abstimmungs-gremium. Dabei kann ich jetzt noch nicht erkennen, wo zum Beispiel auf der Landesebene die Defizite liegen, die die gesetzliche Normierung zwingend erforderlich machen. Das Entscheidende scheint mir gar nicht so sehr der Zwangscharakter zu sein, sondern die Frage der Motivation. Gehe ich da mit einer primären Motivation hin - das haben wir bisher so auf Landesebene und auch im Rahmen des Erfahrungskontextes "Ortsnahe Koordinierung" gesehen -, oder fühle ich mich - darum geht es - sozusagen vom Gesetzgeber zu diesen bestimmten Abstimmungsprozessen gezwungen? Meine Erfahrung ist - ich weiß nicht, wie die Erfahrung der anderen ist -, daß die sozusagen primär motivierten Koordinations- und Kooperationsbemühungen in der Regel von der Substanz her allen sekundär motivierten überlegen sind. Ich möchte auch all denen, die seit 1992 erfolgreich diese Bemühungen geleitet haben - zum Beispiel dem Leiter der Gesundheitsabteilung -, nicht zumuten, mit verpflichtet Koordinierten zusammensitzen und zu versuchen, ein bestimmtes Ergebnis zustande zu bringen. Ich garantiere Ihnen, daß die Qualität der Abstimmungsergebnisse, die dann dabei herauskommt - wir schauen morgen immerhin auf sechs erfolgreiche Landesgesundheitskonferenzen zurück -, mit Sicherheit das alte Niveau nicht erreichen wird. Davon gehe ich jedenfalls nach meiner Analyse aus.

Zur letzten Frage: Herr Kreutz, ich habe darauf hingewiesen, daß man immer jedes Zwischenergebnis tolerieren kann. Wir haben erst gesagt, daß wir gerne die freiwillige Abstimmung mitmachen. Wir machen jetzt natürlich auch gerne im Rahmen des Modellvorhabens unter der Prämisse des Lernens und der neutralen Begutachtung mit. Man könnte sogar sagen, daß man diesen relativ vorsichtigen Einstieg mittragen kann. Insbesondere bezüglich der Landesgesundheitskonferenz würde ich nur sehr bescheidene Bedenken haben. Es ist aber immer die Frage, auf welchem Weg wir uns eigentlich befinden. Wo geht das Ganze hin? Ich habe ein mögliches Szenario angedeutet. Wenn schon öffentlich diskutiert, angedeutet und uns angeboten wird, daß es einen runden Tisch mit sehr unklarer Zusammensetzung und mit sehr unklaren Kompetenzen zum Beispiel für die Finanzierungsfragen gibt --- Das Problem ist doch das Auseinanderfallen von Ideen und Finanzierungsverantwortung. Das ist auf Landesebene noch sichergestellt. Da sitzen diejenigen, die hinterher in den Verträgen das einlösen dürfen oder daran scheitern werden. Auf Ortsebene ist das zunächst einmal ein beliebiges Karussell von Phantasie. Wir haben genau das Problem, und wir hätten sozusagen gerne einmal wissenschaftlich beleuchtet, was es bedeutet, wenn man gemeinsame Handlungsempfehlungen mit Millionenföolgen ins System hineingibt, in dem diejenigen, die das entscheiden und konsentieren - man fragt sich, was das für eine Art von Konsens ist, wenn ich daran keine Finanzverantwortung koppelte -, das auf die Landesebene weiterreichen. Das ist zu prüfen. Wenn das dann als Vorbereitungs- und Lernfeld für - wie gesagt - Budgetverteilungsfragen gesehen wird, gestatten Sie uns, daß wir dies sehen. Wir müssen das sehen, wenn uns das schon sozusagen öffentlich als ein gangbarer Weg angeboten wird. Dann sind und müssen wir skeptisch sein.

Dr. Ingo Flenker: Ich habe ausgeführt, daß mir gerade im Gesetzestext die Einvernehmlichkeit der Entscheidung in den kommunalen Gesundheitskonferenzen fehlt. Dies findet sich im Gesetzestext nicht mehr. Sie haben völlig recht: Wenn Empfehlungen einvernehmlich getroffen werden, ist die Frage des Bindungscharakter nicht mehr nachhaltig zu diskutieren. Wenn Sie in das Gesetz schreiben, daß Empfehlungen einvernehmlich zu treffen sind, ist mein Kritikpunkt hinfällig geworden. Dies finde ich jedoch nicht.

Sie fragten nach den Empfehlungen. In § 24 Abs. 2 steht: "gibt bei Bedarf Empfehlungen und wirkt an deren Umsetzung mit". Es ist doch verständlich, daß bei Empfehlungen, die zum Beispiel im Bereich der Krankenhausplanung bei Verträgen zwischen Kostenträgern und Krankenhausträgern umgesetzt werden, die nicht den Empfehlungen der kommunalen Gesundheitskonferenz entsprechen, zumindest die Gefahr zu sehen ist, daß in bestehende Vertragssysteme eingegriffen wird.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Ich möchte sowohl Herrn Dr. Klitzsch als auch Herrn Dr. Flenker fragen, wie sie einen Vermerk aus dem MAGS zum Thema ortsnahe Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in bezug auf die Integration der Arbeit der runden Tische in die Krankenhausplanung bewerten. Da heißt es - ich zitiere -:

Der Prozeß am Runden Tisch sollte nicht durch parallele Prozesse am Runden Tisch vorbei gestört werden können. Deswegen müssen sich während der Beratungen zu einem bestimmten Thema alle parallelen Aktivitäten - auch des Landes -, die den konkreten Inhalt einvernehmlicher Handlungsempfehlungen aus der Sicht der Beteiligten konterkarieren könnten, auf das notwendigste beschränken. Auch MAGS und Bezirksregierung sollten sich deshalb in dieser Zeit der Bereitschaft zu Einzelgesprächen und Entscheidungen am Runden Tisch vorbei enthalten.

Teilen Sie meinen Eindruck, daß das genau ein konkreter Beleg für den von Ihnen befürchteten Systemwechsel sein könnte, der sich zu einer Abwendung von der Freiwilligkeit und zu einer Hinkehrung zu einer gesetzlichen Verankerung und damit zu Steuerungsinstrumenten entwickeln könnte? Ich sehe da wirklich mehr als nur Kosmetik, sondern das ist aus meiner Sicht ein Stück Systemveränderung. Es kann aber sein, daß ich da zu sorgenvoll bin. Deshalb noch einmal die Frage an Sie, wie Sie das beurteilen.

Zweiter Punkt: Der Gesetzentwurf sieht im § 29 Abs. 5 bezüglich der Besetzung der kommunalen Gesundheitskonferenz vor, daß dazu Richtlinien durch das MAGS erlassen werden sollen/können, womit diese Besetzung geregelt wird. Haben Sie Anhaltspunkte dafür, wer nachher möglicherweise dabei sein sollte/könnte? Halten Sie das Verfahren für befriedigend, daß dann, wenn man das so machen will, über Richtlinien des MAGS die Frage der Besetzung geregelt werden soll?

Dann habe ich eine Frage an Herrn Henke: Liegen dem Marburger Bund Informationen darüber vor, wie die Bevölkerung in unserem Land die Wichtigkeit der Aufgaben der Gesundheitsämter einschätzt? Finden Sie, daß sozusagen das Bild des öffentlichen Gesundheitsdienstes, das hinter dem Entwurf steht, auch von der konkreten Leistungsfähigkeit her angemessen ist.

Die Frage möchte ich dann auch noch ganz gerne an Herrn Prof. Schneitler stellen. Sie haben im Grunde genommen beschrieben - teilweise für mich auch sehr überzeugend -, wo Defizite sind, was noch getan werden müßte. Der einzige Punkt, den ich nicht habe nachvollziehen können, war am Schluß Ihrer Ausführungen die Aussage, daß dies nach Ihrer Meinung ohne Mehrkosten bei den Trägern der Gesundheitsämter möglich sei. Es mag sein, daß das nachher in der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung anders aussieht, wenn man sich alle möglichen Gegenrechnungen vorstellt. Wenn ich aber das ernst nehme, was Sie vorgetragen habe - das werden Sie ohne zusätzliches Personal gar nicht leisten können -, sehe ich zunächst einmal für die Kommunen, daß das - möglicherweise berechtigt und notwendig - mit Mehrkosten verbunden ist.

In diesem Zusammenhang noch eine weitere Frage an Sie: Das Land hat 1989 eine Untersuchung durchführen lassen, die zum Ergebnis kam, daß die Gesundheitsämter im Schnitt - in Düsseldorf mag alles besser sein - in Nordrhein-Westfalen im Grunde genommen nur 55 Prozent dessen geleistet haben, was sie eigentlich leisten sollten. Hat sich das inzwischen gravierend verändert, erhöht, verbessert oder müßte man nicht ehrlicher Weise auch aus Ihrer Sicht sagen - insbesondere da Sie auf das Thema Seuchen hingewiesen haben, bei dem es sich um eine klassische alte Aufgabe der Gesundheitsämter handelt -, daß sowohl für die Wahrnehmung der alten Aufgaben - die teilweise zugenommen haben - als auch für die hier beschriebenen neuen Aufgaben zusätzliche Ressourcen notwendig sind?

Dr. Ingo Flenker: Herr Arentz, sie haben völlig recht. Es hat der Ärzteschaft in der letzten Zeit immer Sorge bereitet und wir haben uns nachhaltig dagegen ausgesprochen, daß Krankenhausplanungsfragen im Rahmen runder Tische diskutiert worden sind. Vertreter der Ärzteschaft haben stets, wenn solche Fragen zum Tragen kamen, deutlich zum Ausdruck gebracht, daß wir hierin ein völlig falsches Instrument sehen, um Fragen der Krankenhausplanung thematisieren zu können. Wir sind der Auffassung, daß das Verfahren in diesem Land anders und gut geregelt ist. Ich möchte auch nachhaltig in diesem Zusammenhang zum Ausdruck bringen, daß der Entwurf für das neue Krankenhausgesetz Regelungen vorsieht, die wir als Ärzteschaft begrüßen können.

Herr Arentz, ferner haben Sie mit Recht etwas zum Ausdruck gebracht, was bei uns erhebliche Befürchtungen hervorruft, nämlich daß die Zusammensetzung der kommunalen Gesundheitskonferenzen nicht definitiv geregelt ist. Es besteht hier - ich habe versucht, das in meinem Statement zum Ausdruck zu bringen - die große Gefahr, daß Partikularinteressen einzelner Nachfragender nach Gesundheitsleistungen, die dann durch die Gesamtheit ein Übergewicht erhalten könnten, Entscheidungen herbeiführen, die nicht zu vertreten sind. Für uns hat es bei der Teilnahme an den runden Tischen wiederholt die Problematik gegeben, daß die Zusammensetzung von Kommune zu Kommune äußerst different war und daß Geschäftsordnungen nicht existent sind oder unterschiedlich diskutiert werden.

Für uns wäre die Frage kommunale Gesundheitskonferenz viel sachgerechter zu diskutieren, wenn uns zum einen die Zusammensetzung und zum anderen die zukünftige Verfahrensweise in den kommunalen Gesundheitskonferenzen bekannt wäre. Ich glaube, daß die Auswertung des Modellversuchs Hinweise erbringen müßte, wie sinnvollerweise diese kommunalen Gesundheitskonferenzen zusammengesetzt sein sollten und welche Verfahrensweisen hier

ablaufen sollten. Das sollte eigentlich das Ergebnis sein. Aus diesem Grund auch unsere ablehnende Haltung zum jetzigen Zeitpunkt - ich betone: zum jetzigen Zeitpunkt - gegenüber den kommunalen Gesundheitskonferenzen, bevor nicht Ergebnisse des Modellversuchs bei der Konkretisierung der kommunalen Gesundheitskonferenzen Einzug finden.

Dr. Wolfgang Klitzsch: Ich möchte mich den Ausführungen von Herrn Dr. Flenker anschließen. Nur zwei Sätze: Ich gehe zum einen davon aus, daß wir dann, wenn wir die runden Tische einmal etabliert haben, sie in allen Gesetzen wiederfinden werden, Herr Kreutz. Sie werden in alle Planungs- und Entscheidungsprozesse integriert werden. Der Entwurf des Krankenhausgesetzes NRW ist dafür ein Beleg.

Zum anderen ist doch die Grundsatzfrage die, ob runde Tische generell in unserem gegliederten Gesundheitswesen das richtige Steuerungsinstrument sind. Wir haben die runden Tische in einer Übergangs- und unregelmäßigen Zeit nach dem Beitritt der neuen Bundesländer eingeführt. Da gab es keine klaren Zuständigkeiten. Da war das ein sinnvolles Instrument. Immer dann, wenn Zuständigkeiten definiert sind, gibt es Abstimmungsprobleme. Da haben die Körperschaften noch etwas zu leisten und müssen aufeinander zu gehen. Es gibt eine Fülle von Abstimmungsgremien. Dazu parallel und systemfremd eine sehr unscharfe Verantwortungsebene zu schaffen, müssen wir ablehnen. Ich garantiere, daß dann, wenn wir sie einmal haben, wir sie in allen Regelungskontexten wiederfinden werden.

Rudolf Henke: Herr Arentz, zu der Frage, ob wir Informationen darüber haben, wie die Aufgaben des Gesundheitsamtes und ihre Entwicklung - auch in der Wichtigkeit - von der Bevölkerung eingeschätzt werden, kann ich sagen, daß wir als Marburger Bund dazu natürlich nur begrenzte Erkenntnisse haben, weil wir dazu keine repräsentativen Umfragen durchführen können. Es ist aber nicht lange her, daß im Rahmen einer Dialogveranstaltung über die Zukunft der kommunalen Gesundheitspolitik in Nordrhein-Westfalen am 21. Oktober vergangenen Jahres, die der Minister für Arbeit, Gesundheit und Soziales mit den kommunalen Hauptbeamtinnen und Hauptbeamten durchgeführt hat, die Ergebnisse einer empirischen Erhebung der Firma Polis präsentiert worden sind. Man hat im September 1996 1517 Interviews durchgeführt und außerdem Gruppen mit jeweils 30 Eltern mit schulpflichtigen Kindern meines Wissens in Köln, in Recklinghausen und in Herford befragt. Dabei sind die Aufgaben des Gesundheitsamtes bei der Frage der Zuständigkeit von der Bevölkerung so bewertet worden, daß an der Spitze mit jeweils über 80 Prozent Hygieneüberwachung, Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten, Impfangebote, Reisemedizin, Aidsberatung und Schuleingangsuntersuchungen sowie die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stehen.

Wenn man dann sieht, was danach genannt ist, findet man bei mehr als zwei Dritteln der Befragten die Überprüfung und Bewertung von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit, die umweltmedizinische Beratung und Schwangeren- und Mütterberatung. Erst danach taucht zum ersten Mal das Thema Koordination gesundheitlicher Versorgung der Bevölkerung vor Ort in der Bewertung der Zuständigkeit auf.

Wenn man die Bevölkerung befragt, wie sie die Wichtigkeit der Aufgaben beurteilt, gibt es drei Aufgaben, die von mehr als der Hälfte der Befragten als sehr wichtig betrachtet werden. Das ist die Aids-Beratung, das ist die Hygieneüberwachung, und das ist die Verhütung und Bekämpfung ansteckender Krankheiten, das sind Impfangebote, und das ist Reisemedizin. Es gibt weitere Aufgaben, die wenigstens von mehr als einem Drittel für sehr wichtig gehalten werden. Das sind die Schuleingangsuntersuchungen, die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen, die Überprüfung und Bewertung von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit und die umweltmedizinische Beratung. Erst danach kommt zum ersten Mal der Begriff der Koordination der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung vor Ort. Das heißt, das sind die klassischen Aufgaben, die nicht nur bekannt sind, sondern die auch als besonders wichtig betrachtet werden. Es ist, wenn man beispielsweise an den Infektionsschutz denkt, sicher so, daß das auch einer realen Gefahreinschätzung entspricht; denn trotz des medizinischen Fortschritts haben eben ansteckende Krankheiten von ihrer Gefährlichkeit nichts verloren. Man muß an die Kinderlähmung, an die Diphtherie, an die Malaria und an infektiöse Darmkrankungen denken, die eingeschleppt werden können. Man muß sich darüber im klaren sein, daß das Entstehen von Impflücken in der Bevölkerung massive Risiken birgt. Wir haben individuelle kollektive Wanderungsbewegungen aus dem Ausland.

Bereits 1988 hat der Landkreistag die Auffassung vertreten, daß in den Ländern, in denen kostenlose Schutzimpfungen gegen bestimmte Krankheiten nicht durchgeführt werden, der durch die Impfung zu erreichende Schutz vor Krankheiten sehr abgesunken ist. Das deckt sich also in der Gefahrenbeschreibung auch mit der Bewertung von Wichtigkeiten. Deshalb muß man diese Aufgaben stabilisieren. Daher ist auch unsere Konsequenz daraus, daß man sich sehr genau überlegen soll, inwieweit man Energie in andere Bereiche gibt, in denen die Frage der Zuständigkeiten unklar ist. Ich will jetzt nicht das Thema kommunale Gesundheitskonferenz nennen - weil Sie nicht danach gefragt haben -, aber ich will auf den § 15, besondere Beratungsangebote, hinweisen. In der Begründung steht plötzlich, daß die Gesundheitshilfe des öffentlichen Gesundheitsdienstes auch Menschen bereitgestellt werden soll, die an sogenannten Zivilisationskrankheiten leiden wie Krebs, Herz- und Kreislauferkrankungen, rheumatischen Krankheiten oder Diabetes mellitus. Das wird von der Bevölkerung - mit Ausnahme von Aids, was aber vor allem der Infektionsprophylaxe dient - überhaupt nicht als Aufgabe des Gesundheitsamtes erwartet, weil man weiß, daß diese Beratung eine Pflichtleistungserbringung durch die Sozialversicherung ist. Wenn man das macht, muß man sich natürlich fragen: Reicht die kommunale Finanzausstattung dazu aus, solche Aufgaben zu übernehmen und damit praktisch das Gesundheitsamt zum Ausfallbürgen für eine vermutete, aber nicht bewiesene unzureichende Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung werden zu lassen?

Ich meine, daß aus der Bewertung der Bevölkerung Konsequenzen in Richtung auf die Wichtigkeit der Aufgaben zu ziehen wären.

Prof. Dr. Heiko Schneitler: Herr Arentz, Sie sprachen die Erhebung von 1989 an, die ich natürlich seinerzeit auch mit hohem Interesse wahrgenommen habe, und daß nur 55 Prozent der Aufgaben wahrgenommen wurden. Es ist zum Beispiel richtig, daß wir keine Pocken mehr geimpft haben, was abgefragt wurde, weil die Erkrankung zu diesem Zeitpunkt Gott sei

Dank bereits ausgestorben war. Das trifft natürlich auch auf andere Aufgaben zu, die nicht wahrgenommen wurden. Ich habe zum Beispiel noch nie mit meinem Oberstadtdirektor alle fünf Jahre im Rahmen der Ortshygiene das gesamte Stadtgebiet von Düsseldorf begangen. Hinzu kommen noch einige Aufgaben. Das besagt aber doch gar nichts.

Entscheidend ist, daß wir überlegen müssen, welche wichtigen Aufgaben wir seinerzeit wahrgenommen haben und welche Lücken es gab und welche es heute gibt. Wir fordern doch deshalb ein neues Gesetz, weil wir festgestellt haben, daß in der Vergangenheit bestimmte Aufgaben gar nicht mehr erforderlich waren oder sich sowohl sprachlich als auch inhaltlich gewandelt haben. Die Befragung hat daher meiner Meinung nach nur gezeigt, daß der Gesetzesentwurf erforderlich ist, weil man mit den Termini, die im alten Gesetz standen, noch nicht einmal mehr die Arbeit der Gesundheitsämter abfragen konnte. Das war doch das Ergebnis.

Sie stellen fest, im Land Nordrhein-Westfalen wird nach dem alten Gesetz gehandelt, aber Sie können, wenn Sie die Aufgaben nach dem alten Gesetz abfragen, gar nicht feststellen, was die Gesundheitsämter wirklich tun. Deshalb begrüße ich auch das neue Gesetz.

Sie fragen nach Defiziten. Ich würde das eher als Problembewältigung bezeichnen. Wir haben einige alte Probleme nicht bewältigt. Ich sprach vorhin die Krankenhaushygiene an. Das liegt natürlich auch ein wenig daran, daß die Gesundheitsämter manchmal eine Ausstattung wie ein Rollschuhfahrer haben, aber ohne Räder. Das ist das Problem. Wir sollen irgendwelche Aufgaben wahrnehmen. Sie haben uns in der Vergangenheit nicht die Möglichkeit gegeben. Auch im neuen Gesetz wird diese nicht gegeben sein.

Ich begrüße im neuen Gesetz, daß die Strukturen geschaffen sind und daß die Inhalte wiedergegeben werden. Aber genau das, was heute schon mehrfach angesprochen und kritisiert wurde, fehlt. Standards stehen überhaupt nicht drin. Wenn Standards nicht wiedergegeben werden, wie soll es dann teurer werden? Wenn Sie sich recht erinnern, habe ich aber in einem Nachsatz gesagt, daß ich nicht glaube, daß das Gesetz das teurer macht. Ich habe auch nicht gesagt, daß dann, wenn es nicht teurer wird, bestimmte Probleme erledigt werden; denn die Probleme sind zu erledigen. Wir haben aber mit diesem Gesetz eine viel bessere Chance.

Zusätzlich sage ich noch eine andere Sache: Sie fragen, weshalb in Düsseldorf einiges anders ist. Als ich 100 Tage im Amt war, habe ich eine Auflistung der Aufgaben gemacht, die nicht bewältigt werden. Ich habe aber gleichzeitig meinem Oberstadtdirektor gesagt, daß ich dafür die Verantwortung ablehne. Im alten Gesetz ist zwar sehr oft angegeben, "wirkt mit bei", aber für bestimmte Bereiche ist eine klare Verantwortung definiert. Ich kenne selbstverständlich die Staatsanwaltschaften, die losgezogen sind und bei mangelnder Betätigung einiges dazu gesagt haben. Sie konnten das aber - um das auch noch einigen Vorredner zu sagen - ihrem Oberstadtdirektor schreiben. Dann saß der nämlich in der Verantwortung. Da haben doch viele vorgezogen, sich mit etwas Personal oder ähnlichem aus dieser Verantwortung zu lösen.

Walter Grevenor (SPD): Herr Prof. Schneitler, Sie haben denjenigen, die sich dazu entschlossen haben, diesen Gesetzesentwurf einzubringen, Mut gemacht, nachdem wir vorher sehr viel Kritik bekommen haben. Deshalb möchte ich meine Fragen an Sie richten.

Ich habe Ihrem Vortrag entnommen, daß viele Aufgaben, die wir im neuen Gesetz beschrieben haben, in Ihrem Gesundheitsamt bereits erledigt werden. Sie haben das im Zusammenhang mit den Obdachlosen deutlich gemacht. Hat es innerhalb der Verwaltung Untersuchungen gegeben, inwieweit durch Ihre Tätigkeit Kosten in anderen Bereichen - im sozialen Bereich - eingespart werden konnten, weil Sie frühzeitiger tätig geworden sind?

Sie haben deutlich gemacht, daß im Bereich der Hygiene mehr getan werden könnte. Könnte man überlegen, daß wir ähnlich wie bei anderen Leistungen, zum Beispiel bei der Brandschau, darüber nachdenken, dies gebührenpflichtig zu machen? Wäre dies nicht eine Möglichkeit, die auch in diesem Fall aufgegriffen werden könnte? Könnte man das Gebührenerhebungsrecht nicht den Kommunen übertragen, so daß sie sich - soweit sie mehr tun - auch finanzieren können?

Sie haben dargelegt, daß in Ihrem Gesundheitsamt schon einiges geschehen ist. Die Diskutanten aus dem kommunalen Bereich sagen, daß sie Zweifel haben, daß dieses Gesetz kostenneutral ist. Sind Sie denn der Auffassung, daß wir die Beurteilung, ob das Gesetz kostenneutral ist oder nicht, an einem Gesundheitsamt auszurichten haben, das die bisherigen gesetzlichen Aufgaben erfüllt? Oder haben wir die Beurteilung an einem Gesundheitsamt auszurichten, das die Aufgaben nicht erfüllt?

Prof. Dr. Heiko Schneitler: Wir haben für einige Bereiche ausgerechnet, was eine Behandlung kostet. Wir haben dabei auch immer Unterstützung erfahren. Wir haben das beispielsweise im Bereich der Kariesprophylaxe gemacht. Weil wir nachweisen konnten, daß diese Aufgabe erhebliche Kosten einspart, bekommen wir inzwischen von den Krankenkassen 14 Kräfte bezahlt.

Ich glaube - das war das, was ich vorhin ansprach -, daß man insoweit weiterdenken muß, daß man nicht nur die Kosten bei einer bestimmten Position, sondern auch die damit verbundenen Kosten sieht und was weiter gespart werden könnte. In volkswirtschaftlichen Verbundlösungen wird man da wahrscheinlich weiterkommen. Wenn wir Probleme angehen, wird dies sicherlich zu einer erheblichen Kostenreduzierung führen.

Wir führen zur Gebührenpflicht seit vielen Jahren einen regen Schriftwechsel mit dem MAGS, von dem das schon zu einem bestimmten Teil realisiert worden ist. Die Gebühren sollten eigentlich kostendeckend sein. Wenn nachgewiesen wird, daß eine einzige Installateurstunde schon das mehrfache unserer Gebühr beträgt, ist irgend etwas nicht in Ordnung. Das scheint es aber noch verwaltungstechnische Schwierigkeiten zu geben.

Auch ich glaube, daß eine gute Leistung eine entsprechende Gebühr wert ist, die das Ganze von den Kosten her deckt. Bei der Refinanzierung müssen wir aber meiner Meinung darüber nachdenken --- Denken Sie beispielsweise an Drogenabhängige, die erhebliche Schäden verursachen. Der Schaden geschieht dadurch, daß etwas gestohlen wird. Der bei einem Einbruch entstehende Schaden wird vom Sachversicherer getragen. Das Gestohlene kann höchstens zu einem Zehntel des Preises verkauft werden. Es wird also ein unendlich größerer Schaden angerichtet. Wenn wir allein dort etwas einsparen, würde es volkswirtschaftlich schon unendlich billiger. Man muß auf die Sachversicherer zugehen, damit man vielleicht in einem Verbundsystem das Ganze kostenmäßig neutralisieren kann.

Man muß überlegen, mit wem man darüber sprechen kann. Die Kosten kann man natürlich nur bei jemandem festmachen, der zumindest zu einem großen Teil die Probleme erledigt. Wer bisher seine Aufgaben nicht wahrgenommen hat, wird natürlich höhere Kosten haben, wenn er sie in der Zukunft wahrnimmt. Ehrlich gesagt ist es so, daß auch zum jetzigen Zeitpunkt die Gesundheitsämter, die die Aufgaben nicht wahrnehmen, von den Aufsichtsbehörden eigentlich zu rügen wären. Ich kenne Gesundheitsämter, die nicht mehr genügend Personal haben, um die jährlichen Krankenhausbegehungen zu machen. Wenn ich aber weiß, daß wir im Jahr ungefähr 700 000 Krankenhausinfektionen mit einer jeweils längeren Liegezeit von elf Tagen haben, sage ich, daß wir dann, wenn wir davon nur ein Drittel einsparen würden, was wissenschaftlich völlig unbestritten ist, Einsparungen in einer Größenordnung von 1,7 bis 2 Milliarden DM erzielen könnten. Wenn Sie das im Gesamtfeld sehen, lohnt sich das.

Sie machen Krankenhausbegehungen und stellen solche Dinge wie den Urinbeutel fest. Wenn Sie einen Urinbeutel direkt an einem Blasenkatheder anmachen und liegen lassen, haben Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit nach fünf bis sechs Tagen eine Blaseninfektion. Wenn Sie den Urinbeutel entleerbar machen und nicht als solchen wechseln, braucht das elf bis zwölf Tage. Wenn Sie Krankenhausbegehungen machen, stellen Sie fest, daß aus mir überhaupt nicht erklärlichen Gründen zu einem gewissen Teil noch Urinbeutel verwendet werden, die die frühen Infektionen verursachen. So etwas gehört abgestellt, dies nicht nur deshalb, weil es sicherlich Kosten erspart, sondern auch aus humanitären Gründen. Das muß man natürlich irgendwo auch einrechnen.

Das Entscheidende ist meiner Meinung nach, daß wir in Verantwortung Probleme lösen müssen. Wenn wir das umfassend tun, werden wir insgesamt volkswirtschaftlich gesehen sicherlich Kosten sparen. Wenn wir bisher in einem Gesundheitsamt die Probleme weitgehend gelöst haben, wird das künftig durch dieses Gesetz nicht teurer.

Schumacher: Wenn heute in der Diskussion zum Ausdruck gekommen ist, daß wir eine solche Problematik nur unter Kostengesichtspunkten sehen, ist das sicherlich ein falscher Eindruck, weil wir uns auch gegen die Feststellung wehren - daraus erklärt sich vielleicht auch die Heftigkeit, mit der wir uns wehren -, daß ausdrücklich gesagt wird, das sei kostenneutral. Wir vermissen gerade den Versuch einer wenigstens ungefähren Kostenfolgenabschätzung. Selbstverständlich - das ist auch Ihr demokratisches Recht als Landesgesetzgeber, wozu Sie auch die Legitimation haben - können Sie im Einzelfall sagen: Ich berücksichtige volkswirtschaftliche Gesichtspunkte, egal ob bei dir, Kommune, der Nutzen eintritt. Das interessiert mich im Moment nicht. Du hast die Kosten zu tragen. Der Nutzen tritt dann woanders ein.

Das Problem ist, daß die Folgen total auseinanderfallen. Nehmen wir die Prävention. Da haben wir doch die Situation, daß die Präventionsmaßnahmen teilweise von den Gesundheitsämtern zu leisten sind, die Vorteile aber auch andere haben, sprich: die Krankenkassen, die auch Kostenträger sind. Da ist es in vielen Bereichen auch schon schwierig, zu freiwilligen Kostenvereinbarungen zu kommen. Das ist der eine Gesichtspunkt. Da haben wir die Sorge, daß im Prinzip Sie als Landesgesetzgeber sagen: Die Kommunen können wir packen, die

Krankenkassen nicht. Jetzt verhaften wir die für alles über solche Entscheidungen und sehen das nur noch volkswirtschaftlich. Natürlich muß man sehen, was qualitativ sinnvoll ist.

Was auch fehlt - um auf meinen Vorredner einzugehen -, ist ein Versuch, welche Folgen die unterschiedliche Kontrolldichte überhaupt hat. Es mag sein, daß es in Düsseldorf möglich ist, mit meines Wissens 50 Ärzten im Gesundheitsamt die Krankenhäuser dichter zu kontrollieren als im ländlichen Raum. Bevor man aber sagt, man mache den Standard Düsseldorf zum Maßstab für eine Landesgesetzgebung, müßte man sehen, was das für Folgen hat. Ist in den nicht so dicht kontrollierten Krankenhäusern die Infektionsrate signifikant höher, oder ist das noch kontrollierbar? Wir sind schließlich überall in der Situation, daß wir entscheiden müssen, daß es eine hundertprozentige Sicherheit nicht gibt. Was ist noch vertretbar? Sagen wir einmal, 90 Prozent ist in der Regel der Level. Die letzten 10 Prozent werden immer teurer, je näher ich an 100 Prozent herankomme. Da vermissen wir den Versuch einer Analyse bei der einzelnen Dichte. Das wird ganz deutlich, wenn im Gesetzentwurf lapidar gesagt wird: Die Frisöre sind genauso regelmäßig zu kontrollieren wie die Krankenhäuser.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich möchte Ihnen jetzt einen Vorschlag unterbreiten. Sie werden alle gemerkt haben, daß wir vollkommen aus dem Zeitplan geraten sind. Da das Restaurant nur bis 14 Uhr geöffnet hat, möchte ich Ihnen jetzt Gelegenheit geben, eine halbe Stunde Pause zu machen. Dann setzen wir die Anhörung fort.

Die Sitzung ist unterbrochen.

(Unterbrechung der Sitzung von 13.35 bis 14.05 Uhr)

Entgegen der zeitlichen Ankündigung fahren wir in der Anhörung zum Thema "ÖGD" fort. Ich bitte jetzt die AOK Rheinland, ihre Stellungnahme abzugeben.

Heinrich Schlüter (AOK Rheinland): Ich komme von der AOK Rheinland und spreche zugleich für die AOK Westfalen-Lippe, aber auch für die anderen gesetzlichen Krankenversicherungen im Rheinland, zusammen mit meinem Nachredner, Herrn Mudra.

Vorhin war die Frage aufgetaucht: "Warum wehren Sie sich denn gegen die Reglementierung, gegen die Normierung der Zusammenarbeit in den runden Tischen oder auf Landesebene? Das machen wir doch schon länger so." Dieser Verwaltungsgrundsatz - "Das haben wir schon immer so gemacht" - ist natürlich bekannt. Aber der wesentliche Unterschied, der auch Auslöser unserer Kritik und unserer Ängste ist, ist eigentlich der, daß die Prinzipien, die wir im Rahmen der Zusammenarbeit vor Ort und auf Landesebene beachten und schätzen gelernt haben, nämlich das Prinzip der Freiwilligkeit - das heißt: frei und willig - und das Prinzip der Bindung durch Selbstbindung, im Gesetzestext mit keinem Wort erwähnt werden. Vor dem Hintergrund, daß ein Gesetzentwurf vorgelegt wird, der - wie wir eindrucksvoll gehört haben - ohne weiteres und ohne große Anstrengungen nicht ohne finanzielle Mehrbelastung realisiert werden kann, muß das natürlich auf der anderen Seite - wir haben den Begriff der kommunizierenden Röhren gehört - dazu führen, daß wir als Krankenversicherung mit einem gesetzlich zugewiesenen Aufgabenkreis hellhörig werden und ahnen: Da können Kosten auf uns zukommen, möglicherweise abgewälzt werden.

Es geht nicht darum, sich den Anforderungen vor Ort nicht zu stellen. Es ist klar - und das will das Gesetz auch -, daß man Einsparmöglichkeiten vor Ort realisieren kann, Gesundheitsangebote koordinieren kann und - wie es in der Begründung so schön heißt - die Flexibilisierung im Rahmen der Überschneidungsbereiche der einzelnen Institutionen nutzen muß. Das ist eigentlich klar, das machen wir ja auch vor Ort. Aber diese Prinzipien der Freiwilligkeit und der Selbstbindung durch Selbstverpflichtung finden sich im Gesetz nicht wieder.

Parallel dazu müssen wir Auffälligkeiten feststellen, die uns zu denken Anlaß geben, zum Beispiel im Bereich Gewährleistungen. Hier wurde gesagt: Woran soll der öffentliche Gesundheitsdienst denn mitarbeiten, wenn nicht an der Gewährleistung? Das ist so treffend und schön wie unpräzise, unpräzise deshalb, weil im Bereich der gesetzlichen Sozialversicherung die Kassenärztliche Vereinigung zusammen mit den Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag hat. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß 90 % der Bevölkerung über die gesetzliche Sozialversicherung abgesichert sind, dann ist es nicht unverschämt, wenn man einfordert, daß diese Aufgabenabgrenzung, die auch bei der Koordinierung in örtlicher Ebene irgendwo zum Tragen kommen muß, auch im Gesetz zumindest mit einem Wort Anklang findet. Dies haben wir schmerzlich vermißt.

Gewährleistung und Sicherstellung - woran soll der öffentliche Gesundheitsdienst denn mitarbeiten? Keine Frage: Sicherstellung, so wie wir sie zusammen mit der verfaßten Ärzteschaft verstehen, ist eine Aufgabe im Bereich der Sozialversicherung, der Selbstverwaltung. Die Selbstverwaltung trägt insoweit die Verantwortung. Wenn in diesem Bereich die Gewährleistung, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung nicht Erfolg hat, dann haben wir in diesem Bereich versagt, müssen lernen, müssen nachbessern. Dazu sind wir bereit. Das zeigen wir immer wieder vor Ort, wo wir freiwillig mit dem Prinzip der Selbstbindung auf die Kommunen zugehen, zusammen mit Ärzten, mit Krankenhausträgern die Versorgungssituation beraten.

Wenn im § 2 dem öffentlichen Gesundheitsdienst nun so lapidar das Mitwirken an der Gewährleistung zugeschrieben wird, dann ist das ein derartig weiter Begriff, daß wir die Abgrenzung zum Bereich der Sozialversicherung ganz schmerzlich vermissen. Da kann man nicht sagen: Das ist insoweit eine deklaratorische Regelung. Der Gesetzgeber sollte sich schon ordentlich ausdrücken. "Deklaratorisch" heißt in diesem Zusammenhang doch wohl: Er meint nicht das, was er sagt. Das kann man nicht glauben. Er meint schon, was er sagt, und von daher sind wir etwas aufmerksam geworden. Wir müssen uns an den Wortlaut halten. Der Wortlaut des § 2 ist nach unserer Auffassung zu weit.

Ein weiteres Beispiel, wo wir im Entwurf anecken, ist § 4 ÖGDG. Er ist schon zitiert worden; deshalb kann ich mich da kurz fassen. Das ist das Prinzip der subsidiären Leistungserbringung. Man kann hier viele gute Fälle schildern, wo das sehr sinnvoll ist. Nur: Die Sicherstellung beinhaltet auch, daß wir in diesem Bereich über die verfaßte Ärzteschaft zunächst zuständig sind und es insoweit auch subsidiär keine Auffangzuständigkeit für den öffentlichen Gesundheitsdienst geben kann. Der Bundesgesetzgeber hat eindeutig gesagt, wie man in diesen Grenzfällen, wo die Sicherstellung versagt, verfahren muß, über § 13 Abs. 3: daß nämlich die Leistungen, die nicht zeitnah zur Verfügung stehen, von jedem anderen erbracht werden können. Der Patient, der Versicherte, nicht also das Gesundheitsamt, hat einen Kostenerstattungsanspruch. Das heißt, wenn man es ganz einfach formuliert: Der

Bundesgesetzgeber hat diesen Bereich der Sicherstellung abschließend geregelt. Insofern findet sich hier kein Regelungsbedarf auf der abstrakten Höhe, der sich in einem Landesgesetz niederschlagen könnte. Vor Ort lösen wir die Probleme relativ pragmatisch, und wir finden über den § 13 Abs. 3 immer Wege, wie es praktikabel gehandhabt werden kann.

Wir haben uns gewundert, was im Gesetzestext steht: daß hier subsidiär Leistungen nicht nur durch den Arzt erbracht werden sollen, sondern sogar durch Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Das heißt: Auch strukturelle Versorgungsmängel können durch Schaffung entsprechender Einrichtungen anscheinend bekämpft werden.

Daß das so gemeint ist, zeigt sich auch in den anderen Handlungsfeldern: in § 12 - Kinder- und Jugendgesundheitsdienst - oder - ganz gravierend nach meiner Einschätzung - in § 13 - Kinder- und Jugendzahngesundheitsdienst. Da reicht es aus, daß der Jugendzahnarzt mehrfach feststellt, daß das Kind nicht beim Zahnarzt war. Schon kann er den Bohrer ansetzen und mit der gesetzlichen Krankenversicherung abrechnen. Das ist nach unserem Verständnis mit der Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung nicht zu vereinbaren.

Ein weiterer Punkt, der auffällt, ist der Bereich der Qualitätssicherung. Auch hier gibt es Spezialregelungen: im SGB V und auch im SGB XI. Hier ist für den Bereich der Sozialversicherung ausdrücklich normiert, wer für Qualität zuständig ist, wer sich der Verantwortung stellen muß und wie sie auszuüben ist. Von daher habe ich Zweifel, ob der Landesgesetzgeber hier Sonderregelungen schaffen kann.

Letztlich fällt auf, daß im § 3 ÖGDG sehr stringente Formulierungen gebraucht werden, was das Gesundheitsamt alles macht: Es koordiniert, es empfiehlt, es regt an, es wirkt darauf hin. Wenn man das in der Zusammenschau sieht, drängt sich der Eindruck auf, daß hier so etwas wie eine Superrevisionsinstanz vorschwebt. Das kann eigentlich nicht gemeint sein. Vergewegen Sie sich noch einmal: 90 % der Bevölkerung sind in der Sozialversicherung und werden sicherlich leidlich - die meisten sehr gut - durch die Sozialversicherung betreut. Dann kann das nur eine Auffangzuständigkeit sein. Wenn Sie aber Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen wollen, indem Sie diese Nahtstelle zwischen allgemeinem öffentlichen Gesundheitsdienst und Krankenversicherung bewegen, zum Leben bringen, dann ist es auch redlich, wenn in dem Gesetzentwurf diese Kompetenzen erwähnt und sauber abgegrenzt werden. Durch diese weiten Tatbestände im Gesetz drängt sich der Eindruck auf, daß hier der öffentliche Gesundheitsdienst mehr bekommen soll, als ihm nach Bundesrecht eigentlich zustehen kann.

Die Vorredner haben im Hinblick auf Kosten verschiedene Ausführungen gemacht. Ich will nur noch ergänzen: Der Gesetzentwurf atmet vielleicht auch die Patina der Vergänglichkeit. Der § 20 SGB V mit den umfassenden Präventionsmöglichkeiten ist abgeschafft worden. Das sollte man zur Kenntnis nehmen. Vor diesem Hintergrund fragt es sich, wen die Gesundheitsämter jetzt koordinieren wollen - vielleicht Fitneß-Studios, aber die Krankenkassen mit Sicherheit nicht. Uns ist es gesetzlich verboten, in diesem Bereich Kosten zu übernehmen. Von daher müssen zumindest diese Kostenentlastungsmomente neu kalkuliert werden.

Was wir uns in dem Gesetz wünschen, ist eine Plattform, wo auf der Basis von Freiwilligkeit, von Selbstverpflichtung die Beteiligten sich vor Ort austauschen und das machen können, was

wir seit Jahren erfolgreich machen, nämlich konkret Probleme zu bewältigen. - Ich darf es damit bewenden lassen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich danke Herrn Schlüter. - Ich bitte nun Herrn Mudra vom Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V., seine Stellungnahme abzugeben. Wir haben keine schriftliche Stellungnahme vorliegen. Vielleicht können Sie diese nachreichen,.

Wolfgang Mudra (Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V.): Herr Vorsitzender, Herr Kollege Schlüter hat schon darauf hingewiesen, daß die schriftliche Stellungnahme, aus der er auch zitiert hat, von der AOK erstellt, aber mit allen anderen Kassenarten abgestimmt und in unser aller Namen abgegeben worden ist.

Ich fühle mich deswegen gehalten, eingangs noch einmal in aller Deutlichkeit auf den Schluß dieser gemeinsamen Stellungnahme hinzuweisen. Auf die erheblichen rechtlichen Bedenken hat Herr Schlüter aufmerksam gemacht.

Wir sagen zum zweiten zu der Vorlage: Die gesetzliche Krankenversicherung hat ja gerade jetzt einschneidende gesetzliche Veränderungen hinnehmen müssen, die einerseits die Versicherten stark belasten, andererseits aber auch die Versicherungsträger vor erhebliche Herausforderungen stellen. Dabei kommt für alle Kassen aller Kassenarten stabilen Beiträgen existentielle Bedeutung zu. Das Land Nordrhein-Westfalen sollte daher den gesetzlichen Krankenkassen nicht zusätzliche Belastungen zur Abfederung der finanziellen Situation in den Kommunen zumuten. Steigende Beitragssätze der nordrhein-westfälischen Krankenkassen würden zu Lasten des Wirtschaftsstandorts Nordrhein-Westfalen gehen; das Thema der morgigen Landesgesundheitskonferenz in Bielefeld läßt grüßen.

Die Wahlfreiheit hat den gesetzlichen Krankenkassen eine Marktsituation beschert, in der sie Freiräume benötigen, und zwar auch hinsichtlich der Sicherstellung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten. Das ÖGDG grenzt diese Freiräume erheblich ein. Eine Reform des öffentlichen Gesundheitsdienstes sollte deshalb dort ansetzen, wo sie den gesetzlichen Krankenkassen in ihrer Aufgabenstellung Unterstützung bringt. Dafür müßten die vorgeschlagenen Regelungen aber grundsätzlich anders angelegt sein.

Wir plädieren dafür, den Artikel 3 aus dem Artikelgesetz herauszunehmen, und stellen uns ausdrücklich der Verantwortlichkeit, alsbald ein taugliches Reformgesetz mit zustande zu bringen.

Ich erinnere an die vehementen Einlassungen von Frau Robbers, von Herrn Mauss und Herrn Schumacher am heutigen Vormittag. Alle liefen darauf hinaus, daß die Leitsätze, die ja jetzt in Gesetzesform gegossen worden sind, wegen zusätzlicher Kostenbelastungen abgelehnt werden. Wenn das Mehr - wie es im Gesetz auch heißt - nicht vom Land und den Kommunen getragen werden soll, dann muß ein anderer Kostenträger her. Und für diesen Fall gibt es ja wohl nur einen: die Solidargemeinschaft der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nun entziehe ich mich keineswegs der Notwendigkeit - ich frage ja immer: cui bono, wem nützt das? -, auch auf dem Felde der Verhaltensprävention mitzuwirken. Aber daß gerade auf

diesem Feld aus Steuermitteln finanziert werden müßte, was zu finanzieren ist und was uns Herr Schneitler in einem großen Katalog eindrucksvoll vorgelegt hat, steht doch wohl außer Zweifel.

Wenn die Haltung der gesetzlichen Krankenversicherung so sein muß, wie ich sie eben dargelegt habe, dann frage ich mich: Wie können wir gleichwohl in einer Art gemeinsamen, konzertierten Aktion aus den Unzulänglichkeiten der Versorgung herauskommen?

Herr Kreutz sagte zusammenfassend: Der Sinn des Artikels 3 ist, via Gesundheitsamt, via öffentlicher Gesundheitsdienst eine Plattform für erforderliche Koordination, Kommunikation und Kooperation zu schaffen. - Das Land hat ja keine andere Möglichkeit. Natürlich binden Sie auf diese Weise in dem Artikel 3 den öffentlichen Gesundheitsdienst und uns nicht. Nur: Was heißt denn das in der Praxis? Wie können wir denn taugliche kommunale Gesundheitsberichterstattungen zustande bringen, wenn die anderen sich nicht gebunden fühlen? Denn nur im Gesamt kann kommunale Gesundheitsberichterstattung, zu der wir uns ausdrücklich bekennen, taugen, und für kommunale Gesundheitsberichterstattung braucht man in der Kommune einen Koordinator. Und ich sage hier auch ausdrücklich: Dieser Koordinator kann eigentlich niemand anders sein als der öffentliche Gesundheitsdienst.

Nur: Hier ist von anderen wiederholt gesagt worden: An dieser Stelle ist das nicht kostenneutral zu machen, an der Stelle ist die Kommune als Träger überfordert.

Zu fragen ist also: Kriegen wir eine Lösung hin, die kommunale Gesundheitsberichterstattung auf vernünftigem Niveau ermöglicht, aber die Bindungslosigkeit des Gesetzes, das freiwillige Mittun, das wir ja nun über sechs Jahre hin, zumindest in dem vorbereitenden Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz und auf den Landesgesundheitskonferenzen, demonstrieren, gewährleistet?

Traditionelle Aufgaben müßten also erweitert werden. Gesundheitsschutz und gesundheitspolizeilich ja, Koordination ja. Aber das, was hier befürchtet worden ist, nämlich auch Planung und Versorgung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst bewerten, beurteilen und dann auch durchführen zu lassen, das ist von keiner Gruppe, die heute hier zu Wort gekommen ist, einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung mitzutragen.

Wie kriegt man es gleichwohl hin, daß die runden Tische ohne jegliche Kompetenz --- Denn die Kompetenzen der anderen Einrichtungen, der Pflegekonferenzen usw., ja auch der Krankenhausplanungsinstanzen sind ja nicht teilweise oder gar ganz an den runden Tischen abgegeben worden. Das können sie auch gar nicht, und das würde auch gar keinen Sinn machen. Denn wir haben ja nicht umsonst Krankenhausplanungsregionen eingerichtet, die ja gerade über die eng gefaßte Örtlichkeit hinausgehen, weil die Örtlichkeit keine sinnvolle Planungsregion für Gesundheitswesen sein kann.

Der erste Schritt, der notwendig wäre, ist die Installierung - und darauf sollten vielleicht die runden Tische auch hinauslaufen - einer örtlichen, einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung, die notwendige Fundierung auch für eine Landesberichterstattung wäre. Denn was wir an Gesundheitsberichterstattung des Landes haben, ist ja mehr eine Reportage als eine Berichterstattung im Sinne eines politisch handelnden Instituts. Das wäre die erste Möglichkeit.

Sie sollten in dem Artikelgesetz, wenn Sie es denn beschließen, Ansätze, die weitergehend sind, für Planung und Versorgung durch einen - in Gänsefüßchen - "Koordinator" öffentlicher Gesundheitsdienst unterlassen. Das mißbraucht die Rolle, die Funktionen und die Möglichkeiten, die der öffentliche Gesundheitsdienst überhaupt übernehmen kann. Denn wir können nicht von fünf oder vielleicht von sieben tauglichen Gesundheitsämtern ausgehen, wissend, daß der Rest der 54 alles andere als eine vernünftige Koordinationsinstanz ist. Das wollen Sie bitte bedenken.

Wir haben selber als gesetzliche Krankenversicherung alle Hände voll zu tun, in unserer Verantwortung mögliche ressourcenrelevante Flexibilisierungsmöglichkeiten und Wirtschaftlichkeitspotentiale umfassend zu nutzen. Wenn Sie diese nutzen wollen und wir sie erst einmal ermöglichen müssen, dann ist das ein doppelter Salto, den zu leisten die gesetzliche Krankenversicherung nicht im Stande ist.

Dr. Helmut Brand (Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst - lögd): Herzlichen Dank, daß auch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Rahmen der Anhörung ein Statement abgeben kann! Zu Beginn möchte ich Ihnen einen Sachverhalt, den wir heute schon öfter gehört haben und den wir noch sicher öfter hören werden, noch einmal ins Gedächtnis rufen: Die geänderten Lebenswirklichkeiten in unserer Gesellschaft haben zu dem Kostenschub für die Kommunen geführt, nicht das vorgelegte ÖGD-Gesetz oder die Gesundheitsämter selbst. Die geänderten Lebenswirklichkeiten sind, daß wir die Infektionskrankheiten nicht total besiegt haben, über die Migration und neue Wege kommen diese Krankheiten zurück, die chronischen Krankheiten nehmen zu, die demographische Zeitbombe tickt, wir haben Probleme mit der Krankenhaushygiene, und die Zahl der Sozialhilfeempfänger hat - mit den ganzen Problemen, die sich daraus ergeben - zugenommen.

Das vorgelegte ÖGD-Gesetz dagegen ermöglicht den Kommunen, mit diesen Problemen effizienter umzugehen. Damit können die gesundheitspolitischen Probleme zeitnah angegangen werden, bevor sie später zu wesentlich höheren Folgekosten führen. Für die Umsetzung der Aufgaben, die die Kommunen zu erfüllen haben, ist es sinnvoll, eine Beratungs- und Unterstützungsinstitution für die Gesundheitsämter zu haben. Diese Aufgabe soll nach § 27 das Landesinstitut bekommen.

Kurz zur Klarstellung: Es handelt sich beim lögd nicht um eine Neugründung im Rahmen dieses ÖGD-Gesetzes, sondern vor drei Jahren wurden vier bis dahin unabhängige Institutionen des ÖGD zusammengefaßt und entsprechend verschlankt. Es waren dies die beiden Hygienisch-Bakteriologischen Untersuchungsämter in Münster und Düsseldorf, die wichtige Hygieneuntersuchungen und das gesamte Neugeborenen-Vorsorgescreening in Nordrhein-Westfalen durchführen, das Institut für Sozialmedizin und Dokumentation in Bielefeld - den anwesenden Vertretern des öffentlichen Gesundheitswesens sicherlich bekannt durch unsere Dokumentation schulärztlicher Untersuchungen, der sozialmedizinischen Datenbank SOMID und dem Noxen-Informationssystem - und die Arzneimitteluntersuchungsstelle des Landes Nordrhein-Westfalen in Münster; Sie alle erinnern sich an den Schlankheitsmittelskandal, der vor einiger Zeit war, dort wurde die entsprechende Analytik durchgeführt.

Hauptaufgabe dieses Instituts ist die wissenschaftlich fundierte Beratung und Unterstützung der Landesregierung und der Gesundheitsämter. Wenn wir unsere "Kunden", also die Gesundheitsämter, fragen würden, wie sie unsere bisherige Arbeit beurteilen, dann glaube ich kaum, daß unsere Ratschläge als Schläge beurteilt wurden. Auch daß in anderen Bundesländern ähnliche Institutionen mit ähnlichem Zuschnitt und ähnlichen Aufgaben gegründet wurden, bestärkt mich darin, daß es sich hier um eine sehr sinnvolle Einrichtung handelt, die die Kommunen unterstützen kann und wird.

Am Beispiel der kommunalen Gesundheitsberichterstattung möchte ich diese Unterstützungsfunktion, die wir den Kommunen liefern können, darstellen. Als ich selbst in der Kommune arbeitete, kam ich mir oft vor wie ein Holzfäller, der mit einer stumpfen Axt einen Baum fällen mußte. Man hat gearbeitet und geschwitzt, und der Passant fragte einen, ob man denn nicht einmal eine Pause machen wollte, um die Axt zu schärfen. Da konnte die Antwort nur sein: Tut mir leid, ich muß den Baum fällen.

Um dieses Schärfen der Axt geht es. Das versuchen wir zum Beispiel mit der kommunalen Gesundheitsberichterstattung zu erreichen. Einige Kommunen haben bereits erkannt, daß kommunale Gesundheitsberichterstattung kein Selbstzweck ist, sondern ein Management-Werkzeug, und die Rolle des lögd ist die Entwicklung von Handwerkszeugen, Konzepte für die Gesundheitsämter, Daten bereitstellen, Erstellung von Indikatoren, über Berichtsformen sich zu unterhalten und die Kommunen bei der Evaluation zu unterstützen. Durch diese Unterstützung können sich die Gesundheitsämter dann auf ihre lokalen Besonderheiten konzentrieren und auf die Umsetzung von Problemlösungen. Das heißt: Hier werden wirklich Möglichkeiten geschaffen, daß sich die Kommunen den neuen Aufgaben stellen und effizient arbeiten können.

Für mich stellt sich deshalb folgende Zusammenfassung dar: Die Aufgaben des ÖGD werden durch das Gesetz an die existierenden Probleme der Kommunen angepaßt, und zweitens wird den Gesundheitsämtern Unterstützung angeboten, ihre Aufgaben möglichst effizient wahrzunehmen. Ich kann nur hoffen, daß wir es schaffen werden, dieses Gesetz umzusetzen, und daß es verabschiedet wird, weil im Endeffekt nur so die Möglichkeit besteht, sich den bisherigen Problemen und Aufgaben, die Ihnen heute in verschiedenster Weise dargestellt wurden, zu stellen und sie vor allen Dingen zu bewältigen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Danke schön. - Ich möchte an die weiteren Sachverständigen die Bitte richten, die Redezeit von 10 Minuten möglichst nicht auszunutzen, wenn es sich einrichten läßt und ihr Konzept es zuläßt. Wir sprengen total den Rahmen der heutigen Anhörung. Wir wollten eigentlich um 16 Uhr mit der zweiten Anhörung fertig sein.

Prof. Dr. J. Siegrist (Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich spreche hier als Vertreter der universitären Forschung, und zwar der bevölkerungsbezogenen Gesundheitswissenschaften. Dieses Wissenschaftsgebiet wird international mit dem Begriff "public health" bezeichnet. In wörtlicher Übersetzung heißt das: öffentliche Gesundheit. Allerdings ist das Themengebiet von "public

health" umfassender als das des öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie er in Deutschland eingerichtet ist. Dennoch gibt es Berührungspunkte.

Eine verstärkte Förderung des wichtigen Aufgabenfeldes öffentlicher Gesundheitsdienste durch ein modernes, zukunftsweisendes Gesetz ist auch in dieser weiteren Perspektive praxisbezogener Public-health-Aktivitäten grundsätzlich zu begrüßen. Public health heißt also das Studium der Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen und die Analyse der Frage, inwieweit das etablierte Gesundheitssystem die Gesundheit der Bevölkerung sichern und verbessern kann.

Ich will jetzt aufgrund der knappen Zeit vor allen Dingen auf § 24 des Gesetzentwurfs eingehen, die Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen. Ich tue dies in meiner Eigenschaft als einer der beiden verantwortlichen Leiter der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellvorhaben "Ortsnahe Koordinierung der medizinischen und sozialen Versorgung", die in Kooperation mit meinem Kollegen Professor Badura von der Universität Bielefeld durchgeführt wird. Aufgabe dieser Begleitforschung ist es, anhand einer unabhängigen empirisch-sozialwissenschaftlichen Evaluation der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse die Chancen und Grenzen dieses Modells zu prüfen.

Seit Ende 1995 sind 28 kommunale Modellregionen in dieses Vorhaben einbezogen, dessen Laufzeit bis Ende 1998 reicht. Zur Strukturevaluation läßt sich zusammenfassend sagen, daß in allen 28 Kommunen sogenannte runde Tische eingerichtet worden sind, an denen die wichtigsten Akteure der lokalen gesundheitspolitischen Versorgung mit bisher guter Regelmäßigkeit teilnehmen. Im Durchschnitt bestehen diese kommunalen Gesundheitskonferenzen aus 25 Personen, die sich zweimal im Jahr treffen. Die eigentliche Entwicklungsarbeit wird in themenspezifischen Arbeitsgruppen geleistet. Zur Zeit gibt es 65 Arbeitsgruppen in diesen Regionen. Ziel dieser Arbeit ist es, sogenannte Handlungsempfehlungen zu einer qualitativen Verbesserung und Effizienzsteigerung der Versorgung auf kommunaler Ebene sowie zu einer Erhöhung von Transparenz und Bürgernähe auf der Basis systematisch zusammengetragener Daten zu erarbeiten.

Bis September 1997 sind von fast allen Arbeitsgruppen entsprechende Empfehlungen erarbeitet worden. Ihr Themenspektrum reicht von vergleichsweise einfachen Maßnahmen - wie Erstellung von Gesundheitswegweisern - bis hin zu ausgereiften Konzepten zur besseren Vernetzung stationärer Versorgung und ambulanter Rehabilitation, etwa am Beispiel von Schlaganfallpatienten.

Bezüglich Prozessevaluation können wir sagen, daß von über 100 Maßnahmen etwa 90 % einvernehmlich von den runden Tischen verabschiedet worden sind, allerdings bisher vorwiegend solche, die nicht wesentlich in vorhandene Besitzstände medizinischer Versorgung eingreifen. In diesen Fällen stockt die Umsetzung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen insbesondere dort, wo eine Vernetzung lokaler mit überregionalen Planungs- und Versorgungsaktivitäten erforderlich wird.

Die zentrale Frage der Ergebnisevaluation nach einer Effizienzsteigerung kommunaler Versorgung und damit einer mittelfristigen Kostenersparnis infolge der Arbeit der Gesundheitskonferenzen kann beim derzeitigen Kenntnisstand der wissenschaftlichen Begleitfor-

schung nicht beantwortet werden. Hierzu muß der Abschluß des Modellvorhabens abgewartet werden.

Zusammenfassend kann ich dennoch sagen, daß die Entwicklung des Modellvorhabens bis heute zufriedenstellend verlaufen ist. Es hat sich eine konstruktive Atmosphäre des Arbeitens herausgebildet, es ist eine erfreuliche Bereitschaft zur Kooperation, zu wechselseitigem Lernen sichtbar geworden. Über 70 % der 500 von uns befragten Teilnehmer an runden Tischen geben an, kommunale Gesundheitskonferenzen seien ein sinnvolles Instrument zur Koordinierung der lokalen Versorgung. Als besonders positiv sind die Qualifizierungsimpulse für das mit den Aufgaben beauftragte Personal sowie die logistischen und methodischen Hilfestellungen zu betrachten, die im Zuge der Modellarbeit entwickelt worden sind. Sie lassen sich übrigens ohne großen Aufwand flächendeckend implementieren.

Allerdings ist beim gegenwärtigen Stand der Evaluationsforschung auch deutlich geworden, daß das Aufgabenspektrum der Gesundheitskonferenzen besser eingegrenzt werden sollte. Sie eignen sich beispielsweise nicht als Gremien, in denen sensible Planungs- und Allokationsentscheidungen getroffen werden.

Schwerpunkt der Arbeit sollte der auf einer verbesserten kommunalen Gesundheitsberichterstattung beruhende Diskurs über die Optimierung einer bedarfsgerechten, bürgernahen, kontinuierlichen und qualitativ gesicherten Versorgung sein. Ausgehend von diesem Diskurs sollten sodann von den Verantwortlichen gemeinsam getragene Innovationen verwirklicht werden.

Abschließend weise ich darauf hin, daß die Qualität der Arbeit kommunaler Gesundheitskonferenzen aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung deutlichen Schwankungen unterworfen ist. Es ist evident, daß die Motivation der Beteiligten vor Ort, das Klima der Kooperation und der lokalpolitische Rückhalt wichtige Bedingungen für den Erfolg darstellen.

Insofern rege ich an, die Bestimmung in § 24 Abs. 1 weniger restriktiv in dem Sinne zu fassen, daß kommunale Gesundheitskonferenzen zwar eingerichtet werden sollen, aber die Umstände der Einrichtung offenbleiben, zumindest solange der Modellversuch nicht abgeschlossen ist.

Zusammenfassend gelange ich somit zu der Empfehlung, den Artikel 3 des Gesetzes im Grundsatz zu befürworten, jedoch einzelne Bestimmungen, insbesondere zum Aufgabenfeld des ÖGD und zur Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen nochmals zu überarbeiten.

Reinhard Stadali (Krankenhausgesellschaft NRW): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Im Namen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen - das sind die rund 500 Krankenhäuser in unserem Lande - bedanke ich mich für die Einladung zu der heutigen Anhörung. Der Krankenhausbereich ist expressis verbis hier nur in einem begrenzten Teilbereich betroffen. Andererseits begrüßen auch wir, daß durch eine Straffung von Verwaltungsvorschriften die Leistungsfähigkeit von Städten, Kreisen und Gemeinden gefördert werden soll. - Ich darf zu unserer schriftlichen Stellungnahme einige ergänzende Anmerkungen machen.

Die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen hat immer wieder bei der Leistungserbringung im Gesundheitswesen auf die Abstimmung mit den für die Sicherstellung verantwortlichen behördlichen Einrichtungen, den Kostenträgern sowie den Leistungsbereichen untereinander hingewiesen. Wir unterstützen die Bemühungen, auf örtlicher Ebene die Verzahnung zwischen den Leistungsbereichen auszubauen. Das Gesetz, um das es hier geht, hat einen Vorläufer, der mehr als 60 Jahre alt ist, und wir sind uns sicher darin einig, daß in einem neuen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst dringend Neues geschaffen werden muß.

Gerade vor diesem Hintergrund irritiert allerdings ein wenig die Hast, mit der das Ganze jetzt durchgezogen werden soll, ohne daß im Vorfeld ein gründlicher Informationsaustausch mit Betroffenen und Beteiligten vorgeschaltet ist, wie es angesichts der Wichtigkeit dieses Komplexes angebracht wäre. Es ist die Frage, ob dieses Verfahren dem Wunsch und dem Vorhaben aller Beteiligten dienlich ist.

So stellt sich beispielsweise die Frage, inwieweit der öffentliche Gesundheitsdienst tatsächlich in der Lage sein kann - wie in § 3 des Entwurfs vorgesehen -, nicht nur für eine umfassende Information, sondern auch für eine Koordination der gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen und damit für eine verbindliche Arbeitserledigung - das ist ja Koordination, so wie sie dort formuliert ist - Sorge zu tragen. Das Gesundheitsamt ist nach meiner Kenntnis durch seinen kommunaladministrativen Auftrag gebunden. Gegebenenfalls soll es auch durch dieses Gesetz gebunden werden. Wie weit kann es aber andere, auf anderen Rechtsgrundlagen Verpflichtete nun wiederum binden? Diese Frage verstärkt sich noch durch die in § 6 Abs. 1 Ziff. 6 definierte Aufgabe der ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung durch das Gesundheitsamt, die dann in § 24 - Kommunale Gesundheitskonferenz - näher dargestellt wird.

Mit dem ÖGDG soll durch die kommunale Gesundheitskonferenz ein Abstimmungsgremium geschaffen werden, das im Grunde die Verantwortung des Landes für die Krankenhausplanung - darum geht es mir hier jetzt - in Frage stellt. Diese ist hier nämlich mit betroffen, obwohl sie expressis verbis im Gesetzestext gar nicht vorkommt. Die fast zweijährigen Erfahrungen aus dem Modellprojekt "Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung" - dort sind auch die Krankenhäuser mit gemeint - sprechen bisher nicht dafür, das Konzept der runden Tische auf breiter Front umzusetzen und - als Ziel des ÖGDG - damit rationellere Abstimmungsprozesse zu erzeugen.

Für den Krankenhausbereich hat dies damit zu tun, daß die Gesundheitskonferenz im Sinne der runden Tische des genannten Modellprojekts zwangsläufig unklare, weil völlig unterschiedlich gelagerte Kompetenzstrukturen aufweist und in ihrer heterogenen Zusammensetzung nicht geeignet ist, die flächendeckende Versorgung des Landes mit Krankenhausleistungen ortsnah und dabei gleichzeitig ortsübergreifend und effizient zu gestalten. Krankenhausleistungen werden vielfach weit über die Grenzen einer Kommune hinaus nachgefragt und bedürfen daher der überörtlichen Koordinierung. Das ist ja auch der Grund, warum Beratungen und Entscheidungen über Bedarfsfragen im Krankenhausbereich nach Bundes- und Landesrecht eindeutig dem Land und den hierzu eigens eingerichteten Gremien übertragen sind.

Der zuständige Minister Franz Müntefering hat bereits am 23. Januar 1995 eindeutig klargestellt, daß die Krankenhausplanung nicht mit dem Modellprojekt der ortsnahen Koordinierung verknüpft werden wird. Dies geschah aufgrund der Argumentation und der Erkenntnis, daß der Sicherstellungsauftrag des Landes für die Krankenhausplanung und -versorgung und die dazu auf Landesebene wahrzunehmende Verantwortung sonst unübersehbar vermischt würde mit zahlreichen sozialen, psychosozialen, medizinischen und pflegerischen Aspekten - ganz wichtigen Aspekten, aber ganz unterschiedlicher Aufgabenstellung, unterschiedlicher Trägerschaften, unterschiedlicher räumlicher Zuordnungen und betroffener Bevölkerungsgruppen.

Ich sagte bereits, daß in diesem Gesetz das Wort "Krankenhausplanung" nicht verankert ist. Gleichwohl soll offensichtlich die Verknüpfung mit der ortsnahen Koordinierung trotz des zitierten Ministerworts durch eine Art Hintertür hergestellt werden. Das ergibt sich einmal schon durch einen Hinweis zu § 15 des ja jetzt im Referentenentwurf vorliegenden Krankenhausgesetzes des Landes, das heute nicht zur Diskussion steht, wonach vorgesehene Planverträge nur zu genehmigen sind, wenn die örtlichen Überlegungen berücksichtigt sind. Ich werde nicht weiter auf dieses Gesetz eingehen.

Insbesondere aber ist diese Absicht bereits in einem Papier des Fachministeriums vom Sommer dieses Jahres konzipiert - das ist hier schon zitiert worden, und wir haben es auch unserer Stellungnahme beigefügt -, das ganz unverblümt die Überschrift trägt: "Integration der Arbeit der runden Tische in die Krankenhausplanung". Das Aktenzeichen ist V/V A 7; Sie können das finden. Danach soll - und das ist jetzt fast alles wörtlich - das Verfahren zur Krankenhausplanung ---

Vorsitzender Bodo Champignon: Herr Stadali, ich unterbreche Sie nur sehr ungern. Könnten Sie sich vielleicht auf die Dinge beschränken, die nicht in Ihrer schriftlichen Stellungnahme stehen? Alles andere haben wir nachlesen können.

Reinhard Stadali: Herr Vorsitzender, ich formuliere, wenn Sie gestatten, etwas anders. Ich bin auch gleich durch. Ich werde meine Zeit einhalten und werde wahrscheinlich eine der kürzesten Stellungnahmen abgegeben haben. Ich straffe sehr. Ich bin der erste, der hier in dieser Form gerügt worden ist. Ich werde versuchen, es zu verkraften.

Ich zitiere, daß der Prozeß am runden Tisch nicht durch parallele Prozesse an anderer Stelle gestört werden soll. Störende parallele Prozesse wären danach Aktivitäten auch des Landes, die nichts anderes sind als die Ausübung der gesetzlich vorgesehenen Verfahren. Das heißt also, daß sich Ministerium und Bezirksregierungen während der Diskussion am runden Tisch der Bereitschaft zu Einzelgesprächen und Entscheidungen enthalten sollen.

Meine Damen und Herren, ich will hier nicht weiter zitieren und kommentieren, sondern nur noch einmal betonen, daß eine regelhafte Einführung dieses Konferenzverfahrens zum Zwecke der Krankenhausplanung beabsichtigt ist, obwohl weder mit geltendem Landes- und Bundesrecht noch mit praktischen Erfordernissen einer effizienten Krankenhausplanung vereinbar.

Was ganz ungemein überrascht, ist, daß das erwähnte Modellvorhaben, das in Gang gesetzt worden ist, um nach der Erprobung eine Empfehlung aussprechen zu können, nicht mehr abgeschlossen werden soll, sondern daß dieses Projekt gleich in dem neuen Gesetz verankert werden soll. Das erinnert mich ein wenig an die vorherige Diskussion zum Modellprojekt der Leitlinien, wie sie von Frau Robbers erwähnt worden sind.

Ich denke, daß Konsense an runden Tischen insbesondere bei Kommunen erschwert oder nicht erreicht werden können, wo bei verschärftem Wettbewerb Kapazitätsreduzierungen - das heißt Bettenabbau - eine Rolle spielen. Wir bezweifeln, daß die Leistungsfähigkeit der Kommunen hier gestärkt werden kann, weil den Kommunen die rechtliche Zuständigkeit fehlt und sie damit mit dieser Aufgabenstellung überfordert sind. Rechtlich zwingende Kompetenzunterschiede und entsprechend unklare Abgrenzungen sowie die dadurch fehlenden homogenen Entscheidungsstrukturen können auch durch dieses Gesetz nicht beseitigt werden.

Ähnliches gilt für die Landesgesundheitskonferenz, die in § 26 installiert ist und wo bisher aufgrund der freiwilligen Mitarbeit und des Engagements der Beteiligten positive Aspekte erreicht werden konnten, allerdings immer wieder mit dem Hinweis auf den Mangel an Verbindlichkeit. Eine starre gesetzliche Fixierung würde die Absichten eher gefährden als fördern. Ich kann nur noch einmal darauf hinweisen, daß zumindest das Ergebnis dieser Untersuchung abgewartet werden muß - wie gewollt.

Lassen Sie mich abschließend feststellen: Durch dieses Gesetz wird nun doch - und sei es nur bezogen auf die kommunalen Gesundheitskonferenzen - ein weiterer ganz massiver Abstimmungsblock, ein weiterer massiver Organisations- und Bürokratisierungsschub mit ganz erheblichen Kostenfolgen in Gang gesetzt. Angesichts der immer knapper werdenden Ressourcen muß man das sehr ernst nehmen. Sie wissen ja, daß schon das bisherige Modellprojekt mit einem Förderaufwand allein aus Landesmitteln von etwa 3,5 Millionen DM und den dazu erforderlichen Komplementärmitteln der Kommunen ganz erhebliche Kräfte gebunden hat, die die Kommunen zwar in die Lage versetzt haben, dieses Modell bisher durchzuführen, was aber später entfällt. Wir meinen, daß sowohl die inhaltlichen als auch die finanziellen Fragezeichen hier ausgeräumt werden müssen, bevor Entscheidungen mit dieser langfristigen Wirkung fallen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich bitte noch einmal um Nachsicht und um Verständnis: Wir sind völlig aus dem Zeitplan geraten. Diejenigen, die zum zweiten Thema angehört werden sollen, warten hier schon fast eine Stunde. Ich bitte deshalb die Sachverständigen, die hier vortragen, ihr Konzept zu kürzen, soweit sie es können.

Klaus Bremen (Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich werde mich bemühen, mich an die Mahnung des Vorsitzenden zu halten und mit einer Redezeit von 10 Minuten zurechtzukommen.

Ich spreche für den Paritätischen Wohlfahrtsverband, und gleichzeitig bin ich autorisiert, auch die Auffassung der Landesarbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in Nordrhein-Westfalen zu dem Gesetzgebungsvorhaben vorzutragen.

Das Gesetzgebungsvorhaben berührt die freie Wohlfahrtspflege an unterschiedlichen Schnittstellen. Viele Dinge, die zum Beispiel die Krankenhäuser berühren, sind bereits durch Herrn Stadali vorgetragen worden. Angesichts der fortgeschrittenen Zeit erspare ich es mir auch, auf die Schnittstellen des Gesetzgebungsvorhabens mit den Diensten und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege, die im Gesundheitswesen tätig sind, einzugehen, weil sich für diese Dienste und Einrichtungen die Rechtslage gegenüber der zur Zeit geltenden Rechtslage nicht wesentlich ändert und man diese Änderungen vernachlässigen kann.

Ich möchte mich auf die Zusammenarbeit des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit den Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen und die sich darin auch manifestierende Bürgerorientierung eines modernen öffentlichen Gesundheitsdienstes konzentrieren.

Vorab möchte ich sagen, daß zumindest aus der Sicht der Selbsthilfe das Gesetzgebungsvorhaben begrüßt wird. Ich sage das auch vor dem Hintergrund der Auseinandersetzungen, die es um andere Artikel dieses Gesetzgebungsvorhabens gegeben hat, wo Bürgergruppen bestimmte Dinge in diesem Artikelgesetz abgelehnt haben.

Grundlage meiner Ausführungen ist die Stellungnahme des sogenannten Wittener Kreises, in dem unter dem Dach des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes alle wichtigen Selbsthilfeorganisationen im Gesundheitswesen unseres Landes zusammenarbeiten. Ich sehe mich beauftragt, die dort formulierten Positionen in Auszügen, soweit es in der Kürze der Zeit noch geht, vorzutragen.

In § 3 des Gesetzgebungsvorhabens ist vorgeschrieben, daß der öffentliche Gesundheitsdienst mit anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, insbesondere mit den Trägern medizinisch-sozialer Einrichtungen, den Kostenträgern und auch den Selbsthilfegruppen zusammenarbeitet. Hinsichtlich der Selbsthilfegruppen schreibt § 3 für den öffentlichen Gesundheitsdienst vor, daß er Maßnahmen anregt, auf Angebote hinwirkt und diese auch koordiniert.

In dieser Vorschrift werden die Selbsthilfegruppen im Gesundheitswesen gesehen wie die Träger medizinisch-sozialer Einrichtungen und die Kostenträger, eine Sichtweise, die die Selbsthilfegruppen zu Leistungserbringern im Gesundheitswesen macht. Es ist aber gerade der spezifische Charakter von Selbsthilfegruppen, daß sie eben keine Leistungserbringer in diesem Sinne sind. Sie sind vielmehr freiwillige Zusammenschlüsse betroffener Bürgerinnen und Bürger, die zur Bewältigung von chronischen Krankheiten Gruppen bilden und deren Arbeit nach den spezifischen gesundheitlichen, seelischen und persönlichen Bedürfnissen ihrer Mitglieder ausgestalten. Wo Selbsthilfegruppen Angebote an Dritte vorhalten, zum Beispiel in der Information und Beratung, tun sie das ebenfalls auf dieser freiwilligen Basis und aus ihrem Engagement für andere betroffene chronisch kranke Menschen und deren Angehörige oder für Bürgerinnen und Bürger, die von diesen Erkrankungen bedroht sind.

Die Möglichkeiten, sozusagen von außen und dazu noch als öffentliche Verwaltung Maßnahmen anzuregen und auf Angebote hinzuwirken, sind daher in Richtung Selbsthilfegruppen äußerst begrenzt, es sei denn, der Charakter der Freiwilligkeit solcher Aktivitäten solle mißachtet werden. Dementsprechend ist auch die im § 3 dem öffentlichen Gesundheitsdienst übertragene Aufgabe einer Koordination der Maßnahmen und Angebote der Selbsthilfegruppen in dieser Form weder angemessen noch sinnvoll.

Gegenüber anderen, verhandlungsmächtigen Leistungserbringern im Gesundheitswesen sind die dort tätigen Selbsthilfegruppen und ihre Landesorganisationen besonders schutzwürdig. Mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst bzw. dem örtlichen Gesundheitsamt tritt den Selbsthilfegruppen vor Ort ein nach den rechtlichen Grundlagen zu Neutralität verpflichtetes Amt gegenüber. Angesichts der hohen Wertschätzung der Arbeit der Selbsthilfe im Gesundheitswesen bleibt dieser Bereich allerdings - in Anführungszeichen - "politikanfällig", und Wege einer geeigneten Förderung der Selbsthilfe sind auch Gegenstand parteipolitischer Auseinandersetzungen vor Ort. Damit ist zwar rechtlich nachvollziehbar, daß die Begründung zu § 7 Abs. 3 vom Gesundheitsamt als neutralem Sachwalter der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung spricht und ihm aufgrund dessen auch die Möglichkeit zur Selbsthilfeförderung einräumen will. Aufgrund der Politikanfälligkeit der Diskussion um den richtigen Weg der Selbsthilfeförderung ist es aber lebensfremd, die Schutzwürdigkeit der Selbsthilfegruppen vor Ort ausschließlich in das jeweilige Ermessen der Gesundheitsämter zu stellen.

Daher schlägt der Wittener Kreis in Anlehnung an das Bundessozialhilfegesetz eine Ergänzung der Rechtsbestimmung des § 7 vor. Danach soll in § 7 ein neuer Absatz 4 eingefügt werden, der etwa so lauten könnte:

"(4) Das Gesundheitsamt soll bei der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben achten und mit den Vereinigungen und Zusammenschlüssen der Selbsthilfegruppen in der freien Wohlfahrtspflege zusammenarbeiten."

Von verschiedenen Vorrednern sind die Fragen der kommunalen Gesundheitskonferenzen und auch der Landesgesundheitskonferenz sehr kritisch gesehen worden. Aus der Sicht der Selbsthilfe besteht aber mit diesen Abstimmungsgremien auch die Möglichkeit, Interessen von Gruppen in das Gesundheitssystem hineinzubringen, die sonst in der Selbstverwaltung sozusagen automatisch keinen Platz haben.

Norbert Wolter (Oberbergischer Kreis): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Kürze ist nur möglich bei Abweichung von meinem Konzept, das ich noch schriftlich nachreichen werde.

Ich stehe in einer etwas zwittrigen Situation. Auf der einen Seite gehöre ich zu denjenigen, die auszuführen haben, was die Kommunalpolitik möchte, und beeinflusse sie natürlich auch ein bißchen. Auf der anderen Seite bin ich Dezernent und für das öffentliche Gesundheitswesen in unserem Kreis verantwortlich und muß das auch nach außen hin verteidigen. Darüber hinaus gehöre ich natürlich keinem der Verbände an, die heute gesprochen haben, und bin freier zu reden und auch das zu sagen, was mir vorschwebt. Das tue ich auch.

Ich finde es gut, daß wir einen Gesetzentwurf vorliegen haben, der heute versucht - wie schon die ganze Zeit, wie schon viele Jahre -, der kruden Verwaltung im Gesundheitswesen eine neue "corporate identity" zu geben.

Zweitens finde ich gut, daß dieser Entwurf enthält - erstmalig klar und deutlich formuliert - einen Aspekt der Ersatzvornahme dort, wo tatsächliche Hilfeleistungen fehlen, gesundheitliche Hilfeleistungen, die die Öffentlichkeit erwarten kann, natürlich ohne zu regeln, wie der

Kostenabgleich ist. Auch das ist mir klar, ich bin ja nicht naiv, und ich habe das besonders zu berücksichtigen.

Weiter finde ich gut, daß hier Aufgaben enthalten sind wie beispielsweise die Einrichtung einer Konferenz, in der auch Aspekte enthalten sind - da möchte ich bei meinem Vorredner ansetzen - und hineinkommen können, die normalerweise in der internen Debatte, in der politischen Verwaltungsdebatte nicht befindlich sind, Aspekte nämlich von Bevölkerungswillen, Bürgerorientierung, keine Begriffe, die von mir geschaffen worden sind, und keine Begriffe, über die heute noch großer Dissens besteht.

Natürlich bin ich mir darüber im klaren, daß die Auswirkungen Bedenken erzeugen müssen. Die Auswirkungen der Umsetzung dieses Gesetzes erzeugen natürlich automatisch Bedenken hinsichtlich der Kosten. Aber ist es nicht eigentlich eher umgekehrt, als heute mehrheitlich diskutiert: daß dann, wenn wir keine rechtliche, normierte Festlegung über das haben, was wir aufgrund der Notwendigkeiten unserer Zeit im öffentlichen Gesundheitswesen zu erledigen haben - ich schließe mich da ganz den Ausführungen von Professor Schneitler an -, unter den Bedingungen der schärfer werdenden finanziellen Situation gerade diejenigen Bereiche zusammenbrechen, die nicht normiert sind, eine Normierung als Rahmenbedingung also geradezu Voraussetzung ist, daß wir im öffentlichen Gesundheitswesen handeln können? Dies ist eine Frage, aber auch eine Antwort.

Ich bin der Meinung, wir brauchen geradezu eine Normierung, die uns heute in die Lage versetzt, uns im kommunalen Verteilungskampf sinnvoll zu wehren. Ich weiß, wovon ich rede, weil wir im Bereich unseres Gesundheitsamtes viele freiwillige Leistungen enthalten haben, um deren tatsächliche Finanzierung wir kämpfen mußten und die wir zu 70 % natürlich aus unserem sogenannten freiwilligen Leistungstopf der Kommune bezahlen. Nunmehr haben wir aber vielleicht die Chance, auch mit den Partnern, mit denen wir schon in der Vergangenheit natürlich freiwillig und mit Gewinn kooperierten, den Kassen und den Kammern, um mögliche andere Finanzierungsformen Tacheles reden zu können. "Tacheles reden" bedeutet noch lange nicht zu wissen, wie, wo und was, und bedeutet auch noch lange nicht, - und das ist der Blick auf die Konferenzen -, daß wir sagen könnten: Das, was gefordert wird, was notwendig ist und was gewünscht wird, wird auch befriedigt und können wir bezahlen.

Wenn ich gesagt habe, es handele sich aus meiner Sicht um eine Rahmennormierung, dann bedeutet das, daß Spielräume zur Ausgestaltung bestehen. Ich weiß, wovon ich rede. Denn beispielsweise im Zusammenhang mit der Koordination befriedigen wir heute schon etwa die Hälfte der hier vorgegebenen Aufgaben. Im Bereich der kommunalen Gesundheitsberichterstattung sind wir natürlich nicht up to date - das können Sie sich denken -, in der Gesundheitsförderung aber mindestens zur Hälfte dessen, was wir uns maximal vorstellen könnten, in der Umweltmedizin ebenfalls. Wir haben eine umfassende psychiatrische und Suchtkrankenversorgung über einen psychiatrischen Dienst und eine Suchtberatung eingerichtet, die sehr gut funktionieren, und wir haben auch eine medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen, wenn diese auch dringend erweitert werden müßte, Aidsberatung ebenfalls.

Das heißt: Wir nutzen die Spielräume, die existieren. Wir beziehen uns künftig auf etwas, was als gesetzlich gewollt formuliert ist, und haben deshalb einen stärkeren Rücken für das, was

wir tatsächlich wollen. "Wollen" muß man natürlich ausformulieren, und das ist bislang teilweise noch nicht getan worden.

Auf der einen Seite freiwillige Leistungen zurückfahren - wie beispielsweise Regeluntersuchungen -, um andere Leistungen zu finanzieren - wie beispielsweise die Manpower für die Berichterstattung oder auch Personal für die Organisation der Koordination und der Gesundheitskonferenz -, ist natürlich etwas unglücklich. Wir sollten diese interne Umverteilungsdebatte den Kommunen überlassen. Wir sollten dies im Sinne der Erledigung der Selbstverwaltungsaufgabe eine Angelegenheit der Kommune sein lassen und sollten das auch entsprechend im Gesetz formulieren, zum Beispiel in § 2 Abs. 4.

Noch ein Aspekt! Die Bürgerorientierung, von der ich gesprochen habe, findet sich natürlich in vielen Bereichen heute schon. Wenn wir allerdings Koordination ernst nehmen, dann müssen wir eine Art Agenda-Prozeß in Bewegung setzen, was die Diskussion über die Aufgaben und die Grenzen des öffentlichen Gesundheitswesens anbelangt. Über diesen Aspekt wurde noch gar nicht richtig nachgedacht. Trotzdem wird er mitschwingen, insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion über Agenda, die wir ja nunmehr seit einigen Wochen und Monaten, ja Jahren erleben und wahrscheinlich noch verstärkt erleben werden.

Dr. Jan Leidel (Gesundheitsamt der Stadt Köln): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! Ich werde versuchen, mich sehr kurz zu fassen, denke aber, es ist für Sie vielleicht nicht von geringem Interesse, noch das eine oder andere aus der Praxis zu hören.

Die enorme heutige Finanznot von Staat und Kommunen erinnert mich mitunter an die wirtschaftliche Lage in der Endphase der Weimarer Republik. Auch damals erschien die gesamte Sozialpolitik mitsamt den Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes als zu kostspielig, und ähnlich wie heute haben sowohl das Reich als auch die Einzelstaaten versucht, durch Aufgabenübertragungen auf die Kommunen ihre eigenen Haushalte zu sanieren.

In dieser Situation haben sich damals aber die Kommunen ganz explizit ihren selbstakzeptierten Verpflichtungen für die kommunale Gesundheitssicherung gestellt und sogar das stolze Wort geprägt, daß die Führung in der Gesundheitsfürsorge bei den Kommunen liege und liegen müsse.

Dies ist heute anders. In der Zielhierarchie und Prioritätensetzung vieler Kommunen rangiert die Sicherung der öffentlichen Gesundheit, rangieren Patientenschutz und gesundheitlicher Verbraucherschutz eher auf einem der hinteren Plätze. Kreise und kreisfreie Städte sehen sich angesichts ihrer Finanznot und angesichts einer Fülle von für wesentlicher gehaltenen Aufgaben außerstande, zeitgemäße Formen kommunaler Gesundheitshilfen sowie Gesundheitsschutz und Medizinalaufsicht in angemessener Weise zu finanzieren.

Erste Auswirkungen dieser heutigen Geringschätzung des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden für den aufmerksamen Beobachter ja auch in der Zunahme übertragbarer Krankheiten, im von den "Kräften des Marktes" nur unzureichend regulierbaren Wildwuchs gesundheitlicher und sozialpflegerischer Angebote von mitunter zweifelhafter Qualität und in der zunehmenden Schärfe sozialer wie gesundheitlicher Notlagen durchaus erkennbar.

Es gibt Sparmaßnahmen, die derart hohe Kosten verursachen, daß wir sie uns eigentlich nicht leisten können. Zur Zeit werden alle fachlich-inhaltlichen Diskussionen über eine Modernisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes durch das Argument der Kostenneutralität zum verstummen gebracht. Im Volksmund nennt man ein derartiges Argument wohl ein Totschlagargument.

Nun ist aber die sicher vorhandene Finanzknappheit nur die eine Seite der Medaille. Die Prioritätensetzung, die lokale Zielhierarchie wäre die andere Seite. Wenn man bei der Finanzierung der Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes über Kostenneutralität spricht, dann muß man sich darüber im klaren sein, daß die Gesundheitsämter und damit natürlich auch die sie tragenden Gebietskörperschaften aus Kostengründen auch heute schon unter der Bezeichnung "Vollzugsdefizit" nur allzuoft gegen die gültigen Rechtsgrundlagen verstoßen. Ich will hier nicht Kleine Anfragen provozieren, denke aber, daß ein Großteil der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes manchenorts nicht befriedigend erfüllt wird.

Wer in dieser schwierigen Situation den Versuch unternimmt, den Vorschlag eines neuen Gesundheitsdienstgesetzes in die parlamentarische Diskussion einzubringen und so der Peinlichkeit einer von 1934 datierenden Rechtsgrundlage mit ihrer verstaubten Diktion und ihren überholten Bestimmungen ein Ende zu setzen, hat Anerkennung verdient. Im Grunde sind die Zeiten zu schlecht für gute Gesetze.

Es darf daher auch nicht wundern, wenn der nunmehr zur Diskussion stehende Entwurf viele Merkmale eines Kompromisses aufweist, eines Kompromisses, der mir jedoch alles in allem durchaus gelungen und tragfähig zu sein scheint.

Es ist einerseits bedauerlich - und da unterscheide ich mich in meiner Auffassung von den kommunalen Spitzenverbänden -, wie wenig verbindlich der Aufgabenkatalog für die Gesundheitsämter formuliert wurde. Allzuoft finden sich Formulierungen, die an das gelegentlich geradezu als "Hinwirkungsgesetz" verspottete Vereinheitlichungsgesetz von 1934 erinnern. Der vorgesehene Kreis der Aufgaben, die den Gesundheitsämtern als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung übertragen werden, ist meiner Auffassung nach eher zu klein. Und auch bei diesen Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung darf man auf die Ausgestaltung der entsprechenden Weisungen gespannt sein. Nach meinen bisherigen beruflichen Erfahrungen vermute ich, daß der obersten Landesgesundheitsbehörde das Einvernehmen mit den Kommunen allemal wichtiger sein wird als die Durchsetzung fachlich für notwendig gehaltener Standards.

Die übrigen Aufgaben sind zwar Pflichtaufgaben der Sache nach, der Umfang, in dem sie erfüllt werden, bleibt jedoch den örtlichen Gegebenheiten und Prioritätensetzungen überlassen. Angesichts der bestehenden Finanznot und der doch eher vorhandenen Geringschätzung öffentlicher Gesundheitsleistungen durch viele Kommunen kann man sich unschwer ausmalen, was dies konkret bedeutet.

Aber: Bei aller Kritik an der geringen Verbindlichkeit der Aufgabenzuweisung ist mir durchaus bewußt, daß jede eindeutiger Formulierung ein Scheitern des Gesetzentwurfs noch mehr als ohnehin schon in Kauf genommen hätte.

Wenn der Gesetzentwurf die Kreise und kreisfreien Städte als Träger der Gesundheitsämter meines Erachtens also zu wenig in die Pflicht nimmt, einen modernen, leistungsstarken und

an den gesundheitlichen Erfordernissen der Bevölkerung orientierten öffentlichen Gesundheitsdienst sicherzustellen, so hält er andererseits die Möglichkeit hierzu gleichwohl offen. Es wird nunmehr Sache der Kommunen sein, den vorgegebenen Rahmen auszufüllen und festzulegen, welche Anforderungen sie denn selbst an einen modernen ÖGD stellen, der sein Handeln auf rationale Analysen stützt, auf Kooperation mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens setzt und sich sozialkompensatorisch der gesundheitlichen Bedürfnisse gerade auch der besonders hilfsbedürftigen Bevölkerungsgruppen annimmt.

Besonders bemerkenswert scheint mir in diesem Zusammenhang die Anregung, neue Formen der Aufgabenwahrnehmung sowie neue Organisationsformen modellhaft zu erproben - § 2 Abs. 4 -, die Verpflichtung zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung unter anderem auch als Grundlage für die Planung einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung, aber auch als Richtschnur dafür, wo noch Einsparpotentiale bestehen bzw. wo Akzente gesetzt werden müssen, und zur Evaluation solcher Prioritätensetzungen.

Wichtig scheint mir die Möglichkeit zur subsidiären Leistungserbringung einschließlich der subsidiären Behandlung. Wenn ich verfolge, wie das von mancher Seite als Gefährdung und als Angriff des Sicherstellungsauftrages - ich möchte sagen - mißverstanden wird, dann erfüllt mich das mit Verblüffung. Ich denke, daß gerade im Gegenteil unser bewährtes System der gesundheitlichen Versorgung mit dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen der Abfederung durch ein derartiges subsidiäres Vorgehen an den ausfransenden Rändern bedarf. Wir haben doch im Moment in der Tat zu häufig die Situation, daß der Sicherstellungsauftrag von Menschen nicht genutzt werden kann, die aufgrund ihrer Krankheit, ihrer Behinderung, ihrer sozialen Situation ihre sozialversicherungsrechtlichen Ansprüche gar nicht allein durchzusetzen vermögen. Bekannt ist das für den Kreis der psychisch Kranken im engeren Sinn. Aber bei den Obdachlosen, den Junkies, den Personengruppen, die heute schon angesprochen worden sind, ist es ähnlich, und wir versorgen im Moment in Köln etwa 1 000 Obdachlose, von denen gut ein Drittel in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert ist, aus kommunalen Mitteln bzw. aus Almosen der Leser einer großen Kölner Tageszeitung. Dies kann doch nicht der Sinn sein. Ich möchte natürlich Lösungen anstreben, die sektorübergreifend diese Gemeinschaftsaufgabe auch gemeinschaftlich lösen.

Dies alles sind Merkmale, die der gegenwärtigen Rechtsgrundlage fehlen. Sie sind aber für eine zeitgemäße Ausgestaltung und Aufgabenerfüllung des ÖGD zwingend. Insoweit bietet der Gesetzentwurf eine Chance, und ich bitte, daß sie nicht leichtfertig verspielt wird. Der Entwurf enthält meines Erachtens alle für einen neuzeitlichen und bürgernahen Öffentlichen Gesundheitsdienst notwendigen Elemente. Aus diesem Grunde hoffe ich trotz meiner Kritik an der zu geringen Verbindlichkeit, daß dieser alles in allem gute Kompromiß eine parlamentarische Mehrheit finden wird.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff (Gesundheitsamt Heinsberg): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr verehrten Damen und Herren! Ich darf mich ganz herzlich für die Einladung in dieses Hohe Haus bedanken. Sie wissen, daß ich aus dem westlichsten Kreis der Bundesrepublik Deutschland komme, dem Kreis Heinsberg. Wir teilen eine sehr lange Grenze von 42 Kilometern mit den Niederlanden, und wir haben auch sehr enge Kontakte mit niederländischen, belgischen und im Rahmen der Euregio Aachen auch mit vielen anderen über-

regionalen Einrichtungen, die mich veranlassen, ganz deutlich auf den notwendigen Änderungsbedarf der Gesetzesgrundlage hinzuweisen. Es ist einfach nicht mehr zeitgemäß, daß wir, wenn wir nach Belgien oder auch nach Holland fahren, unsere Rechtsgrundlage mit 1934 angeben. Das kann einfach nicht wahr sein. Wir werden fast ausgelacht. Von daher formuliere ich Ihnen einige Thesen und denke, daß wir uns auch darauf verständigen sollten.

These 1 heißt: Das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst muß jetzt kommen und darf nicht wieder auf unbestimmte Zeit hinausgeschoben werden. Auch wenn das jetzt relativ schnell gehen muß, denke ich, daß das machbar ist. Aus Gründen der Gesetzeshygiene - und das ist ein ganz wesentlicher Punkt, wo wir auch in der Europäischen Gemeinschaft in der Verpflichtung stehen - muß im Rahmen der Zusammenarbeit in der öffentlichen Gesundheit das Land Nordrhein-Westfalen - es ist das größte Bundesland, das genauso viele Einwohner wie die Niederlande hat; wir müssen uns immer klarmachen, was das für eine Dimension darstellt ---. Ein von vielen Paragraphen entfrachtetes und modern formuliertes Gesetz ist daher zwingend notwendig. Die Begründung haben Sie im einzelnen gehört; ich lasse sie jetzt weg, damit ich mit der Zeit hinkomme.

These 2: Die Formulierungen im Gesetzentwurf erfüllen aus meiner Sicht die Anforderungen an ein modernes, auch nach funktionalen Gesichtspunkten gegliedertes Gesundheitsamt weitestgehend. Gegenüber den Vorschlägen in den Leitlinien - das ist nach meiner Meinung ein notwendiger Korrekturbedarf aufgrund der Stellungnahmen, die uns heute morgen so beschäftigt haben - ist aus fachlicher Sicht sicherlich hinzuzusetzen, daß schon einige wesentliche Unterschiede im Gegensatz zu den Leitlinien formuliert worden sind, aus fachlicher Sicht wahrscheinlich sogar bedauerlicherweise. Dazu zählen eine wesentliche Reduzierung von möglichen Schuluntersuchungen, eine wesentliche Reduzierung von personal- und auch kostenintensiven Regelbesichtigungen. Hier waren die Arztpraxen noch alle drin. Das ist ja nun weg. Der Gesundheitsplan ist weg. Auch das ist ja ein Gebilde gewesen, das keiner richtig wußte. Weitere kostensenkende Änderungen finden sich auch in den §§ 8, 9, 12, 17 und 24, wenn man die Formulierungen genau nachliest, wie das damals angedacht war.

These 3: Die Gesundheitsämter - das möchte ich ganz deutlich sagen - brechen nicht in bundesgesetzlich geregelte Versorgungsaufträge ein. Sie proben auch nicht - das müssen Sie mir einfach abnehmen - die Einführung der Staatsmedizin auf kaltem Wege. Das ist doch überhaupt nicht die Frage, die wir hier zu stellen haben. Ich sage Ihnen auch warum. Aufgabe staatlicher Gesundheitsfürsorge war in der Vergangenheit und muß auch in Zukunft sein, daß im Rahmen der Fürsorgepflicht für die Bürgerinnen und Bürger - und diese Fürsorgepflicht haben wir alle, die wir hier sitzen - für diejenigen einzutreten, die zunächst nicht im Regelversorgungssystem erfaßt werden und die sicherlich sehr offene Gestaltung unseres Gesundheitswesens aus persönlichen Gründen nicht in Anspruch nehmen können. Dies ist das tägliche Geschäft eines jeden Gesundheitsamtes.

Es bedeutet keinesfalls einen Einbruch in den Versorgungsauftrag anderer Leistungspflichteter, vielmehr gebietet es das Gebot der Solidarität, Drogenkranke, Migranten, Nichtseßhafte, sehr oft auch psychisch Kranke zunächst durch aufsuchende Tätigkeit dem Regelversorgungssystem zuzuführen, und darauf kommt es an. Dieses bedeutet jedoch auch, Erstbehandlungsmaßnahmen einleiten zu dürfen. Das ist im Moment ja letztendlich auch untersagt. Ausdrücklich ist im Gegensatz zu den Leitlinien, die ja 1993 die Grundlage für die

Diskussion waren, ganz anders formuliert - das muß man sehr sorgfältig lesen -: soweit und solange die medizinische Versorgung nicht rechtzeitig gewährleistet ist. Sie können mir abnehmen, daß ich aus Gründen der Qualitätssicherung jedem Gesundheitsamt auch raten würde, daß die Einrichtungen der Regelversorgung sodann auch in Anspruch zu nehmen sind.

Das Gesetz heißt auch: Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit. Das versteht man aber auch nicht nur in finanzieller Hinsicht, sondern auch in qualitativer Hinsicht. Dies beinhaltet jedoch, daß natürlich Kostenerstattungslösungen auch für ein solches Klientel angedacht werden müssen, das möglicherweise noch nicht dem Regelversorgungssystem zu überstellen war, und dann entsprechend den örtlichen Bedingungen auch zu vereinbaren sind. Das muß doch hervorkommen.

Darüber hinaus wird doch niemand hier bezweifeln, daß die in vielen Regionen Nordrhein-Westfalens, insbesondere im rheinischen Landesteil, unter Kostenbeteiligung der Krankenkassen funktionierenden Arbeitskreise für Zahngesundheit mit den gruppenzahnprophylaktischen Maßnahmen eine wesentliche Forderung auch des V. Sozialgesetzbuchs darstellen.

Ein weiterer Bereich ist das Behandlungsangebot für die Drogen-, Alkohol- und Medikamentenkranken im Sinne der Rahmenvereinbarung, wo durchaus auch Gesundheitsämter in Kooperation mit anderen Trägern - und nur diese Kooperation führt dauerhaft zum Erfolg - entsprechende Vereinbarungen mit den originär zuständigen Kostenträgern anstreben. Hier ist es auf einmal nicht unschön, vorhandene Infrastrukturen von Verwaltungen und entsprechenden gemeinnützigen Trägern zu nutzen, um Ziele ambulanter Rehabilitation ortsnah überhaupt verwirklichen zu können. Da muß es dann auf einmal passen.

Ich möchte Sie in diesem Zusammenhang sehr darum nachsuchen, den offensichtlich für viele naheliegenden Gedanken der Einführung von Staatsmedizin zu vergessen. Das Gesundheitsamt hat in einer Kommune koordinierende Aufgaben unter Kooperation mit allen im Gesundheitswesen Verantwortung Tragenden zu erfüllen. Dazu bedarf es auch eines Instrumentes, um diese Koordinationselemente auf eine breite Basis zu stellen. Unbestritten ist der Koordinationsbedarf gesundheitlicher Angebote auf kommunaler und auch auf regionaler Ebene. Für mich resultieren die Erfahrungen hieraus aus zehn Jahren Koordinationsarbeit im Gesundheitsamt auf den verschiedensten Ebenen. Sie zeigen aber auch, wie wichtig es ist, mit den Partnern im Gesundheitswesen in ständigem Austausch und Kontakt zu stehen, um die Angebote vor Ort für die Bürgerinnen und Bürger - um diese geht es nämlich - zum einen so transparent zu machen, daß die jeweiligen Ansprechpartner nicht nur vorhanden, sondern auch orts- und bürgernah zu erreichen sind. Dazu zählen neben der unbedingt wichtigen sozialpsychiatrischen Koordination - seinerzeit psychosoziale Arbeitsgemeinschaft - auch die Gremien, in denen Ideen und Gedanken aufgenommen und kanalisiert werden und dann den jeweils zuständigen Leistungsträgern in eigener Aufgabenerfüllung zugeleitet werden können. Dies erfolgt unter strenger Einhaltung der bundes- und landesgesetzlichen Regelungen.

Wesentlich ist jedoch aus der kommunalen Erfahrung heraus die Bündelung der zahlreichen, teilweise auch im Wildwuchs agierenden Gruppen in einer gemeinsamen Konstruktion, die der Gesetzentwurf Gesundheitskonferenz nennt. Ich nenne das übrigens bei uns auch so. Die Gesundheitsämter sind durchaus geeignet, das Dach für das Haus anzubieten, das im übrigen ja längst gebaut ist. Die kommunale Rolle ist eine Rolle unter anderen und versteht sich nicht als die dominante und alles beherrschende Figur. Aus der eigenen Erfahrung kann ich Ihnen

sagen, daß dies bei hohem Engagement der Beteiligten und unter Beachtung sicherlich vorhandener Empfindlichkeiten sehr gut funktionieren kann.

Ich kann für meinen Bereich in diesem Zusammenhang auf die Einführung eines Pflegeüberleitungsbogens, eines geriatrischen assessments, auf Leitlinien zur Qualitätssicherung in der stationären Pflege, auf praktizierte Kooperation mit Impfangeboten hinweisen. Da war ja immer auch die Frage der Kosten. Beispielsweise haben wir durch gemeinsame Aktionen mit der Kassenärztlichen Vereinigung und den niedergelassenen Ärzten im 4. Quartal 1996 für die niedergelassenen Kassenärzte 10 000 Impfungen - letztendlich durch unsere gemeinsame konzertierte Aktion in der Öffentlichkeit - bewirkt. Das sind Zahlen, die uns die KV geliefert hat. Es geht also schon mit der Lieferung von Zahlen. Man muß nur sehen, wie man an sie herankommt. Ich glaube kaum, daß das ohne einen Rahmen, der bei mir Gesundheitskonferenz heißt, möglich gewesen wäre. Natürlich erfordert es den hohen Einsatz und das Einbringen der vorhandenen Ressourcen, damit das System tragfähig wird. Auch hier möchte ich sehr deutlich betonen, daß damit nicht die Einführung eines staatlichen Dirigismus angedacht ist.

These 5: Gewachsene und dem Bürger bekannte Strukturen dürfen nicht willkürlich aufgegeben werden. Ich sage das deshalb, weil es in den Diskussionen manchmal um Steuerungsmodelle ging, auf die ich überhaupt nicht eingestellt bin. Wenn ich höre, daß man jetzt ganze Bezeichnungen wegstreichen müsse, dann hat das ja noch gar keinen Ersatz. Es wird niemandem einfallen, zu einem "Fachbereich öffentliche Gesundheitspflege" oder zu einem "Fachbereich Infektionskrankheiten" zu kommen. Die Leute gehen zum Gesundheitsamt und fragen auch nach dem Gesundheitsamt. Ich lade Sie deswegen ein, sich einfach einmal zwei oder drei Tage bei uns begleiten zu lassen, was denn wirklich die täglichen Nöte sind, die Begehren und die Ansprüche, die an der sogenannten Basis an uns gestellt werden.

Ich will, weil vor mir schon das Licht "Redezeit zu Ende" leuchtet, noch eine Seite weiterblättern.

These 8 - und damit die letzte These -: Der Aufbau einer gegliederten Gesundheitsberichterstattung ist Voraussetzung für ein gesundheitspolitisch umsichtiges, den berechtigten Interessen von Bürgerinnen und Bürgern gewidmetes Handeln in den Kommunen. Ich sage, daß die 3. Durchführungsverordnung zum Vereinheitlichungsgesetz das Gesundheitsamt ja auch schon bisher verpflichtet hat, die gesundheitlichen Verhältnisse in seinem Amtsbezirk zu beobachten. Dies ist auch der Inhalt der Gesundheitsberichterstattung. Neu ist, daß das Gesundheitsamt seine Beobachtungen und Erkenntnisse in Form eines Gesundheitsberichts zusammenstellt. Entsprechend der wissenschaftlichen Definition von Gesundheitsberichterstattung gehört dazu nicht nur die Sammlung von Daten und Fakten - eben kam das Wort "Report" -, sondern es gehört ganz wesentlich auch eine Auswertung und die Herleitung handlungsrelevanter Konsequenzen dazu. Damit werden die Gesundheitsämter und die kommunal und in den Institutionen Verantwortlichen - und das sind letztendlich alle - in die Lage versetzt, einer seit Jahren immer deutlicher vorgetragenen Kritik bzw. Anforderung der kommunalen Gesundheitspolitik zu entsprechen.

Hier ist sicherlich darauf hinzuweisen, daß eine fachlich einwandfreie Gesundheitsberichterstattung nur von entsprechend qualifiziertem Personal erstellt werden kann. Der Gesetzentwurf läßt offen, mit welchen personellen und sachlichen Ressourcen bzw. mit welcher

Qualität die Aufgabe zu erledigen ist. Es handelt sich jedoch um eine Anforderung der kommunalen Politik, und eine diesbezügliche Investition ist längst überfällig. Dies kann keinesfalls dem Gesetzentwurf angelastet werden. Ich sprach deswegen von qualitativer Verbesserung. Auch das ist letztendlich Leistungssteigerung.

In diesem Zusammenhang muß darauf hingewiesen werden, daß bereits jetzt bestehende Berichtspflichten - Weiterleitung von Trinkwasserdaten, Meldung von Infektionsdaten und alle diese ohnehin schon bestehenden Dinge - gebündelt werden müssen und dann im Sinne der Gesundheitsberichterstattung auch besser nutzbar gemacht werden müssen.

Ich darf Ihnen aufgrund meiner originalen Tätigkeit noch eine Anregung geben: daß Sie gerade bezüglich dieser Zusammenarbeit auf regionaler Ebene einen besonderen Hinweis - vielleicht in § 3 - ergänzend hinzufügen. Es wird nach meiner Erfahrung sehr wesentlich darauf ankommen, gerade auch in den Grenzregionen entsprechende Abstimmungsprozesse für die gesundheitliche Versorgung durchzuführen. In diesem Zusammenhang darf ich Sie auch einladen: Wir führen in Maastricht am 4. Dezember 1997 eine erste euregionale Gesundheitskonferenz durch, an der alle Partnergemeinschaften teilnehmen. Es wird sehr spannend zugehen, was dort auch zum Thema euregionaler Gesundheitsberichterstattung von uns und den anderen Partnern eingebracht wird.

Ich darf Sie zum Schluß ganz herzlich bitten, den vorliegenden Gesetzentwurf sicherlich kritisch zu prüfen und möglicherweise auch einige Anregungen aufzunehmen. Ich als Leiter eines Gesundheitsamtes - auch wenn es ein Landkreis ist - kann jedenfalls mit diesem Gesetzentwurf sehr gut leben, und ich habe auch keine Probleme, hiermit in die Öffentlichkeit - sprich: in den Rat oder in den Kreistag - zu gehen und zu sagen: Diese und jene Dinge müssen wir haben. Aber ich sage auch: Wenn es politisch gewollt ist, ist das auch machbar. Und ich sage Ihnen auch: Wenn entsprechende Umstrukturierungen in den Häusern und in den Ämtern stattfinden, ist auch dies sehr gut zu verwirklichen.

Wolfram Kuschke (SPD): Ich habe eine Frage an die Herren Schlüter und Mudra. In der uns vorliegenden schriftlichen Stellungnahme ist auf Seite 2 noch einmal auf die Schwerpunkte in der Begründung des Gesetzentwurfs hingewiesen worden. Als zweiter Punkt wird dort genannt: "Im Überschneidungsbereich mit anderen Sektoren des Gesundheitswesens Eröffnung von Spielräumen der Kommunen beim Ressourceneinsatz." Ich sehe das so, daß auch die Krankenkassen anerkennen, daß wir jetzt schon diese Überschneidungsbereiche haben und daß mit den vorhandenen Überschneidungsbereichen verbunden ist, daß es eine Finanzierung von unterschiedlichen Trägern im Gesundheitssystem gibt.

Frage: Bedeutet das denn nicht auch, daß wir, wenn wir diese Überschneidungsbereiche haben, es auch heute schon mit Vergeudung von finanziellen Ressourcen zu tun haben, daß daraus ableitbar ist, daß wir auch zu Sparmaßnahmen kommen und daß ein Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst von daher nicht automatisch bedeutet, daß das schlichtweg zu einer Verlagerung in den Bereich der GKV führt? Sehen Sie nicht auch Möglichkeiten, durch ein ÖGDG zu Einsparmaßnahmen im Bereich der GKV zu kommen, wenn es diese Überschneidungsbereiche gibt?

Die zweite Frage würde ich gern an Herrn Stadali richten. - In Klammern die Anmerkung: Die Anhörung zum Krankenhausgesetz machen wir zu einem späteren Zeitpunkt, wobei das Problem ja nicht die Integration der Arbeit der runden Tische in die Krankenhausplanung ist, sondern der schlimmste Fall für Sie wäre ja das Umgekehrte, nämlich wenn man die Krankenhausplanung in die Arbeit der runden Tische integrieren würde.

Auf Seite 4 Ihrer schriftlichen Stellungnahme haben Sie ausgeführt: "In vielen Kommunen konnte das Ziel, einvernehmliche Handlungsempfehlungen abzugeben, naturgemäß nicht erreicht werden." Jetzt frage ich Sie einmal: Wie kommen Sie zu der Formulierung, daß das naturgemäß nicht erreicht werden konnte, vor dem Hintergrund, daß uns eine Aufstellung vom 1. September dieses Jahres vorliegt, wonach in den 27 Kommunen und Kreisen, die an dem Modellversuch "Ortsnahe Koordinierung" beteiligt waren, es insgesamt fast 100 Handlungsempfehlungen gegeben hat? Jede Kommune, die an dem Modellvorhaben beteiligt war, hat eine Handlungsempfehlung abgegeben. Mir ist nicht klar, wie Sie vor diesem tatsächlichen Hintergrund zu einer solchen Bewertung des Modellversuchs "Ortsnahe Koordinierung" kommen. Dazu müßten Sie vielleicht noch etwas sagen.

Heinrich Schlüter: Zu der Frage nach Einsparmöglichkeiten im Überschneidungsbereich der zuständigen Institutionen ist zu sagen: Selbstverständlich gibt es im Überschneidungsbereich, wo Institutionen originär zuständig sind, Einsparmöglichkeiten. Deswegen arbeiten wir auf örtlicher Ebene auch zusammen. Wir versuchen die Probleme, die es dort gibt, zu erkennen und betrachten sie als gemeinsame Herausforderung. Nur, das Gesetzgebungsverfahren, die Instrumentalisierung, die Etablierung der eigentlich freiwilligen Abstimmungsgremien führen dazu, daß wir skeptisch beobachten müssen: Wird hier nicht - ich spreche die subsidiäre Versorgung oder den Gewährleistungsauftrag an - ein Parallelschauplatz eröffnet, um Kosten zu verlagern? Das ist die Frage, die uns eigentlich bewegt. Dort, wo wir originär zuständig sind, gehen wir selbstverständlich dieser Verantwortung nach und versuchen ihr gerecht zu werden. Aber den Überschneidungsbereich kann man natürlich auch schaffen, und angesichts der weiten Formulierungen im Gesetz, die ich aufzuzeigen versucht habe, und der fehlenden Erwähnung in Abgrenzung zur gesetzlichen Krankenversicherung haben wir halt die Befürchtung, daß hier ein Verschiebeparkplatz stattfindet.

Wolfram Kuschke (SPD): Nur noch eine kurze Nachfrage. - Zum Sicherstellungsauftrag ist schon einiges ausgeführt worden; das brauche ich nicht zu wiederholen. Herr Schlüter, Sie und andere vor Ihnen haben das erwähnt: Es wird immer wieder auf die vielen Fälle verwiesen, bei denen das wunderbar, harmonisch und ganz pragmatisch funktioniert. Wo liegt dann eigentlich das Problem, das in ein Gesetz zu überführen und damit - und das ist die Aufgabe des Landesgesetzgebers - auch mit dafür zu sorgen, daß wir in Nordrhein-Westfalen einheitliche Lebensverhältnisse haben?

Heinrich Schlüter: Die Schaffung einheitlicher Lebensverhältnisse ist natürlich ein abstraktes politisches Ziel, und wir versuchen die konkrete Arbeit vor Ort zu leisten. Wenn wir sagen, daß wir diese Arbeit vor Ort leisten können, dann beruht das darauf, daß wir die konkreten

Problemlagen kennen und darauf vertrauen können, wie der öffentliche Gesundheitsdienst in diesem Einzelfall mit dem Problem umgeht. Dieses Vertrauen kann man nicht in Gesetzesform generalisieren, sondern muß es sich auf freiwilliger Basis vor Ort erarbeiten. - Das ist die Position, die wir dazu haben.

Wolfgang Mudra: Das kann natürlich auch ganz anders gehen. Wir haben die Arbeitsgemeinschaften zur Gruppenprophylaxe; das ist schon angesprochen worden. Da haben wir eine Form gefunden, bei der wir die Prophylaxehelferinnen anstellen, die eigentlich die Jugendzahngesundheitsdienste anstellen müßten. Das funktioniert auf freiwilliger Basis. Ich lege Wert darauf, daß diese Freiwilligkeit nicht sozusagen im Anordnungsverfahren mißachtet wird. Das hätte negative Folgen. Dazu bietet das Gesetz möglicherweise die Plattform, die Herr Kreutz immer wieder herausstellt, aber an vielen Stellen nicht präzise genug - da stimme ich den Kritikern ausdrücklich zu - und an manchen Stellen in einer strikten Form, die zu leisten wir so nicht in der Lage sind.

Vorsitzender Bodo Champignon: Es verbleiben jetzt noch zwei Fragesteller. Die Gebärdendolmetscherin, die wir eingeladen haben, kann nur bis 16 Uhr hier bleiben. Deshalb bitte ich um kurze Fragestellungen, damit ich dann im zweiten Anhörungsblock gleich den Gehörlosenverband aufrufen und er sein Statement bis 16 Uhr abgeben kann. - Zunächst hat Herr Kreutz das Wort.

Daniel Kreutz (GRÜNE): Ich fand schon recht bemerkenswert, in welcher Weise sich die Stellungnahmen der kommunalen Fachleute von vor Ort von den Einlassungen der Spitzenverbände unterscheiden haben. Aber das betrifft das Binnenverhältnis, in das ich nicht eingreifen will.

Herr Mudra hat darauf hingewiesen, daß Kostenverschiebungen zu Lasten der GKV befürchtet werden, die die Beitragsstabilität gefährden können. Ich habe nicht verstanden, auf Grundlage welcher Mechanismen diese Befürchtung erwächst. Im Rahmen der GKV gibt es Pflichtleistungen. Wo diese genutzt werden, sind es Pflichtleistungen, und die müssen bezahlt werden. Auf der anderen Seite gibt es Ermessensleistungen. Ob es die gibt oder nicht gibt, unterliegt nach meiner Kenntnis der Entscheidung der zuständigen Kasse. Ich habe deshalb nicht verstanden, welcher gesetzliche Mechanismus Anlaß dafür ist, daß eine Inanspruchnahme von Kassenleistungen gegen den Willen des Kostenträgers stattfinden soll. Da bitte ich noch einmal um Erläuterung.

Dann habe ich eine Frage, bei der ich mir die ganze Zeit überlegt habe, an wen ich sie sinnreicherweise richten kann. Ich habe mir jetzt als Opfer Herrn Dr. Brand ausgeguckt. Herr Dr. Brand, ich möchte Sie fragen, ob Sie es für zwingend erforderlich halten, daß das Gesundheitsamt weiterhin ausschließlich unter ärztlicher Leitung steht, oder ob es auch nicht Gründe gibt, die die Leitung durch Personen als sinnvoll erscheinen lassen, die vielleicht in höherem Maße Managementkompetenzen haben als ärztliche. Vielleicht könnten Sie aus der

Sicht des Instituts mit einem Überblick über die Situation im Lande, das bei dieser Frage wenig mit unmittelbaren Interessen verwoben ist, dazu eine Meinung äußern.

Wolfgang Mudra: An vielen Stellen ist in diesem Gesetzentwurf von medizinischer und sozialer oder von gesundheitlicher und sozialer Versorgung die Rede. Sie wissen, daß wir nach dem Gesetz im Zusammenhang mit psychosozialer Versorgung, mit diesem ganzen sozialen Teil keine Basis haben, dies zu finanzieren. Bei den ganzen Methadon-Programmen, in die wir im Rahmen des Möglichen eingebunden sind, nämlich Methadon-gestützte Rehabilitation, sind wir mit den Rentenversicherungsträgern zusammen bis an die Grenzen des Möglichen gegangen. Hier macht es keinen Sinn, wenn man nur das Ärztlich-Medizinische im Blick hat, ohne das Soziale mit zu berücksichtigen. Diese Grenze ist uns also sehr wohl bewußt. Nur sind uns hier vom Gesetzgeber die Grenzen gesetzt, die Sie landesgesetzlich nicht aufbrechen können.

Aber man kann gewisse Situationen schaffen - und da sind wir gebrannte Kinder -, indem man sagt: Das ist ein Modellversuch, in dem wir die Möglichkeiten ausloten, und nach einem entsprechenden Abschluß befinden wir über die Übernahme in die Regelversorgung. - An vielen Stellen ist aber das Bemühen des Landes überdeutlich, schon vor Abschluß des Modellversuchs das Ganze sozusagen schleichend in die Regelversorgung zu überführen. Das wäre dann notwendigerweise mit einer Beitragserhöhung verbunden, wenn wir es denn machen würden, obwohl wir nicht ausdrücklich dazu verpflichtet sind.

Wir könnten auch heute nach der gesetzlichen Regelung auf dem Feld der Vorbeugung, der Gesundheitsförderung weiterhin tätig werden. Aber das wird für die Krankenversicherungen finanzielle Probleme bringen; denn es gilt die betreffende Versicherungsklientel davon zu überzeugen, daß das in ihrem Sinne wäre. Würde es angeboten, würde es notwendigerweise teurer. Da die Arbeitgeberseite heraus ist, müßte es einseitig zu Lasten der Versicherten finanziert werden und sich damit in Beitragserhöhungen auswirken.

In dieser Situation befinden wir uns. Das ist die gesundheitspolitische Großwetterlage, in die dieses Gesetz nicht paßt. - Das ist die Antwort auf Ihre Frage zu den Leistungsausweitungen und der Notwendigkeit der Übernahme durch die Kostenträger.

Dr. Helmut Brand: Egal, wie ich die Frage zur Leitungsfunktion eines Gesundheitsamtes jetzt beantworte, von einer Gruppe werde ich "geschlachtet". - Ihre genaue Fragestellung lautete: Ist es zwingend erforderlich, daß der Leiter eines Gesundheitsamtes Arzt mit entsprechender Qualifikation ist?

Um die Katze direkt aus dem Sack zu lassen: Es ist aus meiner persönlichen Sicht nicht zwingend erforderlich. Ich muß aber kurz begründen, wie ich zu diesem Ergebnis komme und welche Gefahren damit auch zusammenhängen. Es geht im Gesetz um Formulierungen wie: Der Leiter eines Gesundheitsamtes muß Arzt sein oder sollte Arzt sein.

Es wird lokale Unterschiede geben. Schauen wir uns einmal an, wie die Situation in einer Kommune ist. Es hängt zum großen Teil auch davon ab, wie das Verhältnis zwischen Amtsarzt und Gesundheitsdezernent ist. Ein guter Amtsarzt, der moderne Sachen umsetzen will,

kann sich an einem Gesundheitsdezernenten, der das nicht will, die Zähne ausbeißen. Das würde auch einem Gesundheitswissenschaftler oder ähnlich Ausgebildetem so gehen. Wenn man es auf der politischen Ebene betrachtet, so kommt es sehr darauf an, inwieweit wir Gesundheitsdezernenten dahin bekommen, in ihrer Kommune eine moderne Gesundheitspolitik zu machen. Das sind die Schlüsselpersonen. Der Leiter des Gesundheitsamtes setzt die Politik zum Teil um und erfüllt die Aufgaben, die das Gesetz vorschreibt. Hier kommt es darauf an, wie er das tut und wie seine persönliche Einstellung ist. Hier muß die Personenvahl vor der fachlichen Wahl stehen.

Es gibt durchaus Unterschiede zwischen größeren und kleineren Gesundheitsämtern. Bei Gesundheitsämtern größerer Städte oder von größeren Einheiten, in denen es eine Abteilungsstruktur gibt, in denen zum Beispiel der gutachtliche Dienst von entsprechend qualifizierten Abteilungsleitern mit ärztlicher Qualifikation geführt wird, kann man sich durchaus überlegen, die Leitung eines Gesundheitsamtes einer nichtärztlichen Person zu übertragen. Es muß allerdings sichergestellt werden, daß eine gewisse ärztliche Kompetenz in dem Gesundheitsamt vorhanden ist.

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

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

Es gibt Tausende weitere Gründe. Aber ich würde sagen: Es ist nicht zwingend, sollte aber gut überlegt werden. Für ein normales Gesundheitsamt sollte darüber nachgedacht werden, wie die Qualifikationsanforderungen aussehen, und dann sollte danach die richtige Person ausgewählt werden.

Hermann-Josef Arentz (CDU): Ich habe zunächst eine Frage an die Herren Schlüter und Mudra. In der gemeinsamen Stellungnahme - Briefkopf AOK -, die Sie uns zugeschickt haben, steht im Anschreiben, daß Sie die Stellungnahme sozusagen mit gleicher Post auch dem MAGS für ein Treffen am 1. Oktober 1997 zwischen dem MAGS und den Herren Abgeordneten Daniel Kreutz und Wolfram Kuschke zugesandt hätten, auf dem das Thema offensichtlich schon einmal vorbesprochen worden ist. Da das die gleiche Stellungnahme ist, würde mich interessieren, ob nach dem Gespräch die gravierenden rechtlichen und verfas-

sungsrechtlichen Bedenken, die Sie in diesem Papier geäußert haben, als ausgeräumt anzusehen sind oder ob sie in dem Umfang, wie sie hier dargestellt worden sind, von Ihnen aufrechterhalten werden.

Herr Mudra hat eben gesagt: Die Zeiten sind nicht so für ein solches Gesetz. - Von Herrn Prof. Siegrist haben wir gehört, daß von den vorhandenen kommunalen Gesundheitskonferenzen schon hundert Empfehlungen erarbeitet worden sind. Wie bewerten Sie aus der Sicht der Kassen dieses Auseinanderfallen von Gremien, die fachliche Empfehlungen geben, und der Tatsache, daß Kostenträger jemand ganz anderes ist? Welche Wirkungen sind von einem solchen Verfahren, wenn es denn gesetzlich institutionalisiert wird, Ihrer Einschätzung nach auf Dauer zu erwarten?

Dann möchte ich Herrn Prof. Siegrist noch etwas fragen. Wenn ich es richtig sehe, liegt zur Zeit nur der Zwischenbericht zur Strukturevaluierung vor. Zur Prozeß- und Ergebnisevaluierung steht auch der Zwischenbericht noch aus. Sie haben in Ihrem Vortrag eben gesagt: Die zentrale Frage der Ergebnisevaluierung kann beim jetzigen Kenntnisstand noch nicht beantwortet werden. - Halten Sie es für üblich, daß bei einem solchen Stand eines Evaluierungsverfahrens der zu evaluierende Gegenstand schon gesetzlich fixiert wird? Können Sie uns andere Beispiele nennen, bei denen das ebenso gemacht worden ist?

Der Dritte, den ich etwas fragen möchte, ist Herr Stadali, bei dem ich übrigens, wenn mir die kommentierende Anmerkung gestattet ist, im Unterschied zu Herrn Kollegen Kuschke für absolut verständlich halte, daß er auf den Zusammenhang mit der Krankenhausplanung hinweist. Als Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft muß er das tun, wenn er das im Referentenentwurf zum Krankenhausgesetz wiederfindet und wir den Vermerk aus dem MAGS vorliegen haben, mit dem der direkte Zugang auch zur Krankenhausplanung für die örtlichen Gesundheitskonferenzen vorgeprägt ist.

Auf Seite 2 Ihres Papiers schreiben Sie, Herr Stadali, daß die ersten Ergebnisse, die Ihnen bekannt sind, eher bezweifeln lassen, daß durch eine Umsetzung des Modellprojekts die Zielsetzung des ÖGD, nämlich rationellere Abstimmungsprozesse zu erzeugen, auch nur annähernd erreicht werden kann. Können Sie das vielleicht mit ein oder zwei Beispielen untermauern, oder können Sie uns die Unterlagen für die weiteren Beratungen an die Hand geben? Dafür wären wir Ihnen sehr dankbar.

Die letzte Frage geht an Herrn Dr. Feldhoff. Wenn ich Sie richtig verstanden habe, ist aus Ihren Bemerkungen schon deutlich geworden, daß Sie in dem vorliegenden Gesetzentwurf ein Gesetz sehen, das zu Mehraufgaben für die Gesundheitsämter führt. Nun hat Herr Leidel gesagt, er wolle nicht neue Kleine Anfragen provozieren, aber natürlich würden die heutigen Aufgaben der Gesundheitsämter nicht umfassend wahrgenommen. Das ist auch unser Eindruck; im übrigen brauchen wir dazu keine Anfrage mehr zu stellen, das haben wir schon so oft getan, Herr Dr. Leidel, daß wir das auch lassen können. Aber wenn dem so ist, wenn Herr Leidel recht hat und jetzt zusätzliche Aufgaben hinzutreten: Was müssen nach Ihrer Meinung zum Beispiel für den Kreis Heinsberg der OKD oder die Kassen konkret mehr auf den Tisch legen? Irgendeiner muß ja wohl mehr auf den Tisch legen, wenn die bisherigen Aufgaben noch nicht ordentlich gemacht werden und neue Aufgaben hinzukommen. Mich würde schon interessieren, ob Sie das aus der Sicht des Kreises Heinsberg so einschätzen, daß

es der Kreis tut oder man sich sozusagen auf die Suche nach Dritten für das Geld begeben muß.

Vorsitzender Bodo Champignon: Jetzt möchte ich mit den Kolleginnen und Kollegen ein Einvernehmen herstellen. Es verbleiben nur noch 8 Minuten, in denen die Gebärdendolmetscherin bei uns bleiben kann.

(Hermann-Josef Arentz [CDU]: Das ist sehr mißlich!)

- Ich kann nichts dazu, Herr Kollege Arentz. Ich möchte keine Schuldzuweisungen erheben, sondern nur einen vernünftigen Vorschlag machen.

Wir könnten die Beantwortung Ihrer Fragen zurückstellen, damit jetzt der Gehörlosenverband seine Stellungnahme vortragen kann.

(Widerspruch bei der CDU)

- Ich versuche eine Verständigung herzustellen, damit der Gehörlosenverband seine Stellungnahme vortragen kann. Die Gebärdendolmetscherin kann nicht länger bleiben, weil sie einen weiteren wichtigen Termin hat. Ich bitte damit einverstanden zu sein, daß ich jetzt den Gehörlosenverband zu Wort kommen lasse und die Beantwortung der von Herrn Arentz formulierten Fragen anschließend erfolgt.

(Hermann-Josef Arentz [CDU]: Das sehen wir nicht so!)

- Aber die Mehrheit ist dafür, und ein bißchen Demokratie findet auch bei einer Anhörung statt.

(Albert Leifert [CDU]: Also, Herr Vorsitzender, wenn Sie das so machen, muß ich darauf aufmerksam machen, daß die Federführung eigentlich beim kommunalpolitischen Ausschuß liegt!)

- Herr Leifert, ich bin Einlader zu dieser Veranstaltung und leite diese Anhörung seit heute morgen 10 Uhr. Ich versuche sie so gut wie möglich über die Bühne zu bekommen. Daß das nicht einfach ist, müßte bis jetzt auch ein schlichtes Gemüt mitbekommen haben. Wir sind an einer Stelle angekommen, an der wir den Gehörlosenverband zu Wort kommen lassen müssen, wenn er heute überhaupt noch zu Wort kommen soll.

(Albert Leifert [CDU]: Daß Sie ausgerechnet die Fragen der Opposition abwürgen, halten wir nicht für in Ordnung!)

- Ich würge nichts ab, sondern stelle lediglich zurück. Das muß man doch unterscheiden können.

Ich bitte jetzt Herrn Michael Stempel vom Landesverband der Gehörlosen seine Stellungnahme abzugeben.

Michael Stempel (Landesverband der Gehörlosen) (von einer Gebärdensprachdolmetscherin übersetzt): Guten Tag, meine Damen und Herren! - Ich danke Ihnen, Herr Champignon, für

Ihre Bereitschaft, daß ich jetzt sprechen kann. Ich bitte noch einmal um Verständnis, daß wir vom Einsatz einer Gebärdensprachdolmetscherin abhängig sind. Die Gebärdensprachdolmetscherin ist für den Zeitraum von 14 bis 16 Uhr eingeladen worden. Wir haben einen großen Mangel an Gebärdensprachdolmetschern. Ich bitte noch einmal um Verständnis dafür, daß ich vorher reden darf.

(Beifall bei SPD und GRÜNEN)

Ich möchte zunächst kurz zur Gehörlosenhilfe Stellung nehmen. Wir sind mit dem Entwurf einverstanden, möchten aber trotzdem darauf aufmerksam machen, daß wir im März 1994 einen Forderungskatalog an alle Regierungen und Ministerien gesandt haben. In diesem Forderungskatalog sind alle unsere Forderungen analog dem Blindengeld aufgelistet.

Ganz wichtig ist für uns, daß innerhalb dieses Forderungskatalogs die Kosten für Gebärdensprachdolmetscher nicht enthalten sind. In Nordrhein-Westfalen ist die Anerkennung unserer Sprache noch nicht so weit, daß die Kosten für Gebärdensprachdolmetschende übernommen werden können. Von daher bitten wir, daß dieser Punkt auf jeden Fall herausgelassen wird.

Wir sind mit dem Anliegen, daß Gehörlosenhilfe für Gehörlose in Nordrhein-Westfalen eingesetzt werden soll, einen großen Schritt weitergekommen. Für uns ist es sehr wichtig, daß unsere Probleme durch Dinge ausgeglichen werden. Eine große Schwierigkeit für uns ist noch, daß wir, wenn wir diese Gehörlosenhilfe bekommen sollten, ein Antragsverfahren auf uns zukommen sehen, das für uns sehr undurchsichtig ist, weil unsere Behinderung in unserem Ausweis nicht festgeschrieben ist. Wenn die Gehörlosenhilfe gesetzlich verankert ist, muß auch klargemacht werden, daß Gehörlose ein eigenes Merkzeichen bekommen. Ein Merkzeichen für Gehörlose gibt es bis jetzt nicht, obwohl wir schon lange darauf drängen.

Ich möchte mich für den Gesetzentwurf noch einmal bedanken und dafür entschuldigen, daß wir bei der weiteren Anhörung nicht mehr dabei sein können, obwohl wir gern noch die Meinungen aller anderen zu diesem Thema hören würden. Aber leider ist das nicht möglich, weil die Gebärdensprachdolmetscherin nicht mehr anwesend sein kann.

(Allgemeiner Beifall)

Vorsitzender Bodo Champignon: Auch mir tut es sehr leid, daß wir dieses Verfahren wählen mußten. - Wir kommen nun zur Beantwortung der Fragen von Herrn Arentz. Das Wort hat zunächst Herr Schlüter.

Heinrich Schlüter: Die verfassungsrechtlichen Bedenken, die wir geäußert hatten, sind erörtert worden. Wir hatten im Rahmen des vorbereitenden Ausschusses für den Landesgesundheitsausschuß am 1. Oktober Gelegenheit, mit den sozialpolitischen Sprechern von SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN dies zu erörtern. Die Bedenken sind danach nicht ausgeräumt worden.

Herr Mudra mußte aus Zeitgründen leider den Saal verlassen. Deswegen versuche ich die zweite Frage, die mehr an ihn gerichtet war, auch zu beantworten: Das Auseinanderfallen von örtlicher Beratung und Finanzierungsverantwortung wird von uns sehr kritisch gesehen. Die

Finanzierungsverantwortung bremst normalerweise die Kreativität und führt sie auf das Maß des Möglichen zurück. Von daher sehen wir das kritisch.

Prof. Dr. J. Siegrist: Die umfangreichen Ergebnisse der Prozeßevaluationsforschung werden im Dezember 1997 von uns zusammengestellt. Meine empirische Basis ist sehr viel weiter als der Zwischenbericht, der Ihnen vorliegt.

Ich habe vorhin wörtlich gesagt, daß die Umstände der Einrichtungen kommunale Gesundheitskonferenzen so lange offenbleiben sollten, bis der Modellversuch ausgewertet worden ist. Das ist auch aus unserer Sicht ganz klar zwingend, wenn man den Modellversuch als solchen ernst nimmt.

Im übrigen gibt es natürlich Beispiele, daß dagegen verstoßen worden ist, Ergebnisse von Modellversuchen abzuwarten, was ich, wie gesagt, nicht bejahe. Ein Beispiel aus Nordrhein-Westfalen ist etwa die Etablierung der Pflegekonferenz.

Reinhard Stadali: Meine Antwort auf die Frage von Herrn Arentz beantwortet vielleicht auch ein wenig die Frage von Herrn Kuschke, zu deren Beantwortung ich vorhin keine Gelegenheit erhalten habe. Es wurde die Frage gestellt, inwieweit wir beurteilen können, ob solche Ergebnisse bisher schon zeigen, daß das Ziel einer rationelleren Abstimmungsprozeßverbesserung erreicht wurde oder nicht erreicht wurde. Ich darf dazu sagen, daß insbesondere der vorbereitende Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz diese Maßnahmen permanent begleitet. In diesem Ausschuß sind wir permanent vertreten. Insofern reden wir hier nicht vom Hörensagen.

Zu dem, was wir meinen, muß ich vorausschicken, daß wir das im wesentlichen auf den Bereich der Krankenhausplanung beziehen - auch das, was ich vorhin dazu sagte. Es geht also nicht um alle Handlungsempfehlungen. Bei der Krankenhausplanung stellt sich sehr deutlich heraus, daß das rationelle Verfahren, das gewünscht ist, nicht erreicht wird, weil der Prozeß, der über diese runden Tische abläuft, teilweise extrem lang ist. Das zweite ist, daß, insbesondere wenn es um Kapazitätsreduzierung geht, angesichts der Konkurrenzsituation die Bereitschaft der Einvernehmlichkeit so nicht gegeben ist. Wir haben dafür auch konkrete Beispiele. Einmal ergibt sich einiges als Andeutung aus einem Zwischenbericht, den, soweit ich weiß, seinerzeit die Ärztekammer Westfalen-Lippe dazu erstellt hat. Zum anderen haben wir einen ganz konkreten Fall, bei dem im Kreis Paderborn speziell unter dem Stichwort Krankenhausplanung versucht wurde, dies vor Ort zu koordinieren, dann aber angesichts der unterschiedlichen Interessenlage das eine betroffene Krankenhaus seine normalen Rechte der üblichen Krankenhausplanung wahrgenommen hat, dies dann aber wieder bedeutete, daß es in den Augen der anderen an dem runden Tisch vorbei gearbeitet hat, was es aber zwangsläufig machen mußte, um überhaupt weiterzukommen. Insofern ist die Formulierung, die ich vorhin erwähnte - "am runden Tisch vorbei" -, teilweise eine zwingende Notwendigkeit, wenn ich andererseits die gesetzlichen Grundlagen beachten muß.

Im übrigen gibt es eine Reihe von Beispielen, bei denen aufgrund der unterschiedlichen Interessenlagen Dinge zurückgestellt wurden, weil Einvernehmen nicht hergestellt werden

konnte. Diese Beispiele lassen sich vor Ort sicher noch vertiefen, was nicht ausschließt, Herr Kuschke, daß es eine ganze Reihe - die Zahl wird gar nicht angezweifelt - von Handlungsempfehlungen gibt, die zu anderen Bereichen der Koordination der gesundheitlichen Leistungserbringung einvernehmlich abgegeben wurden.

Dr. Karl-Heinz Feldhoff: Herr Arentz, Sie haben noch einmal so einen Kernpunkt angesprochen. Ich praktiziere bei uns schon verschiedene Verfahren und bilde mir auch ein, daß ich schon einige Erfahrungen mit unseren Damen und Herren, sowohl was die Kassenseite als auch was die KV-Seite anbelangt, habe. Nun habe ich natürlich einen sehr großen Vorteil, weil ich auch in der Selbstverwaltung der Ärztekammer tätig bin und auch sehr gute Verbindungen zur KV habe. Es ist natürlich sehr vorteilhaft, wenn man diese Strukturen für die notwendigen infrastrukturellen Maßnahmen nutzen kann, die in einem solchen Kreis notwendig sind.

Von daher hole ich mir da, wo Ressourcen sind - sprich: Krankenkasse -, das Geld, wenn es zum Beispiel in der Zahngesundheit weitergeht. Die bezahlen uns zum Beispiel Prophylaxehelferinnen, die wir als Kreis Heinsberg anstellen, aber eben unter voller Kostenerstattung. Ich kann mir für den Bereich der psychisch Kranken auch sehr gut vorstellen, daß, wenn wir Anschubbehandlung leisten müssen der wenn suchende Hilfe in der Form stattfindet, daß die Anfangsbehandlung in Abstimmung mit dem dann als zuständig zu erklärenden Hausarzt, Nervenarzt angestoßen wird, das durchaus eine Kassenleistung sein kann. Das bedarf der örtlichen Abstimmung.

Koordination und Gesundheitsberichterstattung sind originäre Aufgaben, die auf kommunaler Seite gelöst werden müssen. Ich habe eben von diesem gemeinsamen Dach gesprochen. Hier ist die kommunale Verantwortung durchaus gefragt. Aber ich habe einen klaren Kreistagsbeschuß, der für mich bedeutet: kein Personal mehr. Das heißt, ich muß überlegen, wie ich es umsetze. Ich habe bei mir aber schon die Strukturen klar, so daß ich genau weiß: Auch diese Aufgabe kann dann wahrgenommen werden. - Hier ist also auch ein wenig der Einfallsreichtum desjenigen gefragt, der das macht. Das setzt nicht nur Fingerspitzengefühl, sondern auch die Kenntnisse darüber voraus, wie das Ganze funktioniert.

Ich komme damit auch noch einmal auf die Frage von Herrn Kreutz, wie das mit der Leitungsfunktion ist. Die meisten Entscheidungen sind doch medizinisch geprägt. Gerade diese medizinisch zu verantwortenden Entscheidungen, die sehr rasch erfolgen und auch griffig sein und letztendlich ärztlich verantwortet werden müssen, sind nur in der Kompetenz des Arztes zu treffen. Ich kann auch keine Rahmenvereinbarungen abschließen, wenn ich nicht ärztliche Kompetenz mit einbringe. Das wird mir nicht gelingen.

Um also die Frage von Herrn Arentz zu beantworten: Ich muß den Kostenträger suchen, der auch sonst primär die Zuständigkeit hätte.

Hinsichtlich der Leitungsfunktion muß ich ganz klar sagen: Im Vordergrund stehen rasche Entscheidungen, medizinisch begründet und ärztlich verantwortet. Und das ist der Grund - neben der Gewinnung guter Leute -, letztendlich Ärzten diese Funktion zuzubilligen.

Vorsitzender Bodo Champignon: Gibt es weitere Fragen? - Das ist nicht der Fall.

Ich danke allen sehr herzlich, die sich für die Anhörung zur Verfügung gestellt haben, auch dafür, daß sie den Fragen der Kolleginnen und Kollegen so lange standgehalten haben. Wenn Sie möchten, können Sie gern als Gäste bei uns bleiben. Ansonsten wünsche ich Ihnen einen guten Heimweg.

Wir kommen damit zu

Abschnitt III

Artikel 5 - Gesetz über die Hilfen für Blinde und Gehörlose

Wir gehen auch hier nach dem Tableau vor. Als erstem erteile ich Herrn Hahn das Wort. Herr Hahn vertritt den Blindenverband Nordrhein e.V., spricht aber gleichzeitig für den Westfälischen Blindenverein e.V. und den Lippischen Blindenverein e.V.

Klaus Hahn (Blindenverband Nordrhein e.V.): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich gebe hier eine abgestimmte Stellungnahme für den Blindenverband Nordrhein, den Westfälischen Blindenverein und den Lippischen Blindenverein ab, also die drei Selbsthilfeorganisationen der Zivilblinden in Nordrhein-Westfalen.

Wir begrüßen es ausdrücklich, daß auch im Gesetzentwurf das Finalitätsprinzip weiter gilt, d. h. daß das Blindengeld weiterhin ohne Anrechnung von Einkommen und Vermögen als reiner Nachteilsausgleich gewährt wird. Wir sind froh darüber, daß über die Notwendigkeit dieses Nachteilsausgleichs nicht mehr diskutiert werden muß.

Ein einkommens- und vermögensunabhängiges Blindengeld ist nach wie vor sozialpolitisch notwendig und gerechtfertigt. Es ist die wichtigste Voraussetzung für die Eingliederung blinder und stark sehbehinderter Menschen in Staat und Gesellschaft, und es ist eine wesentliche Hilfe zur Selbsthilfe, durch die der Fiskus an anderer Stelle weit mehr einspart, als er hier aufwenden muß. In diesem Sinne begrüßen wir auch die vorgesehenen Leistungen für Sehbehinderte und Gehörlose.

Die Anrechnung von Leistungen aus der Pflegeversicherung auf das Blindengeld ist dem Grunde nach sachgerecht; zu einem Detail nehme ich nachher noch Stellung.

In der vorausgegangenen Diskussion, an der wir beteiligt waren, haben wir von Anfang an erklärt, daß wir angesichts der gesamtpolitischen Rahmensituation und der Entwicklung in anderen Bundesländer maßvolle Abstriche am Blindengeld akzeptieren und unseren Mitgliedern vermitteln können.

Die Absenkung und Deckelung des Blindengelds für einen Teil der Empfänger, nämlich ab dem 60. Lebensjahr, ist vom Grundsatz her allerdings kaum vermittelbar. Wir haben in verschiedenen Diskussionen in Gremien und zuletzt in der Mitgliederversammlung unseres Vereins, der immerhin über 2 700 Mitglieder umfaßt, folgenden Vorschlag beschlossen: Die Blindengeldempfänger im berufsfähigen Alter erklären sich unter Zurückstellung anderer Argumente und Diskussionen ausschließlich aus Solidarität bereit, mit einer Umverteilung des Einsparvolumens einverstanden zu sein. - Das hieße: eine gleichmäßige Kürzung des Blinden-

geldes für alle, ohne die Grenze vom 60. Lebensjahr oder eine andere Altersgrenze einzuführen, allerdings kein Antasten der Leistungen für die bis zu 18jährigen, für die ohnehin schon sehr wenig gezahlt wird. Damit verbunden sein müßte eine Ankoppelung des Betrags an die Höhe des § 67 BSHG, d. h. keine Deckelung, sondern eine Dynamisierung, etwa so wie in Niedersachsen und Schleswig-Holstein, wo die Höhe des Blindengeldes 90 % des Betrags nach § 67 BSHG beträgt.

Ich empfand das als eine sehr eindrucksvolle Solidaritätserklärung der Berufsfähigen in dem von uns vertretenen Personenkreis, die nicht gesagt haben, sie seien froh, daß ihr Besitzstand gewahrt werden solle, sondern denen es wichtig war, eine Aufspaltung der Blinden zwischen alten und jüngeren zu verhindern.

Für den Fall, daß diesem Vorschlag nicht gefolgt wird, daß es also bei einer Absenkung und Deckelung des Blindengeldes für die Älteren bleiben sollte, muß ich noch folgendes ausführen: Die Altersgrenze von 60 Jahren ist weder durch die Begründung zum Gesetzentwurf noch sonst irgendwie nachvollziehbar. Die allgemeine Altersgrenze für Berufstätigkeit liegt bei 65 Jahren. Sie alle kennen die rentenpolitische Diskussion, die dahin geht, die Berufstätigkeit bis zu diesem Zeitraum auszudehnen und vorzeitige Verrentung zu verhindern. Die Absicht der Bundesregierung macht auch nicht vor den Schwerbehinderten halt. Der augenblickliche Kenntnisstand, den wir über unseren Bundesverband haben, geht dahin, daß auch Schwerbehinderte bis zu einem Grad der Behinderung von 100 % nicht vor dem 63. Lebensjahr ohne Abschläge von der Rentenhöhe ausscheiden können. Von daher ist es überhaupt nicht zu verstehen, warum hier eine Grenze gewählt wird, die auch von sehr vielen berufstätigen Blinden und Sehbehinderten gar nicht wahrgenommen wird. Es ist falsch zu unterstellen, daß die berufstätigen Blinden und Sehbehinderten immer mit sechzig, also so früh wie möglich ausscheiden. Sehr viele tun das nicht. Man darf nicht vergessen, daß der größte Teil dieser Personen den unteren Einkommensgruppen angehört und deshalb darauf angewiesen ist, so viele Versicherungsjahre wie möglich für die Rente zusammenzubekommen.

Auf diese Frage käme es dann allerdings nicht an, wenn eine andere Ungereimtheit behoben würde. In der Begründung zu § 2 Abs. 1 Sätze 2 und 3, also zu der Absenkung und Deckelung, heißt es wörtlich:

"Diesem Personenkreis, der in der Regel wie jeder andere auch die Möglichkeit hatte, sich eine eigene angemessene Altersversorgung zu erwirtschaften, ist eine maßvolle Absenkung zuzumuten."

Das mag für Personen gelten, die nicht unter dem Erschwernis der Blindheit berufstätig sein mußten. Blindheit führt in aller Regel zu erheblichen Einschränkungen im beruflichen Fortkommen. Zahlreiche Berufe und Berufszweige sind Blinden verschlossen. Das berufliche Fortkommen ist sehr stark eingeschränkt. Es gibt immer wieder Probleme und Widerstände. Ich mußte das vor kurzem als Angehöriger des öffentlichen Dienstes in diesem Bundesland am eigenen Leibe erfahren.

Eine eigene angemessene Altersversorgung wie jeder andere zu erwirtschaften ist in den seltensten Fällen möglich und paßt von daher nicht mit dem überein, was im Gesetzestext letztlich steht. Berufstätige Blinde würden deshalb bei einer Realisierung dieses Gesetz-

entwurfs doppelt getroffen: zum einen durch die Verschlechterung des Einkommens bei der Verrentung und zum anderen unter Umständen schon vorher durch die vorgesehene Absenkung des Blindengeldes für sie allein.

Der behinderungsbedingte Mehrbedarf wird durch die Verrentung nicht vermindert. Er wird allenfalls verlagert. Der Bedarf zum Beispiel an Vorlesen oder an Begleitung zu irgendwelchen Veranstaltungen, der während der Berufstätigkeit sicher zum Teil auch in Verbindung mit dem Beruf abgedeckt wurde oder aufgrund der zeitlichen Bindung durch den Beruf einfach begrenzt war, wird im Alter nach der Verrentung zunehmen. Die Entlastung von den beruflichen Anspannungen führt in aller Regel erfreulicherweise, wie man sagen muß, zu einem neuen und sehr aktiven Lebensabschnitt. Die aktiven Rentner engagieren sich sehr häufig im sozialen Bereich, also auch zum Wohle der Allgemeinheit, etwa in der Selbsthilfe.

Uns ist auch bewußt, daß für Späterblindete, die am Ende ihres Berufslebens oder nach ihrem Berufsleben erblinden, ein erheblicher Mehrbedarf vorhanden ist und daß es auch da schwierig ist, Abstriche sachlich zu begründen; denn für diesen Personenkreis gibt es keine vom Kostenträger finanzierte Rehabilitation mehr. Die notwendigen Maßnahmen müssen, soweit die Voraussetzungen für die Sozialhilfe nicht vorliegen, auf eigene Kosten getragen werden.

Soweit diesen Vorschlägen auch nicht gefolgt werden sollte, sind wir der Auffassung, daß die Höhe der Absenkung vermindert werden muß.

Noch einige Bemerkungen zur Anpassung des gedeckelten Betrags. Es ist vorgesehen, daß er durch Rechtsverordnung des MAGS mit Zustimmung des Landtagsausschusses angepaßt werden kann. Dieses Verfahren ist so aufwendig und umständlich, daß wir befürchten müssen, daß davon nie Gebrauch gemacht werden wird. Wir halten eine prozentuale Anbindung an den Betrag des vollen Blindengeldes für notwendig und sachgerecht. Darüber hinaus wird auch nicht ersichtlich, warum die Leistungen für Sehbehinderte und für Gehörlose nicht an dieser Erhöhungsoption teilnehmen.

In § 3 Abs. 1 des Gesetzentwurfs ist eine Anrechnung von Schadenersatzleistungen geregelt. Diese Regelung sollte gestrichen werden. Uns ist nicht verständlich, warum sie in diesem Falle auch nur für das Blindengeld und nicht für Leistungen für Sehbehinderte und Gehörlose vorgesehen ist. Davon abgesehen halten wir sie auch für wenig zweckmäßig, da die Überleitung des Schadenersatzanspruchs bereits nach § 116 SGB X gesetzlich verankert ist und der Kostenträger dadurch nicht zu Lasten des Schädigers in Anspruch genommen wird. Wir hielten es für besser, wenn die Regelung der Angelegenheit mit dem Schädiger nicht dem Blindengeldempfänger zukäme, sondern wenn das vom Kostenträger übernommen würde, so wie es § 116 SGB X vorsieht. - Hierzu möchte ich im einzelnen auf unsere schriftlich vorliegende Stellungnahme verweisen, dann brauche ich hier nicht so ins Detail zu gehen.

Dann zur Anrechnung von Leistungen aus der Pflegeversicherung: Die Formel bewirkt, daß, unabhängig von der Pflegestufe, im Ergebnis ein Betrag von 280 DM vom Blindengeld gekürzt wird. Das bedeutet auf der anderen Seite die Anerkennung eines weiterhin bestehenden behinderungsbedingten Mehraufwands über diese pflegerische Leistung hinaus. Das halten wir für richtig und notwendig. Nur: Zu dem Zeitpunkt, als diese Formel entwickelt wurde, war von einer Absenkung des Blindengeldes für Altersblinde noch nicht die Rede. Da wäre nach heutigen Beträgen ein Blindengeld von 783 DM übrig geblieben. Wenn jetzt aber

die 280 DM von dem gedeckelten Betrag abgezogen werden, kommen wir zu 645 DM. Dieser Betrag nähert sich aus unserer Sicht bedenklich der 50-Prozent-Grenze des vollen Blindengelds. Durch Maßnahmen außerhalb des Landesrechts, zum Beispiel eine Erhöhung der Sätze nach der Pflegeversicherung, könnte es ohne weiteres passieren, daß diese 50-%-Grenze unterschritten wird. Es kann eigentlich nicht gewollt sein, daß Blindengeldempfänger in häuslicher Pflege schlechter gestellt sind als in stationärer Pflege. Dort gibt es die Anrechnungsgrenze von 50 %, die unseres Erachtens auch hier eingeführt werden muß.

Schließlich noch zu § 4 des Gesetzentwurfs: Dort wird an dem Begriff der hochgradig Sehschwachen festgehalten, der in dem ursprünglichen Erlaß des MAGS zur Hilfe für hochgradig Sehschwache schon vorhanden war. Wir plädieren sehr dafür, diesen Begriff zu ändern und statt der "Sehschwachen" "Sehbehinderte" zu nehmen. Dieser Begriff ist in unserem Sprachgebrauch eingebürgert. Alles andere würde zu Verwirrung führen. - Wir haben dazu eine ausführliche Stellungnahme des Berufsbildungswerks für Blinde und Sehbehinderte in Soest vom 26. August 1997, die unserer schriftlichen Stellungnahme beigelegt ist und auf die ich im Interesse der Zeit einfach nur verweisen möchte.

Wolf-Dieter Trenner (Fördergemeinschaft für Taubblinde e.V.): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich habe etwas, was für eine Anhörung vielleicht außergewöhnlich ist. Aber ich würde gern zwei Gegenstände herumgeben, so nach dem Motto: Ein Bild sagt mehr als tausend Worte. Und bei Taubblinden muß man die Bilder halt anfassen können. Weder die tausend Worte kämen sonst an noch das Bild. - Das ist für meine Stellungnahme nicht ganz unerheblich; ich komme darauf noch zu sprechen.

Schönen Dank für die Einladung, Ihnen hier etwas aus unserer Sicht zu dem Gesetzentwurf sagen zu können. Ganz so einverstanden damit, wie das bisher vielleicht von den blinden Erwachsenen klang, sind wir Eltern mehrfach behinderter blinder Kinder und auch die Eltern blinder Kinder nicht.

Ich bin eingeladen, zu Artikel 5, zum ersten Teil, § 2 Abs. 2 - Kürzung beim Aufenthalt in einer Anstalt -, zu sprechen. - Taubblinde Kinder werden durch die immer noch andauernde Weigerung der Ministerin für Schule und Weiterbildung, selbst eine private Sonderschule im Lande zuzulassen, in Hannover beschult. Damit verbunden ist wegen der mehrere hundert Kilometer betragenden Schulentfernung zum Elternhaus der Aufenthalt in einem Internat, das eine Anstalt im Sinne des Gesetzes und auch sonst darstellt. Deshalb erhalten unsere Kinder das auf 265 DM monatlich gekürzte Kinderblindengeld. Die Differenz von 265 DM erhalten nicht die Anstalten zusätzlich zu dem vereinbarten Tagessatz, um damit blindheitsbedingten Mehraufwand zu decken; dieser Betrag verschwindet für uns. Gleichzeitig ist aber ein Verzicht blindenbedingte Spezialitäten im Hause der Eltern nicht möglich - auch bei Anstaltsaufenthalt nicht -, wenn die Kinder überhaupt noch ein Zuhause haben sollen. Wir können kein Spielzeug für vier, sechs, acht, zehn Tage im Monat kaufen, sondern wir kaufen es oder kaufen es nicht.

Sachen mit so geringen Auflagen - wir haben im gesamten Bundesgebiet 4 500 blinde Kinder im schulpflichtigen Alter, davon etwa 10 bis 15 % in Nordrhein-Westfalen - sind keine Auflagen, um Billigspielzeug herstellen oder um gutes Spielzeug billig machen zu können.

Das gilt für nahezu alle Dinge des blindheitsbedingten Mehrbedarfs, ob das eine Uhr oder was auch immer ist.

Auch Schutzvorrichtungen in den Zimmern, die unsere Kinder zu Hause haben sollen, müssen, müssen wir anschaffen, können wir nicht tageweise mieten. Meine Tochter zum Beispiel, in wenigen Tagen zehn Jahre alt, klettert aus dem Fenster, wenn das nicht verhindert ist. Sie steigt auf die Heizung, macht das Fenster auf und springt auch heraus. Sie weiß ja nicht, wohin, und es ist ja interessant, irgendwo drüber zu klettern. Wer eigene Kinder hat, wird das wissen. Dazu braucht man nicht blind zu sein.

Was die Einrichtungen wollen, ist, daß wir unsere Kinder alle zwei Wochen von Donnerstag bis Sonntag abholen; das sind vier Tage. Daß das vier Tage in der fiskalischen Rechnung zugunsten der Familien sind, haben wir dem Bundesarbeitsministerium zu verdanken; früher waren es nur zwei. Aber man hat dort eingesehen, daß die Fahrtage auch gerechnet werden müssen. Ich selbst fahre von Bonn nach Hannover. Ich habe das am Sonntag wieder getan und habe dafür elf Stunden gebraucht. Wer die Verkehrsnachrichten gehört hat, weiß warum, wobei ich zugeben muß: die Mehrzahl der Stunden auf dem Rückweg ohne meine Tochter im Auto, aber ich muß den Rückweg ja irgendwie machen. Dieser Tag ist für uns schon ein sehr anstrengender Tag, und der wird jetzt auch für uns gerechnet.

Alle drei Monate kommen Ferien hinzu. Eltern sind wesentlich vernünftiger, als Verwaltungsjuristen das anscheinend glauben. Sie beantragen über die Regelung die Ergänzung des Blindengeldes nur dann, wenn mehr als sechs zusammenhängende Tage Aufenthalt außerhalb der Anstalt stattfinden, nicht pro jeden Aufenthalt. Also wird nicht für jedes Wochenende ein Antrag geschrieben. So unvernünftig sind Eltern gar nicht, auch ohne gesetzlich verpflichtet zu sein. Es wird - das haben wir durch Umfrage geklärt - halbjährlich oder jährlich bei den Landschaftsverbänden abgerechnet. Die Tagesaufstellung wird gemacht, sie wird anhand anderer Abrechnungsunterlagen kontrolliert, und dann wird der Betrag halbjährlich oder jährlich ausgezahlt. Es wäre also durchaus auch der Verwaltung zuzumuten - weil es keine Mehrarbeit bedeutet, die Computerzahlen anders zu erfassen -, auch Aufenthalte zu Hause von weniger als sechs zusammenhängenden Tagen in dieses Gesetz berücksichtigungsfähig hineinzuschreiben. Das ist keine Mehrarbeit bei der Verwaltung, das ist keine Mehrarbeit bei der Kontrolle, aber es ist im Ergebnis eine Besserstellung unserer Kinder, wenn Sie das wollen.

Zu § 3 Abs. 2, der Verrechnung mit den Geldern nach dem SGB XI: Das Sozialgesetzbuch XI ist für die Eltern taubblinder und anderer mehrfach behinderter blinder Kinder eine erhebliche Verschlechterung gegenüber der Situation vor Geltung dieses Gesetzes. Ich kann Ihnen das auf Rückfrage belegen. Wir stehen uns finanziell erheblich schlechter.

Aus der Pflegeversicherung erhält meine Tochter, seit ich Einspruch gegen das Verhalten der DAK eingelegt habe, überhaupt nichts mehr. Man will mal ein Exempel statuieren. Ihr stünden aber pro Jahr, speziell im Jahre 1997, 7 106,67 DM zu, vorausgesetzt, sie wird von jetzt bis zum Jahresende nicht mehr krank und verbringt nicht einen längeren Zeitraum zu Hause; dann würde sich der Betrag ein wenig erhöhen. Die Anrechnung von 35 % ergibt einen Betrag von 3 360 DM, 12 mal 280 DM. Das Blindengeld macht im Jahre 1997 - wieder vorausgesetzt, daß nichts Besonderes mehr passiert - 4 095,28 DM für meine Tochter aus, davon die 3 360 DM abgezogen, verbleiben 735,28 für 1997, wenn Ihr Gesetz am

1. Januar 1997 in Kraft getreten wäre, so wie im Gesetzentwurf vorgesehen. Sie können also sagen: Im nächsten Jahr wird das so sein, wenn wir das beschließen.

Das ist keine Kürzung des Blindengeldes um 10 %, sondern das ist eine Kürzung - ich habe das gerade noch einmal mit dem Taschenrechner kontrolliert - von 82 %. Das war denen, die diesen Gesetzentwurf geschrieben und begründet haben, sicherlich nicht klar, was auch daran gelegen haben kann, daß man mit Eltern blinder Kinder nicht gesprochen hat.

Grundsätzlich: Eltern taubblinder Kinder haben ab 1. Juli 1996 auf monatlich 1 300 DM aus der Pflegeversicherung verzichten müssen, weil die Länder aus den Beitragszahlen einen Anteil von 500 Millionen DM pro Jahr haben wollten. Das sind die berühmten 500 DM - angeblich für die Anstalt -, die bei den Anstalten, zumindest denen für taubblinde Kinder, nie landen, weil sie vom Sozialversicherungsträger verrechnet werden. Der kürzt seinen an die Anstalt gezahlten Satz um die 500 DM und kassiert selbst bei der Pflegekasse, oder die Pflegekasse zahlt, was noch viel teurer ist, an die Anstalt, und die erstattet es dann dem Sozialhilfeträger. 500 Millionen DM im Bundesgebiet aus den Kassen der beitragsfinanzierten Pflegeversicherung, die direkt in die Kassen der überörtlichen Träger der Sozialhilfe aller Bundesländer gehen! Das war gewollt, das ist ein politisches Geschäft im Deutschen Bundestag.

Die Forderungen sind klar: Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, der leider nicht mehr da ist, hat schon gesagt, 500 Millionen DM seien nicht genug, er hätte gern 1 Milliarde. Ich kann Ihnen jetzt schon sagen: Es wird nicht lange dauern, dann wird der Landschaftsverband zusammen mit seinen Kollegen aus den andere Bundesländern fordern: Warum eigentlich nur 1 000 DM im Monat für die stationäre Unterbringung? Wir wollen 2 800 DM haben.

Vorsitzender Bodo Champignon: Entschuldigung, Herr Trenner: Der Landschaftsverband wird gleich noch zu Wort kommen.

Wolf-Dieter Trenner: Aha. - Wir haben für diese 500 Millionen DM an die Länderkassen auf 1,5 Milliarden DM verzichtet: die Pflegebedürftigen in Deutschland.

Das Guthabenkonto der Pflegeversicherung wächst - gut für den Euro und für die Schuldenberechnung, gut für den Vater des Jahrhundertwerks Pflegeversicherung. Nur: Die Pflegebedürftigen haben nichts davon. Nirgends ist beabsichtigt, irgendeine Leistung für irgend jemanden, der dort leistungsberechtigt ist, auch nur geringfügig zu erhöhen. Es ist nach wie vor so, daß jemand, der sich zum Beispiel selbst kämmen kann, wenn er das zugibt, auch gleich die Morgentoilette gestrichen bekommt. Selbst wenn er es kann, bleibt er also besser dabei und sagt, er kann es nicht, weil er nur dann noch gewaschen wird.

Das kann uns, was die weiteren Forderungen der Landschaftsverbände angeht, schon fast egal sein; denn bei uns ist nichts mehr zu holen; das habe ich Ihnen eben kurz vorgerechnet. Wenn alles weg ist, muß es woanders herkommen.

Der Bundesfinanzhof hat in seiner Weisheit entschieden, daß die Eltern von behinderten Anstaltskindern Ansprüche verloren haben auf Kindergeld, Steuerfreibetrag, Steuerermäßi-

gung für Fahrtkosten und im Falle des Beamtenlebens auf Beihilfe. Das Urteil habe ich dabei, wenn Sie mir das nicht glauben wollen. Ich kann es Ihnen auf Rückfrage gern erläutern. Das sind monatlich zirka 420 DM netto weniger. Je mehr man verdient, desto mehr ist es weniger, was schon die Absurdität so mancher Steuerentlastung zeigt.

Sie streichen weitere 280 DM monatlich, wenn Sie dieses Gesetz beschließen. Das macht zusammen monatlich 1 920 DM weniger für Familien mit taubblinden Kindern. Gleich betroffen sind die Familien mit blinden Kindern, deren Kinder die Gymnasien in Marburg und Königswusterhausen, die beiden einzigen Gymnasien für blinde Schüler, besuchen. Bei denen gilt das ganz genauso.

Sie haben im Land rund 50 taubblinde Kinder, Sie sparen also 168 000 DM im Jahr. Den Teilbetrag werden Sie im Haushalt selbst mit der Lupe kaum finden. Aber Sie suchen zur Zeit ja kräftig.

Ich kann Ihnen allerdings sagen, was das für taubblinde Kinder bedeutet, die außer ihrer Familie schlichtweg niemanden mehr haben; um sie kümmert sich sonst tatsächlich niemand mehr. Ich habe Ihnen die Holztrommel für meine Tochter mitgebracht. Das war nicht ihr erstes Spielzeug. Als erstes Spielzeug bekam sie diesen Pappkarton. An dem hat sie gelernt, wie man mit zwei Händen eine Sache greift; denn ein taubblindes Kind weiß nicht, daß es Hände hat und wozu die gut sind. Es weiß dann zwar, daß es sie hat, aber es kann uns nicht abgucken, wie wir sie verwenden. An dem Pappkarton kann sie lernen, wie man etwas nicht nur mit einer Hand bearbeitet, sondern in zwei Hände nimmt, um es zum Beispiel zu bewegen. Sie kann daran lernen, wie das Gesetz der Schwerkraft funktioniert. Man läßt es fallen, und wenn man es sucht, weiß man in etwa, wo es ist.

Die Holztrommel ist natürlich viel schöner, man kann darauf herumtrommeln und verschiedene Töne erzeugen, ein Spielzeug im Wert von 400 DM, so wie sie da steht. Ich kann es selbst kaum fassen, aber es ist so. Wenn diese Streichung Realität wird, dann heißt das für die Eltern taubblinder Kinder, daß so eine Trommel nicht mehr drin ist, sondern daß dann so ein kleiner Karton gekauft oder ein ausgedienter Schuhkarton mit Tesakrepp zusammengeflickt wird - und das war es dann. 1 920 DM netto monatlich weniger ist für eine Familie mit einem taubblinden Kind eine Katastrophe.

In die gleiche Richtung paßt die Sache mit den Schülerfahrtkosten. Es befindet sich in Artikel 6, zu dem ich nicht befragt werde - aber ich will es Ihnen kurz sagen -, die Regelung, daß monatlich 30 DM Beteiligung der Eltern an den Schülerfahrtkosten bei Fahrkarten in Betracht kommen können. Die örtliche Verwaltung kann bis zu 20 und bis zu 10 DM Kostenanteil verlangen. Bei der offensichtlich gewordenen Finanzlage der Kommunen und auch des Landes wissen wir alle, daß die Verwaltung diesen Spielraum bis zum Letzten ausschöpfen wird. Sie wird gar nicht in der Lage sein, darauf zu verzichten. Das wird bei einer Familie mit drei Kindern, von denen eines taubblind ist, heißen, daß eben noch einmal 360 DM netto pro Jahr weg sind. Dann sind wir bei 1 950 DM netto. Es kommt tatsächlich irgendwann einfach nicht mehr drauf an. Aber Sie haben uns alle dann im Gegenzug bei der Sozialhilfe stehen, weil ein Verlust in dieser Höhe im Lande kaum jemand verkraften kann. Die Eltern meines Verbandes - wir haben bundesweit 187 taubblinde Kinder - verkraften das auf jeden Fall nicht.

Der **Landesverband der Gehörlosen** hat aus Zeitgründen bereits im Rahmen der Anhörung zu Artikel 3 seine Stellungnahme abgegeben (siehe Seite 82 dieses Protokolls).

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich erteile Frau Wörmann für die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e.V. das Wort, die gleichzeitig für die Arbeitsgemeinschaft der Eltern blinder und hochgradig sehgeschädigter Kinder in Westfalen-Lippe e.V. spricht.

Geesken Wörmann (Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter e.V.): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Ich will Ihnen etwas Zeit sparen und für die Selbsthilfe die eigenen Kräfte effizient einsetzen. Deshalb habe ich den Auftrag übernommen, zwei Stellungnahmen miteinander zu verknüpfen. Ich spreche, wie der Vorsitzende schon sagte, einmal für die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe Behinderter und die Arbeitsgemeinschaft der Eltern blinder und hochgradig sehgeschädigter Kinder in Westfalen-Lippe.

Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden - so ist das Gesetz, das hier zur Anhörung steht, überschrieben. Zu dieser Stärkung sollen - ich sage es einmal so - ausgerechnet die blinden Menschen einen entscheidenden Beitrag leisten. Vielleicht sind Sie stolz darauf, aber ich glaube, wir müssen das noch ein bißchen differenzierter betrachten.

Ich weiß ja, daß die Gemeinden und auch die Länder mit dem Rücken an der Wand stehen. Aber schicksalhaft - das möchte ich hier doch sagen - ist die Verarmung der Kommunen nicht. Wer die Vermögensteuer für tatsächlich Vermögende streicht, wer die Bezieher hoher Einkommen steuerlich erheblich entlastet, wer den Soli-Beitrag senkt - ich könnte das unendlich fortsetzen -, der kann für sozialstaatliche Aufgaben weniger zur Verfügung haben und weniger verteilen. Deshalb kommt es zu solchen Novellierungen.

Demgegenüber - das lesen Sie alle ja auch - meldet das Statistische Bundesamt jedes Jahr eine beachtliche Zunahme der Zahl der Einkommensmillionäre. Im Bundeshaushalt - verzeihen Sie mir, daß ich das jetzt sage, aber das hat mich heute einfach auch geärgert - stehen 23 Milliarden DM für den Eurofighter zur Verfügung, der wahrscheinlich im Jahre 2001 schon überholt ist. Geld, meine Damen und Herren, ist vorhanden, nur: bei den Blinden nicht. Ich sage das einmal sehr deutlich; Herr Hahn hat das auch ausgeführt. Bei den Blinden sprechen Untersuchungen von einer schlechten Beschäftigungs- und Einkommenssituation. Die Arbeitslosigkeit hat ein hohes Niveau - lesen Sie das in den Berichten der Landschaftsverbände nach -, und sie steigt an. Die Folge davon ist unter anderem eine unter dem Durchschnitt liegende Altersversorgung. Die wenigen Richter- und Lehrergehälter bzw. -pensionen, die blinde Menschen erreichen, sind sicherlich an den Fingern einer Hand aufzuzählen und bringen den in der Blindengelddiskussion immer wieder angeführten Millionär nicht hervor.

Als Sehende vergessen wir allzu schnell, daß wir 90 % aller Eindrücke über das Auge wahrnehmen. Hierzu gehört neben der Aufnahme geschriebener und bildhafter Informationen auch der optische Eindruck von Personen, Gegenständen, Räumen, innen und außen, von Landschaften, von Straßenverkehr, und damit hängt auch sehr eng die Mobilität zusammen, ein Anlaß, weshalb auch sehr viel Taxikosten für blinde Menschen entstehen, insbesondere für blinde Frauen, die, sobald es dunkel wird, sich nicht mehr allein nach draußen trauen.

Wollten Sie als blinder Mensch beispielsweise die Vorlagen dieser Anhörung bewältigen, brauchten Sie, selbst wenn Sie einen Computer einschließlich Scanner und 80-Zeichen-Breitzeile, der übrigens mindestens 40 000 DM kostet, zur Verfügung hätten, also selbst wenn sie technisch up to date wären, brauchten Sie eine fähige Vorlesekraft, und den Haushalt könnten Sie nebenbei nicht mal schnell erledigen, hier mal schnell einkaufen und dort mal schnell etwas aufräumen. Die blindheitsbedingten Mehrkosten sind hoch. Ich sage das hier ausdrücklich, weil ich immer wieder höre, es sei zuviel, die blinden Menschen brauchten das nicht. Das ist nicht wahr. Sie sind dringend nötig, und ich denke, daß gerade für die gleichberechtigte Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, für Gleichstellung und Selbstbestimmung das Blindengeld dringend notwendig ist.

Ich will jetzt zu einzelnen Punkten Stellung nehmen. - Wir begrüßen ausdrücklich die neue Gehörlosenhilfe. Sie ist dringend geboten, war überfällig. Wir haben vorhin gehört: Die Merkmale im Behindertenausweis sollten ergänzt werden.

In § 3 des Artikels 5 sollte die Anrechnung des Pflegegeldes auf Blindengeld geregelt werden. Wir haben in der Arbeitsgemeinschaft der Eltern festgestellt: Pflegegeld und Blindengeld sind grundsätzlich zwei getrennte spezifische Leistungen; denn ein Blinder wird niemals aufgrund seiner Sehbehinderung Pflegegeld erhalten. Mögliche Überschneidungen dieser beiden Leistungen sind lediglich bei den häuslichen Verrichtungen denkbar. Dieser Anteil kann aber nicht mit den geplanten Prozentsätzen angesetzt werden, wenn man überhaupt eine Anrechnung vornehmen will; denn eines wissen wir doch alle: Beide Leistungen sind keine Vollkaskoversicherung, sondern decken nur Teile der erbrachten Leistungen ab.

Das wird ganz besonders deutlich, wenn man sich die Situation einer Familie mit blinden Kindern - dazu noch mehrfach behinderten Kindern - anschaut. Insoweit kann ich mich auch auf Herrn Trenner beziehen. Ich mache einmal eine ganz schlichte Rechnung auf: halbes Blindengeld für Kinder plus 50 DM Pflegegeld minus 280 DM - das ist eine Kürzung um mehr als 30 %. Hier sind Ungereimtheiten: Solange Kinder und Jugendliche bis 18 Jahren die Hälfte des Blindengelds erhalten, können sie logischerweise nicht 280 DM abgezogen bekommen. Da ist also nachzubessern, wenn man - das sage ich ausdrücklich - bei der gesamten Blindengeldkürzung bleibt.

In § 2 Abs. 1 Satz 2 ist die Altersgrenze für das ins Auge gefaßte verringerte Blindengeld mit 60 Jahren festgelegt. In der Lebenswirklichkeit finden sich dafür unseres Erachtens keine Begründungen. Erwerbstätige arbeiten länger. Ich habe vorhin darauf hingewiesen. Sie gehören überwiegend zu den unteren Einkommensgruppen. Nach der sogenannten Rentenreform haben diejenigen, die früher in Rente gehen, mit erheblichen Abstrichen zu rechnen. Ich denke, es entspricht nicht den Gegebenheiten, wenn wir hier 60 Jahre ansetzen. Auch hier unsere Forderung: Bleibt man bei der Novellierung in dieser Form, ist eine Grenze bei 65 Jahren zu setzen.

Ich habe hier den Brief einer Mutter, die den zusätzlichen Mehrbedarf für ihren blinden Sohn auflistet. Wenn ich mir das alles anschau, komme ich zu Ausgaben, die nicht außergewöhnlich sind, die aber oberhalb des halben Blindengeldes liegen. Hier kommen blinde Kinder und Jugendliche in der Tat zu kurz. Diese Mutter kümmert sich im Augenblick um den gemeinsamen Unterricht und speziell die finanziellen Voraussetzungen dafür. Beim gemeinsamen Unterricht streiten sich die Schulbehörden und die Sozialbehörden um die Zuständigkeit, wer

denn für die entstehenden Dinge im Grunde genommen zuständig ist. Das wird hin- und hergeschoben. Wenn Sie beim Blindengeld schon beim Umschichten sind, dann gestalten Sie diese Umschichtung doch bitte sehr gezielt. Tun Sie etwas für Frühförderung, für die Therapie behinderter Kinder und für den gemeinsamen Unterricht. Er geht sonst nämlich den Bach herunter, obwohl er sozial- und gesellschaftspolitisch eine ungemein wichtige Aufgabe ist.

Im Aktionsplan zur Integration behinderter Kinder in Nordrhein-Westfalen sind Leitlinien zur Normalisierung, Integration, Selbstbestimmung, Mitgestaltung am öffentlichen Leben und ähnliches formuliert. Sorgen Sie, meine Damen und Herren Abgeordneten, dafür, daß diese Leitlinien Wirklichkeit und nicht ins Gegenteil verkehrt werden. Der Landesbehindertenrat, der Zusammenschluß auf Nordrhein-Westfalen-Ebene, und die Landesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe behinderter und chronisch kranker Menschen fordern im Zusammenhang mit dem gesamten Gesetzeskomplex mehr Mitsprache und Mitbestimmung, zum Beispiel - damit komme ich zu Artikel 3 - bei den gesundheitspolitischen Fragen in der Landesgesundheitskonferenz. Auf der kommunalen Ebene ist die Selbsthilfe beteiligt, auf der Landesebene nicht. Ich bitte ganz herzlich darum, auch dort die Landesarbeitsgemeinschaft zu beteiligen. - Im übrigen weise ich auf die Stellungnahmen hin.

Vorsitzender Bodo Champignon: Ich erteile nun Herrn Püning vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe das Wort. Er spricht zugleich für den Landschaftsverband Rheinland.

Konrad Püning (Landschaftsverband Westfalen-Lippe): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Auch ich darf mich für die beiden Landschaftsverbände für die Gelegenheit bedanken, zu dem Gesetzentwurf Stellung zu nehmen. - Das Landesblindengeldgesetz, das durch das jetzt umfassendere Gesetz über Hilfen für Blinde und Gehörlose abgelöst werden soll, hat für die Landschaftsverbände und ihre Finanzen eine ganz wesentliche Bedeutung. Insgesamt wenden die beiden Verbände in diesem Jahr etwa 370 Millionen DM für die Zahlung von Blindengeld auf.

Die Bewertung des Gesetzentwurfs haben wir in der Stellungnahme im einzelnen vorgenommen. Ich muß darauf hinweisen, daß es sich um eine Stellungnahme der Verwaltungen der beiden Verbände handelt. Aus Zeitgründen war es bisher nicht möglich, die Ausschüsse mit diesem Gesetzentwurf zu befassen. Insoweit muß ich die Ergebnisse dieser Ausschußberatungen in der heutigen Anhörung ausdrücklich vorbehalten.

Der Gesetzentwurf enthält aus Sicht der Verwaltung verschiedene Regelungsgegenstände, deren Bewertung unterschiedlich ausfällt.

Der erste Punkt, zu dem ich etwas sagen möchte, ist die Anrechnung der Leistungen der Pflegeversicherung. Diese Regelung wird von uns wegen der teilweisen Zielgleichheit der beiden Leistungen begrüßt. Das Land greift hiermit eine Regelung auf, die in § 67 des Bundessozialhilfegesetzes durch den Bundesgesetzgeber geschaffen worden ist und die eine Anrechnung von bis zu 70 % bei der Blindenhilfe nach dem BSHG vorsieht. Wir meinen, daß der Vorschlag, der hier gemacht wird und der davon ausgeht, in Stufe 1 den Anrechnungsrahmen auszuschöpfen und in den Stufen 2 und 3 nur eine hälftige Anrechnung vorzunehmen,

den berechtigten Interessen Rechnung trägt. Er ist auch praktisch ausgestaltet, weil ein fester Anrechnungsbetrag vorgesehen ist und Streit im Einzelfall über die Auslegung der Anrechnungsvorschriften "bis zu" ausgeschlossen ist.

Eine Anregung, die wir in diesem Zusammenhang haben - das ist vorhin schon in einer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht worden -, lautet: Die minderjährigen Blinden erhalten nach den jetzigen Bestimmungen nur das hälftige Blindengeld; vor diesem Hintergrund wäre zu überlegen, auch die Anrechnungsbeträge zu halbieren. Die Zahl der Betroffenen wird gering sein, in Westfalen etwa 600. Wenn man auch das Rheinland berücksichtigt, vermuten wir rund 1200 Betroffene in ganz Nordrhein-Westfalen. Davon dürfte nur ein kleiner Teil überhaupt Pflegegeld erhalten. Von daher unsere Anregung zu überlegen, nur eine hälftige Anrechnung der gewährten Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz bei minderjährigen Blinden festzuschreiben.

Der zweite Punkt betrifft die Kürzung des Blindengeldes vom vollendeten 60. Lebensjahr an. Die Kürzung nach Ausscheiden aus dem Berufsleben halten wir, wie wir auch in unserer Stellungnahme zum Ausdruck gebracht haben, für vertretbar. Wir weisen darauf hin, daß die Betroffenen in jedem Fall den Anspruch auf ergänzende Blindenhilfe nach § 67 BSHG behalten. Es muß allerdings gesehen werden, daß an dieser Stelle zu erwarten ist, daß ein erheblicher Verwaltungsaufwand entstehen könnte. Es ist zu erwarten, daß die Betroffenen, die ihr Blindengeld vom 60. Lebensjahr an gekürzt bekommen, die ergänzenden Leistungen in Anspruch nehmen, so daß wir mit einer Vielzahl von Anträgen wegen monatlicher Zahlungsbeträge von 69 bzw. 138 DM zu rechnen hätten, verbunden mit umfangreichen Einkommens- und Vermögensprüfungen. Wir regen in unserer Stellungnahme deshalb eine Harmonisierung der Vorschriften Blindengeld und Blindenhilfe an.

Zu den Landeshilfen für Gehörlose und hochgradig Sehschwache möchten wir etwas differenzierter Stellung nehmen. Wir halten diese Gesetzesinitiative aus sozialpolitischer Sicht für nachvollziehbar und auch für sachlich gerechtfertigt, sind aber angesichts der heutigen Finanzsituation auch aufgerufen, auf die kritischen Punkte in diesem Zusammenhang aufmerksam zu machen. Unter dem Strich meinen wir aber, daß angesichts der Tatsache, daß diese neuen Leistungen insgesamt kostenneutral eingeführt werden, von seiten der Landschaftsverbände letztlich keine Bedenken geltend gemacht werden sollten.

Äußern möchte ich mich noch zu den Finanzen, weil wir glauben, daß die Kostenentlastungen, die mit 52 Millionen DM für die Verbände prognostiziert sind, so nicht erreichbar sind. Im wesentlichen sind dafür vier Gründe maßgebend.

Wir glauben zum einen, daß die Erwartung, daß Minderausgaben von etwa 43 Millionen DM durch die Alterskürzung eintreten werden, nicht eintreten wird. Wir haben diese Dinge anhand unserer EDV-Daten konkret nachgerechnet und kommen unter Zugrundelegung der derzeitigen Empfänger auf eine zu erwartende Einsparung wegen der Alterskürzung von etwa 36 Millionen DM im Jahr. Anders erwarten wir allerdings bei den Ausgaben deutlich höhere Beträge als erwartet, und zwar insbesondere für die Hilfen für Sehschwache. Der Kalkulation liegt, weil andere feste Daten gegenwärtig nicht verfügbar waren, zunächst einmal die Zahl der Empfänger der Landeshilfe, die bisher gewährt worden ist, zugrunde. Eine Gegenrechnung anhand der Zahlen, die vom Landesversorgungsamt zur Verfügung gestellt worden sind bezüglich der Personen, die als hochgradig sehschwach und schwerbehindert anerkannt

worden sind, ergibt aber, daß etwa 14 000 hochgradig Sehschwache im Lande Nordrhein-Westfalen derzeit eine Anerkennung durch das Landesversorgungsamt besitzen. Die Voraussetzungen für diese Anerkennung und die Anspruchsvoraussetzungen nach dem neuen Gesetz sind inhaltsgleich. Insoweit wäre potentiell von dieser Empfängerzahl auszugehen, wobei wir allerdings glauben, daß etliche Personen aus diesem Berechtigtenkreis inzwischen, ohne eine Korrektur des Schwerbehindertenausweises beantragt zu haben, vielleicht erblindet sind. Außerdem wäre ein gewisser Abzug für die unter 16jährigen zu machen. Es ist aber sicherlich davon auszugehen, daß die Zahl der Berechtigten deutlich über der der Kalkulation zugrunde liegenden Zahl von 2 500 liegen wird. Selbst wenn wir sehr zurückhaltend von nur 8 000 Berechtigten ausgehen, wird der Aufwand im Jahr etwa bei 14 bis 15 Millionen DM liegen.

Eine Unsicherheit liegt nach unserer Einschätzung auch darin, daß bisher in den Kalkulationen davon ausgegangen wird, daß nur 10 % der potentiell Berechtigten einen Anspruch auf ergänzende Blindenhilfe geltend machen werden und 90 % diesen Anspruch nicht geltend machen werden. Ob das so sein wird, ist, wie gesagt, unsicher. Wir glauben, daß dieser Anteil höher liegen wird mit entsprechend höheren Finanzfolgen. Zu berücksichtigen ist im übrigen auch, daß durch die Bearbeitung der zusätzlichen Aufgaben für die Hilfen für Gehörlose und Sehschwache zusätzlicher Verwaltungsaufwand bei den Landschaftsverbänden zu Buche schlagen wird. Deshalb begrüßen wir, daß in der Begründung zum Gesetzentwurf vorgesehen worden ist, die bisher gewährte Landeshilfe für Sehschwache den Landschaftsverbänden zur Verfügung zu stellen, bedauern allerdings, daß das nicht ausdrücklich auch im Gesetz so festgeschrieben ist.

Die übrigen Punkte in unserer Stellungnahme betreffen im wesentlichen Klarstellungen und Präzisierungen. Darauf will ich hier nicht noch einmal im einzelnen eingehen.

Zwei Punkte möchte ich allerdings noch erwähnen. Zum einen scheint uns wichtig, daß im Gesetzentwurf ausdrücklich festgelegt wird, daß anspruchsberechtigt für die neuen Leistungen nur Personen sein sollten, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in Nordrhein-Westfalen haben. Zweitens meinen wir, daß es angesichts der zu erwartenden Empfängerzahlen sinnvoll wäre, die erhöhten Leistungen aufgrund dieses Gesetzes erst zum 1. Juli 1998 in Kraft zu setzen, um auch verwaltungsmäßig einen Vorlauf zu haben.

Vorsitzender Bodo Champignon: Wir kommen zur abschließenden Fragerunde. Als erster hat Herr Kollege Gregull das Wort.

Georg Gregull (CDU): Vor meinen kurzen Fragen an Herrn Hahn eine Feststellung: Es war anerkennenswert, daß ein hier angehörter Interessensvertreter nicht einfach nein sagt, sondern sich bemüht hat, in solidarischer Gemeinschaft eine gerechtere Lösung zu finden. Das möchte ich anerkennen und positiv hervorheben.

Herr Hahn, aus welcher Motivation heraus erklärt sich diese Haltung: aus der Erkenntnis, daß die finanziellen Ressourcen dies zwingend notwendig machen, oder aus der Resignation, weil sich das Gesetz sowieso nicht verhindern läßt?

Meine zweite Frage: Könnten Sie mitteilen, wieviel Ihr Vorschlag an Kürzung für den einzelnen Blinden bedeuten würde?

Klaus Hahn: Zu Ihrer ersten Frage: Resignation! Wir kennen die Entwicklung in den anderen Bundesländern, und wir kennen auch die Diskussionen, die hier gelaufen sind, bevor es zu diesem Gesetzentwurf kam. So könnten wir es zwar für sehr effektiv, nicht aber für besonders wirkungsvoll halten, jetzt generell gegen die damit verfolgte Absicht zu Felde zu ziehen. Es geht unseres Erachtens kaum noch um Argumentation, sondern darum, ein politisch gesetztes Einsparziel in die Tat umzusetzen.

Die andere Frage: Sie möchten vom Betrag her hören, wieviel die Kürzung ausmachen würde. Wir haben es nicht durchgerechnet. Ich habe nur auf die Regelung in Niedersachsen und in Schleswig-Holstein verwiesen. Dort beträgt das Landesblindengeld 90 % des jeweiligen Betrages nach § 67 BSHG; das wären 1 063 DM minus 10 %, also etwa die Größenordnung von 950, 960 DM.

Wolfram Kuschke (SPD): Wir haben so begonnen, und deswegen kann man es wohl am Ende auch noch einmal machen: den Bereich der Fragen etwas zu verlassen oder Fragen so zu formulieren, wie man sie sich selbst beantworten könnte. Ich bitte zu berücksichtigen, daß bei der Zielsetzung, die die antragstellenden Fraktionen mit diesem Gesetzgebungsvorhaben verbinden, natürlich der Landesgesetzgeber bei Veränderung der materiellen Grundlagen im Pflegebereich - Stichwort: Bundespflegeversicherungsgesetz und Auswirkungen auf Bundessozialhilfegesetz und Landesblindengeldgesetz - gehalten ist, Prüfungen vorzunehmen. Nichts anderes tun wir. Anhörungen haben den guten Zweck, daß man sich durch sie schlauer machen kann. Ich schließe mich dem Dank, den Herr Kollege Gregull ausgesprochen hat, gern an.

Denjenigen, die wir zur Anhörung geladen haben und die jetzt unter erschwerten Bedingungen so lange aushalten mußten, will ich den Heimweg etwas verschönern, indem ich darauf hinweise, daß die antragstellenden Fraktionen von den Ausführungen über die Auswirkungen auf die Situation der Kinder beeindruckt gewesen sind und wir hier einen Weg gehen wollen, wie er für die taubblinden Kinder ebenso wie für die anderen Kinder aufgezeigt worden ist.

Vorsitzender Bodo Champignon: Weitere Wortmeldungen liegen nicht mehr vor. Damit sind wir am Ende der heutigen Anhörung zu Abschnitt III. Ich schließe mich dem Ihnen gegenüber schon zum Ausdruck gebrachten Dank an, vor allem für Ihre Geduld, hier so lange auszuhalten. Dies hat uns für unsere weitere Arbeit sehr geholfen. Herzlichen Dank für Ihre sachkundigen Beiträge - und guten Heimweg!

(Beifall)

Der Ausschuß für Kommunalpolitik setzt die Anhörung nunmehr allein fort.

Vorsitzender Friedrich Hofmann: Meine sehr verehrten Damen und Herren! Wir setzen die Anhörung nunmehr mit dem

Abschnitt IV

fort, in dem

Artikel 11 mit Ausnahme der Nummer 6

behandelt werden soll. Die Reihenfolge der Redner und die von den Verbänden benannten Sprecher sind der als Tischvorlage verteilten Liste zu entnehmen. Die schriftlich formulierten Stellungnahmen der Anhörungsteilnehmer wurden als Zuschriften an die Abgeordneten verteilt. Nach Entgegennahme der mündlichen Stellungnahmen haben die Ausschußmitglieder Gelegenheit, Fragen an die Anhörungsteilnehmer zu richten, die en bloc beantwortet werden. - Wir beginnen mit der Anhörung.

Ursus Fuhrmann (Städtetag Nordrhein-Westfalen): Herr Vorsitzender! Meine Herren - Damen sind nicht mehr anwesend -, herzlichen Dank dafür, daß Sie uns Gelegenheit auch zur mündlichen Äußerung geben. Ich darf mich auf unsere schriftliche Stellungnahme vom 01.10.1997 beziehen, die Ihnen zugegangen ist.

Vorab möchte ich auf zwei uns sehr interessierende Punkte hinweisen. Der eine Punkt: Wir plädieren nicht für eine Aufhebung der Regelung der wöchentlichen Arbeitszeit, sondern für eine Erhöhung der bislang festgesetzten Stundenzahl von 20 auf 23 Stunden. Dabei bitte ich zu bedenken, daß gegenwärtig das Gros der Feuerwehrleute nach unseren über viele Jahre durchgeführten Untersuchungen auf höchstens 15 Stunden Arbeits- und Ausbildungszeit in der Woche kommt. Einige Sonderfunktionen sind allerdings stärker belastet; hier kann die wöchentliche Arbeitszeit schon einmal auf etwas über 23 Stunden steigen. Dies gilt vor allen Dingen für Feuerwehrkräfte, die im Rettungsdienst - in der Notfallrettung - eingesetzt sind.

Im übrigen benötigen wir eine Erhöhung der wöchentlichen Arbeitszeit auch für die Sonderfunktionen der Leitstellen. Es würde uns sehr helfen, wenn hierfür eine entsprechende Regelung käme.

Zweitens: Wir haben heute bei der gegenwärtigen Schichtdienstplanorganisation - dies ist der 24-Stunden-Schichtdienst - kaum noch Möglichkeiten, neben dem Einsatzdienst, der nicht disponibel, sondern zufällig ist, Aus- und Fortbildung in den Feuerwehren zu betreiben, zumindest nicht in der Weise, daß die Feuerwehrkräfte zwecks Aus- und Fortbildung in größere Blöcke zusammengeführt werden können.

Deswegen plädieren wir dafür, auch die Sonntage für Arbeits- und Ausbildungsdienst zu öffnen. Sie wissen wahrscheinlich alle aufgrund von Erkundigungen, die Sie eingezogen haben, daß gegenwärtig an Sonntagen überhaupt kein Ausbildungs- oder Arbeitsdienst, sondern ausschließlich Bereitschaftsdienst geleistet wird. Andere Arbeitnehmergruppen wie Schichtdienstarbeiter im Achtstundendienst, die etwa bei Bayer oder Opel sonntags arbeiten, müssen acht Stunden "hart ranklotzen", um Leistungen nachzuweisen.

Wir wollen diese Arbeitnehmergruppen bewußt nicht mit den Feuerwehren vergleichen, aber einen gewissen Bezug haben meine Ausführungen schon zu dem normalen Schichtdienst.

Um insbesondere Aus- und Fortbildung betreiben zu können, benötigen wir also die Öffnung des Sonntags für solche Tätigkeiten. Dies würden wir im Schwerpunkt gern vornehmen.

Wir sehen in einer solchen Erweiterung des geltenden Arbeitszeitrechts der Feuerwehren durchaus eine Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung. In erster Linie sind wir nicht der Auffassung, daß durch eine Herausnahme einer Regelung der wöchentlichen Arbeitszeit eine Stärkung der kommunalen Selbstverwaltung eintreten könnte. Zwar sieht dies vordergründig so aus, indem nämlich den Kommunen vor Ort die Möglichkeit eröffnet würde, zusammen mit dem Personalrat die wöchentliche Arbeitszeit auszuhandeln. Nur, wir werden dann von Stadt zu Stadt und von Gemeinde zu Gemeinde, wo sich Feuerwehren mit hauptamtlichen Kräften befinden, unterschiedliche Regelungen bekommen. Ich kann mir nicht vorstellen, daß wir etwa auf eine Stundenzahl von 23 Stunden in der Woche kämen. Meine - persönliche - Prognose wäre, daß man sich bei den Erfahrungswerten, die im Rahmen der gegenwärtigen Schichtdienstplanorganisation möglich wären, etwa bei 15 Stunden einpendeln würde. Vielleicht wäre für bestimmte Sonderfunktionen eine andere Regelung erreichbar. Das dürfte nur schwierig darstellbar sein. Im übrigen bitte ich zu bedenken, daß Arbeitszeitregelungen in gewisser Weise ein "Sonderding" im Rahmen von Überlegungen zur Stärkung der Selbstverwaltung sind.

Bei der im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Lösung würde eine landeseinheitliche Regelung aufgegeben, die man mit einem Flächentarifvertrag vergleichen könnte.

Bei dieser Gelegenheit darf ich darauf hinweisen, daß wir uns im Vorraum mit den Gewerkschaften ÖTV und KOMBA auf gewisse Kompromißlinien verständigt haben, die zu einem Erfolg führen dürften; davon bin ich fest überzeugt.

Ich bitte gleichzeitig, nicht das Gefühl aufkommen zu lassen, wir wollten die Autonomie des Landtags beschränken. Arbeitszeitregelungen haben weitgehend Tarifcharakter und werden mit den jeweiligen Tarifpartnern oder -gruppen. Hier liegt eine - ich sage das bewußt - in etwa vergleichbar Situation vor.

Unter der Voraussetzung, daß die Gewerkschaften nicht mit einer von uns im Vorraum angedachten Kompromißlösung einverstanden wären, bin ich ermächtigt, unsere ablehnende Stellungnahme gegenüber dem Gesetzentwurf zurückzunehmen.

Dr. Manfred Wichmann (Nordrhein-Westfälischer Städte- und Gemeindebund): Herr Vorsitzender! Meine Herren! Ich kann mich nicht nur kurz fassen, sondern werde es auch tun.

Erstens: Der Nordrhein-Westfälische Städte- und Gemeindebund hält die in Artikel 11 vorgesehene Regelung für geeignet, die kommunale Selbstverwaltung zu stärken. Wir stimmen ihr deshalb ganz überwiegend zu.

Zweitens: Die Probleme bei der Arbeitszeitverordnung Feuerwehr, die Herr Fuhrmann eben ausführlich geschildert hat, werden von uns ebenfalls gesehen. Wir möchten Sie deshalb im Sinne der kommunalen Selbstverwaltung bitten, den in Gesprächen mit dem DGB und der KOMBA-Gewerkschaft angedachten Wegen nicht entgegenzustehen, sondern Gelegenheit zu geben, daß die kommunalen Spitzenverbände mit den Tarifvertragsparteien zu einvernehmlichen Lösungen gelangen.

Jörg Wessiepe (Deutscher Beamtenbund): Herr Vorsitzender! Meine Herren Landtagsabgeordneten! Verehrte Herren! Ich danke für die Möglichkeit, unsere Position, die wir Ihnen schriftlich dargestellt haben, kurz mündlich zu erläutern. - Als Gewerkschaft sehen wir zur Zeit überhaupt keinen Handlungsbedarf in der Frage der Arbeitszeit bei den Feuerwehren. Wir haben seit mehr als 20 Jahren in der Arbeitszeitfrage Frieden, abgesehen von kleinen strukturellen Veränderungen. Durch Anpassung der Arbeitszeit an die allgemeine Arbeitszeit hat es bei den Feuerwehren keine Veränderung gegeben. Die Feuerwehren haben hier auch keine kürzeren Zeiten gefordert. Wir leisten nach wie vor in der Woche 54 Stunden, wobei 1973 eine Schutzvorschrift - höchstens 20 Stunden Arbeits- und Ausbildungsdienst - aufgenommen worden ist. Auch damals gab es um diese Formulierung "20 Stunden Arbeits- und Ausbildungsdienst" heftigen Streit zwischen diesem Hause - freilich an anderer Stelle - und den Gewerkschaften. Wir haben es durchgesetzt, daß diese 20-Stunden-Regelung eingefügt wurde. Damit konnten wir gut leben.

Was im vorliegenden Gesetzentwurf vorgesehen ist, bedeutet, daß im schlimmsten Falle Feuerwehrleute auch 54 Stunden Arbeits- und Ausbildungsdienst leisten. Das können wir überhaupt nicht akzeptieren, auch nicht im Vergleich zur allgemeingültigen Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden. Deshalb lehnen wir dies ab und haben es auch in unserer Stellungnahme sehr deutlich gemacht.

Wie Herr Fuhrmann vorhin andeutete, haben wir mit den kommunalen Spitzenverbänden im Vorfeld über diese Probleme beraten und können an dieser Stelle sicherlich sagen, daß wir die Absichtserklärung abgeben und den festen Willen haben, uns in dieser Frage mit den kommunalen Spitzenverbänden zu einigen - auf welcher Basis und in welcher Richtung, das werden wir im einzelnen noch zu besprechen haben, wenn es möglich wäre. Aber wir würden gern diesen Weg beschreiten, um zu verhindern, daß etwa 10 000 hauptamtliche Feuerwehrleute auf die Straße gehen - mit legalen Mitteln natürlich! -, um zu demonstrieren, daß sie überlastet sind.

(Walter Grevener [SPD]: Wenn die Situation so ist, können Sie davon ausgehen, daß wir dem folgen!)

- Danke schön. Damit kann ich meinen Vortrag beenden, ohne weitere Einzelheiten anzuführen.

(Zuruf des Walter Grevener [SPD])

Gerd Stuhlmann (Deutscher Gewerkschaftsbund NRW): Herr Vorsitzender! Meine Herren! Es kommt manchmal - nicht immer! - vor, daß der DGB und die ÖTV - für beide spreche ich - mit den Konkurrenzorganisationen einer Auffassung sind. In diesem Fall ist es so. Die ÖTV hat den Abgeordneten des Landtags eine schriftliche Stellungnahme zukommen lassen, in der wir - was auch relativ selten vorkommt - dokumentiert haben, daß wir gar nicht wollen. Wir haben also keinen Handlungsbedarf, insbesondere was die Frage der Arbeitszeit für Feuerwehrbeamte angeht.

In einem weiteren, schon abschließenden Punkt möchte ich mich auf die Darlegungen des Herrn Fuhrmann vom Städtetag beziehen. Ich kann mir sehr gut vorstellen, daß bei Wegfall

der Ziffer 4 des Artikels 11 die kommunalen Spitzenverbände und die beteiligten Gewerkschaften zu einer einvernehmlichen Regelung gelangen können.

Prof. Dr.-Ing. Walter Seele (in Vertretung für Prof. Dr.-Ing. Erich Weiß, Lehrstuhl für Bodenordnung und Bodenwirtschaft, Bonn): Herr Vorsitzender! Meine Herren Abgeordneten! Meine Herren! Ich möchte mich zu der Verordnung über die Gutachterausschüsse für Grundstückswerte äußern und zugleich - wenn Sie es erlauben - zu dem gestrigen Thema "Katastergesetz" noch eine kurze Aussage machen.

Die schriftliche Stellungnahme meines Nachfolgers liegt Ihnen vor; er ist verhindert, und ich entschuldige ihn. Wir haben über seine Stellungnahme gesprochen. Ich werde sie kurz zu begründen versuchen und die eine oder andere Anmerkung aus meiner Sicht dazu machen.

Wir beide sind der Auffassung, daß es sehr wohl angebracht erscheint, auch die Verordnung über die Gutachterausschüsse für Grundstückswerte angesichts des Gebots von Subsidiarität und Sparsamkeit - Einnahmen mehren, Ausgaben mindern, Verwaltungsausgaben einsparen! - einer Prüfung zu unterziehen. Nur - darin sind wir einig - darf hierunter die Effizienz der Gutachterausschüsse nicht leiden, sondern es sollte versucht werden, deren Wirkung zu stärken.

Betrachtet man die jetzige Verfassung, ist im großen und ganzen festzustellen, daß sie sich bewährt hat. Wenn indes einige große Gemeinden zu der Überzeugung gekommen sind, daß sie diese Aufgaben nicht so wahrnehmen können, wie es nach dem Baugesetzbuch verlangt wird, und deswegen andere Organisationsformen wünschen, sollte man dem nachgehen.

Herr Weiß schlägt vor zu prüfen, ob nicht einfach die Kompetenz der großen Gemeinden wieder an die Kreise zurückgegeben wird. Auf den ersten Blick scheint dies eine sehr vernünftige Lösung zu sein, sind doch bei den Kreisen kaum organisatorische Umstellungen notwendig. Ich persönlich meine indes, daß man auch die in der Gesetzesvorlage vorgesehene vertragliche Regelung sehr wohl gut praktizieren könnte, vorausgesetzt, daß die Geschäftsstellen wie auch die Gutachterausschüsse - ob gemeinsame Gutachterausschüsse oder gemeinsame Geschäftsstellen; das ist, denke ich, gleich zu bewerten - weiterhin personell und materiell in den Stand gesetzt werden, ihre Aufgaben zu erfüllen.

Herr Weiß schlägt die Rückgabe der Aufgaben der großen Gemeinden an die Kreise vor. Er hält das jetzige Vorhaben, gemeinsame Gutachterausschüsse bzw. gemeinsame Geschäftsstellen für mehrere Gutachterausschüsse zu bilden, nicht für empfehlenswert. Ich persönlich bin der Meinung, es ist besser, man tut das, was die Gemeinden für effizient halten, schafft aber die gebotene Sicherheit, daß darunter die Aufgabenerfüllung nicht leidet. Ich habe keine große Sorge, wenn insoweit die gesetzliche Regelung durchgeführt würde.

Noch ein Wort zum Vermessungs- und Katastergesetz! Ich vermag beim besten Wohlwollen nicht den Sinn der Regelung einzusehen, wonach die Katasterbehörden befugt sein sollen, künftig auch Aufträge Dritter abzulehnen, zu erfassen - jedenfalls nicht nach der Zielsetzung des Kommunalisierungsgesetzes. Es werden keine Einnahmen vermehrt, es werden keine Ausgaben eingespart, und es wird auch kein Verwaltungsaufwand gespart, es sei denn, man gelangte neuerdings zu der Meinung, Behörden könnten Aufträge Dritter rundweg ohne

Erklärung und Begründung ablehnen, wie jeder Private auch. Ich persönlich würde das für sehr bedauerlich halten. Ich meine schon, daß ein Antragsteller von seiten der Gemeinde erwarten darf, daß man ihm für die Ablehnung eines Auftrages Erklärungen gibt und dafür zugleich eine plausible Begründung liefert. Dies bedeutet, daß mehr Aufwand erforderlich sein wird als bisher.

Friedrich-Ernst Martin (Landesfeuerwehrverband Nordrhein-Westfalen e. V.): Herr Vorsitzender! Meine Herren! Es gibt am heutigen Sitzungstag aus unserer Sicht zwei Punkte, zu denen der Landesfeuerwehrverband Stellung nimmt. Ich trage hier das, was wir schriftlich bereits vorgelegt haben, mündlich noch einmal vor.

Einmal geht es um die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Laufbahn des gehobenen feuerwehrtechnischen Dienstes. Hier haben wir gegen die vorgesehene gesetzliche Regelung keine grundsätzlichen Bedenken.

Der zweite Punkt betrifft die hier schon mehrfach angesprochene Änderung der Arbeitszeitverordnung Feuerwehr. Dazu führen wir aus, daß wir den geplanten Änderungen, wie sie im Gesetzentwurf stehen, nicht zustimmen können. Aber ich habe mitbekommen, daß dieser Punkt inzwischen gestrichen wurde. Deshalb kann ich mir die ergänzende Stellungnahme in meinem Vortrag sparen.

Im übrigen teilen wir die Einschätzung der Vorredner sowohl der kommunalen Spitzenverbände als auch der Gewerkschaften und sehen darin eine praktikable Lösung für die Zukunft.

Detlef Menne, Warburg: Herr Vorsitzender! Meine Herren! Ich habe meine Stellungnahme - so habe ich die Einladung zu diesem Hearing verstanden - in drei Teilen aufgebaut. In meiner schriftlichen Stellungnahme können Sie eine Zusammenfassung meiner Aussagen zu der Übertragung der Brandschau auf private Sachverständige nachlesen. Dies ist, wie ich erfahren habe, bereits gestern abgehandelt worden.

Zu den beiden anderen Themen, die heute zur Anhörung anstehen - Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den gehobenen feuerwehrtechnischen Dienst -, kann ich aus sachverständiger Sicht nur sagen, daß gegen diese Regelung keine Bedenken bestehen.

Zu Nr. 4 des Artikels 11 hätte ich Bedenken vorbringen müssen. Nach dem derzeitigen Stand kann davon ausgegangen werden, daß die Vorschrift nicht zum Tragen kommt. Deshalb kann ich mich so kurz fassen.

Dr. Peter Schäfer (Projektteam "Überprüfung von Sach- und Personalstandards in Landesvorschriften"): Herr Vorsitzender! Meine Herren! Ich darf unsere Firma kurz vorstellen. In der ganzen heutigen Anhörung bin ich so etwas wie ein "Exot". Wir haben vor drei, vier Jahren kommunale Standards im Lande Nordrhein-Westfalen von allen Ressorts untersucht, die solche Standards heraus- bzw. vorgegeben haben. Dies ist der Hintergrund dafür, daß wir heute und auch morgen zur Stellungnahme eingeladen worden sind.

Ich vertrete keine bestimmten Interessen in einer bestimmten Richtung, weil wir kein Verband sind. Wenn überhaupt, vertreten wir das Interesse des Gemeinwohls oder der Steuerzahler - wenn man das einmal so formulieren darf.

Ich möchte mich recht kurz fassen. Zum einen will ich auf die Kernaussagen unseres Gutachtens eingehen, allerdings nicht auf deren Inhalt im einzelnen. Vielmehr betone ich, daß wir heute weiterhin die Empfehlungen tragen und sie ebenso unterschreiben würden, wie wir sie damals - wenn es auch bereits vier Jahre her ist - formuliert haben.

Wir meinen dies insbesondere hinsichtlich der verschiedenen Arten und der Vielzahl von Standards. Seinerzeit haben wir ungefähr 200 Standards untersucht. Wir meinen weiterhin, daß das Land es generell nicht als nötig befinden muß, Personalstandards für Kommunen vorzugeben. Die Kommunen sind leistungsfähig und stark genug, um dies selber bestimmen zu können. Wir meinen auch, daß das Personal gerade in der Kommunalverwaltung nicht nur nach der Funktionalreform, sondern auch in den Zeiten verbesserter Ausbildung und Qualifikation geeignet ist, solche Aufgaben selbständig zu bewältigen.

Wir hatten damals als Empfehlung formuliert: "Abbau aller Personalstandards". Dies vertreten wir auch für die Zukunft. Nach unserer Ansicht werden die Kommunen kein fachfremdes Personal in irgendwelchen Fachämtern einsetzen.

Wir sind der Auffassung - dies wurde heute morgen ebenfalls angesprochen -, daß die Denkstrukturen geändert werden müssen. Nicht nur bei neuen, sondern auch bei vorhandenen Standards muß die Frage erlaubt sein: Was wäre, wenn diese Standards nicht gelten würden? Für uns zählt in diesem Fall die kommunale Organisations-, Personal- und sonstige Hoheit mehr als bestimmte fachliche Einzelinteressen. Die Welt bricht sicher nicht zusammen - so ist an diesem Vormittag schon einmal gesagt worden -, wenn keine Standards entwickelt und den Kommunen keine Vorgaben gemacht werden.

Über das, was wir im Jahre 1993 gesagt haben, hinaus vertreten wir die Meinung, daß auch Organisationsstandards nicht erforderlich sind. Es gibt die Kommunale Gemeinschaftsstelle, es gibt viele Erfahrungen im kommunalen Bereich. Der Standardisierungsgrad der Kommunen selber im Organisationsbereich ist so hoch wie weder beim Bund noch beim Land; es gibt da keine vergleichbare Stelle. Die Kommunen wissen selber, wie sie sich neu organisieren sollen. Wenn Sie berücksichtigen, welche neuen Aufgaben auf sie zukommen - neues Steuerungsmodell, Budgetierung; man braucht bloß diese Stichworte zu nennen -, dann schaffen die Kommunen das nur, wenn sie sich selbst organisieren können und nicht "von oben" - bestimmte Fachämter vielleicht ausgenommen - irgendwelche Vorgaben erhalten.

Ein kurzer Durchgang durch die sieben Nummern des Artikels 11 des Gesetzentwurfs; die Nr. 6 ist ja ausgenommen. Bisher wurden nur einige dieser Nummern angesprochen.

Mit der Nr. 1 - Beitreibung rückständiger Rundfunkgebühren - sind wir einverstanden. Dazu nur die Frage: Woher kommen die 45 DM? Ist das richtig, zu hoch oder zu niedrig berechnet? Entspricht der Betrag dem tatsächlichen Aufwand?

Die Nr. 2 betrifft die Bekanntmachung von kommunalem Ortsrecht. - Einverstanden! Wir meinen, daß in diesem Fall auch die Rechtssicherheit dadurch, daß ein bestimmter Status,

nicht aber die Einwohnerzahl maßgebend ist, Vorrang vor rechtlichen Einzelbedenken hat, die in einer Stellungnahme geäußert wurden.

Zu Nr. 3 - einverstanden! Keine Fragen und keine Bedenken!

Von der Nr. 4 ist inzwischen klar, daß sie entfallen soll. Hierzu hätte ich gesagt: Trotzdem handelt es sich um örtliche Konflikte, die örtlich gelöst werden müssen. Wenn Personalräte an Ort und Stelle Bedenken anmelden, müssen diese Probleme mit der örtlichen Dienststelle gelöst werden.

Mit der Nr. 5 - Zuständigkeit im Arzneimittelwesen - sind wir einverstanden. Unsere Empfehlung lautet: Bitte, definieren Sie nicht mehr, was geeignet ist; dann fängt das nämlich mit den Personalstandards wieder an. Auch dies ist den Kommunen selbst bekannt.

Mit der Verordnung über die Gutachterausschüsse - Nr. 7 - sind wir ebenfalls einverstanden, allerdings dann - dies ist wichtig! -, wenn auch gemeinsame Geschäftsstellen gebildet werden. Wenn Rationalisierungs- und Einsparungspotential ausgeschöpft werden soll, kann dies nur dadurch geschehen, daß die eigentliche Arbeit zusammengefaßt wird. Uns ist aus vielen Untersuchungen bei Vermessungs- und Katasterämtern auch in Nordrhein-Westfalen bekannt, daß dort das eigentliche Einsparungspotential liegt, was die Erstellung der Gutachten betrifft. - Über die Verlängerung der Laufzeit kann man noch einmal nachdenken, weil sich in diesem Bereich nicht so rasch etwas ändert wie in vielen anderen Bereichen.

Die Nr. 8 dürfte erledigt sein; hierzu brauche ich mich nicht mehr zu äußern.

Abschließend: Wir haben seinerzeit 200 Vorschriften, Standards, Gesetze und Verordnungen untersucht. Damals hatten wir vorgeschlagen, ein Drittel davon wegfällen zu lassen, ein weiteres Drittel zu reduzieren und das letzte Drittel beizubehalten. Sie beschreiten aus unserer Sicht mit diesem Gesetzentwurf den richtigen Weg. Wir müssen allerdings auch feststellen - das werde ich morgen beim Abschnitt VI etwas deutlicher vortragen -, daß viele Vorschläge, die wir seinerzeit gemacht haben und zu denen wir heute noch stehen, zum Beispiel im Umweltbereich, in diesem Gesetzentwurf nicht aufgegriffen wurden. Dort gibt es noch viele Bereiche, wo die eigentliche finanzielle Belastung der Kommunen herrührt. Sie dürfen auch künftig nicht sakrosankt bleiben oder es werden. Die Not der Zukunft wird Sie darauf hinweisen, daß auf diesem Gebiet noch einiges zu geschehen hat.

Noch einmal: Sie befinden sich auf dem richtigen Wege. Viele Bundesländer haben den hohen Kommunalisierungsgrad Nordrhein-Westfalens, den Sie seit dem Bestehen dieses Bundeslandes haben, zum Teil zum Vorbild genommen. Ich habe selber ein Projekt in Baden-Württemberg durchgeführt, wo die Veterinär- und die Gesundheitsämter schon immer in kommunaler Zuständigkeit waren. Dort haben wir auch die Wasserwirtschaftsämter kommunalisiert. Das war ein schwerer Weg, und er hat sehr lange gedauert. Die Maßnahmen sind jetzt noch nicht vollständig abgeschlossen. Bitte, gehen Sie von diesem Weg nicht wieder ab! Vertrauen Sie den Kommunen! Geben Sie ihnen die Freiheiten - zum Wohle der Kommunen und in ihr Ermessen gestellt! - Ich danke Ihnen.

Vorsitzender Friedrich Hofmann: Damit sind wir am Ende der Anhörung von Sachverständigen. Ich eröffne die Fragerunde. Herr Groth, bitte schön.

Ewald Groth (GRÜNE): Es ging vorhin etwas schnell mit dem Punkt "20-Stunden-Begrenzung". Ich möchte noch einmal festhalten: Wir haben gehört, daß es bei der Mehrzahl der Feuerwehrleute nicht zu einer 20-Stunden-Belastung kommt; vielmehr bleibt ihre Belastung weit darunter. Wir haben auch gehört, daß es Bewegung von seiten der kommunalen Spitzenverbände und auch der Gewerkschaften gibt, aufeinander zuzugehen und zu einvernehmlichen Regelungen zu gelangen.

Sie haben gesehen, daß die Koalitionsfraktionen sehr rasch bereit sind, sich über die Reihen hinweg zu verständigen und zu erklären: Dabei halten wir uns heraus, auch wenn es uns etwas seltsam vorkommt, daß wir als "Speerspitze" für Tarifverhandlungen "genutzt" worden sind.

Eine zusätzliche Frage, die über das heute zu behandelnde Thema etwas hinausgeht: Wir hören von den Feuerwehrleuten aus den Kreisleitstellen - dieser Hinweis richtet sich an die Verbände -, daß ihnen die Feuerwehruzulage genommen werden soll. Dies können wir - auch wenn wir uns jetzt nicht im Verfahren befinden - nicht gut finden und auch nicht richtig verstehen. Wenn Sie sich dazu noch äußern könnten, wäre ich Ihnen dankbar.

Ursus Fuhrmann: Der Wegfall der Feuerwehruzulage ist durch ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts bedingt. Das Bundesverwaltungsgericht hat festgestellt, daß die Vorbemerkungen A zum Bundesbesoldungsgesetz nur dann eine Feuerwehruzulage gestatten, wenn Einsatzkräfte unmittelbar für den Einsatzdienst eingeteilt worden sind. Leitstellenbeamte - das liegt in der Natur der Sache - haben Leitstellendienst zu verrichten und müssen ihn während der gesamten Schichtzeit leisten - mit der Folge, daß sie nicht zum Einsatzdienst, der besondere Erschwernisse gegenüber dem Leitstellendienst bringt, wenn es zu einem Einsatz kommt, eingeteilt werden können. Abweichendes gilt allenfalls für ganz große Leitstellen, in denen ein Kräfteüberhang als Reserve gehalten wird. Dort kann es schon einmal vorkommen, daß auch Leitstellenkräfte planmäßig für den Einsatzdienst vorgesehen werden.

Im Ergebnis ist festzustellen, daß die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts hier für einen Großteil der Kräfte die Feuerwehruzulage genommen hat.

Eckhard Schwill (KOMBA-Gewerkschaft im Deutschen Beamtenbund): Wir haben bereits bei der Anhörung zur Novellierung des FSHG vorgetragen, daß auch wir als KOMBA-Gewerkschaft hier einen Regelungsbedarf sehen. In diesem Fall ist sicher der Bundesgesetzgeber in allererster Linie gefragt, die Änderung der Vorbemerkung Nr. 10 zu den Besoldungsordnungen A und B vorzunehmen. Wir sehen jedoch durch eine entsprechende Anpassung des FSHG für Leitstellenbeamte in den Kreisleitstellen aufgrund entsprechender Praktika die Möglichkeit, durch einen Austausch mit hauptamtlichen Wachen Einsatzdienst zu leisten. Das bedeutet, daß den Leitstellenbeamten die Möglichkeit eröffnet wird, Erfahrungen in der Praxis zu sammeln. Man muß sich vorstellen, daß diese Beamten in der Regel über Jahre hinweg in den Leitstellen sitzen, ohne die unmittelbare Einsatzerfahrung zu haben. Als KOMBA-Gewerkschaft fordern wir, dies auszugleichen, indem - wie in der Entwurfsbegründung zu § 21 FSHG ausgeführt - mehr Praktika abgeleistet werden können, so daß ein Austausch mit hauptamtlichen Wachen stattfinden kann. Hiervon versprechen wir uns in der Praxis, daß das Manko der Streichung der Feuerwehruzulage ausgeglichen wird. Wie Herr

Fuhrmann bereits deutlich gemacht hat, ist es aufgrund der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts wegen der tatsächlichen Vorgaben schwierig, für die Leitstellenbeamten die Feuerwehruzulage weiter zu zahlen. Wir fordern dies auf Bundesebene, würden aber begrüßen, wenn auf kommunaler Ebene durch entsprechende Organisationsmaßnahmen ein Ausgleich geschaffen würde.

Vorsitzender Friedrich Hofmann: Weitere Wortmeldungen liegen nicht vor. - Ich habe den Sachverständigen dafür zu danken, daß sie uns heute Rede und Antwort gestanden haben. Ich danke auch den Ausschußmitgliedern und darf damit die Anhörung zu Abschnitt IV beenden. - Wir setzen das Hearing morgen früh mit der Behandlung des Abschnitts V fort.

Die Sitzung ist geschlossen.

gez. Hofmann
Vorsitzender
des AKo

gez. Champignon
Vorsitzender
des AGS

20.10.1997/20.10.1997

530