



**Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)
Ausschuss für Frauenpolitik (42.)**

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

4. Februar 2009

Düsseldorf – Haus des Landtags

10:00 Uhr bis 13:00 Uhr

Vorsitz: Günter Garbrecht (SPD)

Bernhard Tenhumberg (CDU)

Protokoll: Christoph Filla, Simona Roeßgen (Federführung)

Verhandlungspunkt:

AIDS-Politik gestalten – Konzept zur Prävention weiterentwickeln **3**

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

- Öffentliche Anhörung -

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
AIDS-Hilfe NRW e. V., Köln	Dirk Meyer	14/2306	3, 28
LAG Frauen und Aids, c/o AIDS-Hilfe NRW e. V., Köln	Julia Ellen Schmalz	14/2311	5, 39, 49
Schwules Netzwerk NRW e. V., Köln	Alexander Popp	14/2300	5

Organisation/Verband	Sachverständige/-r	Stellungnahme	Seite
AIDS-Hilfe Essen	Klaus-Peter Hackbart	-	7, 33
AIDS-Hilfe Düsseldorf	Peter von der Forst	-	8
Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf	Hildegard Pleuse	14/2307	10, 35
Deutsche AIDS-Hilfe e. V., Berlin	Tino Henn	14/2310	10, 34
Deutsche AIDS-Stiftung SdbR, Bonn	Dr. Ulrich Heide	14/2304	11, 35, 40
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln	Prof. Dr. Elisabeth Pott	14/2301	13, 36
Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände NRW, Köln	Dr. Kai Zentara (LKT NW);	14/2326	15, 40, 49, 50
Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit	Dr. Anne Bunte (Leiterin der Abteilung Gesundheit)		18, 42
Gesundheitsamt Köln, AIDS-Koordination	Dr. Franz-Josef Ehrle	14/2299	19, 43
Gesundheitsamt Wuppertal, AIDS-Koordination	Karin Hoeltz	14/2308	20, 43

Vorsitzender Günter Garbrecht: Meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie alle ganz herzlich zur 72. Sitzung des Ausschusses für Arbeit, Gesundheit und Soziales und zur 42. Sitzung des Ausschusses für Frauenpolitik: die Mitglieder der beteiligten Ausschüsse, insbesondere diejenigen, die in beiden Ausschüssen tätig sind, also Frau Kieninger, Frau Meurer, Frau Monheim, Frau Steffens und Frau Watermann-Krass, sowie die Vertreter der Landesregierung, die Zuhörerinnen und Zuhörer, die Vertreter der Medien und natürlich die Damen und Herren Sachverständigen.

Meine Vorsitzkollegin Elke Rühl ist noch erkrankt; aber sowohl ihre Stellvertreterin, Frau Gießelmann, als auch mein Stellvertreter, Herr Tenhumberg, werden mich notfalls in der Sitzungsleitung vertreten können.

Der heutige Punkt der Tagesordnung lautet:

AIDS-Politik gestalten – Konzept zur Prävention weiterentwickeln

Antrag

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Drucksache 14/7064

Die Sachverständigen haben entsprechend der Bitte des Ausschusses zur Vorbereitung der heutigen Veranstaltung Stellung zur Zielsetzung des Antrages und zu dem Fragenkatalog der Fraktionen genommen. Ich bedanke mich dafür und gehe davon aus, dass die Damen und Herren Abgeordneten diese Stellungnahmen gelesen haben. Dennoch erhalten die Sachverständigen nun Gelegenheit, ein kurzes Statement vorzutragen. Im Anschluss daran können die Damen und Herren Abgeordneten Fragen stellen. – Als Erstem erteile ich Herrn Dirk Meyer von der AIDS-Hilfe NRW das Wort.

Dirk Meyer (AIDS-Hilfe NRW e. V.): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Ich möchte schwerpunktmäßig auf Frage 4 eingehen: Welche Rolle spielt das Land NRW im Rahmen einer koordinierten Aidshilfepolitik von Bund, Ländern und Kommunen? – Ich möchte die Gelegenheit nutzen, darauf zu verweisen, was in den letzten 20 Jahren durch die Arbeit des Landes, durch die Koordination und durch die Strukturierung von Aidspolitik auf Landesebene im Bereich der Aidsprävention und Aidshilfe möglich geworden ist.

Auch in Phasen schwieriger Haushaltssituationen und Konsolidierungsmaßnahmen in den letzten zehn bis 15 Jahren war es ein Merkmal der Aidskoordination und -politik in Nordrhein-Westfalen, dass es gelungen ist, insbesondere im Landtag, aber auch in der Landesregierung eine abgestimmte, breit getragene Aidsprävention zu ermöglichen. Es war im Landtag immer möglich, über die Fraktionsgrenzen hinweg das Thema sachlich weiterzuentwickeln und ihm eine besondere Bedeutung zu geben. Ich glaube, es ist im Vergleich mit anderen Bundesländern durchaus eine her-

ausragende Leistung, dass dies in NRW gelungen ist, dass sich der Landtag dieser Thematik kontinuierlich und engagiert gestellt hat und dass die Landesregierung dies – zum Teil mit Schwierigkeiten verbunden – aufgegriffen und in den Jahren umgesetzt hat.

Das zeigt sich ganz praktisch an der entwickelten Struktur zum Beispiel der Selbstorganisation der Aidshilfearbeit. Wir haben in Nordrhein-Westfalen im bundesweiten Vergleich das dichteste Netz an Aidshilfeberatungsstellen, an Beratungsstrukturen der Selbsthilfe. Im Augenblick organisieren wir als Landesverband insgesamt 42 Mitgliedsorganisationen, darunter allein 34 regionale AIDS-Hilfen. Diese Struktur ermöglicht es, bis in die Regionen hinein Selbstorganisation, bürgerschaftliches Engagement, die Interessen von Menschen mit HIV und Aids, die Interessen insbesondere schwuler Männer, aber auch Frauen, in die Entwicklung von Präventionskonzepten einzubinden.

Dies gelingt seit vielen Jahren gut und auch immer besser. Wir können insbesondere im Vergleich mit anderen Bundesländern deutlich sehen, welche Bedeutung es hatte, dass das Land Nordrhein-Westfalen in den letzten 20 Jahren ein besonderes Augenmerk auf diese Thematik gelegt und Schwerpunkte auf die Youthwork-Arbeit mit dem Youthwork-Programm und auf die Förderung der Aidshilfestrukturen mit dem Förderprogramm der Aidshilfen gesetzt hat. Damit konnte es gelingen, diese Strukturen mit relativ geringem finanziellem Aufwand zu stärken und zu stabilisieren. Um auch das einmal zu benennen: Die finanzielle Unterstützung der Aidshilfestrukturen in Nordrhein-Westfalen ist von der Summe her geringer als das, was zum Beispiel das Land Niedersachsen im gleichen Bereich ausgibt, wobei die Struktur in Niedersachsen 13 Aidshilfen umfasst, die in Nordrhein-Westfalen 34. Das will ich nicht beklagen, sondern deutlich machen, dass es durch die Koordination und Struktur der Arbeit in Nordrhein-Westfalen gelungen ist, aus einem Landes-Euro mindestens – wenn nicht sogar mehr – 3 € für die HIV- und Aidsprävention in den Regionen zu machen: durch Spenden, durch Eigenmittel der AIDS-Hilfen, aber auch durch das engagierte Arbeiten der Kommunen. Dieser Dreiklang aus Land, Kommunen und AIDS-Hilfen hat es ermöglicht, dass sehr viel geleistet werden konnte, was sonst nicht machbar gewesen wäre.

Ich will zum Schluss die Landesebene besonders herausheben, weil wir mit der Unterstützung des Landes inhaltlich wegweisende Dinge leisten konnten und die in anderen Bundesländern und auf der Bundesebene adaptiert wurden. Dies betrifft bei der Zielgruppenprävention die Kampagne „herzenslust!“ für schwule Männer und die landesweite Kampagne „XXelle – Frauen und Aids in NRW“ für die Arbeit in diesem Bereich. Für die Menschen mit HIV und Aids möchte ich die Landeskampagne „POSITHIVHANDELN“ nennen. Im Bereich Drogen und Aids ist eine Maßnahme bis heute beispielhaft, nämlich das landesweite Programm der Spritzenautomaten mit über 100 Automaten auf kommunaler Ebene. Damit ist es im Bereich Drogen und Aids gelungen, die Zahl der HIV-Infektionen in den letzten 20 Jahren drastisch zu reduzieren. Das ist ein Erfolgsmodell, das nur in dieser Vernetzung und mit Steuerung durch das Land möglich war.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Julia Ellen Schmalz (LAG Frauen und Aids): Ich bin Psychologin, arbeite als Frauenberaterin und auch als Youthworkerin für die AIDS-Hilfe Bielefeld. Ich sitze heute hier für die Landesarbeitsgemeinschaft Frauen und Aids. Ich möchte Ihnen unsere Perspektive aus der Vor-Ort-Arbeit schildern; denn die Landesarbeitsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Vor-Ort-Arbeiterinnen.

Unsere Klienten sind nach 25 Jahren HIV und Aids in NRW immer noch diejenigen, die ganz frisch betroffen sind, die sich gerade angesteckt haben. Diese Krankheitsdiagnose bedeutet nach wie vor den Tod. Damit kommen die Frauen über den öffentlichen Gesundheitsdienst, niedergelassene Ärzte, Hebammen und Kliniken zu den AIDS-Hilfen.

Der Schwerpunkt unserer Arbeit liegt darin, Frauen aus ihrer Isolation herauszuholen. Frauen, die einen Migrationshintergrund haben, die keinen ausreichenden Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, die in Asylbewerberheimen wohnen, die illegal in NRW sind, die aus der Prostitution kommen und auch nicht unbedingt Deutsch sprechen – das sind die Frauen, die wir mit Primärprävention und Sekundärprävention, also mit Beratungs- und Unterstützungsangeboten, begleiten.

Frauen sind anders als beispielsweise schwule Männer seltener eine Community. Das heißt, sie können hinsichtlich der Primärprävention nicht unbedingt innerhalb einer Community angesprochen werden. Frauen als Teil der Allgemeinbevölkerung werden über die Angebote der BZgA angesprochen. Auch da gibt es eine Vernetzung und Verzahnung im Frauenbereich, um die Angebote passgenau zu machen. Wir müssen Angebote für Frauen weiterentwickeln, die nicht Deutsch sprechen, aber hier wohnen, hier leben, die aus Herkunftsländern kommen, in denen es nur eine mangelhafte oder sogar keine Aufklärung zum Thema HIV und Aids gibt. Wenn solche Frauen HIV-positiv sind, kommen sie in der Regel viel seltener und im Krankheitsverlauf erst sehr spät in Behandlung, in Kontakt mit dem medizinischen System und dem weiteren Versorgungssystem. Wir wollen daran arbeiten, das zu verändern und da noch viel früher anzusetzen. Das geht nur durch eine enge Verzahnung mit niedergelassenen Ärzten, öffentlichem Gesundheitsdienst, Hebammen, Asylbewerberheimen – mit allen Stellen, die mit Frauen zu tun haben.

Abschließend kann ich sagen: Frauen brauchen in AIDS-Hilfen immer noch Hintertüren; denn nach wie vor ist es für Frauen teilweise eine stärkere Stigmatisierung, weil sie als Betroffenengruppe nicht wahrgenommen werden.

Alexander Popp (Schwules Netzwerk NRW e. V.): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Liebe Abgeordnete! Ich freue mich sehr, dass ich die Gelegenheit habe, im Namen des Schwulen Netzwerks Nordrhein-Westfalen in diesen beiden Ausschüssen einige Worte zum Thema „strukturelle Aidsprävention“ zu sagen und einige Aspekte insbesondere zu den Fragen 5, 9 und 11 des Fragenkatalogs zu benennen.

Das Schwule Netzwerk ist der Landesverband von über 40 Mitgliedsorganisationen der schwulen und schwul-lesbisch integrierten Selbstorganisationen in Nordrhein-Westfalen. Wir als Landesverband sind Mitglied der AIDS-Hilfe Nordrhein-Westfalen,

wir stellen ein Mitglied in der Landeskommission AIDS, und wir sind enger Kooperationspartner im Bereich der zielgruppenspezifischen Aidsprävention der Kampagne „herzenslust!“, aber auch der bundesweiten Kampagne „ICH WEISS, WAS ICH TU!“.

Der Fokus unseres Statements, das Sie vorliegen haben, liegt auf der Frage: Auf welche Strukturen der Selbstorganisation schwuler Männer kann und muss die Aids-Hilfe im Sinne einer nachhaltigen strukturellen Aidsprävention zurückgreifen? – Dass schwule Männer die Hauptbetroffenengruppe von HIV und Aids sind, wird im Antrag deutlich; das brauchen wir hier wohl nicht zu vertiefen. Es ist klar, wie wichtig Strukturen auch der Schwulenselbstorganisationen in Nordrhein-Westfalen für die Aidsprävention sind. Diese Strukturen verhelfen im Wesentlichen zu einer positiven Identitätsbildung als Grundvoraussetzung für Gesundheitsbewusstsein.

Um welche Strukturen handelt es sich hier? Es gibt in Nordrhein-Westfalen Jugendgruppen und Jugendzentren für schwule und lesbische Jugendliche, in denen diese ein Coming-out angstfrei erleben können. Leider fördert das Land diese Arbeit nur mit ein paar Hundert Euro im Jahr – um nur einmal die Verhältnisse deutlich zu machen.

Es gibt das Projekt „SchLAu NRW“, das Aufklärungsarbeit an Schulen und in der Jugendhilfe leistet und das Projekt „Schule ohne Homophobie – Schule der Vielfalt“ ins Leben gerufen hat. Auch hier nenne ich eine Zahl zur Verhältnismäßigkeit: Das Land NRW fördert dieses Projekt mit gerade einmal 13.000 €.

Es gibt ehrenamtliche Beratungsangebote und Beratungsstellen mit angestellten Mitarbeitern, in denen schwule Männer psychosoziale Beratung bekommen können. Obwohl sich die Bedarfe verändert haben, ist die Landesförderung in Höhe von etwa 250.000 € auf dem gleichen Stand wie vor zehn Jahren.

Es gibt die Landeskoordination der Anti-Gewalt-Arbeit für Lesben und Schwule, die einen wichtigen Beitrag zum Kampf gegen Homophobie in der Gesellschaft leistet. Regionale professionelle Anlaufstellen für Gewaltopfer gibt es nicht.

Es gibt Gruppen älterer schwuler Männer und auch schwuler Ehemänner und Väter, die dazu beitragen, Isolationen überwinden zu helfen. Nach dem Wegfall der Förderung der Landeskoordination wurde dies aber einzig in Köln professionell weiter begleitet und auch betreut.

Es gibt eine Vielzahl von Selbsthilfegruppen und Organisationen, die Themen schwuler Gesundheit weit über HIV und Aids hinaus – auch sexuell übertragbare Krankheiten, Suchterkrankungen, psychische Erkrankungen – behandeln. Die Kürzungen im Landeshaushalt 2006 haben aber dazu geführt, dass diese Strukturen äußerst labil sind.

Es gibt eine Landesgeschäftsstelle des Schwulen Netzwerks Nordrhein-Westfalen, die die fachliche Beratung und die gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit der Strukturen gewährleisten soll. Seit 2008 ist die Landesgeschäftsstelle jedoch nicht mehr voll befähigt.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Schließlich gibt es die ARCUS-Stiftungsinitiative, mit der wir ein zweites Standbein der Projektförderung aufbauen wollen, um schwule und schwul-lesbische Strukturen in NRW zu stützen. Die Landesregierung müsste hier aber neben der fachlichen Beratung auch einen finanziellen Beitrag leisten.

Insgesamt halten wir die Aufmerksamkeit der Politik in Nordrhein-Westfalen insbesondere für schwule, aber auch für lesbische Lebensformen für sehr rudimentär. Die Förderung halten wir für völlig unzureichend. Das Land gibt im Bereich gleichgeschlechtlicher Lebensformen insgesamt etwa 559.000 € aus. Anteilig bedeutet das für die Zielgruppe schwuler Männer gerade einmal 280.000 € im bevölkerungsreichsten Bundesland Deutschlands – ein Tropfen auf den heißen Stein, wenn es um eine nachhaltige strukturelle Aidsprävention für schwule Männer und Männer, die Sex mit Männern haben, geht.

Klaus-Peter Hackbart (AIDS-Hilfe Essen): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich freue mich, dass ich als Sprecher des drittgrößten Ballungszentrums Europas sprechen darf – ein bisschen Werbung muss ja auch sein –, und möchte kurz auf die Fragen 2, 3 und 5 eingehen. Weil ich Dopplungen vermeiden möchte, wird es ein kurzes Statement sein.

Zu Frage 2, die sich wesentlich damit beschäftigt, welche Auswirkungen wir bezüglich der Kommunalisierung sehen: Da gibt es Vor- und Nachteile. Ich fange selbstverständlich mit einem Vorteil an, zu dem es in Essen tatsächlich gekommen ist: Kommunale Situationen und Gegebenheiten können durch die Kommunalisierung besser gesteuert werden. In Essen konnte zum Beispiel eine halbe Youthwork-Stelle in eine zielgruppenspezifische Stelle umgewandelt werden, um Präventionsarbeit mit und für schwule Männer zu leisten, die immerhin noch 70 % der Neuinfizierten ausmachen. Im Klartext heißt das: Wir haben uns in Essen entschieden, dass 3,5 Youthwork-Stellen ausreichend sind, um die immer noch wichtige Jugendarbeit an Schulen und Freizeiteinrichtungen zu leisten, und die 1,0-Stelle für die zielgruppenspezifische Arbeit auf eine 1,5-Stelle aufgestockt. – Das ist der Vorteil.

Es gibt aber sicherlich auch Nachteile. Wir in Essen befürchten zum einen – landesweit haben sich diese Befürchtungen schon bewahrheitet –, dass landesweite Qualitäten verloren gehen, die in 20 Jahren erarbeitet worden sind. Mit dem Landesverband und befreundeten Verbänden stellen wir in den Kommunen sicher, dass es eine einheitliche Qualität in der Primärprävention gibt. Das hat im bevölkerungsreichsten Land geholfen, die Zahlen sehr niedrig zu halten. Damit haben wir auch einen Beitrag auf der Bundesebene geleistet. Das heißt, wir brauchen dringend ein neues Landes-AIDS-Programm, das diese Steuerung weiterhin ermöglicht.

Zum anderen befürchten wir – das kann man nicht verhehlen; dafür gibt es leider auch schon Negativbeispiele –, dass die Landesmittel in kommunale Kürzungsszenarien einfließen. Auch hier bedarf es einer dringenden Gegensteuerung. – Damit habe ich Frage 3 beantwortet.

Zu Frage 5: Welche aktuellen Herausforderungen sehen Sie für die Aidsprävention in NRW? – Zum einen gehört dazu natürlich weiterhin die zielgruppenspezifische Prävention. Noch einmal: 70 % aller Neuinfektionen finden bei schwulen und bisexuellen Männern statt. Wir hatten einmal eine Quote von 50 %; sie ist also wieder gestiegen.

Einen klaren Schwerpunkt sehen wir bei den Migranten insbesondere aus den drei Großregionen Osteuropa, muslimische Länder und Afrika, die zunehmend hier hineinströmen.

Wir erkennen Wandlungen in der sekundären und tertiären Prävention. Seit Anfang des Jahres 2000 ist Pflege mehr und mehr in den Hintergrund getreten. Langsam, aber sicher kommt dieses Thema wieder hervor. Wir haben neue Erkrankungen; insbesondere Demenzen treten mehr und mehr in den Vordergrund. Pflege wird also wieder sehr wichtig. Wir haben neue Betreuungsformen wie das betreute Wohnen für Menschen mit HIV und Aids entwickeln müssen; denn dank der Medikamente leben die Betroffenen zwar länger, aber sie leben auch länger mit dem Virus. Das Thema „HIV und Alter“ wird also an Bedeutung zunehmen. Ich habe gehört, auch Bielefeld, Köln, Essen und Düsseldorf werden das Thema „neue Betreuungsformen“ angehen.

Wir brauchen neue Beschäftigungsformen und Arbeit.

Weiterhin bleiben die Themen Drogen und Sucht für uns sehr wichtig.

Und wir befürchten, dass die sehr wichtige JVA-Arbeit, das heißt die Betreuung von Menschen in Haft, im Rahmen der Kommunalisierung zurückgedrängt wird, weil es keine kommunale Aufgabe ist. Die Kommunen könnten sagen: Weil es nicht unsere Aufgabe, ist das von uns auch nicht finanzierbar. – Insofern haben wir die herzliche Bitte an das Land, diesen Passus sehr stark zu berücksichtigen.

Peter von der Forst (AIDS-Hilfe Düsseldorf): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Damen und Herren! Vielen Dank für die Möglichkeit, hier zu sprechen. Ich vertrete die AIDS-Hilfe Düsseldorf und möchte gerne aus unserer Sicht von einer regionalen AIDS-Hilfe berichten.

Düsseldorf ist eine Stadt, die traditionell ein relativ großes Einzugsgebiet hat. Das bedeutet konkret, dass die AIDS-Hilfe Düsseldorf ein relativ weites Umland mit versorgt. Wir haben hier medizinische Zentren, die es auf dem Lande nicht gibt. Daher kommen Klienten und Patienten aus einem weiten Umland – bis zur holländischen Grenze – zu uns und nehmen die Dienste der AIDS-Hilfe in Anspruch.

Daraus ergibt sich für uns direkt eine Sicht auf Versorgungsthemen und Kommunalisierung. Die AIDS-Hilfe Düsseldorf unterhält als einzige AIDS-Hilfe in NRW einen Spezialpflegedienst zur Versorgung von Menschen mit HIV und Aids und bietet auch betreutes Wohnen an.

Zur Kommunalisierung: Unsere Befürchtung liegt darin, dass zum Beispiel die Koordination zwischen dem Umland Düsseldorfs und dem Oberzentrum im Rahmen der Frage, wie Menschen versorgt werden und wie Prävention in weiten Gebieten gemacht wird, wegfällt. Sie ist jetzt schon nur rudimentär vorhanden. Das bedeutet

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

auch, dass vonseiten der Kommunen keine Zusammenarbeit und auch keine inhaltliche Koordination erfolgen. Ein Gebiet wie Neuss ist de facto kaum versorgt. Das Gleiche gilt für den Landkreis Mettmann, wo große Versorgungsdefizite bei Prävention, Beratung, Betreuung und Pflege vorhanden sind.

Landesfördermittel sind natürlich immer sehr hilfreich und waren immer eine Stütze auch in den Argumentationen den Kommunen gegenüber. Ich möchte trotzdem nicht unerwähnt lassen, dass diese Fördermittel seit Anbeginn der Förderung nicht erhöht worden sind und wir natürlich das Problem haben, die 30 Punkte, um die der Verbraucherpreisindex in der Zeit angestiegen sind, in irgendeiner Form zu ersetzen. Inzwischen macht unsere Eigenmittelquote, unsere Spendenquote, 40 % unseres Etats aus. Das ist natürlich auch angesichts der Krise kaum durchzuhalten.

Ich möchte noch etwas zu den Herausforderungen sagen. Wir haben bemerkt, dass es Schwierigkeiten gibt, bestimmte Zielgruppen zu erreichen. Dies wollen wir verstärkt angehen. Das betrifft insbesondere schwer erreichbare Benachteiligte, zum Beispiel behinderte Jugendliche. Das ist eine Zielgruppe, die kaum im Fokus ist und die wir mit Youthwork und ähnlichen Methoden und der Erweiterung der Arbeit zu erreichen versuchen. Ich glaube, dass darauf ergänzend zu all dem, was schon genannt worden ist, ein wichtiger Fokus liegen sollte.

Wir merken, dass Aids auch in Hauptbetroffenenszenen kaum sichtbar ist. Es wird aus unserer Sicht systematisch verdrängt. Und es gibt eine starke Verharmlosung. Es besteht die Notwendigkeit, stärker hervorzuheben, was es bedeutet, sich mit Aids bzw. HIV zu infizieren, und wie der Krankheitsverlauf aussehen kann. Entsprechende Kampagnen der Deutschen AIDS-Hilfe laufen ja.

Ich möchte damit überleiten zur Frage der Pflege und Versorgung von Betroffenen; Herr Hackbart hat das ansatzweise angesprochen. Wir haben einen Spezialpflegedienst und sehen, dass wir zunehmend mit Menschen konfrontiert sind, die aufgrund der Folgen ihrer Aids-Erkrankung und der hirnorganischen Veränderungen zum Teil selber nicht mehr steuerungsfähig sind und ein enormes Maß an Versorgung brauchen, die aber ansonsten keine Versorgungsstrukturen finden. Wenn wir sie nicht selber entwickeln, gibt es keine Wohnformen, in die diese Menschen hineinpassen. Dabei muss man sagen, dass auch Finanzierungen in der ambulanten Pflege nicht ausreichend sind, um diesen Personenkreis zu versorgen – der nicht compliant ist, der kein soziales Umfeld hat, der körperlich zum Teil relativ wenig eingeschränkt ist, aber aufgrund der Schädigungen hirnorganisch nicht steuerungsfähig ist.

Ich möchte hier noch einmal deutlich sagen, dass ungefähr 80 % der Patienten in der Pflege dieser Problematik unterliegen und ein extremes Maß an Versorgung benötigen. Daher ist es wichtig, auch die Entwicklung neuer Wohn- und Lebensformen zu fördern, die nicht stationär sind, sondern im Rahmen von betreutem Wohnen und Wohnprojekten liegen und ein zielgruppenspezifisches Versorgungsangebot machen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Hildegard Pleuse (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen): Herzlichen Dank für die Einladung, dass wir als Freie Wohlfahrtspflege hier ein Statement abgeben können. Ich komme vom Arbeitsausschuss Drogen und Sucht. Wir vertreten die AIDS-Hilfen und Beratungseinrichtungen, die sich nicht in der AIDS-Hilfe e. V. organisiert haben.

Ich möchte zu der ersten Frage, wie wir die Tatsache bewerten, dass im Rahmen der Kommunalisierung die Themenkomplexe Drogen-/Suchthilfe und Aidshilfe zusammen bearbeitet und in einer Rahmenvereinbarung verknüpft wurden, Stellung nehmen. Das haben wir schriftlich vorbereitet. Ich möchte ergänzen, dass es bis heute nicht gelungen ist, diese Rahmenvereinbarung zu unterschreiben. Das heißt, diese Rahmenvereinbarung ist noch gar nicht in Kraft.

Unser Anliegen ist die Bitte, dass diese Rahmenvereinbarung so schnell wie möglich in Kraft tritt, da sonst eine Steuerung nicht möglich ist und die Befürchtung besteht, dass die Qualität, die hier von den Mitarbeitern der AIDS-Hilfe ausgiebig beschrieben worden ist, sinken wird, weil jede Kommune, jeder Kreis selbstständig bestimmen kann, wie hoch die Qualität und auch der Mitteleinsatz sind. Wir halten es für unumgänglich, dass auch weiterhin übergreifende Maßnahmen der Aidsberatung und der Versorgungsstrukturen, also kommunal übergreifende Aufgabenfelder, wahrgenommen werden. Uns ist im Moment nicht klar, wer diese Aufgaben steuern oder initiieren wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank. Wir werden das sicherlich im Rahmen der Diskussion klären. Meines Wissens hat die Arbeitsgemeinschaft der Wohlfahrtsverbände die Rahmenvereinbarung unterschrieben. Oder?

Hildegard Pleuse (AG der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Wir haben die Absicht beteuert, dass wir diese unterschreiben werden, aber es fehlt noch die Zusage der kommunalen Spitzenverbände.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Die Vertreter der kommunalen Spitzenverbände werden nachher noch sprechen und können sich dann dazu äußern.

Tino Henn (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.): Vielen Dank. – Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Die Deutsche AIDS-Hilfe hat in sehr enger Zusammenarbeit mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im letzten Jahr eine bundesweite Kampagne gestartet, die „ICH WEISS, WAS ICH TU!“ heißt. Das formulierte Ziel dieser Kampagne ist die Intensivierung der HIV-Prävention und Gesundheitsförderung bei schwulen, bisexuellen und anderen Männern, die Sex mit Männern haben.

Wir reagieren mit dieser Kampagne auf zwei zunächst widersprüchlich erscheinende Trends. Auf der einen Seite steigen seit 2001 in der Bundesrepublik Deutschland die Zahlen der HIV-Infektionen an. Auf der anderen Seite stellen aktuelle Studien immer

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

wieder fest, dass der Wille, sich vor HIV zu schützen, eigentlich ungebrochen ist und der Anstieg der Zahl der Neudiagnosen heutzutage vor allem auf unterschiedliche Faktoren zurückzuführen ist. Zum Beispiel begünstigt die Zunahme der Zahl anderer Geschlechtskrankheiten die HIV-Übertragung. Die Zielgruppe MSM, also Männer, die Sex mit Männern haben, wurde in den letzten Jahren verstärkt von Testaufrufen erreicht. Diese Aufrufe werden von den Menschen auch aufgegriffen. Dementsprechend werden jetzt Zahlen öffentlich, die früher zur Dunkelziffer gehörten.

Die bisherigen Präventionsbotschaften sind gelernt und erfahren und werden deshalb in den einzelnen Zielgruppen mit weniger Aufmerksamkeit verfolgt. Aufgrund der Entwicklung von HIV zu einer chronischen und relativ gut behandelbaren Infektionskrankheit – das wird bei uns als „neues Aids“ bezeichnet – haben sich natürlich auch die Konsequenzerwartungen verändert.

Die Deutsche AIDS-Hilfe hat diese Präventionskampagne ins Leben gerufen. Die Kampagne kann nur etabliert werden und Erfolg haben durch Umsetzung in den einzelnen Vor-Ort-Aidshilfen, die mit ihren Präventionsbotschaften, mit ihren Menschen vor Ort die Prävention durchführen. Unsere Empfehlung an das Land ist, diese Kampagne und die vorhandenen Landes- und kommunalen Ressourcen zu verstärken und weiter für die entsprechenden Aidshilfen einzusetzen.

Dr. Ulrich Heide (Deutsche AIDS-Stiftung): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Meine sehr geehrten Damen und Herren! In unserer schriftlichen Stellungnahme haben wir im Wesentlichen auf die Frage 13 geantwortet, da die soziale Sicherheit bzw. die soziale Sicherung von und für Menschen mit HIV und Aids unser zentrales Thema ist. Ich erlaube mir, zu zwei weiteren Fragen sowie zu Fragenkomplex 13 kurze Ergänzungen vorzunehmen.

Zunächst zu Frage 4: der Rolle des Landes. Ich möchte jetzt nicht mit Herrn Meyer in die Diskussion um die Frage, wer öffentliche Mittel am besten vervielfältigt, eintreten. Ich möchte nur die Gelegenheit nutzen, deutlich zu machen, dass Investitionen in die Zivilgesellschaft, in Nichtregierungseinrichtungen – unabhängig davon, welche konkrete Aufgabenstellung man delegiert – für die öffentliche Hand in der Regel fruchtbar und zielführend sind.

Bei uns heißt das konkret: Das Land hat zum Stiftungskapital der Deutschen AIDS-Stiftung 620.000 € beigetragen, wohlgemerkt nicht jährlich, sondern kumulativ in 21 Jahren. Dieses Geld ist noch vorhanden, würde im Fall einer Auflösung der Stiftung an das Land zurückfließen, allerdings ohne dass wir Zinsen zahlen würden; das wäre also zinsfrei. Im gleichen Zeitraum hat die Stiftung konkrete Hilfe an Betroffene in Nordrhein-Westfalen und an Projekte in Nordrhein-Westfalen in der Größenordnung von 8 Millionen € geleistet, konkrete Hilfsleistungen in Mark und Pfennig bzw. Euro und Cent. Darin sind nicht enthalten kommunikative Leistungen wie beispielsweise unsere öffentlichen Veranstaltungen oder der damit verbundene Beitrag generell zur Öffentlichkeitsarbeit und zur Entstigmatisierung. – Das zu Frage 4.

Bezüglich Frage 13 – Stichwort: soziale Sicherheit – möchte ich noch einmal unterstreichen, dass wir in Zukunft mit deutlich mehr Pflegebedarf rechnen müssen. Diese Perspektive ist mit der sehr optimistischen Wahrnehmung der besseren Behandelbarkeit, die von Betroffenen und in der Öffentlichkeit zum Teil als Heilbarkeit missinterpretiert wird, verloren gegangen. Wir sehen in Berlin – die Stiftung ist bundesweit tätig – inzwischen nicht nur Bedarf an Pflege im betreuten Wohnen, sondern sogar wieder Bedarf an rein stationärer Pflege. Es gibt zunehmend Menschen in der Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen, die in Altenheime abgeschoben werden, weil es keine anderen Unterbringungsmöglichkeiten gibt. – Das finden Sie auch in meiner Stellungnahme.

Eine weitere Ergänzung zu Frage 13. An einer Stelle – das liegt jetzt aber nicht in der Verantwortung des Landes, sondern in der Verantwortung der Kommunen – tut sich Nordrhein-Westfalen in der Versorgung von Menschen mit HIV und Aids überhaupt nicht hervor, nämlich bei zusätzlichen Sozialhilfeleistungen. Ich meine den Komplex der Mehrbedarfsleistungen in der Sozialhilfe. In diesem Bereich, insbesondere bei den Leistungen „Hygienemehrbedarf“ und „vorbeugendem Gesundheitsschutz“ – wie es offiziell heißt; bei uns heißt es Kondome, was damit, wie in diesem Fall nahe liegt, auch gemeint ist –, haben die Kommunen in Nordrhein-Westfalen bundesweit tatsächlich das Schlusslicht in der Hand.

Wir fürchten, dass sich diese Situation noch deutlich verschlechtern wird, weil der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge seine Empfehlung zum ernährungsbedingten Mehrbedarf im Oktober des vergangenen Jahres signifikant verändert hat und von einer grundsätzlichen Empfehlung auf eine sehr fallbezogene Empfehlung übergeht, die in der Praxis in der Regel Nichtgewährung bedeuten wird.

Was das für Erkrankte heißen kann, ist bisher relativ wenig untersucht. Wir sind aber gerade mit dem Kompetenznetz HIV/AIDS, also dem Zusammenschluss der Behandler im universitären und im niedergelassenen Bereich, in Gesprächen zur Vorbereitung einer ersten Studie, bei der die soziale Situation auf ihre Auswirkungen auf Medikationserfolge überprüft werden soll.

Erste Vorstudien dazu liegen vor. Ein Ergebnis, das ich erst seit gestern habe und von daher noch nicht in die Stellungnahme schreiben konnte, besagt beispielsweise, dass von der Gesamtkohorte im Kompetenznetz 40 % der Kohortenmitglieder ein Einkommen von unter 1.000 € haben. – Unsere Antragsteller haben ein geringeres Einkommen. – 60 % davon zählen zu der Gruppe, die eine geringere Zahl als 200 CD4-Zellen, also Helferzellen, aufweist. Ein Einkommen von über 2.500 € haben 12 % der Kohorte. Aber nur 6 % davon gehören in die Gruppe, die die niedrige Helferzellenzahl hat. Das ist ein sehr eindeutiger Hinweis darauf, dass sich die ökonomischen und die Lebensumstände auch auf Behandlungserfolge auswirken.

Ein Hinweis zur Fragestellung 14: Migrantinnen/Migranten. Es ist selbstverständlich, dass unter unseren Antragstellern Migrantinnen und Migranten überproportional vertreten sind. Was Sie vielleicht überraschen wird: Wir fragen seit vier Jahren nach den Geburtsländern unserer Antragsteller. Wir sind mittlerweile bei 126 Ländern. Das ist eine Zahl, die uns selbst überrascht. All diese Menschen leben in Deutschland. Das

ist einerseits ein deutlicher Hinweis auf das tatsächlich globale Problem, andererseits aber auch ein Hinweis auf die Problemsituation. Denn wir haben es mit unglaublich vielen Kulturen, mit unglaublich vielen Sprachen, mit sehr unterschiedlichen Einstellungen zu Sexualität und all den Fragen, die HIV und Aids berühren, zu tun.

Prof. Dr. Elisabeth Pott (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung): Herzlichen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren! Zurück zur Bundeszentrale mit dem Thema Prävention: Die Bundeszentrale führt seit 1987 gemeinsam mit vielen Partnern die nationale Aidspräventionskampagne durch. Das Entscheidende, was die Strukturen auf der Bundesebene angeht, ist am Beispiel Aids die einmalige Kooperation zwischen staatlichen und zivilgesellschaftlichen Strukturen, in diesem Fall also zwischen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der Deutschen AIDS-Hilfe.

Die Strukturen auf der Bundesebene finden sich auf der Länder- und kommunalen Ebene wieder. So ist schon im Sofortprogramm zur Aidsbekämpfung 1987 eine Ausstattung von Gesundheitsämtern mit Aidsberatungsstellen geleistet worden, zunächst vom Bund, dann in Länderträgerschaft, heute weitgehend kommunalisiert. Wir haben heute rund 130 AIDS-Hilfen in den Kommunen. Die Zusammenarbeit auf der kommunalen Ebene zwischen beiden Einrichtungen spiegelt das, was wir auf der Bundesebene tun. In all unseren Strategien versuchen wir, diese Zusammenarbeit zu stärken. Denn nur mit gleichgerichteten Konzeptionen, mit der Arbeit in dieselbe Richtung – allerdings mit unterschiedlicher Ansprache unterschiedlicher Zielgruppen – können wir erfolgreich sein. Dass dieses Konzept bisher sehr erfolgreich war – und hoffentlich auch in Zukunft sein wird –, belegt der europäische Vergleich: In Europa weist nur noch Andorra niedrigere Infektionszahlen auf als wir.

Trotz dieser Situation gibt es auch in Deutschland einen Anstieg der Neuinfektionszahlen – darauf komme ich gleich noch zurück –, aber wir bleiben mit dem Gesamtergebnis in dieser insgesamt sehr guten Position. Zu diesem Erfolg hat wesentlich beigetragen, dass in Nordrhein-Westfalen als größtem und bevölkerungsreichstem Bundesland sehr gute Strukturen für die Aidsprävention und die Aidsarbeit entwickelt worden sind und dass wir sehr eng im Sinne der guten Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern in der föderalistischen Struktur mit Nordrhein-Westfalen zusammenarbeiten und dass gerade aus Nordrhein-Westfalen immer wieder beispielhafte Impulse, beispielhafte Anregungen und beispielhafter Input gekommen sind. Aufgrund der guten vorhandenen Infrastruktur in Nordrhein-Westfalen konnte sehr viel geleistet werden. Die Angebote, die wir, die BZgA, auch gemeinsam mit der Deutschen AIDS-Hilfe entwickelt haben, konnten an diesen Strukturen festgemacht werden. Denn ohne eine gute Infrastruktur vor Ort lassen sich bundesweite Programme nicht erfolgreich umsetzen. Deshalb sind wir, wenn wir erfolgsorientiert arbeiten wollen, aufeinander angewiesen.

Ich möchte nur erwähnen, dass wir zum Beispiel im Jahre 2008 bestimmte Internetangebote in einem Bundeswettbewerb, den wir ausgeschrieben hatten – es ist ganz besonders wichtig, im Internet innovative Ansätze zu entwickeln –, als besonders in-

novativ ausgezeichnet haben. So hat die Seite www.sexsicher.de einen Hauptpreis für Innovation bekommen. Einen weiteren Hauptpreis erhielt das Projekt „Beratung und Test“ der AIDS-Hilfe NRW. Sie sehen: In dieser engen Zusammenarbeit profitieren wir beide voneinander.

Herr Henn von der Deutschen AIDS-Hilfe hat schon dargestellt, dass die neu entwickelte Kampagne der Deutschen AIDS-Hilfe für Männer, die Sex mit Männern haben, sehr stark mit regionalen Angeboten verzahnt ist und auch vorher durch die Kampagne „herzenslust!“ in Nordrhein-Westfalen in ihrer Entwicklung stark mit Ideen befruchtet worden ist.

Ich lege darauf so großen Wert, weil wir in der Prävention sehr häufig erleben, dass es an vielen Stellen punktuelle Maßnahmen gibt, die nicht miteinander verzahnt und vernetzt sind und deshalb nicht die Wirkung entfalten, die diese Maßnahmen in dieser Form – wenn sie gut miteinander verknüpft sind – entwickeln können.

Wir sind heute in der Situation, in der logischerweise gefragt wird: Erstens. Was kostet es? Zweitens. Was spart es, wenn gute Präventionsarbeit gemacht wird? – Jetzt kommt ein gewisses Paradoxon. Ich will es an dieser Stelle erwähnen, weil es meiner Meinung nach für diejenigen wichtig ist, die die Dinge aus einem ökonomischen Blickwinkel betrachten.

Wir haben heute die Situation, dass eine bessere Behandelbarkeit der Patienten gegeben ist. Die Behandlungen, die möglich sind – betrachtet man sie vom Zeitpunkt der Diagnosestellung über den Lebenszeitraum –, kosten im Durchschnitt 500.000 € pro Patient. Gott sei Dank steigt die Zahl der Neuinfektionen seit 2007 nicht weiter an; sie liegt seitdem bei 3.000. Das ist jetzt grob skizziert, ich kann Ihnen hier keine Detailrechnung vorlegen, aber doch die Größenordnung deutlich machen: Bei 3.000 Neuinfektionen pro Jahr und Behandlungskosten von 500.000 € können Sie sich ausrechnen, dass bei der Behandlung Milliardenbeträge gespart werden können, wenn die Prävention erfolgreich ist. Dass sie erfolgreich ist, habe ich Ihnen gerade an dem europäischen Vergleichsbeispiel aufgezeigt. Nichtsdestotrotz müssen wir daran arbeiten, dass die Neuinfektionszahlen weiter gesenkt werden; denn jede Infektion bedeutet ein schweres Schicksal für den betroffenen Menschen, und zudem haben wir ja die Möglichkeit, diese Infektion durch Prävention zu verhindern.

Es gibt einige neue Herausforderungen. Auf einen Punkt möchte ich eingehen, weil sich dieser aufgrund der forscherschen Erkenntnisse, die dazu vorliegen, besonders als Motor der HIV-Epidemie gezeigt hat. Andere sexuell übertragbare Krankheiten, zum Beispiel die Syphilis, sind in ihrer Bedeutung für die Ausbreitung der HIV-Infektionen in der Vergangenheit wohl eher unterschätzt worden. Wir wissen heute, dass sich, wenn zum Beispiel eine andere sexuell übertragbare Krankheit wie eine Syphilis vorliegt, die „Leichtigkeit“, die „Einfachheit“, mit der eine Infektion weitergegeben wird, bis zum Zehnfachen erhöhen kann. Das bedeutet verkürzt gesagt: Weil die anderen sexuell übertragbaren Krankheiten gerade bei Männern, die Sex mit Männern haben, ein wesentlicher Motor dieser Epidemie sind, ist das Thema eines integrierten Konzepts, in dem sexuell übertragbare Krankheiten einen hohen Stel-

lenwert haben und in das Prävention, Aufklärung, Diagnostik und Therapie einbezogen werden, eine ganz wichtige Herausforderung für die nächste Zeit.

Das bedeutet natürlich auch Veränderungen bei bisherigen Verfahren. Wenn eine HIV-Infektion vorliegt, dann sollte heute nachgeschaut werden, ob noch eine andere sexuell übertragbare Krankheit vorliegt – genauso umgekehrt. Es müssen Strategien entwickelt werden, damit man nicht vor diesem Bereich die Augen schließt und nur auf HIV schaut.

Wenn wir uns die Studien dazu anschauen, so stellen wir fest, dass über 90 % der Bevölkerung – das ist der Aufklärungserfolg – über HIV Bescheid wissen. Sie wissen, was ansteckend ist, was nicht ansteckend ist und wie man sich vor der Ansteckung schützen kann. Über andere sexuell übertragbare Krankheiten wissen die Leute erschreckend wenig – fast nichts. Dazu kommt noch, dass, wenn sie befürchten, sich mit einer solchen Krankheit angesteckt zu haben, überhaupt nur zu einem außerordentlich geringen Prozentsatz einen Arzt aufsuchen, weil sie die Bedeutung nicht richtig einschätzen. Hier zeichnet sich ein wesentlicher Bereich des großen Themas HIV-Prävention ab, wo ein neuer Schwerpunkt gesetzt werden muss. Auch dieser muss gemeinsam angegangen werden. Wir sind da schon gemeinsam erste Schritte gegangen – staatliche Einrichtungen, AIDS-Hilfen, BZgA, Deutsche AIDS-Hilfe und Kompetenznetz HIV/AIDS –, um neue integrierte, wegweisende Konzepte für die Zukunft der Prävention zu entwickeln.

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

Guten Morgen, meine Damen und Herren! Liebe Abgeordnete! Herr Vorsitzender! Wir freuen uns, dass wir hier sein können. Ich halte für die kommunalen Spitzenverbände ein Eingangsstatement, danach leisten meine Kollegen fachliche Unterstützung und gehen auf Einzelfragen ein.

Unsere Stellungnahme haben Sie leider erst gestern erhalten. Es ist etwas schwierig gewesen, sie innerhalb von zwei Wochen zu erstellen, zumal wir uns bei solchen Stellungnahmen innerhalb der kommunalen Spitzenverbände immer sehr sorgfältig abstimmen müssen. Deshalb bitte ich um Nachsicht, dass Sie erst gestern Abend bzw. heute Morgen Gelegenheit hatten, den Text zu lesen. Er ist mit neun Seiten auch relativ lang geworden. Die möchte ich jetzt nicht im Einzelnen vortragen, sondern auf einen der Schwerpunkte eingehen.

Die kommunalen Spitzenverbände begrüßen es ausdrücklich, dass das Thema Aids-politik wieder im Landtag behandelt wird. Wir möchten darauf verweisen, dass vor Ort in den Kommunen mittlerweile seit Jahrzehnten eine erfolgreiche Präventionsarbeit geleistet wird. Die Erfolge basieren unserer Meinung nach auf der koordinierten Zusammenarbeit zwischen dem öffentlichen Gesundheitsdienst und den freien Trägern.

Allerdings wird unserem Eindruck nach – jedenfalls vermittelt das der Antrag – die Rolle des öffentlichen Gesundheitsdienstes offenbar etwas unterschätzt. Jedoch habe ich aus manchen Sachverständigenstatements herausgehört, dass anerkannt

wird, dass der öffentliche Gesundheitsdienst hier eine wichtige Rolle spielt und viel mehr macht, als nur kostenlose und anonyme HIV-Tests anzubieten, dass er die ihm durch das Gesetz zugewiesenen Aufgaben sehr ernst nimmt und seinen Möglichkeiten entsprechend umfangreich wahrnimmt. Einige Beispiele hierfür sind Beratung und Untersuchung zu sexuell übertragbaren Krankheiten im Ganzen, aufsuchende Arbeit bei schwer erreichbaren Zielgruppen, übergreifende Koordinationsarbeit, psychosoziale Begleitung der Betroffenen, Öffentlichkeitsarbeit und breit angelegte Präventionsveranstaltungen.

Ich darf nun auf einige Fragen spezieller eingehen, wobei ich mir die Freiheit nehme, einige en bloc abzuhandeln.

Zu Frage 1. Wir sind der Auffassung, dass eine gemeinsame Behandlung der Themen Sucht und Aids möglich ist, sofern die jeweiligen Besonderheiten der Themenkomplexe angemessen berücksichtigt werden.

Zu den Auswirkungen der Kommunalisierung. Aus unserer Sicht ist es sehr wichtig, dass das Land in diesem Bereich weiterhin seine Verantwortung sieht, wahrnimmt und die Verantwortung nicht heruntergefahren oder ganz infrage gestellt wird. Die Kommunalisierung bietet nach unserer Auffassung die Chance, an den spezifischen Bedarfen vor Ort orientiert Präventionsarbeit und Versorgungsarbeit zu leisten; das hat auch Herr Hackbart explizit ausgeführt. Allerdings wird es aufgrund der Kommunalisierung für einige Kommunen, die in der Förderung bisher überproportional beachtet worden sind, voraussichtlich zu Erschwernissen der Arbeit kommen. Eventuell muss aufgrund der Reduktion der Landesförderung auch die Arbeit vor Ort reduziert werden. Das kann man nicht ausschließen.

Es ist aber auch zu beachten, dass aufgrund der bisherigen Förderstrukturen eine gewaltige Ungleichheit vorliegt. Das haben auch die Gutachten, die in diesem Bereich erstellt worden sind, eindeutig gezeigt. Es ist zumindest Ziel der Politik des Landkreistages, dass diese Ungleichbehandlungen nach den im Gutachten aufgestellten Maßstäben mittelfristig nivelliert werden. Welche Folgen diese Ungleichbehandlungen haben, haben wir hier schon erfahren. Herr von der Forst hat das am Beispiel des Kreises Mettmann geschildert, wo die Förderung derzeit null ist.

Was die Rahmenvereinbarung anbetrifft, so muss ich beachten, dass ich hier zwei oder sogar drei Hüte aufhabe. Der Städtetag wird diese Rahmenvereinbarung wahrscheinlich unterzeichnen können. Der Landkreistag kann das in der vorliegenden Form nicht tun; denn wir müssen aufgrund unserer eindeutigen Beschlusslage darauf bestehen, dass die vorgesehene Umwandlung anhand der fachlich sinnvollen Kriterien möglichst zügig durchgeführt wird. Wir sind der Auffassung, dass die durch die Gutachten vorgegebene fachliche Verteilung abgestuft in 20-%-Schritten – also in den nächsten fünf Jahren – eingeführt werden sollte. Das sieht die derzeit vorliegende Vereinbarung nicht vor. Sie würde diese Umstellung auf unbestimmte Zeit verschieben. Das ist aus Sicht des Landkreistages – das muss ich hier betonen – nicht hinnehmbar.

Insofern ist auch die im Beschlussvorschlag des Antrages enthaltene Nr. 5 nur bedingt zustimmungsfähig. Die bestehende Infrastruktur muss unserer Auffassung nach bedarfsgerecht weiterentwickelt werden.

Letzten Endes müssen alle Kreise und kreisfreien Städte in den Genuss der Förderung kommen. Die Bedarfe müssen zu diesem Zweck auch fortlaufend evaluiert werden.

Zu Frage 3: ob wir die Befürchtung haben, dass es zu Kürzungen kommt. Entscheidender ist aus unserer Sicht die Frage, ob es in Zukunft Kürzungen bei den Landesmitteln geben wird. Das sollte unserer Meinung nach dringend vermieden werden. Es kann außerdem nicht in unserem Interesse sein, dass überregionale Angebote und überregionale Fragestellungen durch das Wegfallen der Landesmittel letztlich infrage gestellt werden. Es ist schwierig, auf der kommunalen Seite entsprechende Kompensationen zu leisten.

Zu Frage 4. Die Rolle des Landes sehen wir als kommunale Spitzenverbände weiterhin im Bereich der überregionalen Koordination, wobei die neu gewonnenen kommunalen Steuerungsmöglichkeiten nicht beschnitten werden sollten. Wir würden deshalb insbesondere das MAGS anregen, die Themen „sexuell übertragbare Krankheiten“ und Aids in einem Referat zusammen zu bearbeiten; Frau Bunte wird dazu gleich noch etwas sagen. Wir glauben, dass auf diese Weise Synergieeffekte erzielt werden können.

Zu den Fragen 5 und 6. Hier möchte ich auf die umfangreiche schriftliche Stellungnahme und den dort hinterlegten Katalog verweisen. Die aktuellen Zahlen belegen, dass die Präventionsarbeit im Aidsbereich nach wie vor unerlässlich ist. Insbesondere müssen wir uns der Herausforderung stellen, dass in einigen Teilen der Bevölkerung mittlerweile die Vorstellung vorherrscht, Aids sei heilbar. Das ist leider nicht der Fall. Auch für diese zukünftigen Aufgaben fordern wir als kommunale Spitzenverbände die entsprechende finanzielle Ausstattung vonseiten des Landes und des Bundes ein.

Auch zu den Fragen 8 und 9 darf ich auf die schriftliche Stellungnahme verweisen. Wir haben dazu recht heterogene Ansätze aus unserem Mitgliedsbereich empfangen. Vielleicht darf ich noch den Hinweis geben, dass die HIV-Problematik und die Problematik sexuell übertragbarer Krankheiten in vielen Gesundheitsämtern vor Ort bereits zusammen bearbeitet werden.

Zu den Fragen 10, 11 und 12 möchte ich ebenfalls auf die schriftliche Stellungnahme verweisen und nicht zu sehr ins Detail gehen; wir können vielleicht gleich in der Nachfragerunde spezielle Schwerpunkte setzen. Für uns ist zielgruppenbezogene Präventionsarbeit angesichts der bestehenden geschlechtsspezifischen Unterschiede bei Ursachen und Folgen notwendig. Diese kann auch nach der Kommunalisierung ohne Weiteres fortgesetzt werden. – Schließlich sollten die Unterschiede zwischen den Geschlechtern gerade bei der Forschungsarbeit Berücksichtigung finden. Auch insoweit verweise ich auf unsere Ausführungen in der schriftlichen Stellungnahme zu Frage 12.

Nun noch zu den Fragen 13 und 14. Die besonderen Probleme, mit denen sich Aids-krankte konfrontiert sehen, verstärken sich bei den Migranten besonders. Die Versorgungssituation scheint in den Ballungsräumen recht gut zu sein. In den ländlichen Regionen, in den Randbereichen muss der öffentliche Gesundheitsdienst – und das macht er auch – die dort teilweise bestehende Unterversorgung auffangen.

Wir sehen noch Verbesserungsmöglichkeiten, insbesondere was die Kenntnisse der niedergelassenen Ärzteschaft anbetrifft. Aber auch insoweit darf ich auf unsere schriftliche Stellungnahme verweisen.

Dr. Anne Bunte (Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Meine Damen und Herren! Ich vertrete jetzt nicht den drittgrößten Ballungsraum, sondern einen Flächenkreis und trage damit auch zu dem bunten Bild, das sich in der Stellungnahme des Landkreistages gezeigt hat, bei. Die Situation ist in einem Flächenkreis mit einer sehr jungen Bevölkerung natürlich eine ganz andere als in einer Stadt wie Düsseldorf, Köln oder Essen.

Frau Prof. Pott hat eine Steilvorlage gegeben. Sie hat sich auf das epidemiologische Bulletin des RKI vom November bezogen, das noch einmal sehr schön die Zusammenhänge des jetzt erstmalig zu beobachtenden – das ist noch nicht weiter bewertet worden – nicht weiteren Anstiegs der Zahl der Neuinfektionen und die Problematiken dargestellt hat. Ich möchte auf zwei Dinge eingehen, die speziell das Land – also auch Frage 4 – und die konkrete Ausgestaltung betreffen.

Ich arbeite im Gesundheitsamt mit Landesinstitutionen zusammen und beobachte im Rahmen der Testung – das zeigt die RKI-Publikation sehr schön –, dass die anonymen Testungen zu einem hohen Prozentsatz von den Gesundheitsämtern durchgeführt werden, weil sie quasi eine niederschwellige Situation bieten. Zu uns kann man einfach kommen, man braucht seinen Namen nicht zu nennen, man hat eine gute Verbindung, man ist in einem Gebäude, in dem man sich nicht outen muss. Wir haben bisher sehr gut mit dem ehemaligen lögd zusammengearbeitet, dem heutigen LIGA, und beobachten mit großer Sorge auch in vielen anderen Gesundheitsämtern, dass die Fachkompetenz dort zunehmend bröckelt. Wir bitten daher, dass auch die Fachkompetenz, die im Laborbereich zurzeit vorhanden ist, erhalten bleibt. Sie wissen, dass es ein ganz neues Heft im Rahmen der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ gibt, das sich mit den doch sehr schnellen Veränderungen in der Therapie – in der Diagnostik haben wir die gleichen Probleme – beschäftigt. Wir brauchen entsprechenden fachlichen Rat. Schon vor über 100 Jahren sind die staatlichen Untersuchungsämter oder diese hygienisch-bakteriologischen Institute als Kompetenzzentren der Länder eingeführt worden, um uns in unserer doch etwas kleineren Struktur zu unterstützen. Und diese benötigen wir ganz einfach. Es kann nicht sein, dass ich in Niedersachsen oder in Baden-Württemberg anrufen muss, um mir die Kompetenz zu holen.

Der zweite Punkt ist bereits angesprochen worden. Es wäre auch für uns eine sehr große Unterstützung, weil das sehr eng zusammenhängt, wenn im MAGS die anderen sexuell übertragbaren Infektionen – ich meine Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien;

das ist vom RKI sehr schön dargestellt worden –, mit HIV zusammengefasst würden, selbst wenn bereits eine gute Zusammenarbeit zwischen den Arbeitsgruppen bestehen sollte. Es hat auch immer einen Signaleffekt, wenn das komprimiert zusammengeführt ist. Ich habe auch in der Diskussion der Kommunalisierung vermisst, dass das Thema der anderen sexuell übertragbaren Infektionen stärker mit dem Thema HIV verzahnt wird.

Dr. Franz-Josef Ehrle (Gesundheitsamt Köln, AIDS-Koordination): Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Herzlichen Dank für die Einladung. Ich bin zwar beim Gesundheitsamt Köln in der AIDS-Koordination tätig, spreche heute allerdings in meiner Funktion als Vorstand der AIDS-Fachkräfte und AIDS-Koordinatoren NRW. Das ist ein loser Zusammenschluss derjenigen, die im öffentlichen Gesundheitsdienst mit dem Thema Aids betraut sind.

„AIDS-Politik gestalten – Konzept zur Prävention weiterentwickeln“ – so lautet das Thema der heutigen Anhörung. Ich finde, das ist eine sehr begrüßenswerte Initiative. Allerdings muss ich Ihnen gleich sagen, dass Kommunalisierung aus meiner persönlichen und fachlichen Sicht kein geeignetes Mittel ist, um die Aidspolitik in NRW in Zukunft zu gestalten.

Kommunalisierung bedeutet nach meiner Meinung einen Rückschritt. Warum ist das so?

Erstens. Die Landeszuwendung in bisherigem Stil war immer ein Anreiz für eine kommunale Zufinanzierung. Dieser Anreiz entfällt in Zukunft ersatzlos.

Zweitens. Wenn der Bestandsschutz irgendwann ausläuft, wird es zwangsläufig zu Einschnitten bei Trägern und der Struktur der Aidsprävention insgesamt kommen.

Drittens. Mit der Kommunalisierung wird eine landesweite Planung aufgegeben. Mit dieser landesweiten Planung konnte in den letzten 20 bis 25 Jahren den wechselnden Herausforderungen in der Aidsprävention adäquat und zeitnah begegnet werden. So konnten mit der Landesförderung in der Vergangenheit regionale Defizite ausgeglichen werden. Deshalb kommt es auch zu Schwerpunktbildungen in einzelnen Regionen. Zukünftig müssen sich – nur als Beispiel genannt – Borken, Düsseldorf, Essen – ich könnte genauso gut Köln, den Rhein-Erft-Kreis und Bonn nennen – zusammensetzen, um Defizite über regionale Grenzen hinweg auszugleichen; das hat Herr von der Forst in seiner Stellungnahme gemeint. Sie können sich vielleicht vorstellen, dass das in der Realität wenig praktikabel sein wird.

Viertens. Kürzungen der Kommunen an den bisher bereitgestellten Haushaltsmitteln sind über kurz oder lang vorprogrammiert. Es gibt auch schon bedenkliche Beispiele; ich nenne nur Hagen. Es gibt noch andere, die im Raum stehen. In Hagen sieht es so aus: Im Gesundheitsamt wird die Beratung gestrichen. Stattdessen wird die AIDS-Hilfe weiter begünstigt. Das ist sicher begrüßenswert. Aber im Endeffekt fällt eine Beratungsmöglichkeit weg. Ich finde, so kann man weder nachhaltig Prävention machen noch Prävention bedarfsorientiert weiterentwickeln.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Fünftens. Die bisher – ich glaube, das ist der allgemeine Tenor – durchaus erfolgreiche und zukunftsweisende AIDS-Präventionsstrategie NRW basiert ganz maßgeblich auf einem Zusammenspiel von Landeskoordination, öffentlichem Gesundheitsdienst und freien Trägern. Sie beruht ferner auf einer Aufgabenteilung zwischen Bund, Land und Kommunen: beim Bund ist eher die massenmediale Aufklärungskampagne – das hat Frau Dr. Pott auch erwähnt –, bei den Kommunen die personalintensive Aufklärungsarbeit verortet. Dieser zweite – ich finde durchaus sehr wichtige – Arm der Aidsprävention droht durch die Kommunalisierung gefährdet zu werden.

Ich möchte noch ein Beispiel nennen: Strafvollzug. Hier wurde bisher zumindest marginal durch Landesgelder Aidsprävention betrieben. Im Bereich Strafvollzug besteht keine kommunale Zuständigkeit. Es ist zu erwarten, dass hier als Folge der Kommunalisierung zukünftig keine Aidsprävention mehr stattfinden wird. Ich glaube kaum, dass das jemand als wünschenswert betrachtet.

Mein Fazit: Die Kommunalisierung geht 2009 ins dritte Jahr. Das Land hat durch die Kommunalisierung Verwaltungsstellen im eigenen Bereich entlastet. Vorteile für die Aidspolitik sehe ich keine.

Es wurde schon erwähnt: Die Zahl der HIV-Neudiagnosen gibt keinen Anlass für eine Entwarnung. In den Ihnen vorliegenden Stellungnahmen ist eine Vielzahl von Herausforderungen, aber auch neuen und notwendigen Herangehensweisen benannt worden. Wenn man Aidspolitik weiterhin gestalten und Konzepte zur Prävention in NRW weiterentwickeln will und muss, dann – so die Stellungnahmen übereinstimmend – werden die Anforderungen an eine landesweite Koordination und damit auch eine landesweite Ressourcenverteilung und Ressourcenzuweisung steigen.

Ich möchte noch erwähnen – das wurde auch schon genannt –, dass das Land NRW aufgrund seiner Größe und seiner innovativen Präventionsstrategien, insgesamt aufgrund der bisher verfolgten Aidspolitik eine Vorbildfunktion für andere Bundesländer – hier spreche ich als ehemaliger Landes-AIDS-Koordinator Niedersachsen – und selbst im Bund wahrnimmt. Bisher hat die Aidsprävention in NRW gut funktioniert. Gut funktioniert hat das Zusammenspiel zwischen Land, freien Trägern und Kommunen. Ich finde, durch die Kommunalisierung wird das Erreichte aufs Spiel gesetzt. Angesichts der neuen Herausforderungen, vor denen die Prävention steht – sie wurden beschrieben –, finde ich das ganz besonders fatal.

Ich schließe an dieser Stelle und verweise auf die übrigen Punkte meiner Stellungnahme. Für weiterführende Fragen stehe ich natürlich gerne zur Verfügung.

Karin Hoeltz (Gesundheitsamt Wuppertal, AIDS-Koordination): Sehr geehrter Herr Vorsitzender! Sehr geehrte Abgeordnete! Sehr geehrte Damen und Herren! Ich danke für die Einladung, hier sprechen zu dürfen. Ich bin Ärztin, arbeite als AIDS-Koordinatorin im Gesundheitsamt der Stadt Wuppertal und bin heute hier – wie mein Vorredner auch – als Mitglied des Sprecher(innen)kreises der AIDS-Fachkräfte und AIDS-Koordinator/-innen in den Gesundheitsämtern in Nordrhein-Westfalen.

Zunächst danke ich Ihnen für die langjährige Unterstützung der Aidsarbeit in NRW, ohne die die Arbeit in den Kommunen auch nicht möglich gewesen wäre.

Es ist schon viel in den schriftlichen Stellungnahmen und heute mündlich an Argumenten vorgebracht worden, sodass ich mich schwerpunktmäßig nur zu zwei Themen äußern möchte, und zwar sind das die Auswirkungen der Kommunalisierung der Landesgelder auf die Kommunen, denen nach dem prognos-Gutachten zum Teil erhebliche Kürzungen drohen, und die Bitte um die Finanzierung von Laboruntersuchungen durch das Land.

Die Strukturen im Aidsbereich in NRW sind seit über 20 Jahren gewachsen. Die Akteure haben in dieser Zeit viel Wissen und Erfahrungen gesammelt und gut funktionierende Kooperationen und Netzwerke in den Kommunen und darüber hinaus gebildet. Nur dank der finanziellen Unterstützung durch kommunale und Landesmittel konnte und kann die Arbeit geleistet werden. Gerade die Zusammenarbeit zwischen dem ÖGD und den freien Trägern ermöglicht die vielfältigen Angebote.

Die Möglichkeit, zwischen sehr verschiedenen Anbietern vor Ort wählen zu können, erleichtert vielen Kunden den Weg zur Aidsberatung oder zur Nutzung der Angebote. So wird eine erzbischöfliche Schule eher mit dem Gesundheitsamt oder der Caritas zusammenarbeiten und ein schwuler Mann eher Rat bei der AIDS-Hilfe suchen. Die Wohlfahrtsverbände ermöglichen den problemlosen Kontakt zu den dort angedockten Gruppen und Angeboten. Insofern ist die Anbietervielfalt vor Ort ein großer Gewinn für die Arbeit.

Luxuriös ist die finanzielle und personelle Ausstattung sicherlich nirgendwo. Die Ressourcen reichen schon nicht aus, alle Jugendlichen in den Schulen über HIV zu informieren, geschweige denn, die Informationen auf wichtige Begleitthemen wie zum Beispiel andere sexuell übertragbare Erkrankungen und die Strategien auf neue Zugangswege wie zum Beispiel das Internet auszudehnen sowie weitere Zielgruppen wie MSM oder Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen.

Einigen Kommunen in NRW, die sich seit Langem intensiv in der Aidsarbeit engagieren, drohen durch die Kommunalisierung zum Teil drastische Kürzungen der Landesmittel im Aidsbereich. Einige Beispiele: Am schlimmsten ist Hamm betroffen mit einer Reduktion um 60 % von 74.600 auf 29.300 €. Aber auch der Kreis Gütersloh und die Städte Krefeld, Aachen, Hagen und Unna mit einer Reduktion um jeweils ca. 40 %, Bielefeld und Wuppertal mit einer Reduktion um ca. ein Drittel und Essen und Münster mit einer Reduktion um etwa 20 % sind erheblich betroffen.

Insbesondere die Kommunen, die unter Haushaltssicherungskonzepten stehen, können die Minderung der Fördersumme durch das Land nicht ausgleichen, selbst wenn es sich „nur“ – in Anführungszeichen – um Beträge zwischen 21.000 und 45.000 € handelt. Die Träger wie zum Beispiel AIDS-Hilfe, AWO, Caritas oder pro familia, die eh schon immer die Gehaltssteigerungen bei seit Jahren gleich bleibenden Fördersummen ausgleichen mussten, können sie auch nicht kompensieren. Bei sinkender Spendenbereitschaft ist eine Kompensation durch Spendenmittel auch nicht realistisch.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Die Folge wird sein: Personal wird entlassen werden. Langjährig tätige erfahrene und engagierte Mitarbeiter oder Anbieter werden ganz aufgeben müssen. Für Wuppertal zum Beispiel bedeutet die Reduktion von knapp 75.000 auf 50.000 €, dass entweder der einzige Youthworker gehen muss – für eine Stadt mit 350.000 Einwohnern – oder 50 % der Förderung der AIDS-Hilfe entfallen, in der zwei Sozialarbeiter und eine Bürokräft arbeiten, wenn man sich nicht entschließt, nach Hagener Vorbild die Aids- und STD-Arbeit im Gesundheitsamt aufzugeben, die sowieso nur noch in den Händen von Stundenkontingenten von Teilzeitkräften liegt. In den anderen betroffenen Kommunen sieht es ähnlich aus.

Im Vorfeld der Kürzungen wird natürlich jeder Mitarbeiter versuchen, den eigenen Arbeitsplatz zu sichern. Dadurch werden Ressourcen gebunden, die in dieser Zeit nicht für die eigentlichen Aufgaben zur Verfügung stehen. Die bisher gute Zusammenarbeit zwischen den Anbietern vor Ort wird gefährdet, wenn nicht sogar langfristig zerstört. Statt zu Synergieeffekten kann es zum Gegenteil kommen.

Wenn der ÖGD die finanziellen Mittel zuweisen bzw. bei Kürzungen das Prozedere verantworten soll, können seine Mitarbeiter nicht gleichzeitig weiterhin vertrauensvoll auf gleicher Ebene mit den Kooperationspartnern, die ja nun in finanzieller Abhängigkeit stehen, zusammenarbeiten.

Die landesweite Versorgungslage im Bereich HIV und Aids ist aufgrund von unterschiedlichen Erfordernissen und unterschiedlichem bisherigem Engagement sicherlich nicht – wie Herr Dr. Zentara schon ausgeführt hat – überall identisch. Aber mein Eindruck ist: Die Kommunen mit verschiedenen Angeboten im Aidsbereich versorgen in der Regel diejenigen ohne solche Angebote als Oberzentren mit. So nutzen Ratsuchende oder speziell riskierte Personen die Beratungsangebote in der nächsten Großstadt. AIDS-Hilfen versorgen zum Beispiel Haftanstalten in den benachbarten Kommunen mit. Präventionskräfte stehen für Schulprojekte zur Verfügung. Gerade in Essen, mit einer guten HIV-Ambulanz und -Station in der Universitätsklinik, werden ca. 40 bis 50 % Nicht-Essener behandelt, die die psychosozialen Angebote der Stadt Essen mitnutzen. Die Versorgungssituation vor allem im ländlichen Bereich ist sicherlich schlechter als in vielen Städten; in Verbindung mit der Tatsache, dass die Gesundheitsämter AIDS-Koordination und -Beratung vorhalten sollen und in den Oberzentren nutzbare Angebote zur Verfügung stehen, scheint mir aber eine gewisse landesweite Grundversorgung gegeben zu sein.

Durch die von prognos vorgeschlagene Umverteilung würde keine Verbesserung, sondern meiner Ansicht nach eine Verschlechterung erreicht. Mit den neu fließenden Landesmitteln zwischen 6.000 und 12.000 € im Jahr an Landkreise oder bislang nicht geförderte Kommunen können keine effizienten Strukturen neu geschaffen werden. Durch die den Oberzentren gestrichenen Mitteln würden die alten, gewachsenen und erfahrenen Strukturen aber zerschlagen. Und letztlich wären alle die Dummen.

Mein zweiter Punkt betrifft die anonymen und kostenlosen Beratungs- und Untersuchungsangebote der Gesundheitsämter. Zu der Frage, was angesichts der Übernahme der Kosten für den HIV-Antikörpertest durch das Land möglich ist, möchte ich ausführen: Die Möglichkeit der Anonymität ist ein hoher Wert für viele Nutzer des

Angebotes. Da die von HIV und Aids Betroffenen bzw. die Menschen mit erhöhten Risiken zunehmend zu den bildungsmäßig und sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen zählen, wird durch ein kostenloses Angebot die Hemmschwelle zur Nutzung gesenkt – das ist erwünscht –, da ein übereinstimmendes Ziel darin bestehen dürfte, Menschen mit Risiko eine frühzeitige Testung und damit gegebenenfalls einer HIV-Diagnose zu ermöglichen. Dieses kostenlose Angebot sollte nach den Erfahrungen der Aidsfachkräfte in den Gesundheitsämtern ausgeweitet werden.

Zunehmend wird der HIV-Schnelltest im Internet angeboten und von Testwilligen nachgefragt. In einigen Gesundheitsämtern und Einrichtungen wird der Schnelltest zu unterschiedlichen Konditionen schon pilotmäßig angewendet. Die Erfahrungen mit dem Test sind bisher positiv. Es wäre wünschenswert, wenn nach Zusammenstellung der gemachten Erfahrungen auch dieser Schnelltest als Ergänzung zum herkömmlichen Test flächendeckend kostenlos angeboten werden könnte – finanziert durch das Land. Nur durch die Ergänzung des bisherigen Angebots um den Schnelltest kann vermutlich verhindert werden, dass Menschen ihn über das Internet bestellen und ohne Beratung nutzen – mit der Gefahr einer zunehmenden Zahl an falsch-positiven oder auch falsch-negativen Resultaten und den daraus folgenden Risiken.

Meine Vorredner haben schon die sexuell übertragbaren Erkrankungen angesprochen. Die Zahl sexuell übertragbarer Erkrankungen, zum Beispiel Syphilis, nimmt zu. Sie stellen ein erhöhtes Risiko für eine HIV-Infektion dar und scheinen zum Anstieg der HIV-Zahlen gerade bei Männern, die Sex mit Männern haben, beizutragen. Insofern wäre es auch wünschenswert, wenn die entsprechende Diagnostik – zumindest auf Syphilis – kostenlos und anonym in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter vorgehalten werden könnte. Die Beratung zu anderen STD ist bereits selbstverständlicher Bestandteil der Aidsberatung. Für die kostenlose Diagnostik wäre eine Finanzierung durch das Land nötig.

Zum Schluss meine Bitten! Engagieren Sie sich bitte weiter im Aidsbereich. Verhindern Sie durch die Beibehaltung der bisherigen Förderpraxis der Aidspräventions- und -hilfeeinrichtungen das Sterben vieler guter und erfahrener Einrichtungen, die in den vergangenen 20 Jahren zu der vergleichsweise günstigen epidemiologischen Entwicklung und psychosozialen Situation von Menschen mit HIV und Aids beigetragen haben. Und ermöglichen Sie durch die Anpassung der landesweiten diagnostischen Angebote an die aktuellen Erfordernisse eine weiterhin erfolgreiche Beratungsarbeit und Diagnostik im ÖGD und damit vielleicht die Verhinderung von HIV-Infektionen oder zumindest ihre rechtzeitige Diagnostik.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, meine Damen und Herren. – Es liegen erste Wortmeldungen seitens der Abgeordneten vor. – Als Erstes hat Frau Kollegin Steffens das Wort.

Barbara Steffens (GRÜNE): Herzlichen Dank für die Stellungnahmen, die zum Teil wirklich sehr umfassend sind. – Das Argument, das vonseiten der Landesregierung für die Kommunalisierung sprach und spricht, ist – ich habe es nur in einer Stellung-

nahme als Begründung gefunden –, dass sich die Angebote stärker an den örtlichen Bedarfen orientieren können. Ich habe mich gefragt: Wo sind denn diejenigen, die erklären, dass diese Kommunalisierung richtig ist? Ich wüsste gerne von Herrn Hackbart und Herrn von der Forst, die vor Ort die Arbeit machen: Haben sich die Angebote früher nicht an den Bedarfen vor Ort orientiert? Hat dieses Argument bei aller Kritik, die hier vorgebracht worden ist – die Koalitionsfraktionen haben wohl keine Experten gefunden, die sich für die Kommunalisierung aussprechen –, noch Bestand?

(Dr. Kai Zentara [AG der kommunalen Spitzenverbände NRW]: Entschuldigung, aber ich habe für die Kommunalisierung gesprochen!)

– Sie haben gesagt, die erfolge wegen der Vor-Ort-Bedarfe. Aber der Städtetag und der Landkreistag sind sich nicht in Gänze einig, wie man eine Kommunalisierung machen kann und ob man sie so machen kann.

(Dr. Kai Zentara [AG der kommunalen Spitzenverbände NRW]: Der Landkreistag hat die Kommunalisierung seit Jahren gefordert!)

– Sie können ja gleich noch etwas dazu sagen. Aber ich würde gerne von Herrn Hackbart oder Herrn von der Forst etwas dazu hören. Denn das Argument war: An den örtlichen Bedarfen kann man die Angebote besser orientieren. – Das habe ich aber nur einer Stellungnahme gelesen. Deswegen meine Frage: Ist das so?

Meine zweite Frage richtet sich an Herrn Zentara. Wenn der Landkreistag das nicht unterschreibt, wie Sie sagen, was heißt das dann für diese Vereinbarung?

Ein weiterer Punkt, der deutlich benannt wurde, ist, dass das größte Risiko dieser Kommunalisierung darin besteht, dass spezielle Angebote gar nicht mehr entwickelt und zum Teil nicht mehr vorgehalten werden. Eine Erfahrung, die wir in vielen Bereichen machen, ist, dass als Erstes frauenspezifische Angebote wegbrechen. Deswegen meine Frage an Frau Schmalz: Glauben Sie, dass, wenn es zu dieser Kommunalisierung kommt, wenn es also zu Zersplitterungen kommt, wenn es zu einer Umschichtung zwischen den Kommunen kommt – ich meine, dass Angebote in Kommunen abgebaut und quasi mit der Gießkanne verteilt werden –, die frauenspezifischen Ansätze erhalten bleiben? Oder wird es uns hier genauso gehen wie in allen anderen Bereichen, dass uns nämlich gesagt wird, dass das überall mitbedacht wird und dass das sowieso alle mitmachen?

Zu den spezifischen Angeboten für Migranten und Migrantinnen, Menschen im Alter, Menschen mit Pflegebedürftigkeit und behinderte Jugendliche eine Frage an Herrn Meyer und Herrn Popp: Gerade im Bereich „Pflege im Alter“ wissen wir auch aus der Enquetekommission „Zukunft der Pflege“, dass wir für solche spezifischen Gruppen Weiterentwicklungen der Wohnformen und andere Modelle brauchen. Ist das aus Ihrer Sicht bei einer Kommunalisierung überhaupt möglich?

Eine Frage an Herrn Zentara und die Vertreter der Kommunen. Im Rahmen des ÖGD können bestimmte Aufgaben geleistet werden. Aber können die Kommunen

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Pflege, neue Wohnformen, also die Sachen, die über das ÖGD hinaus möglich sind, alleine leisten? – Das gilt auch für den Bereich Justizvollzugsanstalt. Herr Zentara, Sie wollen an der Stelle eine Kommunalisierung. Wer soll das aus Ihrer Sicht leisten? Das ist bisher nicht beschrieben.

Wir haben gerade drastisch geschildert bekommen, wie die Umverteilung der Mittel perspektivisch aussehen kann; ich meine die Verteilung mit der Gießkanne statt übergreifender Arbeit. Herr Hackbart, Herr von der Forst und Herr Meyer, können Sie sich irgendein Modell vorstellen, bei dem die Kommunalisierung, die die Landesregierung will, beibehalten wird? Können Sie sich ein Modell vorstellen, bei dem die Gießkanne zwar benutzt wird, bei dem die übergreifenden Dinge aber trotzdem beibehalten werden? Was wäre dazu notwendig? Was bräuchten wir als Land, um auf der einen Seite eine Kommunalisierung vorzunehmen und auf der anderen Seite die Verantwortung als Land noch wahrzunehmen? Gibt es etwas, was diesbezüglich denkbar wäre? Oder wäre es sinnvoller, bei dem alten Modell zu bleiben – also keine Kommunalisierung – und das Ganze rückgängig zu machen?

Herr Heide, Sie haben eben gesagt, dass die Zahl der Anträge in bestimmten Bereichen zunimmt. Sie haben aber nicht gesagt, wie sich das geschlechterdifferenziert darstellt. Gibt es dazu irgendwelche Zahlen und Daten?

Der zweite Bereich, der von Ihnen angesprochen wurde, Herr Heide, ist, dass die Regelleistungen eigentlich überhaupt nicht reichen; es geht um Mehrbedarfe im SGB-II-Bereich und bei der Sozialhilfe. Meine Frage dazu auch an Herrn Meyer und Herrn Popp: Ist das eine Erfahrung, die auch Sie machen? Was wären Ihre Vorschläge? Was müsste geändert werden – Einmalleistungen –, oder müsste es andere Regelungen geben?

Letzte Frage an Herrn Meyer, Herrn Popp und andere, die schon angesprochen sind: Was sollte das Land machen, um wirklich einen Landespräventionsplan mit Eckpunkten zu haben?

Heike Gebhard (SPD): Auch von mir ein herzliches Dankeschön an Sie alle. Diesen Dank möchte ich unterstreichen, weil wir es als Politik durchaus nicht gewohnt sind, dass Statements damit beginnen, die Politik der letzten 20 Jahre zu loben. Es ist gut, einfach einmal zu sagen: Es ist etwas bewegt worden, wir haben eine gute Ausgangslage. Jetzt können wir uns auf die spannende Frage konzentrieren: Wie erhalten wir diesen Standard, oder können wir ihn sogar noch ausbauen?

Nach meiner Wahrnehmung haben eigentlich alle Experten inklusive des Vertreters des Landkreistags herausgestellt, dass die Voraussetzung für erfolgreiche Arbeit ist, dass öffentlicher Gesundheitsdienst und freie Träger auf allen drei Ebenen vernünftig zusammenarbeiten, dass das das Pfund ist, das uns vielleicht auch gegenüber anderen Ländern auszeichnet und das wir uns unbedingt bewahren müssten. Wenn ich es falsch verstanden haben sollte, bitte ich um Klarstellung. Denn das ist eine wesentliche Voraussetzung für das, was wir zukünftig tun wollen.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Herr Zentara, Sie waren der Einzige, der nach meiner Wahrnehmung die Kommunalisierung begrüßt hat, allerdings nur für einen der drei kommunalen Spitzenverbände. Sind Sie der Ansicht, dass die Kommunalisierung mit dem gleichen Ansatz der Fördermittel einhergehen kann? Oder sind Sie der Ansicht, dass man diese Zentren gleichwohl braucht und deren Förderung weiter betreiben muss, sodass es im Falle eine Kommunalisierung in der Breite Fördergelder „on top“ geben müsste?

Frau Prof. Pott, Sie haben die Bedeutung der Zusammenarbeit der einzelnen Ebenen, die Bedeutung von NRW in der Vergangenheit und die Impulse, die von Landesinitiativen ausgegangen sind, herausgestellt. Sehen Sie diese Impulse im Falle einer Kommunalisierung gefährdet?

Eine Frage an die Verbände. Es ist von Frau Hoeltz dankenswerterweise deutlich gemacht worden, welche Kürzungen bei der Umverteilung – es ist ja keine Aufstockung von Geldern, es wird nicht mehr – entstehen. Welche Konsequenzen sehen Sie für die Sicherstellung der Qualität in den einzelnen Bereichen, auch wenn in den Landkreisen etwas Vernünftiges mit dem Geld gemacht wird? Wir haben ja gehört, welche geringen Beträge das sind. Oder hätten Sie die Erwartung an die Landkreise, dass diese von sich aus ganz viel Geld zur Ergänzung in die Hand nehmen, um den Qualitätsstandard zu halten?

Dr. Stefan Romberg (FDP): Hinsichtlich der Kommunalisierung habe ich eine etwas andere Wahrnehmung als die Oppositionsabgeordneten. Denn zumindest Herr Hackbart aus Essen hat Positives dazu berichtet, nämlich dass Essen flexibler als bisher reagieren konnte, und hat ansonsten Befürchtungen geäußert. Ich habe daher das Fazit gezogen: Es ist etwas Gutes passiert, es könnte vielleicht etwas Schlechtes passieren. Das ist aber bisher noch nicht eingetreten.

(Britta Altenkamp [SPD]: Dr. Romberg, provozieren Sie uns nicht! – Barbara Steffens [GRÜNE]: Falsche Wahrnehmung!)

Ich möchte auf den Bedarf für aidskranke Menschen, die älter werden und gepflegt werden müssen, eingehen. Welche Ideen gibt es, um für diese Menschen adäquate Angebote zu schaffen? Gibt es Ideen für auf Aidskranke spezialisierte Pflegeeinrichtungen? Soll es eher eine wohnortnahe Möglichkeit sein, sollen sie eher in bisherige Pflegeeinrichtungen integriert werden? Oder stellt sich das Problem generell bei jüngeren Menschen mit Pflegebedarf, die zu Hause nicht mehr zurechtkommen? Diese kommen sich ja auch bei sonstigen neurologischen Erkrankungen in Altenheimen häufig fehl am Platz vor.

Zu den übrigen Geschlechtskrankheiten, die bisher unterschätzt wurden, habe ich zwei Vorschläge gehört: Einerseits ging es um die Organisation im Ministerium, andererseits um die kostenfreie Untersuchung in den Gesundheitsämtern. Ist dort nicht auch Aufklärung immens wichtig? Gibt es dort Planungen? Vielleicht kann Frau Pott berichten, inwieweit diese Informationen näher an den Menschen gebracht werden können, damit Geschlechtskrankheiten ernst genommen werden. Denn eine zeitnahe Behandlung macht Sinn, und die kann zumindest bei einem vertrauensvollen Ver-

hältnis zum sonstigen Arztsystem von einem Hausarzt oder einem Facharzt durchgeführt werden.

Norbert Post (CDU): Herr Vorsitzender! Meine Damen und Herren! Eben wurde die in 20 Jahren erreichte gelungene Strukturierung beschrieben. Da eine Vor-Ort-Bezuschussung stattfindet und die Umsetzung vor Ort – das haben wir eben auch gehört – natürlich auch mit örtlichen Mitteln erfolgen muss, stellt sich uns die Frage: Haben wir es in den 20 Jahren versäumt, eine echte Struktur zu schaffen? Darüber müssen wir noch einmal sprechen. Es gibt ganz viele sehr gut laufende Einzelbeispiele vor Ort. Aber Ihre Fragestellungen, Ihre Ängste – so ist es bei mir angekommen – zeigen, dass es eine echte Struktur, auf die man zurückgreifen kann und die Innovationen und Austausch einspielt, im Land noch nicht gibt. Das sind jeweils Einzelsvorgänge. Das ist bei mir so hängen geblieben. Bitte berichtigen Sie mich, wenn ich damit falsch liege; darüber würde ich mich sehr freuen.

Zweiter Punkt: Präventionskonzeption bzw. – ich gehe einen Schritt weiter – Landespräventionsgesetz. Ist ausreichend zugearbeitet worden, um die Prävention, die in dem Bereich viel mehr stattfinden muss – das ist von allen beschrieben worden –, stärker zu strukturieren, stärker anzugehen und damit nachhaltig zu machen?

Dritter und letzter Punkt. Die Kommunalisierung, die je nach Sichtweise so oder so bewertet wird, soll nur funktionieren, wenn es gleichzeitig eine Koordinierung auf Landesebene gibt und dafür zusätzliches Geld zur Verfügung steht. Ist auch diese Aussage von Ihrer Seite zu unterschreiben? Wenn ja, dann sagen Sie uns bitte auch, in welchen Bereichen diese Koordinierung auf Landesebene stattzufinden hat. Frau Steffens hat eben eine ähnliche Frage gestellt. Ich würde mich gerne etwas näher damit beschäftigen, was das Land machen muss, was die Kommune machen muss. Wir können nicht auf zwei Ebenen das Gleiche machen. Das wäre unsinnig, weil es sich zum Teil widersprechen würde. Die Anwendung muss bei den Betroffenen und nicht im Land irgendwo abstrakt stattfinden.

Elisabeth Veldhues (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. Meine Damen und Herren! Auch mein Dank gilt den Sachverständigen. Sie haben uns heute sehr deutlich gemacht, dass wir ein tragfähiges Konstrukt hatten. Wir hatten ein Dreieck: Land, Kommune und freie Träger. Ich habe aus vielen Ihrer Wortbeiträge herausgehört, dass Sie große Sorge haben, dieses Dreieck könnte ins Wanken oder in eine Schiefelage geraten.

Meine erste Frage geht an die Vertreter der AIDS-Hilfe. Wir haben den Antrag im August bei Einbringung plenar behandelt. Der Minister hat versprochen, ein ergänzendes Landeskonzept zur Aidsprävention unter Einbeziehung aller Beteiligten in NRW zu erstellen. Meine Frage: Wie nah sind Sie an diesem Tisch? Sind Sie als Beteiligte da überhaupt involviert?

Dann habe ich eine Frage an den Vertreter der kommunalen Spitzenverbände sowie an die AIDS-Hilfe. Die AIDS-Hilfe schreibt, mit dem Landesgeld, das reserviert sei, könne eine Kernstruktur zielgruppenspezifischer Angebote noch sichergestellt wer-

den. Heißt das, vorhandene Angebote können weitergefahren werden? Heißt das auch, dass Sie auf neue Herausforderungen mit neuen Konzepten, die erst noch entwickelt werden müssten, antworten können?

An den Vertreter der kommunale Spitzenverbände die Frage: Wer sollte das dann machen? Jede Kommune für sich? Ich komme aus einem großen Flächenkreis und stelle es mir sehr spannend vor, wenn jeder Kreis in NRW das dann für sich konstruiert. Ich meine damit neue Herausforderungen und Angebote für bestimmte Bevölkerungsgruppen: Frauen – alleinstehend, aber auch mit Familie –, Migranten und Pflegebedürftige. Soll das jede Kommune für sich alleine entwickeln?

Bei Ihren Antworten auf den Fragenkatalog haben Sie zu Frage 7 gar nichts gesagt. Es ist auch keine kommunale Aufgabe. Trotzdem muss geantwortet werden, wer dafür zuständig ist und wer es finanziert. Da geht es um die JVs, um die Betreuung im Justizvollzug. Man kann diese Frage als kommunaler Vertreter auch nicht einfach ausblenden. Die Menschen sind da. Wenn sie nicht von den Kommunen betreut werden, dann hätte ich erwartet, dass Sie klipp und klar die Forderung erheben, dass das weiterhin in der Kompetenz des Landes mit der entsprechenden finanziellen Ausstattung erfolgt. Sonst lassen wir eine ganze Bevölkerungsgruppe außen vor.

Ich habe eine kurze Frage an Frau Dr. Pott und Frau Dr. Bunte. In der Stellungnahme der „LAG Frauen und AIDS“ wurde deutlich gemacht, dass Medizinerinnen und Mediziner die Behandlung Aidsinfizierter und HIV-Infizierter häufig ablehnen und dass man dazu gesetzliche Regelungen erwartet. Sind die nötig? Oder bedarf es da nur einer Aufklärung? Mich hat es sehr verwundert, dass man solch eine Behandlung ablehnen kann. Wie ist da die Lebensrealität?

Vorsitzender Günter Garbrecht: Nun kommen wir zur Antwortrunde. Es sind fast alle Sachverständigen angesprochen worden. – Wir fangen bei Herrn Meyer an. Bitte schön.

Dirk Meyer (AIDS-Hilfe NRW e. V.): Herr Romberg, ich möchte Ihre Frage aufgreifen, ob etwas Schlechtes eingetreten ist oder nicht, weil es mich ein bisschen erschrocken hat, was wir heute hautnah erleben. Es ist nämlich insofern gerade etwas Schlechtes eingetreten, als dass die gemeinsame Arbeit zur Kommunalisierung aus zwei Jahren durch den Landkreistag quasi vor die Wand gefahren worden sind. Wir waren uns mit dem Landkreistag in der Arbeitsgruppe zur Kommunalisierung einig über die Rahmenbedingungen. Ich habe bis heute gehofft, dass die Unterschrift auch vom Landkreistag wie vom Städtetag kommt, habe eben zum ersten Mal gehört, dass das nicht der Fall sein wird. Wir hatten in diesem zweijährigen Prozess auf der Fachebene sehr wohl einen Konsens, auch was die Frage der Umsetzung der Mittel, was die Verteilung und was die Steuerungsmöglichkeiten betrifft. Das haben wir als AIDS-Hilfen zwar kritisch, aber – das möchte ich betonen – konstruktiv begleitet. Wir haben gesagt: Wir loten das gemeinsam aus. – Wir hatten darüber mit dem Vertreter des Landkreistages einen Konsens; das haben wir einstimmig beraten und beschlossen. Insofern erleben wir hier gerade, was es für ein Desaster geben kann, wenn

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

solch ein Prozess angestoßen wird, ohne vorher eine fachliche Abstimmung einzuleiten.

Ich sage das wirklich sehr differenziert. Ich bin nicht jemand, der in Bausch und Bogen sagt, Kommunalisierung sei des Teufels. Aber was ist das für eine Herangehensweise, wenn man sagt: Wir entscheiden das, und dann arbeiten wir das nach. Wir haben zwei Jahre lang gemeinsam mit viel Mühe daran gearbeitet und im Aidsbereich Konsens herstellen können. Und jetzt stehen wir mehr oder weniger bei null. Wir werden schauen, was das konkret für die nächsten Wochen heißt; denn wir stehen in den Startlöchern.

Jetzt komme ich zu einer Frage von Herrn Post, der gefragt hat, ob das Land es versäumt habe, in der Vergangenheit Strukturen zu schaffen, und welche Herausforderungen es für die Zukunft gebe. – Ich fange mit dem Ergebnis an, das wir im Konsens hatten, dass es nämlich tatsächlich in bestimmten Bereichen ein Defizit gibt, das sich über viele Jahre entwickelt hat: Der Steuerungsbedarf bzw. die Vernetzung auf der Landesebene zwischen den freien Trägern, dem ÖGD, dem Land und anderen landesweiten Akteuren ist defizitär. Wir waren uns da durchaus einig und haben auch ein Modell dafür entwickelt, nämlich die „Arbeitsgemeinschaft Aidsprävention Nordrhein-Westfalen“ mit einer Geschäftsstelle, die in den Startlöchern steht und an die Arbeit gehen will. Da gibt es eine Menge zu tun. Eines, was zu tun wäre – darüber gibt es auch einen fachlichen Konsens –, ist, zusammen mit dem Ministerium ein Landes-AIDS-Programm neu aufzulegen und das Konzept zur Prävention in NRW auf den aktuellen Stand zu bringen. Was heißt das jetzt vor dem Hintergrund der Entscheidung des Landkreistages? Daran werden wir schnell arbeiten müssen. Hier fehlt ein Stück weit eine Antwort.

Was hingegen nicht fehlt – es ist glaube ich deutlich geworden, dass das eine Stärke des Landes NRW mit seinen Strukturen ist –, ist im Bereich der Zielgruppenprävention, im Bereich der AIDS-Hilfe-Arbeit – das können wir aus eigener Sicht und aufgrund von Fremdeinschätzungen sagen; Frau Dr. Pott hat es angesprochen – eine wirklich gute Vernetzungsstruktur und eine fachliche Koordinationsstruktur. Hier haben wir in den letzten Jahren den Status quo sicherstellen und zeigen können, dass wir innovativ auf neue Themen zugehen. Die Unterstützung des Landes – ich meine die ZSP-Mittel – ist in den letzten drei Jahren nicht gekürzt worden; das sage ich in dieser Runde deutlich. Sicherlich geschah das unter erschwerten Rahmenbedingungen, aber es war möglich. Da gibt es differenzierte Strukturen.

Das Problem – das kann ich direkt sagen –, das wir sehen, ist, dass wir in Zukunft unter den neuen Rahmenbedingungen diesen fachlichen Abgleich 54 Mal intensiver machen müssen als bisher. All diejenigen, die aus der kommunalpolitischen Arbeit kommen, wissen, dass Kommunen eigenständige Gebilde sind. Sie sind nicht Weisungsempfänger des Landes. Das ist auch eine gute Struktur; ich komme selber aus der kommunalen Arbeit. Aber wir alle kennen die Konsequenzen auch aus anderen Themenfeldern. Die Arbeit im Aidsbereich war in der Vergangenheit einfacher zu leisten als beispielsweise im Drogen- und Suchtbereich. Das wissen alle Beteiligten, die in den Themenfeldern tätig sind. Es war auch einfacher als im Bereich der Frau-

enförderung und ähnlichen Beratungsstellenförderungen, weil wir Strukturen haben, die durchaus funktionieren.

Die Sorge ist – das möchte ich wirklich als Sorge formulieren, weil wir uns nicht dem Vorwurf aussetzen wollen, wir machten da plakative Vorwürfe; wir haben da unsere Erfahrungen –, dass wir mit einer Koordinationsstruktur in Zukunft 54 selbstständige Kommunen fachlich mit einbinden müssen. Das war in der Vergangenheit etwas einfacher. Was das in Zukunft bedeuten wird – das meine ich mit Desaster –, hat uns die kommunale Seite heute aufgezeigt; ihre Statements sprechen für sich.

Ich finde das schade. Ich sage es einmal explizit: Wir haben als AIDS-Hilfen ein starkes Interesse an einem funktionierenden und starken ÖGD. Denn wenn uns in diesem Bereich etwas wegbriecht, bricht auch der Schwerpunkt, den wir zum Beispiel in der Arbeitsteilung mit der BZgA vereinbart haben, weg, weil wir ganz andere Aufgaben mit übernehmen können. Denn die AIDS-Hilfen stehen in einem Dilemma: Wir schicken keinen weg. Es ist ein Problem, wenn im ÖGD die Angebote zusammenschrumpfen und gesagt wird: Gehen Sie bitte zur AIDS-Hilfe. – Das führt zu einer Verzerrung, weil dann die Aufgaben, die wir originär leisten sollen und für die das Land ein Stück weit Gewährsträger war, nämlich die Zielgruppenarbeit und die personalkommunikativen Ansätze, in Bedrängnis kommen; so will ich es vorsichtig formulieren. Dass das passieren kann, sehen wir tatsächlich schon. Auch hier wollen wir nicht den Teufel an die Wand malen, aber: Es wird schwerer.

Herr Post, natürlich ist der Ansatz richtig, auf der Landesebene die Präventionsarbeit auf dem Bewährten mit neuen Herausforderungen fachlich neu aufzustellen. Ob das im Rahmen eines Gesetzes sein soll, wie Sie es formuliert haben, würde ich mit einem Fragezeichen versehen. Denn es gibt gute Vernetzungsstrukturen auch auf Landesebene, im Rahmen derer man im Einvernehmen Dinge verabschieden kann, die dann auch Grundlage für freiwillige Vereinbarungen sind, wenn es gelingt, die kommunale und die freie Trägerseite wieder zusammenzubringen.

Frau Veldhues hat die Frage angesprochen, wie es mit der Zielgruppenprävention aussieht. Das ist eine originäre Aufgabe von AIDS-Hilfen und anderen Trägern in bestimmten Schwerpunktbereichen. Auch Youthwork muss man da im Auge behalten. Im Bereich der Zielgruppenprävention für schwule Männer, Frauen und Menschen mit Migrationshintergrund ist es seit 1995 tatsächlich gelungen, die differenzierte Struktur weiterzuentwickeln. Es ist auch gelungen – das muss man deutlich sagen –, dass sich Kommunen durch diesen Anstoß – Anreizfunktion ist auf Landesebene inzwischen, glaube ich, ein böses Wort in Bezug auf Kommunen; das wissen wir auch – Themen angenommen haben, zum Beispiel auch im Bereich Frauen und schwule Männer. Im Rahmen der kommunalen Aidskoordination sind diese Schwerpunkte angestoßen durch die Landesmittel aufgegriffen worden.

Ich will ein ganz praktisches Beispiel nennen, wo das gelungen ist: die Unterstützung und Hilfe für männliche Prostituierte, Stricher. Sie haben eine hohe HIV-Prävalenz: bis zu 30 %. Dazu gibt es harte Zahlen. Wir haben über ZSP-Mittel ermöglicht, mit wissenschaftlichen Studien aufzuzeigen, welche Herausforderungen und welche Notwendigkeiten es in Nordrhein-Westfalen insbesondere im Ballungsraum zwischen

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Düsseldorf und Unna gibt. Auf Basis dieser Expertise ist es gelungen – das ist wirklich dankenswert –, dass solche Ansätze zum Beispiel in Essen zu ganz konkreten Ergebnissen geführt haben und dass dort Hilfe, Unterstützung und Prävention geleistet werden. Ab diesem Jahr wird Ähnliches in Dortmund möglich. Das macht diese Verzahnung und auch die Rolle deutlich, die das Land einnimmt – mit sehr begrenzten Mitteln: Es hat 20.000 € gekostet, dazu ein Gutachten zu machen. Es hat aber Langzeiteffekte.

Gleiches könnte man für andere Fachfelder nennen. Zum Beispiel hat die Stadt Düsseldorf schon vor einigen Jahren gesagt: Wir stärken den Bereich der frauenspezifischen Arbeit. – Das war auch deshalb möglich, weil es auf der Landesseite mit der Schwerpunktsetzung im Frauenbereich fachliche Zuarbeit und Support gegeben hat und weil man aufzeigen konnte, welche Notwendigkeiten es da gibt.

Eine neue Herausforderung wird sein, ob es gelingen wird, diese Rolle des Landes zu halten. Dahinter mache ich vorsichtig ein Fragezeichen. Das wird in Zukunft 54 Mal nötig sein. Das macht uns als Landesverband und Fachverband in dem Bereich tatsächlich viel Sorge, ob wir das de facto leisten können.

Herr Romberg hat gefragt, was hinsichtlich der sexuell übertragbaren Erkrankungen zu tun ist und welche Entwicklungen es da schon gibt. Ich habe dazu etwas in der Stellungnahme gesagt. Das Thema STI ist schon vor einigen Jahren auch in der fachlichen Zusammenarbeit von BZgA und AIDS-Hilfe angekommen – schwerpunktmäßig im Bereich der Präventionsarbeit für MSM – und hat sich bis auf die kommunale Ebene niedergeschlagen. Beispielsweise ist die AIDS-Hilfe Essen inzwischen anerkannte Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen. Das heißt, der fachliche Ansatz wird von uns seit mehreren Jahren forciert und auch verzahnt. Das heißt, die BZgA bietet mit bundesweiten Kampagnen die Möglichkeiten dafür, schaltet Anzeigen in entsprechenden Medien, auch in Medien für schwule Männer. Die Deutsche AIDS-Hilfe entwickelt die Kampagnen integriert. Wir setzen das inzwischen seit drei oder vier Jahren im Rahmen der Kampagne „herzenslust!“ ganz praktisch um. Auf der kommunalen Ebene bieten die AIDS-Hilfen Fachberatung und Unterstützung zu dem Thema an.

Auch bei älteren Menschen mit HIV geht es uns nicht um Sonderwege, Sondereinrichtungen. Es geht tatsächlich um wohnortnahe Angebote. Es geht in Schwerpunktregionen – ich nenne Düsseldorf oder Köln als Beispiele für besondere Regionen, die eine hohe Betroffenheit an HIV haben – sicherlich auch darum, spezifische Angebote an den Stellen zu bündeln. Diese müssen aber immer in eine Gesamtkonzeption eingebunden sein, die auf andere Träger zugeht und im Rahmen von Multiplikatorenarbeit und Fortbildungen andere Einrichtungen, andere Träger befähigt, diese Angebote zu entwickeln und vorzuhalten. Das ist der Grundsatz, den wir im Prinzip seit 20 Jahren durchhalten: In einem Flächenland ist es auf mittlere Sicht nur möglich, durch Kooperation und Vernetzung sachgerechte Angebote zu dem Thema vorzuhalten.

Das geht in die Frage von Frau Steffens über, ob neue Wohnformen nach der Kommunalisierung noch möglich sind. Auch dazu sage ich ganz nüchtern: Die Entwick-

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

lung neuer Maßnahmen war sowohl vorher als auch nachher schwierig; da will ich keine Chimäre aufbauen. Auch in der Vergangenheit, also unter den vorherigen Bedingungen, war die konzeptionelle Entwicklung solcher Themenfelder, die Einbindung der verschiedenen Akteure aufgrund der Bereitstellung von Landesmitteln maßgeblich möglich. Es wurden auf der Landesebene Finanzmittel bereitgestellt, um Partizipation und Einbindung der verschiedenen Akteure zu ermöglichen. Das heißt, das Land hat gemeinsam mit freien Trägern – insbesondere mit der AIDS-Hilfe – eine Vorreiterrolle eingenommen. Das wurde auf der kommunalen Ebene aufgegriffen, denn – ganz praktisch ausgedrückt – neue Wohnformen werden nicht im Himmel des Landes entwickelt und umgesetzt, sondern vor Ort. In diesem Bereich hat es über viele Jahre eine sehr fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Landesebene und kommunaler Ebene gegeben.

In Zukunft wird das, was die Herausforderungen betrifft, ähnlich schwierig sein. Die Möglichkeiten, die wir auf Landesebene haben, sind in Zukunft eingeschränkter. Die Zielgruppenförderung wurde an der Stelle zwar nicht eingeschränkt, aber der Etat als solcher ist 2006 um 300.000 € gekürzt worden. Das sind flexible Mittel, die uns heute an konkreten Punkten fehlen, wenn es um die Weiterentwicklung von bestimmten Dingen geht.

Also: Mit dem Kernbereich, den ich benannt habe, können wir die bisherige Arbeit sichern – die Mittel stehen auch weiter zur Verfügung –, aber es ist heute schwierig, in bestimmte Bereiche innovativ und neu vorzustoßen; oder dies gelingt nur durch den Spagat der Umschichtung, wenn also Mittel für andere Bereiche abgezogen werden, um anderes zu ermöglichen.

Was soll das Land zukünftig leisten, um seiner Aufgabe gerecht zu werden? Da gilt für die Landesebene eigentlich das, was ich gerade für die kommunale Ebene formuliert habe: Wir haben als AIDS-Hilfen ein starkes Interesse daran, dass das Land seine Steuerungsaufgabe, seine Vernetzungsaufgabe weiterhin intensiv wahrnimmt bzw. noch intensiver als bisher. Denn – das ist mehrfach angesprochen worden – dieses Dreieck der Akteure – Land, Kommune, freie Träger – war tatsächlich ein Glücksfall. Ob das ein Glücksfall bleibt, hängt zentral davon ab, ob das Land mit seinen Möglichkeiten es den beiden Akteuren – jetzt sage ich es etwas zugespitzt –, den Kommunalen und den AIDS-Hilfen, erleichtert, vor Ort zusammenzuarbeiten.

Das war in der Vergangenheit leichter, weil zum Beispiel kommunale Akteure und AIDS-Hilfen in einer entspannteren Situation zusammensaßen; Frau Hoeltz hat es angesprochen. Durch eine Finanzierungsstruktur war ein gewisser Druck herausgenommen. Wir saßen uns nicht als Zuwendungsgeber und Geldempfänger gegenüber, sondern wir saßen uns im Rahmen eines konstruktiven Diskurses – manchmal auch eines Streites – immer im Sinne des Besten für die Prävention gegenüber.

Diese Situation ist inzwischen aufgeladen – das werden Sie vor Ort auch wahrnehmen, wenn Sie im Kreis oder in der Stadt sind – durch die Diskussion über die Finanzmittel. Es ist ja politisch gewünscht, dass alles aus einer Hand kommt. Das heißt aber auch, dass man sich vor Ort 1:1 gegenüber sitzt. Das ist ein Alltag, der mit Aids nichts zu tun hat. Wenn ich in der Situation bin, dass alles in meiner Hand ist, dann

gehe ich mit meinem Gegenüber anders um, als in der Situation, in der ich weiß, dass mein Gegenüber eine eigenständige Säule hat, die ihm als Selbsthilfestruktur oder als bürgerschaftliche Organisation gesichert wird, auf die die Kommune keinen Zugriff hat. Das ist strukturell – das können Sie auch auf andere Bereiche beziehen – ein Vorteil für das gemeinsame Aushandeln von bestimmten Themen.

Klaus-Peter Hackbart (AIDS-Hilfe Essen): Frau Steffens fragte, ob wir die Kommunalisierung brauchen. Ich sage eindeutig: Nein. Von uns wurde dieser Wunsch nicht geäußert. Wir fanden alles sehr gut strukturiert und in seiner Qualität immer wieder bestätigt. Aber wenn man im politischen Meer schwimmt, muss man sich auch auf einen Tsunami ab und zu einstellen. So ist das auch hier gewesen. Wir sind gerade dabei, das sowohl kommunal als auch landesweit zu kanalisieren. Auch wenn ich einen positiven Fall geschildert habe, heißt das nicht, dass dieser Fall nicht auch mit der alten Struktur möglich gewesen wäre. Es ist ja auch tatsächlich gelungen – ich glaube, es war in Köln und Düsseldorf –, die Youthwork-Stellen in zielgruppenspezifische Präventionsstellen umzufunktionieren. Dafür brauchten wir die Kommunalisierung nicht.

Ich möchte noch einen Aspekt benennen, der uns vom Landkreistag unterscheidet. Ich weise sehr deutlich darauf hin – das ist ein Aspekt, der uns in der Entwicklung der Kommunalisierung große Sorgen macht, auch wenn der Strukturhaltungsfaktor die nächsten drei Jahre gilt –, dass die medizinische Versorgung von Menschen mit HIV und Aids in den Oberzentren Köln, Düsseldorf und Essen mit den Nebenzentren Dortmund und Bochum stattfindet. Denn für einen Hausarzt lohnt sich eine medizinische Versorgung von ein, zwei oder drei Patienten überhaupt nicht. Er müsste jedes halbe Jahr eine umfangreiche Weiterbildung machen, weil sich die Geschehnisse sehr stark ändern.

Die Szenebildung der schwulen und bisexuellen Männer findet nicht in Mettmann statt, sondern ebenfalls in den großen Städten, da, wo Prävention funktionieren kann. Das heißt nicht, dass in Mettmann oder anderen Kreisen keine schwulen Männer leben. Sie werden dort aber keine Szene finden, denn sie gehen ganz bewusst in die großen Städte.

Auch die angesprochene Zielgruppe der männlichen Prostituierten tummelt sich in Großstädten wie Köln, Düsseldorf – hier gibt es eine große Szene –, Dortmund und Essen. Das ist auch wissenschaftlich untermauert. Daher macht eine zukünftige Verteilung der Gelder nach dem Gießkannenprinzip aus unserer Sicht – da spreche ich sicherlich auch Herrn von der Forst, der ebenfalls aus einem Oberzentrum kommt, aus der Seele – keinen Sinn. Die Arbeit – ich wiederhole es ganz bewusst – findet in den großen Zentren statt, da, wo sich die Szenen zeigen und ballen. Sie findet nicht in Mettmann oder kleineren Orten statt.

Für mich ist es unverständlich – um das auch noch einmal deutlich zu machen –, dass es beispielsweise in Bottrop überhaupt keinen Youthworker gibt, in Essen aber vier. Sind die Bottroper Jugendlichen weniger gefährdet als die Essener? Da macht es Sinn, zu sagen: Es müssen Mittel in die Jugendprävention zu HIV und anderen

sexuell übertragbaren Krankheiten fließen. Bezogen auf bestimmte Zielgruppen – und hier vertrete ich ein Oberzentrum – macht das aus unserer Sicht aber überhaupt keinen Sinn.

Stellv. Vorsitzender Bernhard Tenhumberg: Frau Pleuse und Herr Henn, möchten Sie zu den angesprochenen Themen noch etwas ergänzen? – Bitte schön.

Tino Henn (Deutsche AIDS-Hilfe e. V.): Ich möchte ein Beispiel aus der alltäglichen Arbeit bringen. Wir sind auch seitens der Stadt Düsseldorf oder anderer Financiers aufgefordert, Menschen, die aus anderen Regionen zu uns in die Beratung kommen, zurückzuführen. Ich möchte sehr deutlich sagen, dass das nicht gelingt. Das heißt, Menschen, die sich entscheiden, sich in einem Oberzentrum, wo sie auch medizinisch versorgt werden, Beratung und Selbsthilfe zu holen, werden Sie nicht problemlos in den Kreis Kleve oder wohin auch immer zurückführen können. Das heißt, die Oberzentren haben diese Rolle.

Ich möchte noch etwas zu den Punkten Pflegebedarf, Wohnformen und Ähnliches sagen; denn da tun wir viel über den Pflegedienst und Projekte. Natürlich merken wir – das hat auch Herr Heide angesprochen –, dass es einen verstärkten Pflegebedarf gibt und auch in Zukunft geben wird. Er hat sehr intensive Verlaufsformen. Sie können Menschen in einer bestimmten Situation nur über die Kombination aus betreutem Wohnen, Pflege, Versorgung und medizinischen Hilfeleistungen halten.

Wir merken, dass sie spezifische Wohnformen brauchen. Das heißt nicht, dass sie aidsspezifisch sein müssen. Das ist nicht das Hauptthema. Das Hauptthema ist, dass junge Schwerstkranke zielgruppenspezifisch versorgt werden müssen. Das ist zum Teil sehr speziell; das muss man dazusagen. Da spielt beispielsweise Sucht eine Rolle. Da spielt gesellschaftliche Isolation eine große Rolle, weil Herkunftsfamilien oder andere Zusammenhänge häufig nicht existieren. Man kann also nicht von der Subsidiarität ausgehen. Das charakterisiert die Arbeit. Im Grunde genommen müssen wir Umfeldler ersetzen, die sonst vorhanden sind. Das heißt, den gesamten Koordinationsaufwand, der notwendig ist, um Versorgung, Pflege, betreutes Wohnen herzustellen, den normalerweise die Betroffenen oder die Familien selber übernehmen, müssen wir leisten. Nebenbei bemerkt: Das wird nicht refinanziert.

Wir entwickeln Projekte. Zum Beispiel ist das Gruppenwohnen eine vom Land geförderte Bauform für solche Wohngruppen, mit der Zielrichtung, junge Schwerstkranke und damit auch Menschen mit HIV und Aids zu versorgen und Fehlplatzierungen zu verhindern oder zurückzubauen. Auch da kommt es wieder zum Stadt-Land-Gefälle. Das sind Projekte, die Sie für die kritische Masse, für die Menschen, die sie brauchen, in manchen ländlichen Gebieten sicherlich nicht so aufbauen können. Aber auch hier muss es möglich sein, diesen Austausch, diese Querfinanzierungen und all diese Dinge relativ problemlos hinzubekommen. Wir erleben im betreuten Wohnen, in der Pflege, in der Versorgung, dass es unglaublich schwierig ist, Leute, die nicht aus Düsseldorf kommen, zu versorgen. Das sprengt jeden vernünftigen Aufwand. Man merkt, dass Steuerungsinstrumente interkommunaler Zusammenarbeit notwen-

dig sind, damit eine vernünftige und unbürokratische Versorgung der Betroffenen möglich wird.

Hildegard Pleuse (AG der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege des Landes NRW): Ich kann die Ausführungen, die Herr Meyer gemacht hat, voll unterschreiben.

Ich möchte zu dem, was Herr Hackbart gesagt hat, eine Ergänzung machen. Herr Hackbart hat gesagt, dass die Versorgung von Aidskranken in den Ballungszentren passiert. Das kann ich unterschreiben. Natürlich muss man sich Gedanken machen, was zum Beispiel im Youthwork-Bereich mit den Städten und Kreisen passiert, die zurzeit noch unterversorgt sind. Ich meine, auch diese müssten entsprechende Angebote vorhalten. Das kann aber nicht zulasten derer gehen, die in den letzten 20 Jahren ein sehr gutes Präventionskonzept in ihren Kommunen aufgebaut haben und vorhalten. Denn dann käme es zu einer Schwächung des Präventionsangebots zugunsten einer benachbarten Kommune, die dieses erst neu installieren und aufbauen muss. Ob das mit finanziellen Mitteln von 10.000 oder 12.000 € passieren kann, wage ich zu bezweifeln, während, wenn der Stadt Essen diese 10.000 oder 12.000 € fehlen würden, eine ganze Youthworker-Stelle wegfiel.

Dr. Ulrich Heide (Deutsche AIDS-Stiftung): Als Vertreter der Einrichtung Deutsche AIDS-Stiftung, die über Spenden und Einnahmen aus Benefizprojekten eine Eigenfinanzierungsquote von 98 bis 99 % hat, kann ich zu den Finanzierungsfragen von Kommunalisierung naturgemäß nichts sagen. Ich möchte aber auf einen Sachverhalt hinweisen. Dazu sind mir im Moment nur die Zahlen für die Bundesrepublik präsent, aber ich glaube, NRW ist an der Stelle ein Spiegelbild der Bundesrepublik.

Wenn ich über notwendige Versorgungsstrukturen spreche, muss ich zunächst einmal zur Kenntnis nehmen, dass 55 % der Menschen, die in Deutschland bereits an Aids erkrankt sind – ich spreche nicht von Infizierten, sondern von Erkrankten –, in sechs Städten leben, nämlich in München, in Frankfurt, in Köln, in Düsseldorf, in Hamburg und in Berlin. Und wenn ich dann noch ein paar Oberzentren wie beispielsweise Essen, Hannover, Stuttgart oder Nürnberg dazuzähle, dann komme ich auf 90 % der Erkrankten in maximal 15 Städten. Wenn ich über Versorgung rede, dann muss ich also über diese Städte reden; denn da sind die Menschen, die Versorgung brauchen. Darum konzentriert sich die Projektförderung der Deutschen AIDS-Stiftung, die die am schlechtesten abgesicherte und betreuungsintensivste Gruppe anspricht, naturgemäß auf zehn bis zwölf Städte und auf nichts anderes in diesem Lande. – Das zu den Fakten.

Gezielt angesprochen worden bin ich unter anderem auf die Situation der betroffenen Frauen bzw. die Geschlechterdifferenzierung in der Antragstellung. Sie kennen die Zahlen zur Epidemiologie. Danach sind 12 bis 14 % der Aidskranken und 17 bis 18 % der Infizierten in Deutschland weiblich. Von den Menschen, die sich an uns um Hilfe wenden, sind es 33 %. Es sind also deutlich mehr, als aufgrund der epidemiologischen Situation zu erwarten wäre. Aber dies ist natürlich ein Spiegelbild der

schlechteren sozialen Absicherung von Frauen insgesamt, vor allem in dieser Teilgruppe.

Sie hatten mich auch gefragt, wie ich mir einen Ausbau der sozialen Sicherung vorstelle. Im Moment findet ein Abbau statt, und zwar auf verschiedenen Ebenen. Das betrifft zum Teil Bundesgesetze im Bereich der sozialen Transferleistungen, aber auch Gesundheitsreformen. Da beispielsweise bestimmte Leistungen aus dem Katalog der gesetzlichen Krankenkassen herausgenommen wurden – ein Beispiel: Seh- und Hörhilfen –, haben wir innerhalb von drei Jahren eine Verdreifachung der Zahl der Antragstellungen in diesem Sachbereich verzeichnet. Wir haben im Übrigen keine steigenden Antragszahlen. Die könnten wir uns auch nicht leisten, weil die Spenden zurückgehen. Das hat wiederum mit der Wahrnehmung des Themas in diesem Lande zu tun. Wir haben eine sehr deutliche Verlagerung: Als privater Träger wollten wir einmal ein bisschen mehr an Lebensqualität erreichen, also über dem Existenzminimum finanzieren; das haben wir inzwischen aus unserem Leistungskatalog streichen müssen – wir sind bei einer Kompensation von Existenzminimumszahlungen.

Wenn man über Sozialhilfe bzw. bedarfsorientierte Grundsicherung spricht, dann muss man auch zur Kenntnis nehmen, dass die Gruppe unserer Antragsteller aus zwei Gründen eine Minderheit darstellt – damit meine ich nicht Menschen mit HIV und Aids –:

Erstens. Es ist eine Gruppe, die objektiv so gut wie keine Möglichkeit hat, an irgendeiner Stelle etwas dazuzuverdienen, weil sie nicht mehr erwerbsfähig ist. Ich spreche in diesem Zusammenhang nicht über Legalität und Illegalität, sondern stelle einfach fest: Es ist eine Gruppe, die objektiv keine Möglichkeit hat, über die reine Transferleistung hinaus irgendetwas zusätzlich einzunehmen.

Der zweite Unterschied zu der Mehrzahl anderer Transferleistungsempfänger ist: Die Mitglieder der Gruppe, über die ich spreche, haben objektiv keine Chance, aus dieser Situation herauszukommen. Sie sind mit hoher Wahrscheinlichkeit dauerhaft – Lottogewinne oder Ähnliches einmal ausgenommen – ausschließlich auf den Transferleistungsbezug und die Reproduktion aus dieser Einnahme angewiesen. Gestern Abend sagte ein Vorstandsmitglied der Bundesagentur für Arbeit zu diesem Thema bei Frau Maischberger: Von dem Geld kann man natürlich nicht dauerhaft leben. – Dem muss man an der Stelle wohl nichts hinzufügen.

Prof. Dr. Elisabeth Pott (BZgA): Zu der Frage, ob eine Kommunalisierung ein besseres Finanzkonstrukt ist als eine Länderförderung: Ich bitte um Verständnis, dass ich als Vertreterin einer Fachinstitution auf Bundesebene dem Land natürlich nicht sagen können, auf welchem Weg das zu finanzieren ist.

Inhaltlich kann ich sagen – das ist mehrfach herausgestellt worden –: Die vorhandenen erfolgreichen Strukturen müssen erhalten werden – in welcher Form auch immer. Es geht nicht darum, ob man das im Sinne einer Kommunalisierung mit entsprechenden Verträgen und Vereinbarungen macht oder ob man keine Kommunalisierung vornimmt oder ob man – so habe ich Herrn Meyer vorhin verstanden – das

über einen Prozess macht, im Rahmen dessen zwischen den kommunalen Spitzenverbänden, dem Landkreistag und dem Land Vereinbarungen getroffen werden, um die vorhandenen funktionierenden Strukturen abzusichern. Entscheidend ist vielmehr, dass es geschieht und dass die erfolgreichen Strukturen, die wir haben, nicht zerstört werden. Es gibt manchmal den Wunsch, irgendetwas umzuorganisieren. Dem muss man manchmal widerstehen, indem man fragt: Warum sollen wir umorganisieren, obwohl es funktioniert? Das kann aber nicht zwingend an der Frage festgemacht werden, ob es zu einer Kommunalisierung kommt oder nicht. Vielmehr ist es eine Frage des Wie.

Der zweite Punkt ist – auch das möchte ich ausdrücklich sagen –: In einer Zeit, in der an so vielen Stellen gekürzt wird, weil die Haushaltslage schwierig ist, finde ich die Sorgen und Ängste, die dahin gehend geäußert worden sind, was mit einer Kommunalisierung verbunden sein könnte, nachvollziehbar. Denn – das wissen alle – in der schwierigen wirtschaftlichen Situation, in der wir uns befinden, hat jeder die Sorge, dass gekürzt wird, auch wenn man zeigen kann, dass gute und erfolgreiche Arbeit gemacht wird. Dem ich möchte ich einfach noch einmal Ausdruck geben; denn ich glaube, dass das Sorgen sind, die man sehr gut nachvollziehen kann.

Was diese Strukturen angeht, ist es in der Vergangenheit der Schlüssel des Erfolgs gewesen, dass sich weder der Staat aus seiner Verantwortung zieht noch dass die Selbsthilfe in irgendeiner Weise nicht mehr funktionsfähig ist. Es gibt ganz unterschiedliche Menschen: die, die die Angebote der AIDS-Hilfe nutzen, und die, die staatliche Angebote nutzen. Wir haben eben eine Pluralität in der Gesellschaft. Dieser kann man dadurch Rechnung tragen, dass der Staat Verantwortung für die Bürger zeigt, die staatliche Angebote nutzen wollen und sich vom Staat glaubwürdig, seriös und gut versorgt fühlen. Andere entwickeln ein besonderes Vertrauen in Angebote, die ihnen als besonders glaubwürdig und nahe stehend erscheinen.

Wir sind mit unserem Modell erfolgreich. Andere Länder stehen viel schlechter da. Da stehen die Gesundheitssysteme zum Teil am Rande des Zusammenbruchs, oder die Patienten werden nicht versorgt. Die teure, qualifizierte Behandlung, die man leisten muss, wenn jemand infiziert ist, kann ein Gesundheitswesen sehr schnell an den Rand führen, wenn man nicht versucht, die Zahl der Infektionen einzudämmen – von der menschlichen Seite einmal abgesehen.

Es wurde das Thema der sexuell übertragbaren Krankheiten angesprochen. Wir haben schon vor Längerem erste Studien dazu durchgeführt und können zeigen, dass sich subjektiv nur die Hälfte der Bevölkerung ausreichend über sexuell übertragbare Krankheiten informiert fühlt und dass dieser Anteil objektiv noch viel niedriger ist. Wenn wir fragen, wie die Bürger informiert werden möchten, stellt sich heraus, dass etwa die Hälfte aller Befragten in einem persönlichen Arztgespräch informiert werden möchte. Da spielt sicherlich die Tabuisierung sexuell übertragbarer Krankheiten eine Rolle. Man möchte in einem Vieraugengespräch informiert werden. Etwa ein Drittel würde gerne Broschüren lesen. Ein knappes Viertel würde sich lieber selbst im Internet informieren. Das gibt eine gewisse Antwort darauf, über welche Wege man Menschen erreichen könnte und müsste.

Verschiedene Vertreter der AIDS-Hilfe haben darauf hingewiesen, dass wir in den letzten Jahren in Kenntnis dieser Situation schon damit begonnen haben, in diesem Bereich Aktivitäten zu entwickeln. Aber das, was wir getan haben, haben wir im Prinzip aus dem Aidsbudget finanziert. Wir stellen fest, dass das nicht ausreichend ist. Wir brauchen hier eine zusätzliche Schwerpunktsetzung. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass wir viele Jahre intensiv über HIV und Aids informiert haben. Daher haben wir heute einen so hohen Wissensstand, dass wir sagen können: Alle Menschen sind zumindest über die wichtigsten Punkte gut informiert.

Es ist aufwendiger, das Thema Geschlechtskrankheiten wie Syphilis, Gonorrhö, Chlamydien, Hepatitis B, Herpes, humane Papillomaviren – also eine Fülle von unterschiedlichen Krankheiten mit zum Teil unterschiedlichen Präventionsstrategien und Zugangswegen – anzusprechen, das in der Bevölkerung gar keinen Anker hat, weil man sich auf HIV konzentriert. Es ist bekannt, dass HIV eine schwierige und letztendlich tödlich verlaufende Krankheit ist. Bei den anderen Krankheiten ist das nicht in dem Maße der Fall. Die sind tabuisiert; über die wollen sich die Menschen gar nicht so gerne informieren, weil sie meinen: Na ja, vielleicht kriegen wir die ja gar nicht. – Wir verzeichnen aber aufgrund der internationalen Entwicklung – wir leben in einer Welt mit offenen Grenzen – auch bei uns einen deutlichen Anstieg; das ist durch die Untersuchung zumindest für die Syphilis nachgewiesen. In den anderen Krankheitsbereichen haben wir eine zum Teil sehr schlechte Datenlage und sehr schlechte Datenerfassung. Deshalb ist es so wichtig, hier einen neuen Schwerpunkt zu legen, der das Thema HIV ergänzt.

Ich will noch sagen, warum das Rückwirkungen auf die HIV-Prävention hat. Wenn Patienten heute gut behandelt sind und diese gute Behandlung der HIV-Infektion dazu führt, dass die Viruslast unter der Nachweisgrenze liegt, dann glauben viele Menschen, dass sie nicht mehr ansteckend seien und ruhig ungeschützten Geschlechtsverkehr haben könnten. Wenn aber eine unerkannte andere Geschlechtskrankheit vorliegt – wie wir aus den wenigen Daten wissen, wird diese häufig nicht oder nicht früh genug erkannt und behandelt –, dann kommt es zu weiteren Infektionen, weil die vorliegende Geschlechtskrankheit die Übertragungswahrscheinlichkeit sehr deutlich erhöht. Deshalb gibt es diesen engen Zusammenhang zwischen anderen sexuell übertragbaren Krankheiten und der HIV-Epidemie. Dieser Zusammenhang ist jetzt deutlich. Darauf müssen wir adäquat reagieren, wenn wir die Zahl der Neuinfektionen weiter stoppen oder reduzieren wollen. Und das wollen wir natürlich.

Jetzt möchte ich noch auf die Frage antworten, ob Ärzte die Behandlung von HIV-infizierten Frauen ablehnen dürfen. Ich habe aus der Frühzeit von HIV und Aids in Erinnerung, dass es in Niedersachsen einmal einen Fall gab, in dem ein Krankenhaus einen Patienten abgelehnt hat, der HIV-infiziert war. Daraufhin hat der zuständige Landesminister angekündigt, dem Krankenhaus die Krankenhausförderung zu entziehen. Dann wurde der Patient sehr schnell behandelt. – Im niedergelassenen Bereich muss man sich nach meiner Meinung schlicht und einfach an die zuständige Ärztekammer wenden. Es kann nicht sein, dass aus einem solchen Grund eine Behandlung abgelehnt wird.

Julia Ellen Schmalz (LAG Frauen und AIDS): Ich beziehe mich auf die Frage von Frau Steffens, wie die Zukunft der frauenspezifischen Angebote in der Aidsprävention nach einer Kommunalisierung aussieht. Dazu muss man sagen: Es gibt einzelne Vollzeitstellen in ganz NRW, die ausschließlich Frauenberatung und Frauenprävention machen. Ansonsten sind es Stellenanteile von, wenn es hoch kommt, 40, sonst eher 20 %. Es sind ehrenamtliche Kolleginnen, es sind, wenn man das Geld zusammenbekommt, Honorarkräfte. Das sind die Schultern, auf denen die Frauenarbeit ruht.

Diese Frauenarbeit funktioniert nur über eine vernetzte Struktur. Dies gilt sowohl für die Primärprävention, wenn es darum geht, besonders riskierte Frauen zum Beispiel im Prostitutionsbereich – dann auch noch in der entsprechenden Sprache – zu erreichen. Es geht aber auch um Beratungsangebote für Frauen, die spät diagnostiziert werden, also über Ärzte – wenn es mit der Vernetzung gut läuft – zu uns kommen. Wenn man dann die entsprechende Stelle kennt und diese auch uns kennt, dann gibt es einen entsprechenden Rückfluss. Die Wege, auf denen die Frauen zu uns kommen oder auf denen wir zu den Frauen kommen, sind also verschlungener.

Das ist im Oberzentrum so, das ist aber vor allen Dingen auf dem Land so. Viele Frauen wohnen nicht im Oberzentrum. Die ziehen auch nicht ins Oberzentrum, weil sie nicht schwul sind und da keine Community finden, die bleiben in Pusemuckel auf dem Land wohnen. Da gibt es keine Klinik in der Nähe. Die nächste Klinik ist zwei Fahrstunden mit öffentlichen Verkehrsmitteln entfernt. Sie sind alleinerziehend und haben ganz wenig Geld. Sie fahren nicht in eine Klinik zur Behandlung. Sie bleiben bei ihrem örtlichen Behandler, bei ihrer örtlichen Gynäkologin. Da gibt es nach wie vor Mediziner, die eine Behandlung ablehnen. Das kann man sehr subtil machen; die Frauen wissen dann, dass sie wegbleiben sollen. Das gibt es nach wie vor.

Mit der Isolation, dass Frauen schwerer erreichbar sind und dass sie erst einmal wenige Unterstützungsangebote für sich erkennen können, haben wir jeden Tag zu tun. Dem zu begegnen funktioniert wirklich nur über Vernetzung. Wir wissen ganz genau: Wenn im Frauenbereich – egal, ob es bei der Caritas, bei der Mitternachtsmission, bei AIDS-Hilfen oder bei anderen Trägern angesiedelt ist – Gelder umverteilt werden, dann kracht es. Das ist so. Da bleibt hier und da vielleicht ein bisschen, aber nicht viel übrig.

Zu den Ausführungen von Herrn Romberg, Herrn Post und Herrn Zentara als Vertreter des Landkreistages möchte ich sagen: Auch ich wünsche mir Strukturen in Minden, in Höxter, in Detmold. Ich komme aus einem provinziellen Oberzentrum. Ich wünsche mir, dass wir da endlich Youthworker haben. Ich wünsche mir, dass die Frauen und auch die Männer bei den Gesundheitsämtern Ansprechpartner haben. Aber da gibt es noch nicht einmal mehr Koordinatorenstellen. Das sind Leerflächen, die wir von Anfang an mitschleppen. Die kann man auch durch eine Umschichtung nicht beseitigen.

Als Youthworkerin kann ich sagen: Mit 6.000 oder 12.000 € pro Jahr kann man in einem solchen Flächenland keine ordentliche Youthwork machen. Das Geld hat vorher schon nicht gelangt.

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Frau Schmalz meinte Bielefeld. Das ist landesplanerisch ein Oberzentrum.

(Heiterkeit – Rudolf Henke [CDU]: Das ist uns bewusst!
Das wissen sogar die Rheinländer unter uns!)

– Ja, seitdem ich hier Vorsitzender bin, wissen das auch die Rheinländer.

Jetzt hat sich noch einmal Herr Dr. Heide gemeldet.

Dr. Ulrich Heide (Deutsche AIDS-Stiftung): Ich habe eine Ergänzung zum Thema „Verweigerung von Behandlung“. Wir erleben dies – und zwar nicht nur als Einzelfälle – im Bereich zahnärztlicher Behandlung. Das schlägt sich teilweise insoweit bei der Stiftung nieder, als dass der ein oder andere Zahnarzt bereit ist, zu einem Mehrfachen des kassenärztlichen Satzes doch zu behandeln. Die Begründung dafür sind zusätzlicher Hygieneaufwand, die notwendige Reinigung der Praxis etc. Ich vermute, dass die Kollegen aus den AIDS-Hilfen das bestätigen können.

Dr. Kai Zentara (AG der kommunalen Spitzenverbände NRW): Ich bin froh, dass es auch noch um allgemeine Aidspolitik und nicht nur um die Frage der Kommunalisierung geht; denn das ist laut Einladung der Schwerpunkt unserer heutigen Debatte. Nichtsdestotrotz bin ich natürlich genötigt, zum Punkt Kommunalisierung noch einiges zu sagen, wiewohl ich glaube, dass die Fragestellung und der Antrag darauf zielen, dieses Thema hier hochzubringen.

Wir sind nach wie vor der Auffassung, dass der Dreiklang – eigentlich müssten wir Vierklang sagen, weil auch die Bundesebene eine wichtige Rolle spielt – erhalten bleiben muss und dass in diesem Dreiklang/Vierklang alle Beteiligten, alle Akteure gut zusammenarbeiten müssen. So, wie sie es bisher getan haben, sollen sie es auch weiterhin tun. Jeder soll dabei die Rolle spielen, in der er am besten ist, in der er am stärksten ist, in der er für seinen Bereich die größten Effekte erzielen kann.

Das betrifft zum Beispiel für den Bereich des Internets die im deutschsprachigen Raum vorhandene Aufklärungsarbeit, die die BZgA leistet. Das sind auf Landesebene übergreifende Aufgaben, die das Land nach wie vor wahrnehmen muss. Das Land wir von uns nicht aus der Verantwortung entlassen. Im Gegenteil: Wir fordern die Verantwortung des Landes hier eindeutig ein. Selbstverständlich muss das Justizministerium auch Verantwortung für die Justizvollzugsanstalten übernehmen. Das gilt auch für die kommunale Ebene, wo der öffentliche Gesundheitsdienst und die freien Träger weiterhin gut zusammenarbeiten werden; davon bin ich fest überzeugt.

Ich bin auch davon überzeugt, dass wir vor Ort die einzelnen Bedarfe viel besser steuern können und dadurch für die Betroffenen mehr erreichen können, als das mit einer zentralistischen Struktur, wie wir sie bisher haben, der Fall ist.

Dass das funktioniert, zeigt sich in vielen Politikbereichen, in denen in den letzten Jahren Kommunalisierungen vorgenommen worden sind. Da sind durchweg Erfolge

zu verzeichnen. Beispielsweise bringen die Optionskommunen im SGB-II-Bereich erheblich bessere Ergebnisse bei den Vermittlungen hervor.

(Heike Gebhard [SPD]: Das ist nicht nachgewiesen!)

– Gut. Das ist Ihre Meinung. Wir haben eine andere.

(Gerda Kieninger [SPD]: Dazu gab es auch Gutachten!)

Dann zu dem prognos-Gutachten! Ich glaube, hier hilft vor allen Dingen ein Blick in die Vergangenheit. Welche Struktur haben wir bisher? Was ist insbesondere im Zeitraum vor 2005 gewachsen? Wer dies einigermaßen klar sieht – ich glaube, dass die fachlichen Grundlagen des prognos-Gutachtens allgemein anerkannt werden –, muss erkennen, dass die bisherige Förderstruktur willkürlich ist. Wieso das so gekommen ist, möchte ich hier jetzt nicht diskutieren. Es ist jedenfalls keine Gleichbehandlung. Da kann man auch nicht darauf verweisen, dass das daran liegt, dass die Ballungsräume größere Bedarfe haben als die ländlichen Regionen. Das ist so, und das wird in dem Gutachten auch fachlich berücksichtigt. Deshalb werden die entsprechenden Umstrukturierungen auch nicht nach dem Gießkannenprinzip vorgenommen, wie es hier polemisierend gesagt worden ist, sondern nach fachlichen Vorstellungen. Dadurch kommt es dann auch dazu, dass einzelne Städte wie Düsseldorf und Köln zu den Gewinnern gehören und dass Kreise wie Olpe – dieser ist sehr ländlich strukturiert und der kleinste Kreis in Nordrhein-Westfalen – zu den Verlierern gehören. Wir sind aber so mutig, zu sagen: In einer Situation, in der es Gewinner und Verlierer gibt, kann es nicht so sein, dass man einfach, weil die Beharrungskräfte stärker sind, alles so belässt, wie es ist. Vielmehr muss es eine Veränderung dahin gehend geben, dass eine Gleichbehandlung nach den fachlich anerkannten Kriterien erreicht wird.

Um dem Ganzen die Spitze zu nehmen: Wir wollen das ja nicht von heute auf gleich umgestellt haben, sondern in 20%-Schritten bezogen auf einen Zeitraum von fünf Jahren. Die Vereinbarung dazu können wir in der vorliegenden Form nicht unterschreiben, denn darin wird auf Vorschlag des Landes ein Bestanderhaltungsfaktor von 100 % auf drei Jahre festgelegt. Im Grunde ist es dann wieder das Land, das den Status quo ante nicht auf null setzt, indem es sagt: Wir lassen alles so, wie es ist. Wir verändern nichts. Wir lassen es bei 100 %. In drei Jahren reden wir noch einmal darüber. – Um dieser Politik zu folgen, wurde in den vergangenen Jahren nie eingefordert, die Kommunalisierung nach fachlichen Kriterien vorzunehmen.

Das war die Meinung des Landkreistages.

(Gerda Kieninger [SPD]: Sie sitzen aber für alle drei hier!)

– So ist es. Ich habe aber deutlich gemacht, dass ich mehrere Hüte aufhabe, weil Herr Becker heute leider nicht da sein kann, da er krank ist.

Für den Städtetag – das habe ich auch in meinem Eingangsstatement gesagt; das ist auch in unserer schriftlichen Stellungnahme niedergelegt – sieht die Situation anders aus.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Aha!)

Dort wird man wahrscheinlich den politischen Konflikt nicht in der Weise eingehen wollen und mit einem Bestandserhaltungsfaktor von 100 % – das ist ja schon ein Witz in sich: Bestandserhaltungsfaktor 100 % – auf drei Jahre wohl leben können. Wir als Landkreistag gehen da nicht mit. Was den Städte- und Gemeindebund anbetrifft: Der ist hier nur ganz am Rande betroffen.

Dr. Anne Bunte (Kreis Gütersloh, Abteilung Gesundheit): Weil es mehrfach angesprochen worden ist, möchte ich noch einmal die Situation eines Flächenkreises ansprechen. Es ist so – das ist eben klar gesagt worden –, dass auch wir zu den deutlichen Verlierern gehören. Wir haben noch eine gut funktionierende Youthwork – über die wir aber natürlich auch nicht alle Schüler erreichen – und kein Interesse daran, dass diese abgebaut wird.

Es ist auch von Frau Pott gesagt worden – das fand ich sehr interessant –, dass es wichtig ist, die Strukturen, die sich bisher bewährt haben, zu erhalten. Zu der Aussage, das sei willkürlich gewesen: Ich denke, da, wo Bedarfe vorhanden waren, hat man darüber diskutiert und versucht, diesen Bedarfen Rechnung zu tragen. Das ist sicherlich nicht flächendeckend so. Wir haben große Kreise mit vielen Kindern, also einer jungen Bevölkerung, in denen dies derzeit noch nicht der Fall ist.

Herr Meyer hat die Befürchtung geäußert, dass der Partner, den er vorher auf der kommunalen Ebene hatte, wo sich beide mit ihren Angeboten ergänzt haben, im Falle der Kommunalisierung plötzlich kein Partner mehr ist, sondern der Geldgeber. Nach meiner Erfahrung ist das nicht ganz so problematisch. Wir als Kreis sind auch in anderen Bereichen Partner plus Geldgeber für bestimmte Institutionen. Entscheidend ist, dass es hier zu einer Konkurrenz um Mittel kommt. Da die Mittel jetzt unter 54 Kommunen aufgeteilt werden, kommt es zu einer Konkurrenzsituation. Das wird in manchen Regionen dazu führen – da ist die Stadt Essen besonders betroffen –, dass die Diskussionen emotional geführt werden und aufgrund der Konkurrenzsituation nicht frei sind.

Ich möchte gerne noch einen anderen Punkt ansprechen. Diese Neuverteilung ist ein großes Problem; das muss man ganz deutlich sagen. Wie sieht es bei uns im ländlichen Bereich mit der Versorgung aus? Die Versorgung ist bei uns sicherlich anders als im städtischen Bereich. Ich denke, dass es auch in den Kreisen extrem unterschiedlich ist. Es hängt vom medizinischen Versorgungssystem ab. Dort, wo Sie zum Beispiel auch Palliativstrukturen haben, wo Sie eine gute Vernetzung haben, können Sie auch die Menschen, die mit der Aids-erkrankung bei uns leben, im System versorgen. Manchmal geschieht das nicht optimal. Von daher ist die Weiterentwicklung auf der Landesebene – das hat auch Herr Zentara unstrittig ausgeführt – zwingend. Nach dem Inhalt der Rahmenempfehlungen ist Konsens, dass mit einer übergeordneten Struktur, nämlich einer Arbeitsgemeinschaft, etwas weiterentwickelt wird. Das ist auch für die Migranten zwingend.

Wir profitieren momentan vom Miniprojekt. Wir können bei uns im Kreis kein Miniprojekt für Aids einführen. Dafür sind wir zu klein, da brauchen wir eine Spezialisierung. Aber warum kann man das nicht im Rahmen eines solchen Konzeptes auf der

Landesebene – wie es in den Rahmenempfehlungen angedacht ist – so strukturieren, dass fünf oder sechs Taskforces dort sitzen, wo hohe Kompetenz ist, und diese Arbeit auch in anderen Bereichen kultursensibel leisten? Es spricht nichts dagegen, dass wir im Gegensatz zu einer regionalen Versorgung bei diesen planbaren Dingen zum Beispiel von Essen oder Bielefeld unterstützt werden.

Dass Mediziner die Behandlung ablehnen, haben wir bei uns noch nicht erlebt, weder im zahnärztlichen Bereich noch anderswo. Die Frage ist, wie offensiv die Frauen damit umgehen. Da wir ein extrem niedrigschwelliges Angebot für Frauen haben, melden die sich auch bei uns. Es melden sich auch Ärzte bei uns, wenn sie Probleme bei der Therapie haben; denn sie wissen, dass wir eine koordinierende Funktion wahrnehmen. Ich denke, dass dort, wo das in ganz anderem Maße auftritt, auch die Problematik ganz anders ist.

Dr. Franz-Josef Ehrle (Gesundheitsamt Köln, AIDS-Koordination): Ich komme noch einmal kurz zu den Zahnärzten. Wir können aus Köln bestätigen, dass subtile Ausreden benutzt werden. Es wird zwar nicht die Behandlung verweigert, aber beispielsweise auf die Hygienevorschriften verwiesen: erhöhter Aufwand, 9,5facher Satz. Was das für Auswirkungen auf einzelne Patienten hat, brauche ich wohl nicht zu sagen.

Ich möchte noch etwas zu Herrn Zentara vom Landkreistag sagen. Köln ist der absolute Gewinner dieser Kommunalisierung. Ich könnte mich zurücklehnen und sagen: Prima, Geld her! Damit würde ich eine tolle Prävention machen. – Dem Eindruck, der entstand, dass vorher willkürlich Gelder verteilt wurden, möchte ich auch aus Kölner Sicht klar und deutlich widersprechen. Wie oft haben wir mit dem Land diskutiert, welchen Bedarf Köln hat – und das Land hat fachlich nachvollziehbar dargelegt, dass dieses und jenes nicht geht. So war es in allen Städten.

Es gab eine andere Richtlinie für die Verteilung der Gelder. Die hat sich teilweise nach dem Bedarf gerichtet, war teilweise sicher auch Vorsorge: dass wir an manchen Orten lieber den Deckel auf den Brunnen legen, bevor das Kind hineinfällt.

Noch einmal: Ich habe ganz große Befürchtungen. Hier stimme ich mit Frau Dr. Pott überein: Never change a winning system. Wir haben in diesem Land mit Ihrer Unterstützung ein System etabliert, das läuft. Und nun experimentieren wir plötzlich und schauen, ob es weiterhin läuft. Ich habe ganz große Zweifel, dass wir das, was wir erreicht haben, in Zukunft halten können. Die Abstimmungsprozesse werden wesentlich komplizierter. Die zentrale Steuerung fehlt. Herr Meyer hat darauf hingewiesen: 54 Kreise unter einen Hut zu bringen, ist ein ganz anderes Thema, als an einem zentralen Ort zentrale Herausforderungen zu verhandeln.

Karin Hoeltz (Gesundheitsamt Wuppertal, AIDS-Koordination): Mein Vorredner hat sich hier für die zentrale Steuerung ausgesprochen. Dem kann ich mich anschließen.

Ich möchte jetzt nur noch ein paar Worte zur medizinischen Versorgung von HIV-Patienten sagen. Wir haben dies im vorvergangenen Jahr in Wuppertal zum Schwerpunktthema des Welt-AIDS-Tages gemacht. Die Wuppertaler AIDS-Hilfe hat einen umfangreichen Dokumentationskatalog erstellt, der aufzeigt, wo sich Patienten über erlittene Diskriminierungen und Falschbehandlungen beschwert haben. Bei Interesse ist das bei der Wuppertaler AIDS-Hilfe abrufbar. Das sind Dinge, die nicht unbedingt juristisch verifiziert sind und natürlich auch davon getragen sind, dass HIV-Patienten ein Stückchen empfindlicher sind als andere Patienten – das gilt gerade dann, wenn sie häufiger Diskriminierungen und Zurückweisungen erfahren haben – und auf die schroffe Art eines Arztes empfindlicher reagieren.

Dennoch kann auch ich angesichts dieser Dokumentationssammlung bestätigen: Gerade bei Zahnärzten ist es häufig schwierig. Aber auch bei Notärzten, die mit HIV-Patienten bisher noch nicht in Berührung gekommen sind, gibt es immer wieder das Problem, dass sie unerfahren oder auch zurückweisend auf HIV-Infizierte zugehen. Auch in Krankenhäusern gibt es Fehlbehandlungen. Patienten werden Medikamente entzogen und dann wieder peu à peu aufdosiert, anstatt – das sollte absolutes Know-how sein – alle Medikamente auf einmal zu geben. Dadurch werden Resistenzen in Krankenhäusern durch Ärzte geschürt und verursacht. Das darf nicht sein.

Ein weiteres Problem ist, dass gerade bei Frauen HIV-Diagnosen oftmals verschleppt werden, weil die behandelnden Ärzte, die naturgemäß nicht Schwerpunktbehandler sind, die Primärsymptome nicht erkennen. Frauen kommen mit Zeichen einer beginnenden Immunschwäche, aber es wird einfach nicht an HIV gedacht. Dadurch werden die Diagnosen viel zu spät gestellt. Wertvolle Zeit wird vertan, in der die Frauen nicht behandelt werden können. Daher werden sie oft erst im Vollbild Aids diagnostiziert.

Das Ganze gilt aber nicht nur für Frauen. In unserem Schwerpunktkrankenhaus in Wuppertal wurden im vorvergangenen Jahr allein zehn Patienten erst im Vollbild Aids aufgenommen, die vorher nichts von ihrer HIV-Infektion wussten. Das waren auch Menschen mit Migrationshintergrund, auch Männer, die Sex mit Männern hatten, die eigentlich zu dem klassischen Bild des HIV-Verdächtigen gehören.

Da gibt es sicherlich noch viel Fortbildungsbedarf, noch viel zu tun, wobei wir derzeit nicht so recht wissen, wie wir es anfangen sollen; denn wenn wir in Kooperation mit der Ärztekammer Fortbildungen anbieten, kommen letzten Endes immer nur die Insider, sodass wir Probleme haben, an die Ärzte flächendeckend heranzukommen.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Mir liegen noch Wortmeldungen von Abgeordneten vor. – Bitte schön, Herr Kollege Henke.

Rudolf Henke (CDU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender. – Als potenzieller Patient würde ich offen gestanden erwarten, dass es in Arzt- und Zahnarztpraxen Standard ist, einen Hygieneaufwand zu betreiben,

(Beifall)

mit dem berücksichtigt wird, dass Menschen, die vorher behandelt wurden, HIV-infiziert sein könnten und dass auch ich theoretisch HIV-infiziert sein könnte. Denn schließlich weiß keiner, wie es um mich steht, und es gibt auf jeden Fall eine Latenzzeit zwischen der HIV-Infektion und ihrer Nachweisbarkeit. Ich glaube, dass das inzwischen zum Grundverständnis gehört, das sich 90 bis 95 % der Bevölkerung dank der aktiven Massenaufklärungsarbeit, die es seit den 80er-Jahren gibt, erworben haben.

Ich halte die Beispiele, die geschildert worden sind – die kann ich jetzt nicht prüfen –, für berufsrechtlich überprüfungsbedürftig; denn ich bin nicht der Auffassung, dass man einen zusätzlichen Hygieneaufwand je nach Antwort auf die Frage treffen kann, ob der Betreffende vor sich herträgt, dass er HIV-infiziert ist oder nicht. Der Charakter der Krankheit sorgt nach wie vor dafür – wie bei vielen anderen Krankheiten auch –, dass ich damit eben nicht offen umgehe und dass ich sie vielleicht auch in Behandlungskontakten nicht übermittle.

Ich glaube im Übrigen, dass sich die ganz große Zahl der Behandler daran halten wird. Wenn ich erfahren würde, dass jemand seinen Hygieneaufwand steigert, weil er weiß, dass ein Patient HIV-infiziert war, würde ich das – völlig unabhängig von der Infektionsfrage – als einen Aufruf betrachten, einen Bogen um diese Behandlungseinrichtung zu machen.

Eine andere Frage ist es, wenn ein Arzt zu seinem Patienten sagt: Ich habe in dem Bereich keine Kompetenz, ich kenne bestimmte Symptome nicht, ich habe nicht genügend Erfahrung, daher sind Sie besser damit bedient, wenn Sie nicht von mir behandelt werden. – Ich finde, wenn es sich nicht um einen Notfall handelt, wenn es nicht gerade um Leben oder Tod geht, dann muss der Arzt die Möglichkeit haben, sich auf einem bestimmten Segment als nicht so kompetent darzustellen und zu sagen: Du gehst besser zu jemand anderem. – Das halte ich für richtig und würde das auch nicht in den Ruch der Behandlungsverweigerung bringen. Das wäre vielmehr verantwortungsbewusst. Ich als Internist würde bei bestimmten chirurgischen Problemen auch sagen: Auch wenn du lieber zu mir kommst, weil ich in der Regel nicht schneide, gehst du besser trotzdem zum Chirurgen.

Ich habe eine Kernfrage, die wohl niemand anders als der Landkreistag – jedenfalls in dieser Runde – klar beantworten kann. Ich möchte verstehen – nicht am Beispiel SGB II und nicht am Beispiel der Arbeitsmarktförderung oder anderer Felder, sondern am Beispiel der gesundheitlichen Prävention, insbesondere der gesundheitlichen Prävention bei HIV –, welchen Erfolg Sie uns dadurch in Aussicht stellen können, dass eine Kommunalisierung nach Ihren Regeln betrieben wird. Sie sagen ja, der Landkreistag kann die bisher vorgesehenen, abgesprochenen Regelungen nicht unterschreiben. – Wie sich der Städte- und Gemeindebund orientiert, weiß ich nicht; die werden das wohl eher unterschreiben. – Dann aber müsste mit dem von Ihnen in der Vereinbarung wahrgenommenen Anpassungsbedarf ein Vorteil für die Menschen verbunden sein. Ich finde, diesen möglichen Vorteil müssten wir plausibel dargestellt bekommen. Es muss gezeigt werden, inwiefern er auf die Versorgungssituation oder die Präventionssituation Einfluss nimmt.

Ich kann mir so etwas vorstellen. Man darf etwa die Frage, wie man Schülerinnen und Schüler aufklärt, nicht davon abhängig machen, ob diese Schülerinnen und Schüler in Ballungsräumen oder in der konzentrierten Provinz

(Heiterkeit)

oder in der verteilten Provinz leben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Das nenne ich Einschleimen.

(Heiterkeit)

Rudolf Henke (CDU): Nein. – Denn kein Mensch weiß, wo diese Schülerinnen und Schüler,

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Das ist doch Aufgabe des ÖGD!)

wenn sie einmal erwachsen sind, leben werden. Kein Mensch weiß, wo sie ihre sexuellen Aktivitäten erleben. Deswegen kann man das nicht von der Frage abhängig machen, wo es besondere Betroffenheiten gibt. Insofern leuchtet mir ein, dass man sagt: Die Vernetzungsstrukturen müssen flächendeckend gleich sein und jeden erreichen. – Ich wüsste dann allerdings gerne, ob die Änderungen an der angestrebten Vereinbarung dazu führen werden, dass dies leichter möglich wird. Das muss ich ja verstehen. Das als Ziel zu propagieren, reicht nicht. Vielmehr muss ich wissen, ob dieses Ziel dadurch leichter erreicht wird.

Wenn ich infiziert bin, stellt sich für mich natürlich die Frage, wie ich an die bestmögliche Behandlung komme. Dass sich das dann auf die Städte konzentriert, Herr Dr. Heide, in denen schon eine gewisse Erfahrung da ist und in denen ich gewisse Selbsthilfestrukturen vorfinde, die sich natürlich daraus ergeben, dass dort eine Community existiert, das leuchtet mir ein. Da wäre meine Frage: Was bessert sich denn durch eine weitere Veränderung der Kommunalisierungsvereinbarung am Zugang zu einer bestmöglichen Versorgung?

Ich komme zur Frage der anderen Geschlechtskrankheiten. Ich verstehe, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sagt: Unser Problem ist eigentlich nicht, dass wir das nicht fachlich machen können. Natürlich können wir auch über Chlamydien und humane Papillomaviren informieren. Aber uns wurden dafür keine Mittel bereitgestellt. Aber es ist schon ein zusätzlicher Aufwand, den wir leisten müssten. Und wenn wir ihn leisten, dann mindert er die Aufmerksamkeit, die wir dem Thema Aids widmen können. – Das scheint mir aber eher eine bundespolitische Frage der Zuweisung von Mitteln an die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu sein. Dazu würde ich von der Kommunalisierung nur begrenzt etwas erwarten.

Es bleibt die Frage des Ansprechens von Risikogruppen. Die Risikogruppen muss man da ansprechen, wo sie sind. Wir haben uns ja einmal Aufschluss darüber verschafft, wo die besonderen Risikogruppen sind, und daraus im Prinzip die Konsequenz gezogen, dass wir gucken müssen, wo sie sind. Es müsste über den Kommunalisierungsansatz plausibel werden, dass man sie besser erreicht, weil man näher

dran ist. Das halte ich für denkbar. Woher kommt das große Zutrauen, dass das Land schlaumeierischer ist als die Verantwortlichen, die sich dem Bürger jeden Tag stellen müssen? Auf den ersten Blick verstehe ich das gar nicht. Mir ist ein dezentrales, ein subsidiäres Konzept hochsympathisch, weil diejenigen, die die Versorgung, die Prävention, die Information, die Aufgabenwahrnehmung und die Unterstützung der Strukturen organisieren, im täglichen Kontakt mit dem Bürger stehen und sich jeden Tag dem Bürger stellen. Das ist an sich ein Privileg für dieses Themenfeld. Allerdings müsste man dann einmal zeigen, wieso dieses Privileg auch wirksam ist und wie es helfen kann, die besonderen Zielgruppen zu identifizieren.

Hinsichtlich der Versorgung von Kranken habe ich aus dieser Anhörung mitgenommen, dass wir eigentlich nicht so sehr ein Problem bei der Frage haben, ob sie an die Leistungen kommen, ob die Leistungen zugänglich sind. Das ist in dem Versorgungssystem schlechter, als ich es mir wünschen würde; aber immerhin ist es finanziell abgebildet. Ich kenne Beispiele dafür, wie schwierig es ist, den Aufwand zu begründen. Aber das ist ein Problem der gesetzlichen Krankenkasse.

Das Problem auf der kommunalen Ebene ist doch das Thema Eingliederungshilfe. Es geht ja um Menschen, die in einem Lebensalter krank werden – jedenfalls ein Teil von Ihnen –, von dem an sie zu Erwerbsunfähigkeit verurteilt sind. Dann geht es ihnen wie jungen, in den Status der Erwerbsunfähigkeit gelangenden Menschen mit Behinderung auch: Sie sind imstande, ihr Leben zu erhalten und zu fristen – das macht die Existenzsicherung –, aber dann stellt sich die Frage der Eingliederungshilfe. Ich würde gerne verstehen, ob die Eingliederungshilfe besser wird. Nach allem, was ich jedenfalls aus der kommunalen Welt höre und mir allmählich auch angeeignet habe, ist die Entwicklung der Kosten der Eingliederungshilfe ein so fundamentales Problem für die Kommunen, dass sie uns in der Vergangenheit auch immer wieder Initiativen gegenüber dem Bund angeraten haben, um die Situation von Menschen mit Behinderung, was das Thema Eingliederungshilfe angeht, besser abzubilden und abzufangen, als es alleine über die kommunale Eingliederungshilfe möglich ist. Hat sich da etwas geändert? Ist meine Wahrnehmung falsch? Das hätte ich gerne erläutert. Sonst müsste ich die Frage stellen: Was ändert sich denn im Themenfeld der Eingliederungshilfe positiv für Menschen mit HIV und anderen behindernden Krankheiten, wenn es zur Kommunalisierung kommt?

Das möchte ich beantwortet haben, weil es für mich mit ein Maßstab für die Frage ist, wie plausibel dieses seit zwei Jahren verfolgte Konzept ist, zu dem es hier geheißsen hat, dass es wahrscheinlich gar nicht zu einer Unterschrift kommen wird.

Heike Gebhard (SPD): Ich habe mich nur deshalb noch einmal gemeldet, weil meine Frage von Herrn Zentara nicht ausreichend beantwortet worden ist. Die knüpft ein Stück weit an das an, was Herr Henke gerade breit ausgeführt hat. Ich hatte gefragt, was die Umverteilung der Mittel – also nicht die Aufstockung der Mittel – in die Fläche auslösen würde. Ich habe konkret gefragt: Was lösen beispielsweise Beträge von 12.000 €, die in den einzelnen Gemeinden ankommen, aus, sodass eine Verbesserung der Prävention, der Versorgung tatsächlich Platz greift?

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Eine zweite Frage haben Sie indirekt beantwortet. Ich hatte Ihnen ja eine Brücke gebaut: nicht eine bloße Umverteilung, sondern in die Fläche gehen, aber etwas on top haben. – Da Sie sich aber für die Umverteilung ausgesprochen haben, haben Sie sich gleichzeitig dafür ausgesprochen – ich will mich nur vergewissern –, Strukturen nicht zu erhalten, sondern in Kauf zu nehmen, dass bei der Umverteilung vorhandene Strukturen kaputtgehen – zugunsten der Tatsache, dass Sie diese Minimittel bekommen.

Die Frage, die Sie, Herr Kollege Henke, zum Schluss in Bezug auf die Eingliederungshilfe entwickelt haben, wird nicht vor Ort in jeder einzelnen Kommune, sondern von den Landschaftsverbänden entschieden. Die Kommunen sind über die kommunale Umlage beteiligt; die steigen in der Tat. Das heißt, das, was jetzt an Kommunalisierung Platz greift, verändert das Verhalten bei der Eingliederungshilfe überhaupt nicht. Von daher können wir da keinen Gewinn erwarten.

Der einzige Gewinn wäre der, dass wir vom Landkreistag stellvertretend für die vielen betroffenen Landkreise die Zusage bekämen: Ja, wenn wir dieses bisschen Geld vom Land verstreut bekommen, dann legen wir die und die Schippe drauf und stellen uns so und so auf. – Das ist die spannende Frage. Wenn dieses quantifizierbar und qualitativ beschreibbar wäre, würde dies die Bewertung in der Tat ein bisschen bewegen.

Gerda Kieninger (SPD): Ich habe nur eine kurze Nachfrage an Frau Schmalz. Sie haben vorhin erörtert, dass Frauen im Gegensatz zu Männern eher im ländlichen Bereich und nicht in den Ballungszentren wohnen. Demzufolge müssten Sie eine Kommunalisierung eigentlich richtig finden.

Barbara Steffens (GRÜNE): Wir müssen gucken, wie hoch die finanzielle Summe in toto ist. Wir wissen von einzelnen Städten, dass sie die Summe, die sie bisher dazu gegeben haben, zurückfahren. Können die Landkreise das mit dem, was sie zusätzlich geben, kompensieren, damit wir insgesamt gleich viel Geld für die Arbeit zur Verfügung haben? Oder nehmen Sie es als Landkreistag in Kauf, dass wir durch eine Umverteilung am Ende – so sieht es wohl im Moment aus – insgesamt weniger Geld haben?

Die zweite Frage richtet sich an die Kommunen. Das Landesgeld war bisher an kommunales Geld gekoppelt. Sehen Sie die Gefahr, dass Kommunen auch dadurch, dass die Entkopplung entfällt, ihre Anteile zurückfahren und dass über die jetzige Ankündigung hinaus weitere Kommunen ihre Mittel zurückfahren?

Meine Frage von eben ist nicht beantwortet worden – die Antwort würde aber wahrscheinlich auch den Rahmen sprengen –: Was müssten die Eckpunkte in einem Landespräventionsplan aus Sicht der Expertinnen und Experten sein? Da diese Frage jetzt sicherlich nicht mehr in Gänze beantwortet werden kann, wäre ich den Expertinnen und Experten dankbar, wenn sie im Nachgang der heutigen Anhörung dem Ausschuss die eine oder andere Information dazu zukommen lassen würden, damit wir auch diesen Punkt bei der Auswertung der Anhörung im Ausschuss intensiv diskutie-

ren können und uns nicht nur an den Punkten aufhalten, die wir hier behandelt haben.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Herzlichen Dank, Frau Kollegin. Das war eine gute Anregung, die Sie zum Schluss gemacht haben. Ich gehe davon aus, dass viele der hier anwesenden Sachverständigen dieser Anregung folgen werden. – Nun kommen wir zur letzten Antwortrunde.

Julia Ellen Schmalz (LAG Frauen und AIDS): Meine Feststellung, dass viele Frauen eher in unterversorgten Gebieten leben, hat nicht zur Folge, dass ich sage: Die Kommunalisierung, die von prognos vorgeschlagen wurde, halte ich für ein gutes Konzept. – Ich habe mit der Feststellung geschlossen, dass das Geld schon vorher nicht gereicht hat. Und das ist auch weiterhin Fakt.

Ich habe erklärt, wie dünn finanziert und selbst gebastelt der Frauenbereich funktioniert. Ich habe auch gesagt, dass da viel kaputtgehen wird. Es werden vielleicht tatsächlich nur noch die paar Oberzentren übrig bleiben. Aber HIV-spezifische Frauen- und Mädchenprävention und HIV-spezifische Beratung von positiven Frauen werden in dem Umfang nicht mehr möglich sein und längst nicht mehr alle erreichen.

Dr. Kai Zentara (AG der kommunalen Spitzenverbände NRW): Ich möchte kurz klarstellen, wie das letzten Endes bei uns gelaufen ist. Wir stimmen der Vereinbarung als solcher zu. Wir wollen den Text nicht ändern. Wir wollen nur nicht den Bestandserhaltungsfaktor 100 % haben. Denn das ist ein Scherz in sich. Wenn man alles so lassen würde, wie es ist, dann hätte man auch gar kein Gutachten einholen müssen, dann hätte man einfach weitermachen können wie bisher.

Es gibt aber den politischen Willen der Landesregierung, die Verteilung der Aids- und Suchtfördermittel nach fachlichen Kriterien gesteuert zu verändern. Soweit ich es sehe, ist dies auch in den Gutachten fachlich weitestgehend unbestritten.

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Das wird von allen in der Fachwelt bestritten!)

– Dass es einen Bedarf gibt, dass die Mittelverteilung gerechter werden muss, hat auch Frau Schmalz gerade unterstrichen. Das Problem ist, dass am Ende wahrscheinlich nicht ausreichend Geld vorhanden ist.

Ich muss in diesem Zusammenhang aber auch darauf hinweisen, dass es bereits jetzt so ist, dass Kommunen aus eigenen Mitteln da Ausgleiche leisten, wo bei ihnen das entsprechende Landesgeld nicht ankommt. Also: Einzelne Kommunen und Kreise, die bisher weniger Mittel bekamen, als es nach einem gerechten Verteilschlüssel der Fall gewesen wäre,

(Barbara Steffens [GRÜNE]: Gerecht heißt nicht fachlich!)

haben entsprechende Bedarfe mit eigenen Mitteln ausgeglichen. Das muss auch einmal anerkannt werden.

Im Übrigen wäre es für uns, für alle Beteiligten eine traumhafte Lösung, wenn das Land sagen könnte: Wir erhöhen für einen gewissen Zeitraum die Mittel und machen dadurch den Umstrukturierungsprozess für alle leichter. Wir werden dafür sorgen, dass über einen Zeitraum von fünf Jahren oder kürzer so viel Geld zur Verfügung steht, dass es für die Kommunen, die hier letzten Endes Verlierer sind, vielleicht etwas einfacher ist, den Umstrukturierungsprozess durchzuführen. – Das ist allerdings eine politische Forderung, die mit einer gewissen Vorsicht gegenüber dem Land zu erheben ist. Denn nach den Signalen, die wir bisher empfangen haben, wird es zu einer entsprechenden Aufstockung der Haushaltsposten in toto nicht kommen.

Bezüglich der Eingliederungshilfe würde ich mich nicht als Experten bezeichnen. Ich halte aber auch das für ein Beispiel, vor Ort konkrete Steuerungsmaßnahmen zu ergreifen, da man vor Ort die speziellen Strukturen kennt und weiß, was aktuell notwendig ist. Ich kann mir auch vorstellen, dass Herr Meyer in den Gesprächen, die er beschrieben hat, seinen Ansprechpartnern bei den Kommunen sagt: Hier bei uns vor Ort ist das anders als dort, und deshalb müssen wir vielleicht in dem Bereich einen Schwerpunkt setzen, was von der Landesebene aus nicht erkennbar. – So könnte ein viel gezielterer und sinnvollerer Einsatz öffentlicher Mittel ermöglicht werden, als das durch eine zentralisierte Steuerung von Düsseldorf aus der Fall ist.

(Heike Gebhard [SPD]: Darf ich noch eine Bitte an Herrn Zentara äußern?)

Vorsitzender Günter Garbrecht: Wir könnten noch viele Bitten an Herrn Zentara richten. Der Schwerpunkt der heutigen Anhörung ist aber nicht die Frage der Rahmenzielvereinbarung, sondern der Weiterentwicklung. Durch die Mitteilung des Landkreistages hat diese Anhörung nun eine etwas andere Dimension erlangt.

Dr. Kai Zentara (AG der kommunalen Spitzenverbände NRW): Entschuldigung! Diese Mitteilung haben wir Anfang Dezember an das Ministerium gegeben. Es liegt nicht in unserer Verantwortung, wenn sie nicht weitergegeben wird.

Vorsitzender Günter Garbrecht: Auch das nehmen wir zur Kenntnis. Die Blamage wird durch jede weitere Meldung über Fakten ja nur noch weiter erhöht. – Also: Wir könnten sicherlich noch zwei Stunden zu diesem Kontext diskutieren. Ich meine, dass gerade in der letzten Runde viele Fragen aufgeworfen worden sind, die eine fachliche Beantwortung nicht gefunden haben. Das finde ich schade. Aber wir werden sicherlich auch das in der Beratung im Ausschuss auch im Zusammenhang mit der Rahmenzielvereinbarung und der unterschiedlichen Positionen noch nachholen.

Meine Damen und Herren, wir haben das Ende der Anhörung erreicht. Ich danke noch einmal für die Teilnahme. Ich glaube, es gibt eine Reihe von neuen Erkenntnissen, die wir in der Auswertung aufnehmen werden. Ich wünsche Ihnen eine gute

Ausschuss für Arbeit, Gesundheit und Soziales (72.)

04.02.2009

Ausschuss für Frauenpolitik (42.)

fi

Gemeinsame Sitzung (öffentlich)

Heimreise. Herzlichen Dank! Die Sitzung ist geschlossen.

(Beifall)

Günter Garbrecht

Bernhard Tenhumberg

Vorsitzender

Stellv. Vorsitzender

Roe/24.03.2009/26.03.2009

299