68. JAHRGANG • MÄRZ 03 2014

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

HERAUSGEBER STÄDTE- UND GEMEINDEBUND NORDRHEIN-WESTFALEN

Mit den online mitteilungen

StGB NRW · Kaiserswerther Str. 199-201 · 40474 Düsseldorf
PVSt · Deutsche Post AG · „Entgelt bezahlt" · G 20 167

Medizinische Versorgung

Alleen

Stadtmodelle

STÄDTE- UND GEMEINDERAT

Die Fachzeitschrift für Kommunal-und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

STÄDTE- UND GEMEINDERAT ist die einzige unabhängige und ebenso die meistgelesene Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen. Sie führt kommunale Wissenschaft und Praxis, Kommunalrecht und Kommunalpolitik zusammen. Die Zeitschrift hat sich als Diskussionsforum für neue Entwicklungen in der kommunalen Welt einen Namen gemacht.

Die 1946 erstmals verlegte Fachzeitschrift **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** ist das offizielle Organ des Städte- und Gemeindebundes Nordrhein-Westfalen. Als Spitzenverband kreisangehöriger Städte und Gemeinden repräsentiert dieser rund 9 Mio. Bürger und Bürgerinnen sowie 86 Prozent der Ratsmitglieder in Nordrhein-Westfalen.

STÄDTE- UND GEMEINDERAT enthält monatlich aktuelle Informationen aus den zentralen Interessengebieten der Kommunalpolitiker und Verwaltungsbeamten:

- Finanzen, Wirtschaft, Soziales, Schule und Kultur
- Verwaltungsfragen und Neue Steuerung
- Kommunalrecht
- Kommunale Wirtschaftsunternehmen
- Tourismus und Freizeit

Darüber hinaus enthält **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** Sonderseiten, die überregional über Produkte und Neuheiten für den kommunalen Markt informieren. Der Leser erhält somit einen Überblick über Aktuelles aus den Bereichen:

- Bürokommunikation
- Umweltschutz
- Nutzfahrzeuge im öffentlichen Dienst
- Müll- und Abfallbeseitigung
- Verkehrswesen
- Landschaftspflege
- Wohnungswesen, Städtebau
- Freizeitanlagen, öffentliche Schwimmbäder
- Kommunale Energieversorgung
- Kreditwesen
- Raumplanung
- Krankenhausbedarf

Mit **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** sind Sie abonniert auf Branchen-Information.

Schicken Sie den ausgefüllten Antwortcoupon an Frau Becker, Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Straße 199-201, 40474 Düsseldorf

Wenn es schneller gehen soll, faxen Sie uns den unterschriebenen Coupon:

FAX: 02 11/45 87-292

☐ Ja, ich möchte **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** kennenlernen! Bitte senden Sie mir die nächsten drei Ausgaben zum **Vorzugspreis von nur € 10,25** (inkl. MwSt. und Versand). Die Lieferung endet mit Zustellung des dritten Heftes und geht **nicht** automatisch in ein Jahresabonnement über.

☐ Ja, ich kenne **STÄDTE- UND GEMEINDERAT** bereits und möchte die Zeitschrift (10 Ausgaben) **im günstigen Jahresabonnement** (€ 78,- inkl. MwSt. und Versand) bestellen.

Name/ Vorname/Firma

Straße

Postleitzahl/Ort

Telefon/Fax

VAT-Nr.

Ich bezahle ☐ per Bankabbuchung ☐ gegen Rechnung

Bankleitzahl Konto-Nr.

Bankinstitut Datum/Unterschrift

Vertrauens-Garantie: Das Abo können Sie innerhalb von 10 Tagen nach Absendung des Bestellcoupons schriftlich bei Frau Becker, Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Straße 199-201, 40474 Düsseldorf, widerrufen. Rechtzeitige Absendung genügt!

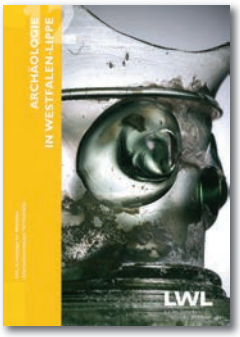
Datum/Unterschrift

STÄDTE- UND GEMEINDERAT
Die Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

Der nächste bitte!

So klang es landauf landab in den Wartezimmern der Ärzte und Ärztinnen. Auch wenn heute vielfach Termine vereinbart werden, heißt es doch oft noch warten, bis man an der Reihe ist. Gibt es zuwenig Ärzte und Ärztinnen? Ja und nein. Teilweise finden sich für bestimmte Disziplinen wie Allgemeinmedizin nicht genügend Bewerber/innen. Teilweise sind die Mediziner/innen ungleich verteilt. Sie drängen in die Städte und lassen den ländlichen Raum links liegen.
Wir haben in Deutschland und in Nordrhein-Westfalen einen einmalig hohen Stand der medizinischen Versorgung. Milliarden Euro fließen in Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, medizinische Fakultäten und in die ambulante Versorgung. Trotz der Riesensummen muss genau geschaut werden, wohin das Geld geht.
Medizinische Planung vollzieht sich in einem komplizierten Wechselspiel von Bund und Ländern, Ärztevertretungen und Krankenkassen. Städte und Gemeinden sind in diesem Handel außen vor.
Gleichzeitig kann jeder einzelnen Kommune die medizinische Infrastruktur nicht gleichgültig sein. Eine flächendeckende Versorgung mit Allgemeinmediziner/innen, eine angemessene Ausstattung mit Fachpraxen sowie ein Krankenhaus mit breitem Behandlungs-Spektrum sind ein Standortfaktor, der Unternehmen und Fachkräfte zur Ansiedlung bewegt.
Besonders praktische Ärzte und Ärztinnen haben heute einen schweren Stand. Sie haben die ungünstigsten Arbeitszeiten und verdienen im Vergleich zu ihren Fachkollegen und -kolleginnen am wenigsten. Die Schlechterstellung beginnt bereits im Studium. Daher ist dringend geboten, die Studien- und Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner/innen attraktiver zu gestalten. Vorschläge dazu liegen auf dem Tisch.
Auch wenn Städte und Gemeinden bei der Verteilung von Krankenhäusern und Arztpraxen nicht mitentscheiden, können sie vor Ort ein günstiges Klima für Ärzte und Ärztinnen schaffen. So gibt es Hilfe bei der Suche nach Wohnraum oder bei der Übernahme bestehender Praxen. Findige Bürgermeister/innen laden die Ärzteschaft zum Stammtisch ein. Da hört man rasch, wo der Schuh drückt. Denn die Anforderungen an die ärztliche Kunst nehmen eher zu als ab. Es gilt, eine wachsende Zahl von Hochbetagten und Ältere mit Migrationshintergrund zu versorgen. Es gilt, die Fortschritte der Krebsbehandlung in die Praxis zu bringen. Die Menschen brauchen Gewissheit: Wenn es mir schlecht geht, ist ärztlicher Rat nicht weit.

Dr. Bernd Jürgen Schneider
Hauptgeschäftsführer StGB NRW



Archäologie in Westfalen-Lippe 2012

Hrsg. v. d. LWL-Archäologie für Westfalen und der Altertumskommission für Westfalen, A 4, 304 S., 19,50 Euro, Langenweißbach 2013, ISBN 3-941171-90-9

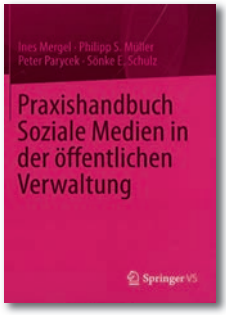
In dem reich bebilderten Band berichten 100 Autor(inn)en von den interessantesten Ausgrabungen und Funden, den spannendsten Forschungsergebnissen und den größten Ausstellungen in Westfalen. Zu den ältesten vorgestellten Funden gehören die Reste von Flusspferden und Nashörnern aus der Tegelen-Warmzeit, die am Haarstrang im Kreis Soest entdeckt wurden. Mit einem Alter von 1,8 bis 2,2 Mio. Jahren zählen sie zu den ältesten Nachweisen dieser Tierarten in Europa. Ein weiteres Kapitel widmet sich dem Gräberfeld der ersten sesshaften Bauern in Westfalen, das in Warburg entdeckt wurde.

Baukultur in ländlichen Räumen

Hrsg. v. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung, A 4, 192 S., kostenfrei zu beziehen über E-Mail modellvorhaben-baukultur@bbr.bund.de , Stichwort: Baukultur in ländlichen Räumen, oder herunterzuladen unter www.bbsr.bund.de

Baukultur wird häufig nur aus städtischer Perspektive betrachtet. Doch gute Architektur und vorbildliche Landschaftsplanung sind auch in Dörfern und ländlichen Siedlungen erforderlich. Die Publikation fasst die Ergebnisse eines Forschungsprojektes zusammen, in dem bundesweit vier Baukulturgemeinden und fünf Baukulturinitiativen näher untersucht wurden. Dazu gehört in Nordrhein-Westfalen die Gemeinde Burbach. Diese stärkt das Ortszentrum, indem sie Baulücken schließt und außerhalb der Ortskerne kaum Wohnungsbau und Einzelhandel zulässt.

Praxishandbuch Soziale Medien in der öffentlichen Verwaltung



V. Ines Mergel, Philipp S. Müller, Peter Parycek u. Sönke E. Schulz, 15,1 x 22,1 cm, 139 S., 24,99 Euro, SpringerVS, ISBN 3-658-00745-4

Soziale Medien werden zunehmend in der öffentlichen Verwaltung eingesetzt und sind zum Kommunikationsmittel von Behördenvertreter/innen wie auch Politiker/innen geworden. Zu den prominentesten Beispielen gehören Facebook als Städteplattform und Twitter als Kurznachrichtendienst. Immer wichtiger werden aber auch weniger bekannte Plattformen wie Wikis oder Blogs. In diesen werden Bürgervorschläge gesammelt, und es werden darin Beteiligungsprozesse durchgeführt. Das Buch stellt Strategien für eine gelungene Online-Kommunikation vor und führt in die rechtlichen sowie organisatorischen Grundlagen ein..

Inhalt

68. Jahrgang
März 2014

Nachrichten 5

Thema Medizinische Versorgung

Horst-Heinrich Gerbrand, Matthias Menzel
Ärztliche Versorgung als kommunale Herausforderung 6

Johannes Reimann
Struktur der ambulanten medizinischen Versorgung in NRW 9

Ansgar von der Osten
Steuerung der Arztniederlassung durch neue Bedarfsplanungsrichtlinie 12

Anke Velten-Franke
Ärztliche Versorgung aus Sicht der Stadt Ennepetal 15

Tjarko J. Schröder
Reformbedarf bei der Hausarzttausbildung 17

Dorothea Prütting
Der neue Krankenhaus-Rahmenplan 2015 19

Lothar Kratz
Bewertung des neuen NRW-Krankenhausplans 22

Oliver König
Alleen in NRW - Geschichte, Erfassung und Erhaltung 24

Andreas Brodowski, Thorsten Schmidthuis
3D-Stadt- und Geländemodell für Ostwestfalen-Lippe 27

Bücher 30
Europa-News 32
Gericht in Kürze 33

Titelfoto: Robert Kneschle - Fotolia.com

Fördermittel für „Ab in die Mitte!“-Kommunen

Im Rahmen des Landeswettbewerbes „Ab in die Mitte! - Die City-Offensive NRW“ werden zwölf Städte und Gemeinden ausgezeichnet. Wie das NRW-Ministerium für Bauen, Wohnen, Stadtentwicklung und Verkehr mitteilte, werden die Initiativen von **Altena**, **Bad Salzuflen**, Hamm, **Herdecke**, Herford, **Monheim**, Neuss, Siegen, **Stadtlohn**, **Vlotho**, **Vreden** und Wuppertal im kommenden Jahr mit insgesamt 462.870 Euro unterstützt. Mit der City-Offensive NRW fördert und initiiert das Land NRW innovative und nachhaltige Entwicklungsstrategien für Innenstädte. Ziel ist es, die Zentren als Orte des Handels, der Kunst, von Kultur und Freizeit, Wohnen und Arbeiten stärker und möglichst dauerhaft im Bewusstsein der Bürger/innen zu verankern.

Landesgartenschauen auch 2020 und 2023 in NRW

Nordrhein-Westfalen setzt weiterhin auf Landesgartenschauen. Für entsprechende Veranstaltungen in den Jahren 2020 und 2023 beschloss das Landeskabinett nun die Ausschreibung. In Zukunft sollen aber nicht nur kleine und mittelgroße Städte des ländlichen Raums im Fokus stehen. Auch Bewerbungen entsprechender Projekte in Stadtteilen oder Großstadtquartieren sind erwünscht. Das Ziel einer nachhaltigen Stadtentwicklung etwa mit Grün- und Freiflächen im städtischen Umfeld würde ergänzt durch die Bereiche „Anpassung der Städte an den Klimawandel“ sowie „Verbesserung der Lebens- und Aufenthaltsqualität in sozial benachteiligten Stadtteilen“. Die nächsten Landesgartenschauen finden in diesem Jahr in Zülpich und 2017 in Bad Lippspringe statt.

Studie zum kommunalen Schuldenproblem

Zahlreiche Kommunen in der Emscher-Lippe-Region und im Münsterland müssen sich beim Sparen noch mehr anstrengen. Ansonsten verlieren sie weiter an Attraktivität als Standort für Unternehmen. Dies ist das Ergebnis einer Studie des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung im Auftrag der Industrie- und Handelskammer Nord Westfalen. Ein großes Problem liegt laut Studie im Anstieg der Kassenkredite. Um die steigende Schuldenlast aufzufangen, würden viele Städte und Gemeinden die Grund- und Gewerbesteuer erhöhen, was wiederum ihre Position als Unternehmensstandort schwäche. Neben weiteren Sparanstrengungen der Kommunen fordert die IHK deshalb zusätzliche Finanzhilfen vom Land. Für die Studie wurde die Finanzsituation von 33 Kommunen analysiert.

Jetzt fünf Bioenergiedörfer in Westfalen

Peckelsheim, ein Ortsteil von **Willebadessen** in Ostwestfalen-Lippe, wurde nun durch das Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft zum Bioenergiedorf ernannt. Die Peckelsheimer produzieren mit Windrädern, Biogasanlagen und Solarzellen dreimal mehr Strom, als sie verbrauchen. Geheizt wird fast ausschließlich mit Holz. Peckelsheim ist eines von bisher fünf Bioenergiedörfern in Westfalen. Weitere Bioenergiedörfer sind **Schmallenberg-Ebbinghof**, **Meschede-Wallen** sowie Robringhausen und Altenmellrich in der Gemeinde **Anröchte**. Außerdem gibt es NRW-weit mit **Gummersbach-Lieberhausen** noch ein weiteres Bioenergiedorf, das vom Bundeslandwirtschaftsministerium anerkannt wurde.

Wander-Kompetenzzentrum am Hermannsdenkmal

Mit 3,1 Mio. Euro fördert das Land Nordrhein-Westfalen das Projekt „Teutoburger Wald - Kompetenzzentrum Wandern im Land des Hermann“. Mit dem Geld soll in unmittelbarer Nähe zum Hermannsdenkmal unter anderem ein Informationszentrum für Wandernde und Urlauber/innen gebaut werden. Außerdem soll die Waldbühne am Hermannsdenkmal überdacht und ein Wanderkreuz aufgestellt werden. An dem Projekt beteiligen sich neben dem Kreis Lippe auch die Städte **Oerlinghausen**, **Bad Salzuflen** und **Schieder-Schwalenberg** sowie der Kneipp- und Verkehrsverein Hiddessen. Die Fördersumme von 3,1 Millionen Euro wird aus Mitteln der Bund-Länder-Gemeinschaftsaufgabe „Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur“ (GRW) bereitgestellt.

NRW-weit fast neun Millionen Wohnungen

Ende 2012 gab es in Nordrhein-Westfalen mehr als 8,94 Mio. Wohnungen. Das sind 0,4 Prozent mehr als Ende 2011 und 0,7 Prozent mehr als Ende 2010. Wie das statistische Landesamt Information und Technik NRW anhand erster Ergebnisse der auf dem Zensus 2011 basierenden Fortschreibung des Wohngebäude- und Wohnungsbestandes mitteilt, kamen damit rein rechnerisch jeweils zwei Personen auf eine Wohnung. Den stärksten Anstieg unter den 396 Städten und Gemeinden des Landes gegenüber Ende 2010 ermittelten die Statistiker für die Gemeinden **Wassenberg** und **Wegberg**. Dort gab es 3,9 beziehungsweise 3,8 Prozent mehr Wohnungen. Den höchsten Rückgang verzeichnete die Gemeinde **Inden**, wo 4,5 Prozent weniger Wohnungen gezählt wurden.

Erfolgreiche interkommunale Kulturplanung

Zwölf Städte, Kreise und kommunale Kooperationen in Westfalen haben im vergangenen Jahr gemeinsam Strategien für ihre Kulturarbeit entwickelt. Im Rahmen der vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe initiierten „Kulturagenda Westfalen“ entstanden unter anderem Stellen für Kulturkoordinator(inn)en, eine Online-Datenbank mit Kulturangeboten sowie das westfalenweite „Netzwerk Kulturplanung“. Bei einer Tagung stellten nun die Kreise Höxter und Olpe, die Städte **Freudenberg**, Hagen, **Lippstadt**, **Hattingen** und Witten sowie die kooperierenden Städte **Ahlen/Beckum** und **Halver-Kierspe-Schalksmühle-Meinerzhagen** als Pilotkommunen die Ergebnisse ihrer gemeinsamen Arbeit vor. Außerdem waren die Städte Bielefeld, Hamm sowie **Bad Oeynhausen** mit ihren Kulturentwicklungsplanungen dabei.

FOTO: TOBIF82 - FOTOLIA.COM

▲ *Im einigen ländlichen Regionen Nordrhein-Westfalens zeichnet sich bereits heute ein Mangel an Hausärzt(inn)en ab*

Hausärztliche Versorgung sicherstellen

Um die hausärztliche Versorgung in ländlichen Gebieten weiterhin aufrechtzuerhalten, müssen vor allem Bund und Land tätig werden, während die Kommunen nur begrenzt Einfluss nehmen können

In ländlichen Regionen wird es zunehmend schwieriger, eine gute ambulante hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Dabei ist eine ortsnahe medizinische Versorgung ein entscheidender Standortfaktor für die Städte und Gemeinden. Sie befürchten zu Recht, bei einer unzureichenden Gesundheitsversorgung an Attraktivität zu verlieren. War das Problem zunächst vorrangig in ländlich strukturierten Bundesländern wie den ostdeutschen anzutreffen, werden nun auch im bevölkerungsreichsten Land NRW in dünner besiedelten Regionen deutliche Versorgungsengpässe sichtbar.

Nach einer regelmäßig vom NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter veröffentlichten Übersicht ist die hausärztliche Versorgung in 69 Kommunen unmittelbar und in 48 Kommunen auf mittlere Sicht gefährdet. Das Phänomen betrifft den ländlichen Raum. Aber auch bestimmte städtische Gebiete sind tangiert, vor allem solche mit einem hohen Anteil sozial schwacher Menschen und einem niedrigen Anteil von Privatversicherten.

Kommunen nicht zuständig Die Kommunen sind rechtlich nicht zuständig für die Ärzteversorgung. Verantwortlich sind vielmehr Bund und Länder für den Rechtsrahmen sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen für die Umsetzung. Dabei liegt der sich abzeichnende Ärztemangel nicht an mangelndem Interesse für den Arztberuf. Vielmehr kann man anhand der großen Anzahl von Bewerber/innen an den Universitäten deutlich erkennen, dass dieser Beruf nach wie vor attraktiv ist.

Allerdings nimmt die Anzahl der Erstsemester bundesweit ab. Dieser Trend ist auch in NRW zu beobachten. In einem Antrag der CDU-Landtagsfraktion vom 11.06.2013 „Hausärztliche Versorgung in allen Landesteilen sicherstellen“ wird darauf hingewiesen, dass im Wintersemester 1992/1993 in NRW rund 20.970 Studierende im Bereich Humanmedizin an den Universitäten eingeschrieben waren. 20 Jahre später, im Wintersemester 2011/2012, waren es dagegen nur noch 16.460. Da es in diesem Zeitraum immer erheblich mehr Bewerber/innen als zu vergebende Plätze gegeben hat, verdeutlichen diese Zahlen zugleich den Abbau von Studienplätzen im Fach Humanmedizin.

DIE AUTOREN

Horst-Heinrich Gerbrand ist Beigeordneter für Jugend, Soziales und Gesundheit beim Städte- und Gemeindebund NRW

Dr. Matthias Menzel ist Hauptreferent für Jugend, Soziales und Gesundheit beim Städte- und Gemeindebund NRW

Maßnahmen auf Bundesebene Der Bund hat zum 01.01.2012 mit dem Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung erstmals auf den Ärztemangel sowie die Gefährdung der ambulanten Versorgung in Deutschland reagiert und ein Bündel an rechtlichen Regelungen getroffen. Zu erwähnen ist hierbei unter anderem § 105 Abs.5 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Danach können Kommunen mit Zustimmung der Kassenärztlichen Vereinigung ausnahmsweise eigene Einrichtungen zur unmittelbaren medizinischen Versorgung der Versicherten betreiben. Ein begründeter Ausnahmefall kann vorliegen, wenn die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann. Diesen Weg ist beispielsweise die Stadt Lübbenau in Brandenburg gegangen, die mit dem medizinischen Zentrum Lübbenau die ambulante medizinische Versorgung der Bürgerinnen und Bürger sicherstellt. Diese Gesellschaft befindet sich zu 100 Prozent in kommunaler Trägerschaft.

Initiativen des Landes Die NRW-Landesregierung versucht, mit dem „Aktionsprogramm zur Stärkung der hausärztlichen Medizin und Versorgung" mehr junge Menschen für den Hausarztberuf zu begeistern und sie zu motivieren, sich verstärkt in ländlichen Gebieten wie dem Münsterland, Ostwestfalen-Lippe, dem Sauerland oder am Niederrhein niederzulassen. Denn gut ein Drittel der Hausärztinnen und Hausärzte in Nordrhein-Westfalen werden in den kommenden zehn Jahren ihre Praxis aus Altersgründen aufgeben und womöglich keine Nachfolgerin oder keinen Nachfolger finden. Um die Arbeit auf dem Land für Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner attraktiver zu machen, stellt Nordrhein-Westfalen seit 2009 Fördergelder bereit. 2011 wurden die Mittel dafür von 1,5 Millionen Euro auf 2,5 Millionen Euro jährlich erhöht. Damit unterstützt das Land die Niederlassung, Anstellung und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten in Kommunen, in denen in Zukunft die hausärztliche Versorgung durch das Ausscheiden von Hausärztinnen und Hausärzten gefährdet sein kann.

Hausärztinnen und Hausärzte, die sich in solchen Kommunen niederlassen möchten respektive eine Ärztin oder einen Arzt anstellen wollen, können auf Antrag bis zu 50.000 Euro Förderung erhalten. Mit bis zu 775 Euro monatlich werden Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten unterstützt, die in den Förderregionen ihre Weiterbildungszeit absolvieren.

FOTO: GINA SANDERS - FOTOLIA.COM

Einige Kommunen haben Ärztehäuser mit günstigen Praxisräumen für Haus- und Fachärzte sowie -ärztinnen eingerichtet

Kassenärztliche Vereinigungen In anderen Bundesländern existieren geregelte, teilweise institutionalisierte Arbeitsstrukturen zwischen kommunalen Spitzenverbänden und Kassenärztlichen Vereinigungen, die Maßnahmen zur Bekämpfung des Ärztemangels auf Landesebene koordinieren. In NRW war dies ungeachtet der guten Zusammenarbeit in anderen Gremien in Einzelfragen bislang nicht der Fall.

Die Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände bat vor diesem Hintergrund die Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Westfalen-Lippe, sie in ihre Planungsprozesse einzubeziehen. Denn die Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW haben aufgrund der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie die Möglichkeit, die Planung für die ärztliche Versorgung neu zu gestalten.

Sie halten damit ein Steuerungsinstrument in der Hand, mit dem der drohende Ärztemangel im ländlichen Raum effektiv bekämpft werden kann. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben dieses Petitum aufgegriffen, sodass seit kurzem eine institutionalisierte Kommunikation zwischen den kommunalen Spitzenverbänden und den beiden Kassenärztlichen Vereinigungen in NRW besteht.

Kommunales Engagement Der Städte- und Gemeindebund NRW hat sich wiederholt mit diesem Thema befasst und in der jüngsten Sitzung des Ausschusses für Jugend, Soziales und Gesundheit im Herbst 2013 die Bedeutung einer nachfragegerechten ambulanten Versorgung - vor allem in ländlich strukturierten Städten und Gemeinden - hervorgehoben. Dem Mangel an Hausärzt/innen könne nur durch nachhaltige Maßnahmen - etwa Anreize zur Übernahme hausärztlicher Funktionen in von Unterversorgung bedrohten Gebieten - begegnet werden.

Einige betroffene Kommunen aus NRW, aber insbesondere aus den strukturschwachen Regionen Ostdeutschlands, sind bereits tätig geworden, um dem Ärztewandel wirksam zu begegnen. So haben einige Kommunen ein Ärztehaus errichtet, in dem für Hausärzt/innen und Fachärzt/innen günstig Praxisräume angeboten werden.

In dünn besiedelten Gebieten Ostdeutschlands lässt sich die ärztliche Versorgung vielfach nur durch Hausbesuche realisieren, was bei den Ärzt/innen erheblich Zeit in Anspruch nimmt. Der Landkreis Märkisch-Oderland hat daher das Modellprojekt „Patientenbus" gestartet, mit dem Patient/innen befördert werden. Ein solches Projekt bietet sich vor allem in Regionen an, wo das ÖPNV-Netz Lücken aufweist. Dort kümmert sich vielfach bereits eine Gemeindeschwester um die Erstversorgung der Patient/innen. Ärztliche Sprechstunden finden dann nur ein- oder zweimal die Woche statt. Solche Maßnahmen kommen in NRW angesichts der vorhandenen Strukturen derzeit weniger in Betracht.

Zukunft problematisch Die ärztliche Versorgung wird zukünftig durch mehrere Entwicklungen erschwert. Zum einen nimmt durch den demografischen Wandel die Alterung der Bevölkerung zu - mit der Folge, dass der Bedarf nach hausärztlicher Versorgung trotz insgesamt schrumpfender Bevölkerung weiter steigt. Zudem haben die Hausärzt/innen in NRW mit über 50 Jahren ein vergleichsweise hohes Durchschnittsalter, weshalb mittel- und langfristig zahlreiche Hausarztstandorte vakant sein werden. Es besteht die Gefahr, dass diese Arztstandorte nicht vollständig wiederbesetzt werden können. Somit ist eine Ausweitung der von Unterversorgung betroffenen Gebiete zu befürchten. Einige Studien prognostizieren daher einen massiven Mangel an Ärzt/innen.

Zudem fehlen Instrumentarien, die ausgebildeten Hausärzt/innen genau in die Regionen zu lenken, die von Unterversorgung betroffen sind. Wohl hat die neue Bedarfsplanungsrichtlinie, die in NRW von den beiden Kassen-

FOTO: KV BRANDENBURG

Im Landkreis Märkisch-Oderland bringt seit Dezember 2012 ein Bus Patientinnen und Patienten zu den Arztpraxen

ärztlichen Vereinigungen umgesetzt wird, zu einer Verkleinerung der zugrunde liegenden Gebiete geführt. Das Ziel der Reform bestand darin, das Ungleichgewicht zwischen über- und unterversorgten Gebieten besser ausgleichen zu können.

Gleichwohl gehen gerade im ländlichen Raum diese Planungsbereiche immer noch deutlich über die Gemeindegrenzen hinaus. Daher ist eine auf die einzelne Kommune bezogene Steuerung der Ärzt/innen auch im Rahmen der neuen Bedarfsplanungsrichtlinie kaum möglich. Somit wird auch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie den bestehenden Ärztemangel nicht beheben. Vielmehr ist allenfalls eine leichte Abmilderung des bestehenden Ungleichgewichts zu erwarten.

Weiterhin Niederlassungsfreiheit

Diese Einschätzung ist vor allem deshalb gerechtfertigt, weil auch die neue Bedarfsplanungsrichtlinie nichts an der Niederlassungsfreiheit der Allgemeinmediziner/innen ändert. Dies führt bei der Wahl des Standorts zu einer Fokussierung auf vermeintlich besonders attraktive Regionen. Vielfach möchten sich angehende Hausärzt/innen am Studienort oder zumindest in der Nähe niederlassen.

Möglicherweise ist deshalb schon heute die hausärztliche Versorgung in einigen Kommunen in der Region Ostwestfalen-Lippe gefährdet, weil dort keine medizinische Fakultät besteht. Doch so einfach dürfte die Problematik nicht zu lösen sein. Denn auch im Münsterland gibt es bereits unterversorgte Gebiete, obwohl Münster eine bedeutende medizinische Fakultät besitzt. Insoweit könnte auch die Gründung einer medizinischen Fakultät in Ostwestfalen/Lippe nur begrenzt Abhilfe schaffen.

Kommunen nicht Ausfallbürgen

Ob man sich zur Vermeidung von Engpässen bei der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung in diesem Bereich engagiert, muss jede Kommune für sich beantworten. Aus Sicht eines kommunalen Spitzenverbandes ist allerdings zu betonen, dass die Städte und Gemeinden nicht zum Ausfallbürgen für politische Fehlentwicklungen gemacht werden dürfen. Gerade die Ärzteversorgung gehört grundsätzlich nicht zum Aufgabenkreis einer Kommune. Hier sind Bund und Länder sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert. Es drängt sich der Eindruck auf, dass sich Kommunen vor allem deshalb mit der Hausärzteversorgung beschäftigen müssen - und teils auch beträchtliche Summen investieren -, weil Bund und Länder bislang keine zufriedenstellenden Lösungen entwickelt haben.

Dabei ist in Fachkreisen bekannt, dass die Probleme mit der Allgemeinmedizin bereits im Rahmen der medizinischen Ausbildung beginnen. Hier kommt dem Fachbereich Allgemeinmedizin bei weitem nicht die ihm zustehende Bedeutung zu. An den medizinischen Fakultäten hat dieser Fachbereich in der Regel ein schlechteres Ansehen als Bereiche, welche die anderen Fachmediziner/innen ausbilden. In diese medizinischen Teilbereiche fließen regelmäßig große Sponsoring-Summen aus der medizinischen Geräteindustrie, was unter anderem zu einer deutlich besseren Ausstattung führt.

FAZIT

Eine bedarfsgerechte ortsnahe medizinische Versorgung ist für die Städte und Gemeinden ein zentrales Anliegen. Alle politischen Ebenen einschließlich der Kassenärztlichen Vereinigungen versuchen bisher nur mit mäßigem Erfolg, der drohenden Fehlentwicklung zu begegnen. Die Kommunen zeigen hier ein Engagement vielfach an der Grenze der verfassungsrechtlichen Zuständigkeit. Wenn diese Kraftanstrengungen der Städte und Gemeinden nicht durch ein Gesamtkonzept seitens Bund und Land begleitet werden, bleiben sie ohne Wirkung. So muss insbesondere die Ausbildung in der Allgemeinmedizin deutlich verbessert werden. Hierfür sind zwingend entsprechende Mittel erforderlich.

Geringes Ansehen Allgemeinmedizin

Unter Studierenden genießen die anderen Fachbereiche deshalb ein höheres Ansehen, weil mit einer entsprechenden Ausbildung und einer Niederlassung als Facharzt oder Fachärztin oft ein deutlich höheres Einkommen erzielt werden kann als durch eine Hausarztpraxis. Dies wird von den niedergelassenen Allgemeinmediziner/innen als ungerecht empfunden. Hinzu kommt, dass der Arbeitsaufwand für einen Hausarzt oder eine Hausärztin mindestens genau so hoch sein dürfte wie für eine(n) andere(n) Facharzt/Fachärztin.

Daher wundert es nicht, dass sich viele Studierende für eine Facharztausbildung und gegen den Beruf des Hausarztes oder der Hausärztin entscheiden. Hinzu kommt, dass bei weitem nicht alle medizinischen Fakultäten den Bereich Allgemeinmedizin als Studienfach anbieten. So gibt es in Deutschland 38 medizinische Fakultäten, aber nur 22 Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Nahezu die Hälfte der medizinischen Fakultäten hat die Allgemeinmedizin nicht im Angebot.

Bund und Land gefordert

Über die von Bund und Land aufgezeigten Maßnahmen hinaus bedarf es angesichts der sich zuspitzenden Lage weiterer Programme für den Aufbau von Praxen in Gebieten, die von Unterversorgung bedroht sind, sowie der Schaffung geeigneter Rahmenbedingungen. Zudem können Anreize zur Übernahme hausärztlicher Tätigkeit in von Unterversorgung bedrohten Gebieten der Negativentwicklung entgegenwirken. Dies könnten sein die Verknüpfung von Zuwendungen während der Weiterbildung an eine spätere hausärztliche Tätigkeit, Honoraranreize zur Förderung der hausärztlichen Versorgung oder flexible Lösungen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

Erfreulicherweise wurde die Thematik auch durch den neuen Koalitionsvertrag auf Bundesebene aufgegriffen. So sollen die von Fachärztinnen und Fachärzten erbrachten hausärztlichen Leistungen zukünftig nicht den hausärztlichen Teil der Gesamtvergütung mindern. Dies soll umgekehrt für von Hausärztinnen und Hausärzten erbrachte fachmedizinische Leistungen gelten.

Außerdem wird es Kommunen ermöglicht, Medizinische Versorgungszentren zu gründen. Jedoch ist offenbar nicht beabsichtigt, die Anzahl der Studienplätze zu erhöhen. Damit werden auch zukünftig zu wenig Allgemeinmediziner/innen für die hausärztliche Versorgung ausgebildet.

FOTO: KVNO

▲ *In Nordrhein-Westfalen ist die Versorgung mit 23.000 niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie mehr als 4.000 Psychotherapeutinnen und -therapeuten noch angemessen*

Ambulante medizinische Versorgung in NRW

Demografischer Wandel sowie ein neues Berufsverständnis der Ärzte und Ärztinnen erfordern neue Strategien zur Sicherung der Versorgung

Mehr als 23.000 niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zählen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) Nordrhein und Westfalen-Lippe als Mitglieder. Hinzu kommen über 4.000 Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit psychologischer Qualifikation. Die beiden Körperschaften des öffentlichen Rechts haben den gesetzlichen Auftrag, die ambulante medizinische Versorgung in NRW sicherzustellen.

Jahrzehntelang war dieser Auftrag eine in der Öffentlichkeit kaum beachtete Selbstverständlichkeit. Erste Warnsignale aus den Neuen Ländern über regionale Versorgungslücken wurden lange Zeit überhört. Nur zögerlich setzte sich die Erkenntnis durch, dass auch Praxen in der „alten" Bundesrepublik keinen Nachfolger finden.

Gerade die Kommunalpolitik reagiert heute hoch sensibel auf Hinweise, dass die ambulante ärztliche Versorgung gefährdet ist. Dieser Umschwung in der öffentlichen Wahrnehmung hat sich bereits in konkreten politischen Entscheidungen niedergeschlagen. 2011 hat der Deutsche Bundestag mit der als „Landärztegesetz" titulierten Reform die Weichen für mehr Versorgungssicherheit gestellt.

Ein wichtiger Baustein ist dabei die Neukonzeption der Bedarfsplanung. Sie legt Planungsregionen fest und bestimmt die Einwohnerzahl je Arzt als Maßstab für eine ausreichende Versorgung. Freilich wird die künftige Versorgung von weit mehr Faktoren beeinflusst als nur der Relation aus Einwohner- und Arztzahlen. Denn es müssen sowohl die künftigen Ressourcen - das Angebot - als auch die Entwicklung des Versorgungsbedarfs - die Nachfrage - bedacht werden. Eine zukunftsorientierte Steuerung über die gesetzlich geregelte Bedarfsplanung hinaus erfordert daher neben verlässlichen Daten auch differenzierte Analysen.

DER AUTOR

Johannes Reimann leitet das Referat Gesundheitspolitik der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

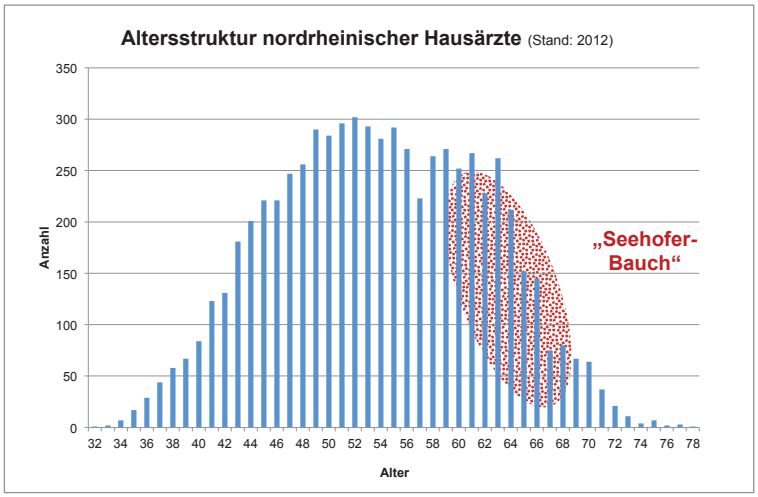


SCHAUBILD: KVNO

◀ *Problem Überalterung: vielen Hausärzten zwischen 50 und 65 Jahren stehen vergleichsweise wenige Kollegen und Kolleginnen unter 45 Jahren gegenüber*

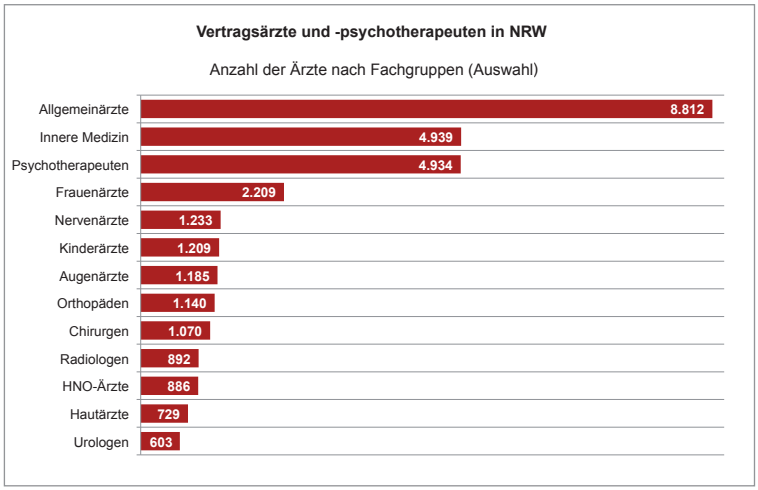


SCHAUBILD: KVNO

◀ *Unter den in den Kassenärztlichen Vereinigungen von NRW zusammengeschlossenen Ärzten und Ärztinnen bilden die Allgemeinmediziner/innen die größte Gruppe*

Weniger Arztstunden Die „Ressource“ Arzt bemisst sich nicht allein nach Köpfen. Wäre dem so, gäbe es kein Versorgungsproblem. Denn die Anzahl praktizierender Ärztinnen und Ärzte steigt moderat an. Dennoch sinkt die Gesamtzahl der geleisteten Arztstunden. Die nachwachsende Ärztegeneration verwirklicht ihren Wunsch nach einer ausgewogenen Work-Life-Balance konsequenter und selbstbewusster als ihre Väter und Mütter und entscheidet sich häufiger als früher für Teilzeitarbeit. Zwar arbeiten noch 90 Prozent der Männer und 80 Prozent der Frauen 40 Wochenstunden und mehr. Aber der Trend ist stabil: In Nordrhein hat sich die Anzahl der in Teilzeit tätigen Mediziner seit 2008 fast vervierfacht.

Zu den Vorstellungen der jungen Generation zählen auch planbare Arbeitszeiten. So ist die freiberufliche Niederlassung längst nicht mehr die einzige Option der ambulanten ärztlichen Tätigkeit. Mehr denn je streben junge Ärztinnen und Ärzte nach einer Anstellung, sei es in einer Praxis oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ). Die Anzahl angestellter Ärztinnen hat sich zwischen 2008 und 2013 mehr als verdoppelt. Noch größer war der Anstieg bei den männlichen Angestellten - um 160 Prozent.

Wunsch nach Kooperation Der Wandel der Arbeitszeiten bei der nachrückenden Ärztegeneration geht einher mit dem Wunsch nach kooperativen Arbeitsformen. Während die Politik vehement eine Abkehr von der Einzelpraxis fordern, eilt die Wirklichkeit diesem Ruf bereits weit voraus. Mehr als 40 Prozent der in NRW tätigen Ärzte und Psychotherapeuten arbeiten in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) - besser bekannt unter der traditionellen Bezeichnung „Gemeinschaftspraxen“ - oder in MVZ.

Daneben entstehen Ärztenetze, um die Zusammenarbeit untereinander, aber auch mit Krankenhäusern und der Pflege vor Ort zu verbessern. Auch die in NRW beispielhafte ambulante Palliativversorgung wird in Netzwerken mit Ärzten, Pflegediensten und Hospizen praktiziert.

Nicht zuletzt unter dem Aspekt der Versorgungsqualität wird die kooperative Berufsausübung von der Politik ausdrücklich gefordert. Ein steigender Anteil von BAG und MVZ führt aber notwendigerweise zu einem Rückgang bei der Anzahl der Praxen - und damit zu einer räumlichen Verdichtung der Versorgung an weniger sowie an zentral gelegenen Standorten. Dieser Zielkonflikt wird von der Politik zumeist ignoriert, wenn der Rückzug der ambulanten Versorgung aus der Fläche beklagt wird.

Praxen richtig verteilt? Die nahe gelegene Arztpraxis ist ein Standortfaktor. Davon künden nicht nur die Hochglanzexposés von Immobilienmaklern. Tatsächlich sind Hausarztpraxen in Deutschland so schnell erreichbar wie sonst kaum irgendwo in Europa. 92 Prozent der von der BARMER GEK bundesweit Befragten geben an, dass sie mit der Erreichbarkeit ihres Hausarztes oder ihrer Hausärztin zufrieden sind.

Im Unterschied zur hausärztlichen Versorgung wird eine gewisse räumliche Distanz zur Facharztpraxis von den Versicherten überwiegend akzeptiert. Dabei suchen die Patientinnen und Patienten nicht immer die nächstgelegene Facharztpraxis auf, sondern folgen einer persönlichen Empfehlung, organisieren den Routine-Check-up am Ort des Arbeitsplatzes, oder sie bevorzugen die Anonymität eines Arzttermins in einer entfernter gelegenen Stadt.

Auf diese Weise entstehen insbesondere in der fachärztlichen Versorgung komplexe und dem Umfang nach beträchtliche Mitversorgungsbeziehungen zwischen den Städten und Kreisen in NRW. Analysen der Kassenärztlichen Vereinigungen mit geokodierten Abrechnungsdaten verdeutlichen, dass die kreisfreien Städte regelmäßig „Exporteure“ medizinischer Leistungen sind.

Einpendeln zum Arztbesuch Somit versorgen die dort ansässigen Fachärzte einen hohen Anteil an Patienten, die nicht in der Stadt selbst, sondern in umliegenden Kommunen oder Kreisen wohnen. Ein Drittel aller Patienten, die 2010 in Köln einen Facharzt oder eine Fachärztin konsultierten, war außerhalb Kölns zu Hause. Für Münster beträgt dieser Anteil sogar fast die Hälfte.

Demgegenüber stehen die Regionen, die ambulante Leistungen „importieren“. In hohem Maße gilt dies für die Kreise Coesfeld, Warendorf, Lippe und Gütersloh sowie Rhein-Erft, Euskirchen und Rhein-Sieg. Viele Versicherte dort suchen Facharztpraxen außerhalb des eigenen Kreises auf. Eine bundesweite Analyse bestätigt, dass Kreise mit einer unterdurchschnittlichen Bevölkerungsdichte, einer vergleichsweise geringen Facharztdichte und einer hohen Quote

an „Auspendlern“ in der Regel ambulante Leistungen importieren.
Problematisch ist eine ungleiche Verteilung von Arztpraxen dann, wenn sie mit Entfernungen verbunden ist, die von vielen Patientinnen und Patienten als unzumutbar empfunden werden. Auch innerhalb der - insgesamt gut versorgten - Großstädte und Ballungszentren darf es nicht zu einer gravierenden „Unterversorgung“ einzelner Stadtteile kommen. Von punktuellen Problemen abgesehen weisen die NRW-Großstädte derzeit eine ausreichend homogene Versorgungsstruktur auf. Gleichwohl muss dieser Aspekt im Fokus der Bedarfsplanung bleiben.

Bedarf durch Medizinfortschritt Dass der demografische Wandel einen zunehmenden Versorgungsbedarf nach sich zieht, ist eine Binsenweisheit. Weithin unterschätzt wird jedoch der Mehrbedarf, der dem medizinischen Fortschritt geschuldet ist. Dabei geht es weniger um spektakuläre Innovationen in der High-tech-Medizin als um die stetige Fortentwicklung in der Behandlung der bekannten Volkskrankheiten.
Immer mehr Patient/innen, die an schweren und nicht selten mehreren chronischen Krankheiten leiden, erreichen ein hohes Lebensalter. Nürnbergs Oberbürgermeister Ulrich Maly hat vor dem Deutschen Ärztetag 2012 freimütig bekundet, dass er den Hundertjährigen in seiner Stadt nicht mehr persönlich zum Geburtstag gratulieren kann, weil deren Anzahl in den vergangenen Jahren so stark gestiegen ist.
Das Gros alter, multimorbider Menschen wird bereits heute ambulant versorgt - Tendenz steigend. Denn die finanziellen und personellen Ressourcen für einen weiteren Ausbau stationärer Strukturen sind nicht in Sicht. Vielmehr steht der Abbau von Strukturen auf der Agenda. Nirgendwo in Europa werden so viele Betten für die Akut- und Reha-Versorgung vorgehalten wie hierzulande. Und innerhalb Deutschlands mit an der Spitze liegt Nordrhein-Westfalen.

Kein Schreckensszenario Das Zusammentreffen von Ärztemangel und steigendem Versorgungsbedarf wird oftmals zu einem düsteren Szenario verdichtet, wonach die Versorgung vielerorts vor dem Kollaps stehe. Eine nüchterne Betrachtung der Zahlen und Trends offenbart ein differenziertes und weit weniger dramatisches Bild. Gleichwohl besteht kein Anlass, die Lage zu bagatellisieren. Denn für einzelne Regionen des Landes deuten Analysen in der Tat auf gravierende Probleme hin.
In ihrem Versorgungsreport hat die KV Nordrhein die Perspektiven der hausärztlichen Versorgung untersucht. Danach trifft der Hausarztmangel die Region Nordrhein nicht in der gesamten Fläche, sondern vor allem dort, wo der Behandlungsbedarf deutlich steigt und gleichzeitig ein hoher Anteil der Ärzte ausscheidet, der nicht hinreichend ersetzt werden kann. Das trifft besonders auf die Kreise Kleve und Heinsberg zu. Aber auch der Kreis Düren und der Rhein-Sieg-Kreis sind betroffen.
Entlang der Rhein-Schiene sorgen attraktive Standortfaktoren für eine im Vergleich günstige Quote der Wiederbesetzung von Hausarztpraxen. In einigen Kommunen halten sich die Effekte von Alterung einerseits und Bevölkerungsverlust durch Abwanderung andererseits etwa die Waage, so dass dort - trotz des demografischen Wandels - kein Zuwachs des Behandlungsbedarfs zu erwarten ist.
Aber nicht nur die Allgemeinmedizin ist vom Nachwuchsmangel betroffen. Auch in der HNO- und Augenheilkunde sowie in der Urologie ist künftig mit Engpässen zu rechnen. Diese Fachgebiete sind für die Versorgung altersbedingter Erkrankungen von besonderer Bedeutung.
Dennoch bleibt der fehlende Nachwuchs in der Allgemeinmedizin auf absehbare Zeit die Achillesferse der ambulanten Versorgung. Nur 220 junge Ärztinnen und Ärzte absolvierten 2012 die allgemeinmedizinische Weiterbildung in NRW. Schätzungsweise 450 pro Jahr wären nötig, um die ausscheidenden Kolleginnen und Kollegen zu ersetzen.

Neue Planung wirkt Die modernisierte Bedarfsplanung hat sich bereits nach kurzer Zeit als geeignetes Instrument erwiesen, um die Versorgung bedarfsgerechter und flexibler zu steuern als bisher. In ganz NRW konnten auf Basis der neuen Planung viele zusätzliche Hausarzt-Sitze genau dort ausgeschrieben werden, wo sie besonders benötigt werden.
Eine weitere gute Nachricht: Für 85 neu ausgeschriebene Zulassungen konnten bereits Ärztinnen und Ärzte gefunden werden. Dies ist ein ermutigendes Signal gegen den oft propagierten Versorgungsnotstand. Die Landesregierung, Patientenvertreter und die Kommunalen Spitzenverbände wirken daran mit, die regionale Planung in diesem Sinne weiterzuentwickeln.
Daten und Fakten zur lokalen ärztlichen Versorgung sind transparent wie nie zuvor. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen in den Ländern informieren umfassend über Planungsgrundlagen und -daten - bis hin zu den konkreten Arzt- und Verhältniszahlen der Regionen und Fachgruppen. Für die Region Nordrhein steht im Internet unter www.versorgungsreport.de eine interaktive Informationsplattform zur eigenen Recherche zur Verfügung.

FOTO: RIOPATUCA IMAGES - FOTOLIA.COM

▲ *Das Angebot an ambulanter ärztlicher Versorgung wird durch die Bedarfsplanung und das Zulassungsrecht geregelt*

Steuerung der Arztniederlassung

Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie von 2013 hilft, Ärzte und Ärztinnen gleichmäßiger im Land zu verteilen, erfordert aber zusätzlich Maßnahmen zur Förderung des Medizinernachwuchses

Viele Jahre lang diente die Bedarfsplanung dem Ziel, die stetig wachsende Anzahl der Ärzt/innen in der ambulanten Versorgung zu begrenzen. Die Richtlinie von 1993 - Horst Seehofer war damals Gesundheitsminister - ging davon aus, dass genügend Ärzt/innen im System seien und ein ungebremster Zuwachs zu einer Kostenexplosion führen würde. Diese galt es zu verhindern. Eingerichtet wurde ein System, das auf Basis einer Verhältniszahl von Einwohner/innen und Ärzt/innen Feststellungen traf, ob ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt überversorgt und damit für weitere Niederlassungen gesperrt war. In der fachärztlichen Versorgung waren in Nordrhein-Westfalen alle Planungsbereiche überversorgt. In der hausärztlichen Versorgung gab es häufig noch Zulassungsmöglichkeiten. Wer sich in einem gesperrten Planungsbereich niederlassen wollte, konnte dies nur durch Übernahme der Praxis eines ausscheidenden Arztes oder einer Ärztin tun. Die Verteilung des Angebots innerhalb eines Planungsbereichs blieb in dieser Systematik weitgehend unberücksichtigt. So war der Planungsbereich „Kreis“ für die hausärztliche Versorgung genauso groß wie für die spezielle fachärztliche Versorgung, also etwa für Radiologie oder Onkologie. Die unterschiedliche Inanspruchnahme der Grund- oder Spezialversorgung drückte sich allein in dem Verhältnis Einwohnerzahl zu Arzt/Ärztin einer bestimmten Fachrichtung aus. Dem höheren Bedarf an Hausärzt/innen stand ein geringerer Bedarf an Spezialist/innen gegenüber.

DER AUTOR

Ansgar von der Osten ist Geschäftsbereichsleiter bei der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Heute mehr Standorte Die Anzahl der Arztstandorte hat trotz der begrenzenden Bedarfsplanung stetig zugenommen. Dies geschah unter anderem durch Sonderbedarfszulassungen, die quantitative oder qualitative Versorgungsengpässe - oftmals mit lokalem Bezug - gezielt lösten. Aus der Sicht eines begrenzten Systems mit der Notwendigkeit, Kosten und Angebot auszubalancieren, war diese Form der Bedarfsplanung erfolgreich - trotz der Tatsache, dass sie massiv in die Niederlassungsfreiheit der Ärzt/innen eingegriffen hat. Nordrhein-Westfalen hat heute flächendeckend ein gutes Versorgungsangebot, Verbesserungsbedarf besteht nur vereinzelt.

Das große Problem der ambulanten Versorgung in Nordrhein-Westfalen ist nicht das derzeitige Angebot und nur selten seine Verteilung, sondern die Altersstruktur der Ärzteschaft und der Nachwuchsmangel. Vor allem bei den Hausärzt/innen, aber auch in einigen Facharztgruppen werden in den kommenden Jahren mehr Ärzt/innen aus der Versorgung ausscheiden, als Nachwuchs zur Verfügung steht. Dies ist eine bundesweite Herausforderung, die sich zunächst in den großen Flächenländern im Osten Deutschlands bemerkbar gemacht hat, nun aber auch uns erreicht.
Mit einem Mal verkehren sich die Vorzeichen der Bedarfsplanung. Nicht mehr Begrenzung der Arztzahl, sondern Sicherstellung der ambulanten Versorgung angesichts des Szenarios verwaisender Arztpraxen bestimmen die Diskussion.

Versorgungsebenen Die neue Bedarfsplanungsrichtlinie von 2013 zielt auf eine bessere Steuerung. Dazu wurden einige wegweisende Veränderungen in der Richtlinie vorgenommen. Planungsbereiche sind nicht mehr die Kreise und kreisfreien Städte für alle Arztgruppen. Unterschieden wird nun nach vier Versorgungsebenen:

- hausärztliche Versorgung
- wohnortnahe fachärztliche Versorgung
- spezielle fachärztliche Versorgung
- gesonderte fachärztliche Versorgung

Hier bewegt man sich von einer kleinräumigeren Planung bei den Hausärzt/innen bis hin zu einer deutlich großräumigeren Planung für Spezialist/innen. Messzahlen wurden vereinheitlicht und durch einen Demografiefaktor an die Altersstruktur der Bevölkerung im Planungsbereich angepasst.
Die Auswirkungen sind besonders in der hausärztlichen Versorgung zu spüren. In der Bedarfsplanung wird ein Versorgungsgrad von 100 Prozent angestrebt, Planungsbereiche mit einem Versorgungsgrad ab 110 Prozent werden gesperrt. Durch die kleinräumigere Planung bei einheitlicher, wenn auch demografisch modifizierter Messzahl wird jetzt ein Versorgungsgefälle erkennbar, das in der alten Bedarfsplanung nicht abgebildet wurde. Teile von Kreisen, die nie für neue Zulassungen gesperrt waren, sind mit einem Mal überversorgt, während in bisher stets überversorgten Kreisen jetzt auf Mittelbereichsebene neue Niederlassungsmöglichkeiten entstehen.

Erfolgreiche Differenzierung Der Kreis Borken zum Beispiel hatte stets einen Versorgungsgrad von etwa 90 Prozent, sodass sich überall im Kreis neue Hausärzt/innen niederlassen konnten. Mit Einführung der neuen Bedarfsplanung ist nun der Mittelbereich Stadtlohn mit einem Versorgungsgrad von knapp 126 Prozent erstmals wegen Überversorgung gesperrt. Der Mittelbereich Gronau mit einem Versorgungsgrad von knapp 90 Prozent ist aber weiterhin offen.
Umgekehrt funktioniert die Bedarfsplanung im Ennepe-Ruhr-Kreis. Dieser war hausärztlich bis Mitte 2013 flächendeckend wegen Überversorgung gesperrt. Dies gilt weiterhin etwa für die Mittelbereiche Schwelm und Witten, nicht jedoch für die Stadt Ennepetal, wo Niederlassungsmöglichkeiten entstanden sind.
Die neue Bedarfsplanung bildet die Versorgungsverteilung und den Versorgungsbedarf besser ab als bisher. Sie schafft für die wohnortnahe hausärztliche Versorgung gezielt neue Niederlassungsmöglichkeiten dort, wo sie gebraucht werden. Umgekehrt begrenzt sie die Arztzahl dort, wo es genügend Hausärzt/innen gibt. Das ist sinnvoll und richtig.

Unattraktive Regionen Weit gefehlt ist jedoch zu glauben, dass durch die neue Bedarfsplanung bereits das Problem des drohenden Ärztemangels gelöst wäre. Dies zeigt wiederum die hausärztliche Versorgung. Denn die Sperrung gut versorgter Mittelbereiche sowie die Öffnung schlecht versorgter Mittelbereiche allein bringt noch keinen Arzt und keine Ärztin dazu, sich in einer wenig attraktiven Region niederzulassen.
Der Praxismarkt ist angesichts der Altersstruktur und des eklatanten Nachwuchsmangels längst vom Nachfrage- zum Angebotsmarkt geworden. Und dieses Angebot ist vielfältig bei sinkenden Preisen. Damit ist die Übernahme einer gut eingeführten Praxis in einer gesperrten, aber attraktiven Region eine leicht verfügbare Option, die gegenüber einer Neuniederlassung in einer strukturschwachen Region durchaus ihren Reiz hat.
Der Gesetzgeber hat in § 103 Abs. 3a Sozialgesetzbuch (SGB) V das Instrument des Praxisaufkaufs in gesperrten Planungsbereichen eingeführt mit der Absicht, Überversorgung abzubauen und den ärztlichen Nachwuchs in schlecht versorgte Gebiete umzulenken. Das ist jedoch deutlich zu kurz gesprungen. Der Aufkauf von Praxissitzen wird den Angebotsmarkt nicht wieder zu einem Nachfragemarkt machen. Er lässt sich darüber hinaus leicht umgehen, indem sich der Inhaber oder die Inhaberin eines Arztsitzes von einem Kollegen oder einer Kollegin anstellen lässt. Anstellungsmöglichkeiten sind wiederum attraktive Angebote für den ärztlichen Nachwuchs, ambulant tätig zu werden. Das Zulassungsrecht ist hier mit heißer Nadel gestrickt. Statt einer Versorgungssteuerung wurde durch diese Regel ein Bürokratiemonster geschaffen.
Der Selbstverwaltung aus Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen stehen jedoch auf der Ebene der Bedarfsplanung mehrere Instrumente zur Verfügung, um die Versorgung zu steuern. Der Gemeinsame Bundesausschuss als Richtliniengeber gewährt regionale Handlungsspielräume, damit die Unterschiede zwischen Stadtstaaten, Ballungsräumen und ländlich geprägten Flächenländern berücksichtigt werden können.

Übergangsregelung im Ruhrgebiet In Nordrhein-Westfalen wurde zunächst im Ruhrgebiet von einer Übergangsregelung

FOTO: AFRICA STUDIO - FOTOLIA.COM

◀ *Mithilfe gezielter Anreize soll die ambulante Versorgung in Regionen mit Ärztemangel verbessert werden*

Gebrauch gemacht. Zwar wurden hier die neuen Planungsbereiche eingeführt - sprich: bei den Hausärzt/innen die Mittelbereiche -, aber es wurde an der alten Messzahl festgehalten. Anstatt 1.671 Einwohner/innen pro Hausarzt/Hausärztin wird ein Verhältnis von 2.134 zugrunde gelegt, modifiziert durch den Demografiefaktor.

Dies verhindert das Entstehen zahlreicher neuer Hausarztstandorte in Ruhrgebietszentren, wo die Versorgung gut ist. Denn dies würde dazu führen, dass noch weniger Nachwuchs für die ländliche Peripherie zur Verfügung steht. Das Ruhrgebiet als europäischer Ballungsraum wird Gegenstand einer Versorgungsforschung sein, deren Ergebnisse bis 2017 wiederum in die Bedarfsplanungsrichtlinie einfließen.

In Nordrhein wurde ein weiteres Instrument der Bedarfsplanungsrichtlinie angewandt, indem hausärztliche Planungsbereiche bereits ab einem Versorgungsgrad von 100 Prozent - also bei einer guten Versorgung - für neue Zulassungen gesperrt wurden. Damit soll der ärztliche Nachwuchs noch stärker in Regionen mit einem schlechten Versorgungsgrad gelenkt werden. Dieses Instrument wird in Westfalen-Lippe gerade geprüft.

Ausweitung bei Fachärzt/innen Aber nicht nur in die hausärztliche Versorgung wurde steuernd eingegriffen. Durch die neue Bedarfsplanung sind beispielsweise im Hochsauerlandkreis zahlreiche neue Standorte für Psychotherapeut/innen entstanden. Abweichend von der üblichen Planung auf Kreisebene für diese Berufsgruppe hat die Selbstverwaltung den großen Landkreis analog der hausärztlichen Bedarfsplanung in kleinere Planungsbereiche aufgegliedert. Auf diese Weise konnten die neuen Praxen gut in der Fläche verteilt werden, wo ansonsten eine Konzentration etwa in Arnsberg zu befürchten gewesen wäre.

Dennoch sind die besseren Möglichkeiten der Bedarfsplanung nicht die Antwort auf den ärztlichen Nachwuchsmangel. Hier bedarf es gezielter, aufeinander abgestimmter Anstrengungen aller Akteure, die Versorgung dort aufrecht zu erhalten, wo aufgrund des hohen Alters der Vertragsärzt/innen demnächst Engpässe zu erwarten sind. Dabei gilt es sorgfältig zu differenzieren. Nicht nur das „platte Land“ ist davon bedroht. Es gibt ländliche Gemeinden, die auf absehbare Zeit nicht von Problemen betroffen sein werden, selbst wenn die Arztzahl leicht rückläufig sein sollte. Umgekehrt gibt es strukturschwache Zonen in städtischen Gebieten, wo Praxen keine Nachfolger/innen finden. Schließlich sind Ärztinnen und Ärzte keine Spielfiguren, die man wie auf einem Schachbrett hin- und herschieben kann.

System von Anreizen Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung. Damit verbunden ist ein Instrumentenkasten, mit dem unterhalb der Steuerung auf Ebene der Bedarfsplanung Anreize für Niederlassung oder Praxisübernahme gesetzt werden können. Förderung von Kooperation wird seit vielen Jahren nachdrücklich betrieben und nimmt einen großen Teil der intensiven Beratungstätigkeit der KVen ein. Kooperationen wiederum bilden Anziehungspunkte für den ärztlichen Nachwuchs, weil sie die Last der Versorgung besser verteilen und Raum für Teilzeitarbeit in Anstellung oder in Niederlassung bieten.

Über gezielte Nachwuchswerbung, Informationsveranstaltungen und Praxisbörsen werden Kontakte zwischen alten und jungen Ärzten sowie Ärztinnen vermittelt. Hausärztliche Weiterbildungsassistent/innen werden finanziell gefördert. Darüber hinaus können gezielt finanzielle Anreize für die Niederlassung gesetzt werden, wenn in Planungsbereichen eine Unterversorgung festgestellt wird oder sich abzeichnet.

Aber dies wird nicht ausreichen, neue Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen. Vielerorts gibt es in Nordrhein-Westfalen bereits einen engen Austausch zwischen KVen und Kommunen. Es werden Maßnahmen zur Förderung der Attraktivität eines Standortes aufeinander abgestimmt. Nur mit einer konzertierten Anstrengung kann die Herausforderung der kommenden Jahre im Sinne guter Patientenversorgung gemeistert werden.

Am Ende kommt es darauf an, wieder mehr Ärztinnen und Ärzte für die ambulante Versorgung zu gewinnen. Die politische Diskussion über das Angebot eines Studiums der Allgemeinmedizin in Ostwestfalen hat hier ihren Platz. Denn es konnte nachgewiesen werden, dass junge Hausärzt/innen durchaus in der Region ihrer Ausbildung „hängenbleiben“.

BUCHTIPP

EHRENAMT UND BÜRGERLICHES ENGAGEMENT IN DER DENKMALPFLEGE

DER NIEDERRHEIN - KUNSTLANDSCHAFT DER SPÄTGOTIK

Das Amt für Denkmalpflege im Rheinland des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) hat zwei Dokumentationen herausgegeben. Die Dokumentation „Ehrenamt und bürgerliches Engagement in der Denkmalpflege“ widmet sich dem 16. Kölner Gespräch zu Architektur und Denkmalpflege am 27. Mai 2013. Im Mittelpunkt stehen private Möglichkeiten und Aktivitäten, denkmalpflegerische Ziele erfolgreich umzusetzen. Die Dokumentation „Der Niederrhein - Kunstlandschaft der Spätgotik“ enthält die Vorträge des 3. Rheinischen Tages für Denkmalpflege am 5. Mai 2013 in Kalkar, bei dem es um die Erhaltung spätgotischer Kunst ging. Die Vorträge beleuchten, wie Denkmalpfleger/innen und Restaurator/innen dabei vorgehen, wie Laien Schäden erkennen können und worin die Bedeutung spätgotischer Kunstwerke liegt.

Die Broschüren im Format A 5 sind zu beziehen über das LVR-Amt für Denkmalpflege im Rheinland, Abtei Brauweiler, Ehrenfriedstr. 19, 50259 Brauweiler, Tel. 02234-9854-500, Mail: info.denkmalpflege@lvr.de , Internet www.denkmalpflege.lvr.de .

FOTOS (3): STADT ENNEPETAL

▲ *Für Ärzte und Ärztinnen wird in der Stadt Ennepetal, hier die Fuchs-Skulptur des Bildhauers Karsten Müller, einiges getan*

Hausarztmangel aus Sicht einer Kommune

Die Stadt Ennepetal, in der es einen Mangel an Hausärzten und -ärztinnen gibt, setzt sich für Sicherung und Ausbau bestehender Praxen ein - etwa mit einem Bürgermeister-Ärztestammtisch

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL) geht bei der Planung der kassenärztlichen Versorgung von einem Verhältnis von 1.671 Einwohner/ innen pro Hausarzt/Hausärztin plus Demografiefaktor aus. Danach weist die Stadt Ennepetal bei gut 30.000 Einwohner/innen und zwölf Hausarztpraxen einen Versorgungsgrad von 74,6 Prozent auf und liegt im Vergleichsring an vorletzter Stelle. Sie gilt damit als unterversorgt. Zur optimalen Versorgung fehlen laut Statistik fünf Ärzte oder Ärztinnen.

Tatsächlich hat sich dieser Mangel an ärztlicher Grundversorgung noch nicht gravierend bemerkbar gemacht. Das mag einerseits an der dezentralen Siedlungsstruktur Ennepetals mit zahlreichen Ortsteilen an der Stadtgrenze und der damit verbundenen Orientierung in die Nachbarstädte liegen. Andererseits ist die Organisation der Praxen unterschiedlich, sodass längere Wartezeiten nicht mit einem möglichen Versorgungsmangel in Verbindung gebracht werden - anders als bei Fachärzt/innen.

Ungeachtet dessen wurde die Verwaltung bereits 2011 durch die Veröffentlichung statistischer Daten - und fast zeitgleich durch Hinweise aus der Ärzteschaft - auf eine bestehende Unterversorgung aufmerksam gemacht. Dies noch zu einer Zeit, als die Versorgungsgebiete großräumig festgelegt und nicht für jede Kommune abgegrenzt waren. Damals bestand die Gefahr, dass freiwerdende Praxisstandorte in größere - bei Ärzt/innen beliebtere - Nachbarstädte verlegt werden könnten, ohne dass dies auf den Versorgungsgrad der einzelnen Kommune angerechnet würde.

Festsetzung für einzelne Kommunen

Seit Inkrafttreten des Versorgungsstrukturgesetzes am 01.01.2012 wird die Versorgungssituation für die einzelne Kommune

DIE AUTORIN

Anke Velten-Franke leitet das Amt des Bürgermeisters und des Rates der Stadt Ennepetal

Ennepetal will seinen Freizeitwert, hier die Heilenbecker Talsperre, auch bei der Anwerbung von Ärztinnen und Ärzten als Vorzug geltend machen

festgesetzt, um eine wohnortnahe medizinische Versorgung zu gewährleisten. Für kleinere kreisangehörige Kommunen wie Ennepetal, die sich im Umkreis größerer Städte wie Hagen, Witten, Bochum, behaupten müssen, ist dies eine große Unterstützung.
„Eine Kommune wie Ennepetal, die um gesunde Lebensbedingungen für ihre Bürger und Bürgerinnen bemüht ist und eine sehr gute sportliche, soziale und gesellschaftliche Infrastruktur vorhält, sieht sich auch in der Verantwortung einer ausreichenden medizinischen Versorgung", erklärt Bürgermeister Wilhelm Wiggenhagen. Wohl wissend, dass die direkte Einflussnahme aufgrund fehlender Zuständigkeit erheblich eingeschränkt oder erschwert ist.
Nach Bekanntwerden des Problems wurde das Gesundheitsamt des Ennepe-Ruhr-Kreises eingebunden, um gemeinsam Möglichkeiten der kommunalen Einflussnahme auf die medizinische Versorgung zu eruieren. Ziel war auch, einen Überblick über Verantwortlichkeiten zu erhalten, damit mögliche Betätigungsfelder für die Kommunen identifiziert werden könnten.

Zusammenarbeit mit KVWL Infolgedessen ergab sich eine Kontaktaufnahme zur Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe, die für die Vergabe und Verteilung der Praxisstandorte zuständig ist. Konfrontiert mit der Aufgabe, die ärztliche Versorgung in Ennepetal wieder auf normalen Stand zu bringen, findet seitdem eine enge Zusammenarbeit mit der KVWL und der zuständigen Bezirksstellenleitung statt, die sich auf verschiedenen Ebenen abspielt.
Aktuell begann die Zusammenarbeit mit der Sicherung einer bestehenden Praxis, deren Inhaber in Kürze in den Ruhestand gehen wird und die Praxis aufgeben will. Ein(e) Nachfolger/in war bislang nicht gefunden. Während sich die Kassenärztliche Vereinigung im Rahmen ihrer Möglichkeiten intensiv um eine Nachfolge bemühte, gab die Stadt Ennepetal über die Medien bekannt, dass interessierte Ärzte und Ärztinnen Unterstützung erhalten würden - etwa durch Bereitstellung oder Vermittlung günstiger Praxisräume, Hilfe bei der Wohnungssuche, Mitwirkung an den Übergabeverhandlungen und Ähnliches.
Allein aufgrund der Presseberichte meldeten sich Mediziner/innen - auch angehende -, die sich für eine Tätigkeit in Ennepetal interessierten. Mit diesen wurden auf Einladung des Bürgermeisters Gespräche geführt, in die auch die Kassenärztliche Vereinigung eingebunden war. Letztlich konnte aufgrund der guten Zusammenarbeit in kurzer Zeit ein Nachfolger gefunden und somit der Fortbestand der Praxis garantiert werden.

Ärztestammtisch Damit wurde vorerst der Status Quo gesichert, die Versorgungslücke allerdings nicht geschlossen. Bereits Ende 2011 hatte Bürgermeister Wiggenhagen einen Ärztestammtisch ins Leben gerufen, um sich aus erster Hand über die Tätigkeit der Mediziner/innen, ihren Arbeitsalltag, Belastungen, Sorgen und Nöte sowie über die tatsächliche Versorgungssituation zu informieren und eine Vernetzungsplattform aufzubauen.

Diese Zusammenkünfte in der Regel viermal jährlich auf Einladung des Bürgermeisters und begleitet durch die städtische Seniorenbeauftragte - erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit in der Ärzteschaft. Interessant war, dass die Ärzte und Ärztinnen selbst keine einheitliche Meinung zur örtlichen Versorgungssituation vertraten. Während ein Teil der Ärzteschaft beklagte, dass sich die faktische Unterversorgung durch merkbar gestiegenen Arbeitsdruck bemerkbar mache, sah ein anderer Teil keine Notwendigkeit, zusätzliche Hausarztpraxen in Ennepetal zuzulassen.
Dennoch haben die Stadt Ennepetal und die kassenärztliche Vereinigung weiterhin die ausreichende hausärztliche Versorgung intensiv im Blick. Zahlreiche Möglichkeiten, die Anzahl der Ärzte und Ärztinnen im Versorgungsgebiet Ennepetal zu erhöhen, sind vorhanden. Sie werden bereits mit den Ärzt/innen vor Ort diskutiert und in einem Fall bald umgesetzt.

Verstärkung in Teilzeit So wird demnächst eine Ärztin - angestellt in Teilzeit - eine Praxis verstärken. Da sich der Arztberuf hin zu einer Frauendomäne entwickelt, ist Beschäftigung im Angestelltenverhältnis insbesondere für diejenigen interessant, die Beruf und Familie miteinander verbinden wollen. Diese Möglichkeit wird intensiv als Lösung für das Ennepetaler Versorgungsproblem propagiert.
Die Einrichtung weiterer Gemeinschaftspraxen mit der Aufnahme neuer Ärzt(inn)en ist ebenfalls im Portfolio enthalten. Hier informiert die Stadt Ennepetal die Ärzteschaft regelmäßig über infrage kommende Immobilien. Ein Krankenhausträger lancierte die Idee einer ausgelagerten Praxis, die vom Krankenhaus betrieben sowie mit dessen Ärzten und Ärztinnen besetzt wird.
Bereits angesprochen wurde durch die Kassenärztliche Vereinigung die Einrichtung eines Ausbildungsverbundes mit einem ebenfalls nahegelegen Krankenhaus, um intensive Kontakte zur örtlichen Ärzteschaft zu begründen. Dass Ärzte und Ärztinnen Entlastung erfahren können - beispielsweise durch das Projekt „Vera", in dem Arzthelferinnen mit Zusatzqualifikation Hausbesuche übernehmen - darüber kann die Verwaltung nur informieren. Die Entscheidung liegt allein bei dem jeweiligen Arzt oder der Ärztin.

Studierende unterstützen Eine weitere Idee bedarf noch eines konkreten Konzepts. Danach ist eine durchgängige finanzielle Unterstützung heimischer Medizinstudierenden vorgesehen, wenn sie dazu bereit wären, sich später als Hausarzt oder -ärztin an ihrem Heimatort niederzulassen.
Obwohl die Statistik der Stadt Ennepetal eine erhebliche hausärztliche Unterversorgung attestiert, ist Panik nicht angesagt. Das Versorgungsstrukturgesetz bietet zahlreiche Möglichkeiten, die Versorgungsstrukturen für die Menschen vor Ort, insbesondere im ländlichen Raum, zu verbessern. Dennoch darf die Kommune nicht untätig bleiben, sondern muss im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine ausreichende ärztliche Versorgung sichern oder wieder herstellen.

FOTO: PETER ATKINS - FOTOLIA.COM

Unterschätzte Generalisten

▲ *Problem Fächerwahl: Die meisten Medizinstudierenden entscheiden sich weiterhin für eine Ausbildung zum Facharzt/zur Fachärztin*

Reformbedarf bei der Hausarztausbildung

Damit mehr junge Menschen den Beruf des Hausarztes ergreifen, muss bereits der Zugang zum Medizinstudium geändert und die Ausbildung in Richtung Allgemeinmedizin reformiert werden

Nach wie vor übt das Medizinstudium eine große Faszination auf junge Menschen aus. Die Anzahl der Medizinstudierenden ist in den vergangenen Jahren stetig gewachsen. Allerdings entscheiden sich zu wenig angehende Ärzte und Ärztinnen nach dem Studium für eine Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner. Warum ist das so? Nur ein Drittel der 37 Universitäten, an denen Medizin gelehrt wird, haben auch einen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin. An der Mehrzahl der Hochschulen gibt es zwar entsprechende Lehreinrichtungen. Diese sind aber überwiegend mit Gastdozent(inn)en und nicht mit Universitätsprofessor(inn)en besetzt. Das ist ein wesentlicher Grund, warum die Allgemeinmedizin im Vergleich zu den anderen Spezialfächern weniger Ansehen genießt.

Ein weiterer Aspekt ist die finanzielle Benachteiligung des Hausarztes oder der Hausärztin. Er oder sie hat die längsten Öffnungszeiten, macht Patientenbesuche und behandelt viele chronisch Kranke oft über Jahre mehrmals pro Woche. Im Vergleich mit den anderen Facharztgruppen liegt der Honoraranteil unter dem Durchschnitt. Hier beschreitet der Deutsche Hausärzteverband mit den Selektivverträgen einen eigenen Weg: die Hausarztzentrierte Versorgung. In diesen Verträgen werden bürokratische Hürden abgebaut, und die Honorarsituation der Hausärzte und -ärztinnen wird stabilisiert.

Problemzone ländlicher Raum Die meisten jungen Ärzte und Ärztinnen sehen ihre Zukunft in der fachärztlichen Spezialisierung und nicht in der Allgemeinmedizin. In vielen ländlichen Regionen droht der Mangel an nachkommenden Hausärzt(inn)en die Versorgungsprobleme noch zu verschärfen. Viele dort ansässige Praxisinhaber-(inn)en finden keine(n) Nachfolger/in.

Für den alteingesessenen Hausarzt oder die Hausärztin bedeutet das aus altruistischen Gründen „weitermachen wie gehabt". Viele Ärzte und Ärztinnen wollen ihre vertrauten Patient(inn)en nicht im Stich lassen, weil diese sonst im Notfall und bei Krankheit weite Wege in Kauf nehmen und somit viel Zeit aufwenden müssen. Die sinkende Anzahl von Hausärzt(inn)en gewinnt an Dramatik, da das Durchschnittsalter der noch aktiven Mediziner/innen 54 Jahre beträgt.

Erste Reformschritte Primäres Ziel der universitären Ausbildung muss also sein, den Beruf des Allgemeinmediziners oder der Allgemeinmedizinerin wieder attraktiv zu machen und in den Blickpunkt der Medi-

DER AUTOR

Tjarko J. Schröder ist Rechtsanwalt und Mediator beim Deutschen Hausärzteverband

NEUER BÜRGERMEISTER IN BRÜHL

FOTO: STEPHEN PETRAT / BÜRO SCHWINGKOPF

Dieter Freytag (SPD) ist neues Stadtoberhaupt in Brühl. Mit großer Mehrheit wurde der 58-Jährige am 9. Februar 2014 in einer Stichwahl zum Nachfolger von Michael Kreuzberg gewählt. Dieser war bereits im Oktober 2013 zum Landrat des Rhein-Erft-Kreises gewählt worden. Der aus Brühl stammende Diplom-Volkswirt Freytag war seit 23 Jahren Beigeordneter und Kämmerer der Stadt Brühl. Der SPD gehört Freytag seit 1972 an. 1979 kandidierte er erstmals für den Brühler Stadtrat und wurde seinerzeit als jüngstes Ratsmitglied gewählt. Die Ratsmitgliedschaft endete mit seiner Wahl zum Kämmerer und Beigeordneten im Dezember 1990. Freytag ist stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses für Finanzen und Kommunalwirtschaft des Städte- und Gemeindebundes NRW.

zinstudierenden zu rücken. Erste Schritte wurden bereits unternommen. Anfang dieses Jahres ist die „Erste Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte“ in Kraft getreten. Damit wurde unter anderem die Vereinbarkeit von Familie und Beruf gefördert.

Deshalb kann das praktische Jahr künftig auch in Teilzeit durchgeführt werden. Zusätzlich erhöht sich die Anzahl möglicher Fehltage von 20 auf 30, was insbesondere für Frauen, die während des Studiums schwanger werden, eine positive Entwicklung darstellt. Das ist gerade für die Allgemeinmedizin von größerer Bedeutung, da dieser Berufszweig zunehmend von Frauen besetzt wird. Heute liegt deren Anteil bei fast 60 Prozent.

Daneben wurde das Blockpraktikum in der Allgemeinmedizin auf zwei Wochen verlängert. Zudem wurden Kontingente im praktischen Jahr für Studierende geschaffen, die diesen Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin absolvieren wollen. Bis zum Beginn des praktischen Jahres im Oktober 2015 haben die Universitäten dafür Sorge zu tragen, dass zehn Prozent der Studierenden den Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin besuchen können. Für das Jahr 2017 sollen es 20 Prozent sein. Ab 2019 stellen die Universitäten sicher, dass alle Studierenden der jeweiligen Universität den Ausbildungsabschnitt in der Allgemeinmedizin absolvieren können.

Wie gegensteuern? Ein weiterer Vorschlag geht dahin, das Pflichtjahr in Quartale anstelle von Tertialen einzuteilen. Innere Medizin, Chirurgie und Allgemeinmedizin sollten als Pflichtquartale vorgesehen werden. Ein weiteres Quartal bliebe frei für ein Wahlfach nach der Vorliebe der Studierenden. Dieser Vorschlag nimmt Bedenkenträgern gegen ein Pflichtjahr „Allgemeinmedizin“ den Wind aus den Segeln. Diese hatten argumentiert, Studierenden werde die Möglichkeit genommen, Fächer entsprechend ihrer Neigung und Leistung praktisch auszuprobieren.

Verfolgt man den Gedanken eines Pflichtquartals für die Allgemeinmedizin weiter, braucht man konsequenterweise eine garantierte Förderung der Weiterbildung in ausreichender Höhe. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn sich angehende Ärzte und Ärztinnen beschweren, dass sie zwar den Weg in die Allgemeinmedizin gehen wollen, ihnen dann aber auf halber Strecke gesagt wird, der Topf der Fördergelder sei leer.

Zulassung zum Studium Ein Grundproblem existiert aber noch neben der Ausbildung. Schon der Zugang zum Medizinstudium beruht auf falschen Grundlagen. Maßgeblich für die Zulassung ist nach wie vor der Notendurchschnitt. Top-Abiturient(inn)en werden sich mit Blick auf die Karriere nicht unbedingt für den Beruf des Landarztes entscheiden, sondern in die höher dotierten übrigen Fächer gehen.

Zudem haben Untersuchungen gezeigt, dass Studierende aus ländlichen Regionen eher bereit sind, dorthin zurückzukehren und sich niederzulassen. Gerade diese Klientel müsste bevorzugt zum Studium zugelassen werden, will man die Allgemeinmedizin im ländlichen Raum stärken. Daneben wird das alleinige Auswahlkriterium Notendurchschnitt dem Berufsbild des Allgemeinmediziners nicht gerecht. Sicherlich braucht ein(e) Allgemeinmediziner/in breit angelegtes Fachwissen. Daneben ist aber gerade soziale Kompetenz von größter Bedeutung. Viele Diagnosen in der Allgemeinarztpraxis lassen sich nicht mithilfe von Gerätschaften stellen, sondern nur über den direkten Zugang zu den Patient(inn)en und deren familiäres Umfeld.

Weg zum Allgemeinmediziner Das Medizinstudium bietet indes falsche Anreize. Die Medizinstudierenden finden ein Nebeneinander der verschiedenen Fachdisziplinen vor. Sinnvoller wäre es, in einer Art Grundstudium einen allgemeinmedizinischen Überblick zu lehren und den Studierenden im weiteren Studienverlauf die Fachspezialisierung wählen zu lassen. Damit wäre auch gewährleistet, dass Medizinstudierende schon frühzeitig an die

ZUR SACHE

AUSBILDUNG VERSTÄRKT

Die Universitätsklinik Bonn stärkt die Ausbildung zum Hausarzt oder zur Hausärztin. An dem Ende 2012 neu gegründeten Institut für Hausarztmedizin erhalten Studentinnen und Studenten einen umfassenden Überblick im Fach Allgemeinmedizin. Neben der fächerübergreifenden Lehre spielt dabei die Praxis eine besondere Rolle. So können die angehenden Ärztinnen und Ärzte in 100 Lehrpraxen in Bonn und der umliegenden Region ihr praktisches Jahr absolvieren und praxisnahe Erfahrungen sammeln. Ziel ist es, mehr angehende Mediziner/innen für den Beruf Hausarzt/Hauärztin zu motivieren.

DVD-TIPP

BEWEGTE STREIFLICHTER

100 Jahre Stadtgeschichte Rheine, Film v. Christine Finger, hrsg. v. Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), DVD mit Begleitheft, 55 Min., 14,90 Euro, zu erhalten beim LWL-Medienzentrum, Fürstenbergstr. 14, 48147 Münster, E-Mail: medienzentrum@lwl.org, Fax: 0251 591-3982, Internet www.westfalen-medien.lwl.org

Allgemeinmedizin herangeführt werden. Die Hochschulmedizin lehrt komplexe Versorgungssysteme. Hier werden alle Fachdisziplinen vorgehalten. Jede dieser Disziplinen braucht Zeit und Raum, für sich zu werben, und nutzt diesen auch. Die ländliche Versorgungswirklichkeit verliert sich im Studium zwischen den Lehrinhalten der spezialisierten Fachdisziplinen.

Mehr Teamarbeit Die Veränderung in der universitären Ausbildung ist aber nur ein Baustein, will man das Fach Allgemeinmedizin attraktiver gestalten. Viele junge Mediziner/innen wollen lieber in Teams zusammenarbeiten - zumindest für eine gewisse Zeit -, bevor sie sich in die Niederlassung begeben. Kooperationen auf dem Land darzustellen ist aber schwierig.
Medizinische Versorgungszentren müssen fachübergreifend sein. Dies bedeutet, dass sie verschiedene Fachspezialitäten unter einem Dach vereinigen müssen. Im ländlichen Raum ist die Errichtung eines Medizinischen Versorgungszentrums daher eher utopisch. Anders ließe sich das allerdings realisieren, indem man die Medizinischen Versorgungszentren von der Gründungsbedingung „fachübergreifend" befreien würde.
Manche Kommunen stehen heute schon vor dem Problem, durch fehlende Hausärzte und Hausärztinnen in Versorgungsdefizite zu geraten. Daher schaffen sie selbst Anreize, niederlassungswillige Ärzte oder Ärztinnen anzulocken. So wird zum Beispiel günstiger Raum für eine Praxis angeboten, Hilfe bei der Wohnungssuche und vieles mehr. ●

Die DVD veranschaulicht fast ein Jahrhundert Rheiner Stadtgeschichte im Film - von den ältesten Aufnahmen der 1920er-Jahre bis zu Videos aus der Gegenwart. Die filmische Chronik beleuchtet Alltägliches wie das wachsende Angebot in Rheines erstem Supermarkt als auch städtebauliche und wirtschaftliche Entwicklungen. Einen besonderen Schwerpunkt bildet die Entwicklung Rheines zur Textil-, Eisenbahn- und Garnisonsstadt. Erinnert wird auch an herausragende Ereignisse wie den Bombenkrieg, den Wiederaufbau und die Explosion eines Blindgängers 1978. Zeitzeugen reichern die Filmausschnitte mit persönlichen Erinnerungen an. Grundlage des Films bildet Material, das der Begründer des „Metropoli Kino für kleine Leute", Heinz Schulte, seit 2001 mit dem Stadtarchiv Rheine und dem „Arbeitskreis Historische Filmdokumente" zusammengetragen hat.

FOTO: WOLTERFOTO

Weg vom Bettenzählen

▲ *Mithilfe des neuen Krankenhausrahmenplans soll die stationäre medizinische Versorgung in Nordrhein-Westfalen optimiert werden*

Der neue Krankenhaus-Rahmenplan 2015

Mit dem neuen Krankenhausrahmenplan vom Juli 2013 erhalten die Krankenhausträger intern mehr Gestaltungsspielraum, müssen sich aber auch in Vorgaben zur Strukturqualität einfügen

Der Krankenhausplan in Nordrhein-Westfalen besteht nach den Vorgaben des Krankenhausgestaltungsgesetzes (KHGG NRW) vom 5. Dezember 2007 (GV. NRW. S. 702), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Februar 2012 (GV.NRW. S. 97), aus drei Komponenten: dem Rahmenplan, den Planungskonzepten und den Feststellungsbescheiden für die einzelnen Krankenhäuser, durch die er Außenwirkung entfaltet.
Zum Planungshorizont 2015 hat das Land NRW in Zusammenarbeit mit den Beteiligten an der Krankenhausversorgung nach § 15 Abs. 1 KHGG NRW nach intensiven und durchaus auch kontroversen Diskussionen einen neuen Krankenhausrahmenplan aufgestellt. Er ist am 23. Juli 2013 in Kraft getreten.
Erstmals wurden die Vorgaben umgesetzt, die das Krankenhausgestaltungsgesetz mit seinen Änderungen im Jahr 2007 bereits intendiert hatte, nämlich die Detailplanung aufzugeben und damit den Krankenhausträgern größere Gestaltungsspielräume zu eröffnen. Anliegen der Krankenhausträger, wie etwa die Bezeichnungen ihrer Angebote in Einzelfragen selbst wählen zu dürfen oder an den Schnittstellen der Gebiete und Teilgebiete agieren zu können, wurde Rechnung getragen.

DIE AUTORIN
Dr. Dorothea Prütting ist Ministerialdirigentin im NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter

Strukturqualität Besonders wichtig war die Konkretisierung der Strukturqualitätsvorgaben. Das Krankenhausrecht des Landes beinhaltet seit 1998[1], dem Zeitpunkt der Einführung der Rahmenvorgaben, den Auf-

[1] KHG NRW vom 16. Dezember 1998 (GV. NRW. S. 696)

trag, Versorgungsangebote auch nach ihrer Qualität zu bestimmen. Dieser Auftrag ist bei der Planaufstellung 2001 in deutlich geringerem Umfang umgesetzt worden als im derzeit geltenden Rahmenplan. Dass damit nur die Strukturqualität der regionalen Krankenhausversorgung gemeint sein kann und nicht die Einzelleistungsqualität am Krankenbett, folgt nicht zuletzt aus der Kompetenzverteilung zwischen Landesplanung und Gemeinsamem Bundesausschuss (GBA).

Die Landeskrankenhausplanung definiert unter Qualitätsaspekten den strukturellen Rahmen, in dem sich ein Krankenhausträger bewegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt fest, unter welchen Bedingungen innerhalb dieses Rahmens in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Leistungen erbracht und abgerechnet werden dürfen. Während sich also die Bundesebene im Leistungsrecht bewegt, arbeiten die Landesbehörden im Planungsrecht.

Berührungspunkte zwischen bundes- und landesrechtlichen Kompetenzen sind dem System immanent. Insoweit müssen Kollisionen und Kompetenzkonflikte zwischen Landesplanung und Gemeinsamem Bundesausschuss bereinigt und dürfen nicht den einzelnen Krankenhäusern aufgezwungen werden. Der Ansatz ist auch hier die Definition der Regelungsbereiche. Die Planungshoheit der Länder kann durch den Gemeinsamen Bundesausschuss nicht aufgehoben werden. Andererseits kann die Landesplanung Bundesrecht nicht konterkarieren.

Strukturqualitätskriterien dienen aber nicht nur der Abgrenzung bundes- und landesrechtlicher Vorgaben, sondern sind auch ein Instrument der planerischen Konkretisierung. Krankenhausträger, die besondere, differenzierte oder hochspezialisierte Angebote vorhalten wollen, müssen definierte Qualitätskriterien erfüllen. Insoweit ersetzen Qualitätskriterien auch Abgrenzungsmerkmale zwischen Angeboten. Ohne eine bestimmte Geräteausstattung oder entsprechend qualifiziertes Personal können Teilgebieten zugerechnete Leistungen nicht erbracht werden. Damit bestimmt die Ausstattung den Rahmen, in dem Patientinnen und Patienten mit ihrem Versorgungsbedarf behandelt werden müssen.

FOTO: BY-SASSI / PIXELIO.DE

◀ *Zu einer patientengerechten Versorgung im Krankenhaus gehören moderne medizinische Geräte*

Mindestmengen Die Vorgabe von Mindestmengen wird nach Auffassung der nordrhein-westfälischen Landesplanung grundsätzlich dem Gemeinsamen Bundesausschuss vorbehalten. Denn dahinter steckt unter anderem die Aussage, dass eine bestimmte Leistungsmenge eine höhere Fertigkeit erzeugt als eine geringere. Damit wird also eine leistungsbezogene Aussage getroffen[2].

Am Beispiel der Brustzentren wird aber deutlich, dass die Landesplanung dann gefordert sein kann, wenn der GBA sich mit der Thematik noch gar nicht befasst hat und eine planerische Aussage getroffen werden muss. Das ist grundsätzlich der Fall, wenn Leistungen neben der Vergütungsrelevanz strukturelle Komponenten beinhalten.

So können etwa spezialisierte Angebote nicht in der Breite vorgehalten werden, wie dies für die Grundversorgung notwendig ist. Infolgedessen spielen auch Kriterien wie Häufigkeit von Behandlungsnotwendigkeiten und die bei selteneren Eingriffen vorhandene Fertigkeit eine Rolle. Soweit der GBA sich in diesen Bereich zu Qualitätsanforderungen äußert, ist nach Auffassung der nordrhein-westfälischen Landesplanung seine Kompetenz und Zuständigkeit vorrangig geben. Die Landesplanung würde zurücktreten.

Erfahrung und Expertisen Qualitätskriterien können nicht aus sich geschöpft werden. Aber empirische Erfahrungen oder vorhandene Expertisen sind entsprechend geeignete Parameter. Vor diesem Hintergrund sind neben den langjährigen Erfahrungen der Krankenhausplanung auch Leitlinien von Fachgesellschaften geprüft und herangezogen worden. Nicht viele enthalten Strukturqualitätskriterien. Grundsätzlich orientiert sich der Plan daran lediglich. Wenn sie unmittelbar angewendet werden sollen, ist dies ausdrücklich festgelegt worden.

Die Planungsbehörde war sich insoweit durchaus bewusst, dass hohe Qualitätsziele eine Herausforderung für die Krankenhäuser des Landes bedeuten. Dies gilt umso mehr für den vergleichsweise kurzen Planungshorizont 2015.

Am Beispiel der Diskussion über die Vorgaben zu den künftigen Intensivkapazitäten wird besonders deutlich, wie eine von der Krankenhauspraxis als sehr hohe - wenn nicht zu hohe - Hürde eingestufte Leitlinienorientierung, die selbst nur eine Empfehlung darstellt, zu Missverständnissen führen kann. Wer heute das Planungsziel nicht erfüllt, muss nicht zwingend mit planerischen Konsequenzen rechnen. Wichtig ist das Ergebnis der Einzelfallprüfung vor Ort.

Anforderungen Ein Abfinden mit dem Status quo wird Qualitätszielen nicht gerecht. Gerade in ländlichen Regionen wird es besonders wichtig und mitunter auch schwierig sein, die dem Bedarf und der Qualität angemessene Vorhaltung zu ermitteln und gegebenenfalls nachzubessern. Selbstverständlich kann aber auch eine Strategie des Übergangs oder ein Festschreiben der Vorhaltung in Betracht kommen. Selbst wenn mit der Orientierungsgröße des Rahmenplans vorliegend eine nicht nur ausreichende, sondern optimale - vielleicht derzeit nicht erfüllbare - Ziellinie in das Verfahren eingespeist worden ist, wird der nun einsetzende Vergleich der Angebote einen wichtigen und unverzichtbaren Erkenntnisgewinn bringen.

[2] a.A. § 22 Abs. 6 Saarländisches Krankenhausgesetz vom 21. November 2007 (Amtsblatt 2008, S. 75), das vom GBA vorgegebene Mindestmengen in der Planung berücksichtigt, wenn sie innerhalb eines Jahres unterschritten werden.

Die Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum sollte grundsätzlich nicht schlechter sein als in Ballungsgebieten. Die dünnere Besiedlung jedoch, die geringere Inanspruchnahme stationärer Kapazitäten, topographische Gegebenheiten oder eine geringere Arztdichte, um einige Parameter zu nennen, verlangen jedoch eine besondere Abwägung und adäquate Lösungen.
Insoweit kommen sektorenübergreifende kooperative Angebote, beispielsweise mit dem ambulanten Bereich oder ggf. auch Rehabilitationseinrichtungen in Betracht. Das Ausschöpfen der Entfernungsgrenze von 20 Kilometer zum nächsten Krankenhaus - in besonderen Ausnahmefällen auch wenige Kilometer mehr -, gefährdet die flächendeckende Versorgung nicht. Gerade bei sektorenübergreifenden Ansätzen wird es allerdings zunehmend wichtiger, dass die bundesgesetzlichen Vorgaben mehr Spielräume lassen.

Arbeiten im Verbund Kooperationen und Verbundlösungen sind geeignete Instrumente, um eine hohe Qualität gerade auch im ländlichen Raum zu gewährleisten. Ältere, von Multimorbidität nicht verschonte Menschen, zum Teil pflegebedürftig aufgrund dementieller Symptome und Erkrankungen, bedürfen speziellerer Versorgungsangebote. Geriatrische Abteilungen sind aber nicht zwingend an jedem Krankenhaus erforderlich, wenn die Angebote der Inneren Medizin oder Chirurgie der Grundversorgungshäuser im Verbund mit geriatrischen Fachabteilungen agieren und versorgen.
Das Stichwort „Versorgungsverbund" soll mit Leben gefüllt werden. „Dadurch entsteht die Möglichkeit, immer und unabhängig vom Behandlungsort eine geriatrische Anamnese und daraus folgend eine zielgerichtete Therapie durchzuführen."[3] Vor diesem Hintergrund legt der neue Krankenhausrahmenplan generell ein Schwergewicht auf Vernetzung. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die Beziehungen der stationären Angebote untereinander, wie weiterer Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime, als auch im Hinblick auf Kooperationen stationär/ambulant. Dazu zählen neben den ärztlichen und pflegerischen auch die sonstigen nichtärztlichen, heilberuflichen Komponenten.

Geriatrie im Fokus Die Versorgung älterer Menschen soll zu einer frühzeitigen Identifizierung der Patientinnen und Patienten führen, die von einer altersmedizinischen Behandlung nach vorliegender Evidenz profitieren (Screening und Assessment)[4]. Sie können dann gezielter die geeignete Behandlung erhalten - Wege, die gerade auch im ländlichen Raum beschritten werden können.
Die Beschäftigung von Ärztinnen und Ärzten im Krankenhaus wie in ambulanter Praxis erleichtert die Verzahnung zwischen den Sektoren und ermöglicht im Patienteninteresse die Betreuung durch vertraute Kräfte. Sie macht aber auch deutlich, dass der Bedarf an ärztlichem Personal hoch ist und in vielen Fällen nur unter größten Anstrengungen gewonnen werden kann. Insoweit stehen neben dem Krankenhausplan weitere Bemühungen des Landes mit seinem Hausarztaktionsprogramm, die Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kostenträger, um die Versorgung ambulant wie stationär für die Zukunft zu sichern.
Unabhängig von den Kriterien „Ballungsraum oder ländliches Gebiet" bedürfen Männer und Frauen unterschiedlicher Angebote und Hilfestellungen bei Krankheit. Insoweit muss die Versorgung sich noch deutlich weiter entwickeln. Auch die interkulturelle Inanspruchnahme verlangt eine hohe Sensibilität und angepasste Versorgungsangebote.

Palliativmedizin Möglicherweise ist es „auf dem Land" noch ein wenig leichter, ältere Menschen am Lebensabend zu Hause zu begleiten. Dennoch gibt es nach wie vor viele Kranke, die in einer Klinik sterben und zuvor besonderer schmerztherapeutischer Hilfe bedürfen. Die Krankenhausplanung berücksichtigt die palliativmedizinischen Aspekte.
Die Diskussion über nicht mehr benötigte Planbetten und Behandlungsplätze, also die Quantitäten in der stationären Versorgung, hat an Brisanz verloren. Die Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf ein pauschales Entgeltsystem hat das Zählen von Betten überflüssig gemacht. Es kommt auf die Leistungen an, die erbracht werden. Insofern stehen rund 10.000 Planbetten zum Abbau an.
Naturgemäß ist der Verzicht auf ganze Einheiten wie Abteilungen und vollständige Kliniken wirtschaftlich am effektivsten. Aber dabei ist besonderes Augenmerk darauf zu richten, dass die wohnortnahe Versorgung gesichert bleibt. Kleine Krankenhäuser auf dem Land können ebenso wirtschaftlich und gut oder defizitär geführt werden wie größere Einrichtungen in den Städten. Qualität wird der Maßstab der Zukunft sein. Daran müssen sich die Krankenhäuser messen lassen.

[3] Land NRW, Krankenhausrahmenplan 2015, S. 91.
[4] Krankenhausrahmenplan 2015, a.a.O., S. 94 f.

BUCHTIPP

NEUE NACHBARSCHAFT

Deutschland und die Niederlande, Bildformung und Beziehungen seit 1990, v. Prof. Dr. Jacco Pekelder, hrsg. v. Friso Wielenga, 20,5 x 14 cm, 170 S., agenda Münster, 2013, 18 Euro, ISBN 3-89688-510-4

Was denken Niederländer über Deutsche? Welches Bild haben Deutsche von den Niederländern? Fragte man in den 1990er-Jahren niederländische Jugendliche nach den Deutschen, gab es hauptsächlich negative Antworten. In dem Buch erläutert der Historiker Prof. Dr. Jacco Pekelder, wie die beiden Länder seitdem an einer neuen Nachbarschaft gearbeitet haben. Wichtige Impulse lieferten dabei die Reisen von Spitzenpolitiker/innen und Staatsoberhäuptern, neue Netzwerke und eine Vielzahl von Bildungsprojekten. Deutlich hat sich auch das niederländische Deutschlandbild geändert. Insbesondere die Beziehungen zu Nordrhein-Westfalen wurden stark intensiviert. Entscheidend waren allerdings das Zusammenleben in Europa, der veränderte Umgang mit dem 2. Weltkrieg sowie ein neues Selbstbild der Niederländer im Zeitalter der Globalisierung.

FOTOS (2): WOLTERFOTO

▲ *Wieviele Betten wo in den nordrhein-westfälischen Kliniken erforderlich sind, wird seit Jahren kontrovers diskutiert*

Schwieriges Standortpuzzle

Bewertung des neuen NRW-Krankenhausplans

Der neue Krankenhausrahmenplan 2015 hat in den betroffenen Häusern Verunsicherung erzeugt, da er Spielraum für Interpretation lässt und teilweise falsche Schwerpunkte setzt

DER AUTOR

Lothar Kratz
ist Referatsleiter bei der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e. V.

Die nordrhein-westfälischen Krankenhäuser sehen in der Neuaufstellung des Krankenhausrahmenplans NRW 2015 ein zentrales politisches Projekt für die Sicherstellung einer ortsnahen, bedarfsgerechten, leistungsfähigen und wirtschaftlichen Krankenhausversorgung in NRW. Den neuen Krankenhausplan hat die KGNW von Beginn an kritisch und konstruktiv begleitet, wobei immer die Umsetzung entscheidend war und ist. Deshalb setzt die KGNW auf das erforderliche Augenmaß von Land und Krankenkassen.

Der vom NRW-Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) vorgelegte Krankenhausplan hat in den nordrhein-westfälischen Krankenhäusern erhebliche Verunsicherung erzeugt und Befürchtungen hervorgerufen. Denn der Plan eröffnet in wesentlichen Punkten Spielraum für Interpretation, deren Auswirkungen gravierend sein können. Dies betrachtet die KGNW im Hinblick auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung in NRW weiterhin mit großer Sorge.

Die Krankenhausplanung muss verlässliche und interpretationsfreie Rahmenbedingungen schaffen, die ein tragfähiges Gleichgewicht zwischen den unterschiedlichen Zielen der Krankenhausversorgung - patientengerecht, hochwertig, ortsnah, bedarfsgerecht, leistungsfähig und wirtschaftlich - möglich machen. Die Kernaufgabe der Planung besteht in der Bedarfsfeststellungs-

und Versorgungsplanung und ist in erster Linie die Planung erforderlicher Kapazitäten.

Entwicklung der Bettenzahl Zu den erforderlichen Kapazitäten im Jahr 2015 hat die KGNW für den somatischen Bereich ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts „Die Entwicklung des stationären somatischen Versorgungsbedarfs bis zum Jahr 2015 als Basis der Krankenhausplanung in Nordrhein-Westfalen" vorgelegt. Danach wird auf Basis einer wissenschaftlichen Methode für den somatischen Bereich ein geringerer Bettenabbau ermittelt als im Krankenhausplan NRW 2015 ausgewiesen.
In den Bereichen Psychiatrie und Psychosomatik sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie hält die KGNW sogar einen größeren Bettenaufbau als im Plan ausgewiesen für erforderlich. Im Rahmen einer Kapazitätsreduzierung mit Augenmaß in weiten Teilen der somatischen Fachdisziplinen sollte vermieden werden, heute - bis 2015 - Kapazitäten zu reduzieren, die morgen - etwa im Jahr 2025 - wieder benötigt werden.

Versorgungsqualität Die KGNW unterstützt grundsätzlich rechtsichere Strukturqualitätsvorgaben, die geeignet sind, die hochwertige Versorgung der Patientinnen und Patienten in NRW zu sichern und zu verbessern. Die Patientin oder der Patient muss im Mittelpunkt der Betrachtung stehen. Die KGNW setzt sich jedoch nachdrücklich für die Wertigkeit solcher qualitativer Vorgaben ein. Diese müssen den wissenschaftlichen Maßstäben der evidenzbasierten Medizin, vergleichbar der Erarbeitung von Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA), genügen.
Bezugnahme auf Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen einzelner medizinischer Fachgesellschaften im Entwurf sieht die KGNW kritisch. Denn diese haben das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand. Sie bilden nicht per se den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse ab. Weder eine Analyse der tatsächlichen Versorgungssituation in NRW noch eine Folgenabschätzung im Hinblick auf die zahlreichen Bezugnahmen ist hierbei ersichtlich.
Beispielsweise erfolgt bei der Planung von Intensivbetten eine Bezugnahme auf die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen" der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Insbesondere hier ist Augenmaß bei den Planungsbehörden im Rahmen der Umsetzung gefragt.

◀ *Viele Abteilungen der Krankenhäuser werden in den kommenden Jahren von Umstrukturierung betroffen sein, wobei die Richtung noch nicht klar ist*

Unklarer Versorgungsauftrag Im Krankenhausplan NRW 2015 bleiben die Definition der gestuften Versorgung und die Ausgestaltung des konkreten Versorgungsauftrags unklar. Für die Beteiligten zukünftiger regionaler Planungskonzepte ist damit eine Vielzahl von Streitfällen - wie erste Beispiele bereits zeigen - zu befürchten. Diese könnten dazu führen, dass die Krankenhausplanung nicht zeitnah und verlässlich im Sinne der Patientinnen und Patienten umgesetzt werden kann.
Definition und Ausgestaltung des Versorgungsauftrags sind nach den gesetzlichen Vorschriften kein Gegenstand der Budgetverhandlungen und dürfen es vor dem Hintergrund unklarer Versorgungsaufträge auch nicht werden. Der Versorgungsauftrag des einzelnen Krankenhauses muss vor der Budgetverhandlung feststehen. Eine Krankenhausplanung, die faktisch erst in der Budgetverhandlung vorgenommen wird, lehnt die KGNW strikt ab.

Psychiatrie und Psychosomatik Die KGNW unterstützt das Ziel des integrativen Versorgungskonzepts im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik, Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Rahmen ihres Leistungsanspruchs ein gemeindenahes und umfassendes stationäres und teilstationäres Versorgungsangebot zu unterbreiten. Jedoch sieht die KGNW beim vorliegenden Konzept die aktuelle und zukünftige Personalsituation in der psychosomatischen Medizin nicht ausreichend berücksichtigt. Hier wären Übergangsfristen dringend erforderlich.

Geriatrie Die im Strukturkonzept Geriatrie festgelegten Anforderungen an die Zusammenarbeit in einem geriatrischen Versorgungsverbund stoßen - insbesondere vor dem Hintergrund der derzeitigen Fachkräftesituation - an ihre Grenzen. Aus Sicht der KGNW besteht mit Festschreibung flächendeckend nicht erfüllbarer Anforderungen die Gefahr, dass zweckmäßige örtliche oder regionale Versorgungskonzepte, die dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen, nicht mehr zur Verfügung stehen. Gleichzeitig kann aber kein adäquater Ersatz geschaffen werden.
Im Bereich Geriatrie konnte daher das Konzept des MGEPA von der KGNW nicht mitgetragen werden. Weiterentwicklungs- und Verbesserungspotenzial sollte im gemeinsamen Landesgremium nach § 90a Sozialgesetzbuch (SGB) V zuvor sektorenübergreifend erörtert werden - auf Basis einer wissenschaftlich gesicherten Bestandsaufnahme der gegenwärtigen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten.

Perinatalzentren Im Entwurf ist in punkto Perinatalzentren von einer zukünftigen Versorgung durch „deutlich weniger" als 42 Krankenhäuser die Rede. Dies geschieht, ohne Auswahlkriterien für die Standortreduzierung zu nennen sowie ohne Untersuchung, ob die verbleibenden Standorte die Versorgung überhaupt gewährleisten können. Aktuell stellen rund 60 Krankenhäuser die Versorgung sicher.
Die Planung im Bereich Perinatalzentren konnte von der KGNW daher auch nicht mitgetragen werden. Der Verband hat darauf hingewiesen, dass - über die Erfüllung der GBA-Vorgaben hinaus - in dem Ziel einer bloßen Standortreduzierung kein qualitatives Merkmal zu erkennen ist.
Abschließend gilt es darauf hinzuweisen, dass bei allen Diskussionen um den Krankenhausplan NRW 2015 eines berücksichtigt werden muss: Der Krankenhausmarkt in NRW ist - wie aktuelle Zahlen belegen - längst in Bewegung. ●

Kronen in Reihe

FOTO: KÖNIG

▲ *Alleen prägen das Gesicht vieler ländlicher Regionen in Nordrhein-Westfalen*

Alleen verschönern Nordrhein-Westfalen

Die seit 2007 gesetzlich geschützten Alleen in NRW werden in einem Kataster geführt, das auch über Mobiltelefone und Tablet-PC´s abgerufen sowie mit neuer Information ergänzt werden kann

Alleen begleiten überraschend viele Straßen und Wege in NRW. Sie befinden sich in der freien Landschaft, im Siedlungsraum, im Umfeld historischer Gebäude, auf Friedhöfen oder sie säumen Hof- und Gebäudezufahrten. Unter einer Allee wird eine auf beiden Seiten von Bäumen gesäumte Straße oder Weg verstanden. Anfangs waren Alleen gärtnerisches Gestaltungselement in herrschaftlichen Parkanlagen, später auch in der Kulturlandschaft sowie in den Städten.

Der 1536 erstmals gebrauchte Begriff Allee, frei übersetzt „Gehbahn“ - von frz. aller = gehen -, bezeichnete ursprünglich einen Laubengang oder einen breiten, von Bäumen, Kübeln oder Rabatten eingefassten Weg innerhalb eines Parks. Als raumbildendes Gestaltungselement waren Alleen, ausgehend von italienischen und französischen Vorbildern, in den herrschaftlichen Gärten bereits im 16. Jahrhundert präsent.

Vermutlich war es Mitte des 17. Jahrhunderts, also nach dem 30-jährigen Krieg, als die Allee in Deutschland über den herrschaftlichen Garten hinaus auch die freie Landschaft eroberte. Die Stadt Kleve spielt in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle. Hier wurde Johann Moritz von Nassau-Siegen 1647 vom brandenburgischen Kurfürsten Friedrich Wilhelm als Statthalter eingesetzt. Gleich nach seiner Benennung ließ Johann Moritz

DER AUTOR

Oliver König ist Sachbearbeiter Naturschutzinformationen beim NRW- Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz

ZUR SACHE

Ökologischer Wert Alleen dienen als Orientierungshilfe für Fledermäuse auf dem Weg vom Quartier zum Jagdgebiet - etwa Zwergfledermaus oder Großer Abendsegler- oder als „Landmarken" bei den Balzflügen von Insekten. Alte Alleen mit hinreichendem Totholzanteil sind unter anderem Lebensraum holzbewohnender Käferarten - etwa Eremit in der Esskastanienallee von Schloss Dyck. Auch baum- oder höhlenbrütende Vogelarten wie Rotmilan oder verschiedene Spechtarten nutzen Alleebäume als Bruthabitat oder als Ansitzwarte - etwa Grauschnäpper und Baumpieper -, zur Nahrungssuche oder als Rastplatz während der Zugzeit - etwa Drosseln in Obstbaumalleen.

ein umfangreiches Alleensystem anlegen, das noch heute in Teilen das Stadtbild Kleves prägt. Dies diente wohl auch bei der Gestaltung der Potsdamer Landschaft unter Kurfürst Friedrich Wilhelm als Vorbild.

Aufschwung durch Chausseebau Einen enormen Aufschwung nahmen Alleen im Rahmen des staatlichen Chausseebaus im 18. Jahrhundert. Dies waren neue, nach ingenieurbaulichen Grundsätzen angelegte geradlinigen Straßen. Die Bäume dienten dabei zur Fahrbahnmarkierung, verhinderten die Verlagerung des Verkehrs auf die umliegende Fläche, spendeten Schatten und hielten die Fahrbahn trocken.

Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Alleen als Gestaltungselement im Stadtbild eingesetzt, häufig bei der Umgestaltung früherer Wallanlagen wie etwa der Promenade in Münster. Im Ruhrgebiet führte der aufkommende Wohlstand durch den Kohleabbau zur Anlage von Alleen an Ausfallstraßen, in Villen- und in Arbeitervierteln.

Im Zuge von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen Ende der 1920er-Jahre wurden außerdem viele Straßen im Ruhrgebiet mit Alleebäumen bepflanzt. Häufig handelte es sich dabei um Platanen. Denn diese sind besonders rauchfest und konnten die schlechte Luft im Ruhrgebiet auf Dauer ertragen.

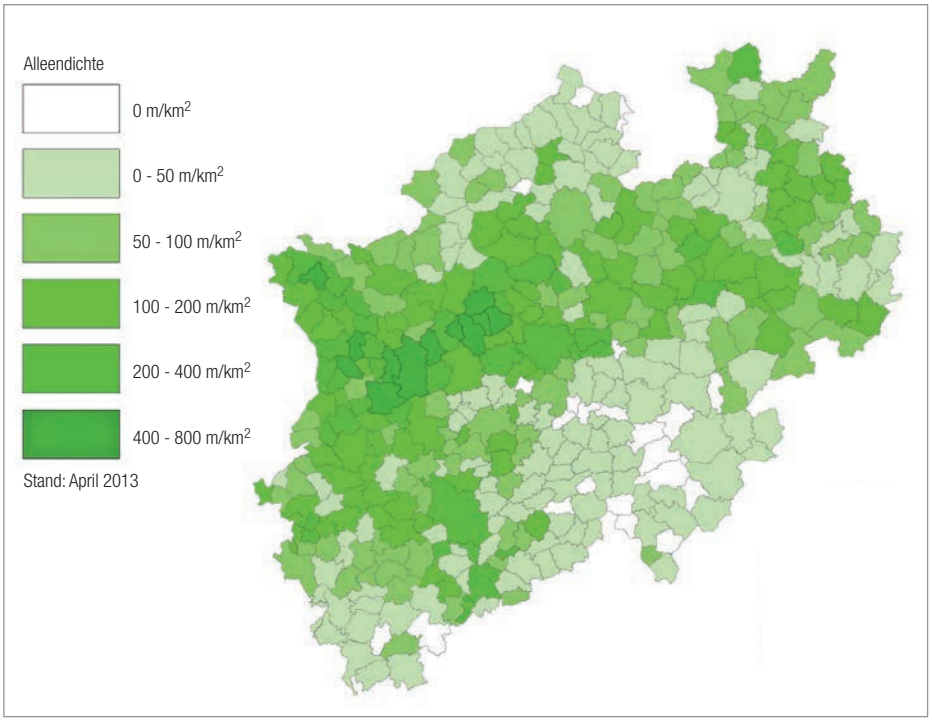
Wertvoll für Menschen Alleen sind für den Menschen, vor allem unter landschaftsästhetischen Gesichtspunkten, eine Bereicherung. Sie sind ein wertvoller Bestandteil unserer Kulturlandschaft und tragen wesentlich zu einem harmonischen Landschaftsbild bei. Sie besitzen damit große Bedeutung für die Erholung und sind ein wesentlicher Bestandteil einer lebenswerten Umwelt. Vor allem in Städten tragen Bäume darüber hinaus zu einem spürbaren Wohlbefinden der Menschen bei, indem sie über Beschattung und Staubbindung die kleinklimatischen Verhältnisse in ihrer Umgebung nachhaltig verbessern.

Kataster seit 2007 Der Schutz von Alleen rückte nach dem Beitritt der neuen Bundesländer auch im westlichen Deutschland verstärkt in das öffentliche Interesse. Mit der Novelle des Landschaftsgesetzes im Jahr 2007 wurde auch in Nordrhein-Westfalen der gesetzliche Schutz von Alleen eingeführt. Danach führt das Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) ein Kataster der gesetzlich geschützten Alleen. Voraussetzung für die Aufnahme ist eine Mindestlänge von 100 Meter. Unabhängig davon ist jede Allee in NRW geschützt.

Die Informationen für das NRW-Alleenkataster wurden aus unterschiedlichen Datenquellen zusammengetragen - etwa aus dem Projekt „Schützenwerte Alleen und Baumreihen in NRW" der Landesgemeinschaft Naturschutz und Umwelt NRW (LNU). Alle Alleen werden geografisch verortet und über Sachinformationen wie etwa Länge, Pflanzzeitraum, Baumartenzusammensetzung oder Schutzstatus beschrieben. Sämtliche Informationen zu den nordrhein-westfälischen Alleen werden regelmäßig im Internet veröffentlicht unter http://alleen.naturschutzinformationen-nrw.de/nav2/Karte.aspx . Insgesamt sind bislang rund 5.300 Alleen mit einer Gesamtlänge von mehr als 3.300 Kilometer aufgenommen worden.

FOTO: KÖNIG

▲ *Auch in Wohnsiedlungen, hier in Marl, sorgen Alleen für Schatten und urbanes Grün*



KARTE: LANUV NRW

▲ *Die meisten Alleen in Nordrhein-Westfalen gibt es an der Rhein-Ruhr-Schiene, am Niederrhein und in Teilen Ostwestfalens*

Rhein-Ruhr und Niederrhein Schwerpunkte von Alleen in NRW sind die Rhein-Ruhr-Schiene, der Niederrhein und Teile von Ostwestfalen. In den waldreichen Landschaften sind Alleen eher seltene Wegbegleiter. Etwas häufiger treten Alleen in der freien Landschaft (53 Prozent) als in den Siedlungsbereichen (47 Prozent) auf. Siedlungsalleen sind mit 440 Meter im Durchschnitt kürzer als Alleen in der freien Landschaft mit 790 Meter. Die durchschnittliche nordrhein-westfälische Allee hat eine Länge von 627 Meter.

Die Hälfte aller Alleen findet sich an Gemeindestraßen (52 Prozent). An Bundesstraßen (5 Prozent), Landesstraßen (13 Prozent) und Kreisstraßen (13 Prozent) kommen deutlich weniger Alleen vor. Daneben schmücken Alleen aber auch repräsentative Gebäudezufahrten, etwa zu einem Schloss, einem Hof oder sonstigen Gebäuden (6 Prozent), oder sie beschatten Fuß- und Radwege.

Der und somit beliebteste Alleebaum in NRW ist die Linde, beteiligt an 34 Prozent aller Alleen. Dann folgen Ahorn, Eiche, Platane, Kastanie, Birke und Esche. Es gibt typische Alleenbäume der Ortschaften wie Linden und Platanen - Schwerpunkt Ruhrgebiet - und der freien Landschaft - neben den Linden vor allem Eichen und Ahorn.

Etwa 90 Prozent der Alleen bestehen aus einer Baumart. Grundsätzlich sind Alleen mit steigender Länge und Alter heterogener im Aufbau. Abgestorbene Bäume werden sukzessive nachgepflanzt, allerdings nicht immer mit der ursprünglich vorhandenen Baumart.

FOTO: KÖNIG

▲ *Alte Eichenalleen, hier in Karthaus bei Dülmen, sind ökologisch besonders wertvoll*

FOTO: LEHRER / StGB NRW

◀ *Selbst an der Zufahrt zu Industrieanlagen - hier die Zeche Westfalen in Ahlen - wurden Alleen angelegt*

Lippische Alleenstraße - Im Kreis Lippe wurde der touristische Wert des Alleenbestandes erkannt. Die planerische Umsetzung einer lippischen Allenstraße ist bereits weit vorangeschritten. Auf Grundlage einer Alleenkartierung durch ehrenamtliche Landschaftswächter/innen soll eine Lippische Alleenstraße ausgewiesen werden.

Entlang der Route von gut 140 Kilometer können Besucher/innen auf Nebenstraßen die Vielfalt der lippischen Alleen erleben. Ergänzt wird die auf den motorisierten Verkehr ausgelegte Route durch eine Fahrradroute. Im Laufe des Jahres 2014 soll die Lippische Alleenstraße - begleitet von einem in Kooperation mit der Hochschule Ostwestfalen-Lippe entwickelten touristischen Konzept - ausgewiesen werden.

Im Nachbarkreis Höxter trifft die Deutsche Alleenstraße auf Nordrhein-Westfalen. Diese verläuft dann 385 Kilometer durch zwölf Kreise und kreisfreie Städte, ehe sie im Rhein-Sieg-Kreis Nordrhein-Westfalen in Richtung Rheinland-Pfalz verlässt.

Förderung erneuert Seit dem 1.12.2012 ist die neue „Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Anpflanzung von neuen und zur Ergänzung bestehender Alleen in Nordrhein-Westfalen“ in Kraft. Sie erlaubt es, verstärkt dem Zerfall von Alleen entgegenzuwirken. Denn im Verlauf des langen Lebens einer Allee sterben immer wieder einzelne Alleebäume ab - etwa durch Pilz- oder Parasitenbefall, Folgen mechanischer Verletzungen und vieles mehr. Hierdurch tritt der Alleecharakter immer mehr zurück.

Das Auffüllen solcher Lücken in den Alleen soll nun durch gezielte Förderung vorangetrieben werden. Anbei die wichtigsten Regelungen der Förderrichtlinie:

- auch kleine Lücken förderfähig
- Bagatellgrenze von 12.500 Euro mit Möglichkeit der Akkumulation von bis zu drei Alleen pro Förderantrag
- Förderung von Ergänzungspflanzungen
- Bis 500 Euro zuwendungsfähige Kosten pro Baum

Die Details zur Förderung finden sich im Internet unter:
http://www.umwelt.nrw.de/ naturschutz/pdf/foerderrichtlinien_alleen.pdf .

ZUR SACHE

Jede(r) kann sich am Aufbau des Alleenkatasters beteiligen. Hinweise können über das Fachinformationssystem im Internet oder über die AlleenFinder App für Mobilgeräte eingegeben werden. Die App steht für Android-Geräte im Google Play Store zum Herunterladen bereit. Sie bietet zunächst umfangreiche Möglichkeiten zur Darstellung bestehender Alleen. Dazuhin kann man eine neue Allee melden. Die genaue Lage wird automatisch aus der GPS-Position des Mobilgeräts übernommen. Mit der Nachricht können auch Fotos und weitere Informationen wie etwa die Baumart eingereicht werden.

Kontakt
Oliver König
Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz (LANUV) NRW
Fachbereich Naturschutzinformationen
Leibnizstraße 10
45659 Recklinghausen
E-Mail: oliver.koenig@lanuv.nrw.de

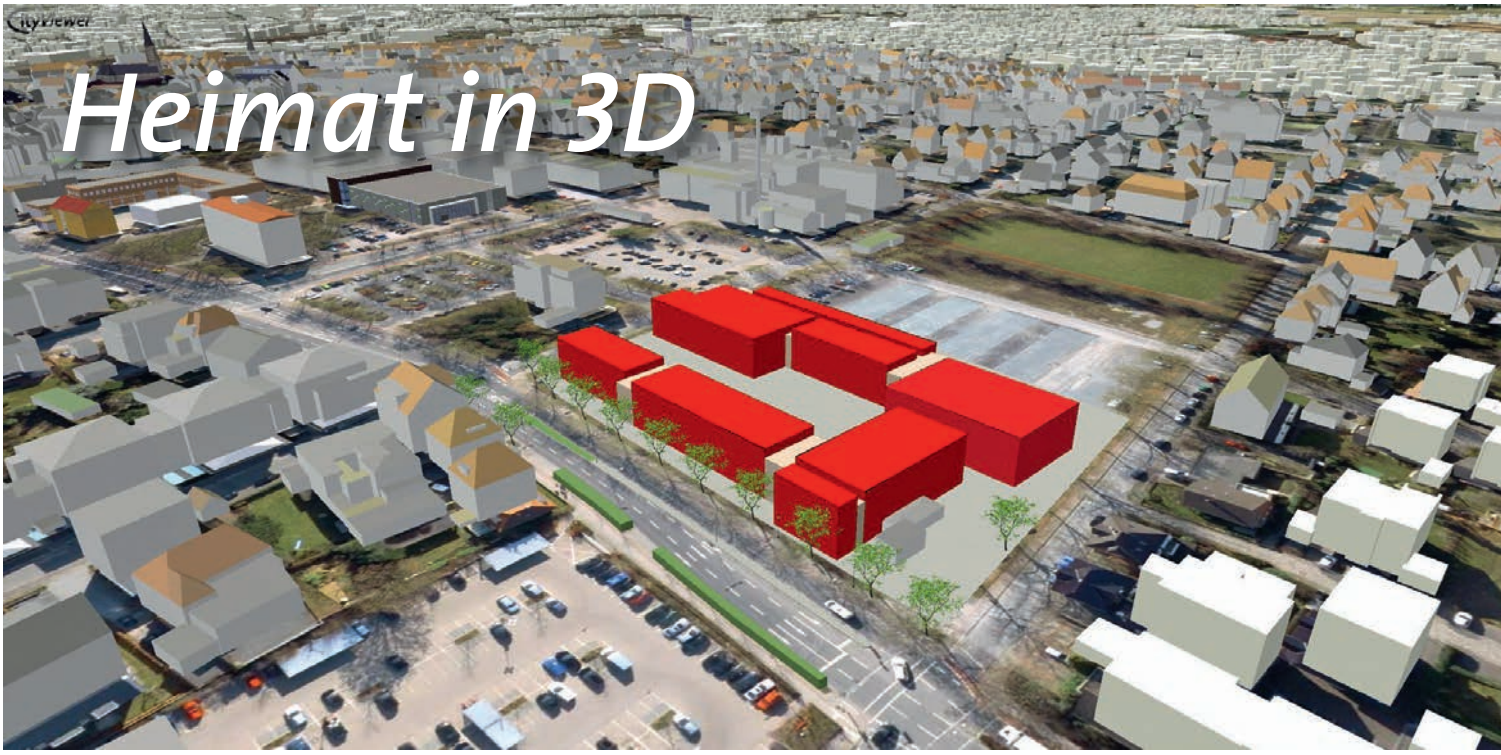


FOTO: STADT GÜTERSLOH

▲ *Bürgerinnen und Bürger in Gütersloh können sich die geplante neue Feuer- und Rettungswache auf dem Marktplatz bereits im 3D-Modell ansehen*

OWL - eine Region in der dritten Dimension

In gemeinsamer Arbeit haben die Städte, Gemeinden und Kreise in Ostwestfalen-Lippe aus vorhandenen und neu zu erhebenden Daten ein dreidimensionales Geländemodell entwickelt

DIE AUTOREN

Andreas Brodowski ist Abteilungsleiter GeoService der Stadt Paderborn

Thorsten Schmidthuis ist Abteilungsleiter Geoinformation und Geodaten-Management der Stadt Gütersloh

Die Europäische INSPIRE-Richtlinie und ihre Umsetzung auf NRW-Ebene, das Geodatenzugangsgesetz NRW (2009/ 2013), haben die Region Ostwestfalen-Lippe vor große Herausforderungen gestellt. Diesen hat man sich durch eine starke interkommunale Zusammenarbeit in Gestalt einer nicht institutionalisierten Regionalinitiative - nominell GDI-OWL - gestellt.

Im Laufe der Zeit ist das Aufgabenprofil über die bloße Umsetzung der INSPIRE-Anforderungen hinaus deutlich erweitert worden. So gibt es innerhalb der Regionalinitiative mittlerweile Arbeitskreise für Geoportale, Internetauftritte, Photovoltaik und Solarthermie sowie Ausbildung und 3D-Modelle. In einigen OWL-Kommunen - Gütersloh, Paderborn, Bielefeld und Lage - gab es bereits Erfahrungen mit der Erstellung, Nutzung und Fortführung von 3D-Modellen auf Basis unterschiedlicher Technologien. Dabei waren diese Ansätze bisher geprägt von der Notwendigkeit, für die Visualisierung der 3D-Modelle lizenzpflichtige Software und hervorragend ausgestattete Rechner vorzuhalten.

Arbeitsgruppe seit 2011 - Somit konnten die guten Modelle nicht den Ausschüssen sowie der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden. Genau dies ist jedoch gewünscht. In einer 2011 eingerichteten Arbeitsgruppe der Regionalinitiative GDI-OWL hat man sich dieses Themas angenommen. Die Arbeitsgruppe trug folgende Eckpunkte zusammen:

- 3D-Modelle und die damit verbundenen Planungsszenarien ermöglichen gut gemeinsame Ansätze für Regionalinitiativen. Hier gibt es kaum langjährige Systemvorgaben oder Strukturen. Es ist ein hohes Maß an Synergieeffekten zu erwarten.
- Es existieren technische Standards zur Ori-

GLOSSAR

GeoInfoDok Dokumentation zur Modellierung der Geoinformationen des amtlichen Vermessungswesens

INSPIRE Richtlinie 2007/2/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 14.03.2007

LOD Levels of Detail => Stufenraster von 0 bis 4 für die Detailtreue digitaler Stadtmodelle

NBA Nutzerbezogene Bestandsdaten-aktualisierung

FOTO: STADT PADERBORN

▶ *Die Stadt Paderborn nutzt dreidimensionale Modelle zur Stadt- und Raumplanung*

FOTO: STADT PADERBORN

◀ *3D-Modelle helfen auch bei der Neugestaltung der Königsplätze in Paderborn*

entierung wie CityGML
- Es herrscht Einigkeit in der Region über die Notwendigkeit einer flächendeckenden 3D-Welt in OWL
- Es herrscht Einigkeit in der Region, das Thema 3D als Zukunftsthema umfassend auszubauen
- Es gibt bereits Anforderungen aus den lokalen Ausschüssen zur Realisierung von Planungsvorhaben in 3D

Generelles Ziel war die Realisierung eines gemeinsamen 3D-Modells für die gesamte Region OWL mit der Anforderung, diese Daten auch der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung zu stellen. Dafür wurden folgende Eckpunkte festgelegt:

- Erstellung eines flächendeckenden OWL-Modells aus unterschiedlichen Ausgangsdaten auf Basis einer einheitlichen Technologie
- Einbeziehung verfügbarer Daten des Landes NRW, der Kommunen und anderer Institutionen unter Nutzung bekannter Standards wie CityGML
- Vermeidung hoher Investitionskosten bei Software und Hardware
- Transparente kommunale Planung durch Veröffentlichung der Modelle über einfache und ressourcenschonende Technologien - Visualisierung großer Datenmengen mit normalen PC´s
- Nutzung des Modells als flächendeckende Arbeitsgrundlage für Planungsvarianten

Technisch anspruchsvoll Die Umsetzung des Projekts war geprägt durch technische Herausforderungen und viele intensive Gespräche. So musste die heterogene Ausgangssituation bei den Daten der Gebietskörperschaften - vom Fehlen sämtlicher Daten bis zum hochaufgelösten Modell in LOD3 - berücksichtigt werden.
Bei der Lösung dieses Problems trug sicherlich die Verfügbarkeit der Landesdaten - Luftbilder, Geländemodell und LOD1-Daten - für die beteiligten Institutionen zum Erfolg bei. Eine große technische Hürde stellte die Visualisierung der Datenmengen im Internet dar. Die Darstellung sollte möglichst über die Browsertechnologie realisiert werden. Das Projekt wurde in folgenden Arbeitsschritten umgesetzt:

- Implementierung einer Arbeitsgruppe innerhalb der GDI-OWL-Initiative
- Test der unterschiedlichen Technologien
- Auswahlverfahren auf Basis festgelegter Anforderungen
- Rückspiegelung der Ergebnisse an alle beteiligten Gebietskörperschaften
- Entscheidung zur Nutzung einer webbasierten 3D-Modell- und Anwendungsplattform der Firma 3DIS (Internet: www.3dis.de)
- Interkommunaler Wissenstransfer über Teilnehmer/innen des 3D-Arbeitskreises
- Generierung eines gemeinsamen OWL-Modells aus unterschiedlichen Ausgangsdaten der Gebietskörperschaften - Geländemodelle, Bodentexturen, LOD1/2/3-Inhalte - sowie Implementierung einer zentralen Straßen- und Hausnummernnavigation
- Freischaltung im Dezember 2013

Jetzt Baustein der Planung In vielen Kommunen der Region und in den Kreisen haben sich die 3D-Modelle als fester Bestandteil der kommunalen Planung etab-

BUCHTIPP

3D-STADTMODELLE

Projekte im Raum, hrsg. vom InGeoForum und der Kommission 3D-Stadtmodelle der Deutschen Gesellschaft für Kartographie e.V. (DGfK) u. der Deutschen Gesellschaft für Photogrammetrie, Fernerkundung und Geoinformation e.V. (DGPF), A 4, 20 S., zu best. per E-Mail an gs@ingeoforum.de oder im Internet herunterzuladen unter www.ingeoforum.de/3d-stadtmodelle/

Durch die rasante Entwicklung der Informationstechnologie und Fortschritte in der automatischen Datenerfassung ist es möglich, urbane Geodaten in ihrer dreidimensionalen Ausdehnung zusammenzustellen. Virtuelle 3D-Stadtmodelle werden zunehmend zur Lösung raumbezogener Aufgaben herangezogen - etwa bei der Stadt- und Raumplanung sowie im Bereich Umwelt und Energie. Immer mehr Kommunen verwenden virtuelle 3D-Stadtmodelle für Analysen und zur Visualisierung. In der Broschüre werden anhand ausgewählter Beispiele Nutzen und Einsatzgebiete von 3D-Stadtmodellen erläutert.

INFORMATION

Einen Einstieg in das 3D-Modell OWL bieten folgende Internetadressen:
www.paderborn.de/3d (Stadt Paderborn)
www.geodaten.guetersloh.de/3d (Stadt Gütersloh)

Kontakt:

Andreas Brodowski
Amt für Vermessung und Geoinformation
Abteilungsleiter GeoService
Stadt Paderborn
Tel. 05251-88-1386
E-Mail: a.brodowski@paderborn.de

Thorsten Schmidthuis
FB 63 Bauordnung und Vermessung
Abteilungsleiter Geoinformation und Geodaten-Management
Stadt Gütersloh
Tel. 05241-82-3544
E-Mail: Thorsten.Schmidthuis@gt-net.de

FOTO: STADT PADERBORN

▲ *Durch Schattenanalyse geplanter Windkraftanlagen können 3D-Modelle wichtige Informationen zur Auswahl des Standorts liefern*

liert und sind aus der Diskussion in den Gremien nicht mehr wegzudenken. Um die 3D-Planung effizient und termingerecht umsetzen zu können, arbeitet die Initiative in OWL an der Optimierung der Arbeitsprozesse unter Berücksichtigung der Belange externer Beteiligter wie zum Beispiel Planer/innen und Architekt/innen.
Diese können die Grundlagendaten aus dem „Standardmodell" für eigene Planungszwecke nutzen und die Ergebnisse über das Gesamtmodell darstellen. Dabei müssen Datenformate und Datenmodelle aus dem Planungsumfeld in die Arbeitsabläufe integriert werden. Auch hier gibt es bereits funktionierende Ansätze. Weitere Eckpunkte in der Entwicklung sind:

- Ein LOD2-Modell mit vielen Planungsvarianten im gesamten Gebiet Ostwestfalen-Lippe entwickeln
- Weitere Planungsszenarien mit intensiv ausmodellierten Bereichen entwickeln
- Bessere Transparenz in Planungen durch frühzeitige und intensive Beteiligung der Öffentlichkeit über 3D-Modelle

Kostengünstige Visualisierung Insgesamt stellt die 3D-Modellierung von Planungsszenarien über den in OWL eingeschlagenen Weg eine kostengünstige Möglichkeit dar, unterschiedliche Planungen im Zusammenhang mit dem bestehenden Umfeld anschaulich zu machen. Dabei kann die Visualisierung zum einen über Browsertechnologie via Internet erfolgen. Zum anderen kann aber auch ein 3D-Plot generiert werden. Darüber erhält man dann auch 3D-Modelle zum Anfassen und Betrachten.
Ein weiteres Kernfeld der zukünftigen Entwicklung ist die Zusammenführung zweidimensionaler Daten - etwa Statistiken - mit dreidimensionalen Grundlagen zu 3D-Themenkarten. Geplant ist eine teilautomatisierte Aktualisierung oder Fortführung der 3D-Gebäudedaten. Hier ist allerdings noch viel zu klären und abzustimmen. Die GeoInfoDok 7.0 spielt hierbei eine wesentliche Rolle. In dieser wird die Datenstruktur und Datenmodellierung sowie das NBA-Verfahren inklusive der 3. Dimension beschrieben. 3D-Modelle können schließlich auch die Entwicklung einer Stadt oder einer ganzen Region über einen bestimmten Zeitraum visualisieren. Damit nähert sich OWL - in der Stufenfolge der 3D-Welt - der fünften Dimension.

MATTHIAS LÖB AN DIE SPITZE DES LWL

FOTO: LWL / WIELAND

Matthias Löb wird neuer Direktor des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL). Der 49-Jährige wurde Ende Januar 2014 zum Nachfolger von Dr. Wolfgang Kirsch gewählt, dessen Amtsperiode im Juli 2014 nach acht Jahren endet. Der aus dem niedersächsischen Soltau stammende Jurist Löb kam nach dem Studium in Münster 1996 zum LWL. Stationen waren zunächst die Personalabteilung, das Krankenhausdezernat sowie eine dreijährige Tätigkeit als persönlicher Referent des LWL-Direktors. Seit 2001 arbeitete Löb als Referatsleiter und ab 2005 als Stellvertreter des Kulturdezernenten in der LWL-Kulturabteilung. Im April 2007 übernahm er die Leitung des neu gebildeten Dezernates „Kommunale Versorgungskassen und LWL-Bau- und Liegenschaftsbetrieb". Seit November 2010 ist Löb Erster Landesrat und Kämmerer des LWL für die Bereiche Finanzen, Personal, Organisation und IT.

Kommentar zur VOB/A

Kulartz/Marx/Portz/Prieß (Hrsg.), 2. Aufl. 2013, 1.628 Seiten, gebunden, 109 Euro inkl. kostenloser Online-Version (jBook) auf Jurion.de, ISBN 978-3-8041-2295-6 (Werner Verlag)

Die Autoren kommentieren anwendungsorientiert die aktuelle VOB/A und bringen dabei ihre umfangreichen Erfahrungen aus der rechtlichen Begleitung und Beurteilung von öffentlichen Ausschreibungen und Nachprüfungsverfahren ein. Der Fokus der Kommentierung ist stets auf die entscheidungsrelevanten Zusammenhänge gerichtet: Die zahlreichen vergaberechtlichen Entscheidungen der nationalen und europäischen Gerichte sind umfassend eingearbeitet, immer im Hinblick auf das gesamte vergabe-rechtliche System und die weiteren Anwendungsbereiche.

Neu in der 2. Auflage:

- Kommentierung der neuen EG-§§ der VOB/A für EU-Ausschreibungen
- Kommentierung der neuen VS-§§ der VOB/A für Vergaben im Bereich Verteidigung und Sicherheit

Az.: II/1

Praxis der Kommunal-Verwaltung

Landesausgabe Nordrhein-Westfalen, Ratgeber für die tägliche Arbeit aller Kommunalpolitiker und der Bediensteten in Gemeinden, Städten und Landkreisen (Loseblattsammlung incl. 3 Online-Zugänge / auch auf DVD-ROM erhältlich). Herausgegeben von: Dr. Jürgen Busse, Prof. Dr. Hans-Günter Henneke, Dr. Hubert Meyer, Prof. Dr. Utz Schliesky, Prof. Dr. Gunnar Schwarting, Prof. Dr. Wolf-Uwe Sponer, Prof. Dr. Christian O. Steger, Hubert Stubenrauch und Johannes Winkel. KOMMUNAL- UND SCHUL-VERLAG, 65026 Wiesbaden, Postfach 3629, Telefon 0611 88086-10, Telefax 0611 88086 77, www.kommunalpraxis.de, E-Mail: info@kommunalpraxis.de

470. Nachlieferung, Oktober 2013, 139,80 Euro

A 17 - Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), begründet von Verwaltungsgerichtspräsident a. D. Dr. Ernst Oestreicher, fortgeführt von Vors. Richter am Bayerischen Verwaltungsgerichtshof und Lehrbeauftragtem an der LMU München Dr. Andreas Decker und Regierungsdirektor als Landesanwalt bei der Regierung von Oberbayern Christian Konrad. Mit dieser Überarbeitung wurde neben der Aktualisierung des Gesetzestextes die Überarbeitung der Kommentierung zu § 47 VwGO eingefügt.

A 19 NW - Verwaltungsvollstreckungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVG NRW) mit Verwaltungsvorschriften und Kostenordnung, begründet von Staatssekretär a. D. Professor Dr. Fritz Rietdorf, überarbeitet von Ltd. Ministerialrat a. D. Hubertus Waldhausen und Regierungsdirektor a. D. Friedhelm Voss, fortgeführt von Regierungsdirektor Josef Susenberger im Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, neu bearbeitet von Ministerialrat Jürgen Weißauer im Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen.

Seit der letzten Überarbeitung waren mehrere Änderungen des VwVG NRW zu berücksichtigen. Dies bedingt die komplette Überarbeitung der Kommentierung von § 1 (Vollstreckbare Geldforderungen)bis § 47 VwVG NRW (Ansprüche der Herausgabe der Leistung von Sachen). Mit den Gesetzesänderungen wurde zum einen die Möglichkeit eröffnet, dass in der Verwaltungsvollstreckung öffentlicher Forderungen neben den Gerichtsvollziehern erstmalig auch die Vollziehungsbeamten der Justiz im Wege der Amtshilfe herangezogen werden können. Weiter wurde eine Verordnungsermächtigung aufgenommen, nach der nunmehr an Stelle der fünf Bezirksregierungen das für Innere zuständige Ministerium die Vollstreckungsbehörden für einzelne Träger öffentlicher Gewalt und deren an die Vollstreckungsbehörden zu leistenden Kostenbeitrag bestimmt.

Der Vollstreckungsschutz des Schuldners wurde insoweit verbessert, als nunmehr die Aussetzung der Vollziehung erleichtert wurde und durch die Möglichkeiten der Teilzahlungsvereinbarungen ein Zugriff des Schuldners auf sein gepfändetes Konto ermöglicht wird. Weiter war es notwendig geworden, das Vollstreckungsrecht der geänderten Zivilprozessordnung anzupassen. Außerdem bestand Bedarf für eine Erweiterung des Kataloges der nach dem VwVG NRW vollstreckbaren privatrechtlichen Forderungen um Geldforderungen öffentlich-rechtlicher Bank- und Kreditinstitute.

E 1 - Die Kommunen in der Finanzverfassung des Bundes und der Länder von Prof. Dr. jur. Hans-Günter Henneke, Geschäftsführendes Präsidialmitglied des Deutschen Landkreistages, Vizepräsident des Deutschen Sparkassen- und Giroverbandes, Honorarprofessor an der Universität Osnabrück. Der Beitrag wurde überarbeitet, da sich im Bereich des kommunalen Finanzausgleichs zahlreiche Detailänderungen ergeben haben. Die aktuelle Rechtsprechung ist eingearbeitet.

K 5 NW - Landesimmissionsschutzgesetz Nordrhein-Westfalen, von Dr. Steffen Himmelmann, Stadtrechtsdirektor. Die Kommentierung wurde aktualisiert, wobei die letzten Gesetzesänderungen berücksichtigt wurden.

K 7 - Das öffentliche Veterinärwesen, begründet von Ltd. Ministerialrat a. D. Prof. Dr. Manfred Geßler und Regierungsveterinärdirektor Dr. Michael Marx, fortgeführt von Ltd. Ministerialrat a. D. Prof. Dr. Manfred Geßler. Der Beitrag wurde überarbeitet und durch aktuelle Rechtsprechung, Vorschriften, Daten und Adressen ergänzt. Erweitert wurde z. B. Kapitel 7 durch Abschnitte über die Übermittlung und die Bereitstellung von Daten durch DIMDI. Die Neukommentierung der Abschnitte 3. Tierseuchenbekämpfung und 4. Tierische Nebenprodukte wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

471. Nachlieferung, November 2013, 69,90 Euro

A 15 NW - Verwaltungsverfahrensgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVfG NRW) Begründet von Ltd. Ministerialrat a. D. Hubertus Waldhausen, fortgeführt von Regierungsdirektor a. D. Josef Susenberger, weiter fortgeführt von Regierungsdirektor Jürgen Weißauer, weiter fortgeführt von Ministerialrat Burghard Paulus Lenders, Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen. Diese Lieferung beinhaltet zum einen die Erweiterung der zur Lektüre empfohlenen Quellen zu den Themen Umsetzung der europäischen Dienstleistungsrichtlinie, Genehmigungsfiktion sowie Abschaffung und Straffung des Widerspruchsverfahrens. Darüber hinaus wurden die im Anhang abgedruckten Empfehlungen für behördliche Rechtsbehelfsbelehrungen sowie der Vertretungserlass auf den aktuellen Stand gebracht.

A 19 NW - Verwaltungsvollstreckungsgesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (VwVG NRW) mit Verwaltungsvorschriften und Kostenordnung. Begründet von Staatssekretär a. D. Professor Dr. Fritz Rietdorf, überarbeitet von Ltd. Ministerialrat a. D. Hubertus Waldhausen und Regierungsdirektor a. D. Friedhelm Voss, fortgeführt von Regierungsdirektor Josef Susenberger im Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen, neu bearbeitet von Ministerialrat Jürgen Weißauer im Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen. Mit der 6.Lfg. wurde die Kommentierung ab den §§ 48 (Pfändungsschutz) bis 82 VwVG NRW aktualisiert.

H 5 - Die Sozialversicherung von Werner Gerlach, Vorstandsvorsitzender i. R. Texte und Kommentierung zu SGB I und SGB V wurden umfassend überarbeitet und aktualisiert. So wurden z. B. Änderungen durch das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz, das GKV-Finanzierungsgesetz, das Gesetz zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit in Europa und zur Änderung anderer Gesetzes und das GKV-Versorgungsstrukturgesetz berücksich-

tigt und Ergänzungen zur Familienversicherung, zum Steuervereinfachungsgesetz, zum Missbrauch von KV-Karten, zu Leistungen bei Schwangerschaftsabbruch, zur Leistungsabgrenzung zu den Aufgaben der Pflegeversicherung u.a. vorgenommen. Die Überarbeitung von SGB IV und SGB X erfolgt demnächst.

472. Nachlieferung, Dezember 2013, 139,80 Euro

B 1 NW - Gemeindeordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (GO NRW), von Ministerialdirigent a. D. Friedrich Wilhelm Held, Ltd. Ministerialrat a. D. Ernst Becker, Beigeordneter Dr. Heinrich Decker, Referent beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Markus Faber, Rechtsanwalt und Oberstadtdirektor a. D. Roland Kirchhof, Beigeordneter und Stadtkämmerer Lars Martin Klieve, Beigeordneter Dr. Franz Krämer, Ministerialrat a. D. Detlev Plückhahn, Stellvertreter des Präsidenten der Gemeindeprüfungsanstalt NRW a. D. Jörg Sennewald, Rechtsanwalt, Oberkreisdirektor und Landrat a. D. Dr. Rudolf Wansleben, Ministerialdirigent Johannes Winkel und Ltd. Regierungsdirektor Udo Kotzea. In den Gesetzestext wurde die jüngste Gesetzesänderung vom 09.04.2013 eingearbeitet. Die Überarbeitung der Kommentierung umfasst die §§ 1–3, 6, 8, 26, 38,39, 47, 48, 50, 62–63, 65, 70, 71, 73, 108, 110, 114 a, 127, 128, 132 und 134 GO. Die Anhänge wurden aktualisiert.

B 2 NW - Kreisordnung für das Land Nordrhein-Westfalen (KrO NRW), von Rechtsanwalt und Oberstadtdirektor a. D. Dr. Roland Kirchhof, Rechtsanwalt, Oberkreisdirektor und Landrat a. D., Dr. Rudolf Wansleben, Ltd. Ministerialrat a. D. Ernst Becker, Ministerialrat a. D. Detlev Plückhahn, Beigeordneter und Stadtkämmerer Lars Martin Klieve, Ministerialdirigent Johannes Winkel, Referent beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Markus Faber und Erstem Beigeordneten beim Landkreistag Nordrhein-Westfalen Dr. Marco Kuhn. Neben der Aktualisierung des Gesetzestextes erfolgte die Überarbeitung der Erläuterungen zu den §§ 1, 2, 4-8, 23, 30-33, 44, 53, 54, 56-56 c KrO. In den Anhang wurde der Text einer Mustersatzung für die Durchführung eines Bürgerentscheides ausschließlich per Briefwahl aufgenommen.

C 20 - Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD), von Dr. Klaus Rischar, Unternehmensberater, Trainer. Die Darstellung zum TVöD wurde komplett überarbeitet, wobei die aktuelle Rechtsprechung berücksichtigt und die erörterten Themen vertieft bearbeitet wurden.

D 1 b - Vergaberecht (VOB, VOL, VOF und RPW, SektVO, VSVgV, VgV und GWB). Ltd. Verwaltungsdirektor Johannes-Ulrich Pöhlker, Referent beim Hessischen Städte- und Gemeindebund und Dr. Irene Lausen, Referentin beim Hessischen Ministerium für Wirtschaft, Verkehr und Landesentwicklung. Diese Lieferung beinhaltet die Aktualisierung der Einführung sowie die der abgedruckten Texte. Insbesondere wurden die Texte zu 1. (Vergabe- und Vertragsordnung für Bauleistungen, VOB Teil A und VOB Teil B), zu 4. (Vergabeverordnung, VgV), zu 5. (Sektorenverordnung, SektV), zu 7. (Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen, GWB) auf den neuesten Stand gebracht. Neu abgedruckt ist der Text zu 6. Vergabeverordnung Verteidigung und Sicherheit (VSVgV). Bitte beachten Sie, dass dadurch die Reihenfolge der einzelnen Texte umgestellt wurde (s. auch Einweisungsanordnung).

E 4b NW - Gebührengesetz für das Land Nordrhein-Westfalen (GebG NRW) mit der Allgemeinen Verwaltungsgebührenordnung (AVerwGebO NRW).Begründet von Regierungsdirektor a. D. Josef Susenberger, überarbeitet und fortgeführt von Regierungsdirektor Jürgen Weißauer, weiter fortgeführt von Ministerialrat Burghard Paulus Lenders. Die Kommentierungen zu den §§ 1 (Gegenstand des Gesetzes), 3 (Bemessung der Gebührensätze), 4 (Gebührenbemessungsarten), 9 (Gebührenbemessung), 11 (Entstehung der Kostenschuld), 13 (Kostenschuldner) und 22 (Rechtsbehelf) GebG NRW und § 6 (Inkrafttreten, Außerkrafttreten) der AGVerwGebO NRW wurden überarbeitet.

473. Nachlieferung, Januar 2014, 69,90 Euro

G 4 - Kulturelle Aufgaben der Gemeinden, begründet von Ltd. Akad. Direktor Dr. Dieter Martin und Regierungsrat Dr. Helmut Hausner, fortgeführt von Prof. JUDr. Daniela A. Heid, Ph.D. Der Beitrag wurde überarbeitet und die neuesten Erkenntnisse auf diesem Gebiet wurden eingearbeitet.

L 12 NW - Straßen- und Wegegesetz des Landes Nordrhein-Westfalen (StrWG NRW). Von Regierungsdirektor Joachim Majcherek. Mit dieser Lieferung wird die Kommentierung bis einschließlich § 42 StrWG NRW überarbeitet, wobei auch hier auf die zahlreiche neue Rechtsprechung zum Straßenrecht Bezug genommen wurde. Der AGVerwGebO NRW wurde überarbeitet.

Az: I/2

Recht der Ratsfraktionen

Darstellung 7. Auflage 2013, von Hubert Meyer, kartoniert, 276 Seiten, ISBN 978-3-8293-1081-9, 29 Euro, Kommunal- und Schul-Verlag

Bei allen kommunalpolitischen Entscheidungen kommt den Fraktionen in den Gemeinden Städten und Landkreisen große Bedeutung zu. Im Zeichen zunehmender parteipolitischer Durchdringung der kommunalen Selbstverwaltung erfolgt in den Fraktionen auch die Weichenstellung für die Sach- und Personalpolitik.

Das Werk nimmt eine genaue Betrachtung des Fraktionsrechts für Gemeinden, Städte und Landkreise vor. Einen Schwerpunkt bilden die kommunalverfassungsrechtlichen Rechte der Fraktionen, die im Überblick für alle Flächenbundesländer erörtert werden. Zusätzlich beinhaltet das Werk die derzeit wohl umfassendste Darstellung des hochsensiblen Themas der Finanzierung der Fraktionen auf kommunaler Ebene. Die aktuelle Rechtsprechung und das neue Schrifttum sind eingearbeitet sowie ein Hinweis auf die Nutzung der Social Media für die Arbeit der Fraktionen und der damit verbundenen Gefahren.

Der informativen Einführung folgt ein Überblick, der die gesetzlichen Regelungen zum Fraktionswesen und die Bedeutung der Fraktionen aus Sicht der Gemeindevertretung, des Gemeinderatsmitglieds, des Wählers und der Parteien veranschaulicht. Im Rahmen der Beschreibung über die Bildung, Mitgliedschaft und Beendigung von Fraktionen wird deren Charakter als freiwilliger Zusammenschluss von Ratsmitgliedern mit gemeinsamer politischer Grundüberzeugung betont. Ein Abschnitt zum Geschäftsordnungsrecht trägt den Rechten und Pflichten der Fraktionen Rechnung.

Wegen der einschneidenden Wirkungen werden die rechtlichen Voraussetzungen eines Fraktionsschlusses besonders gewürdigt. In kompakter Form informiert „Recht der Ratsfraktionen“ kompetent und zuverlässig insbesondere alle Ratsmitglieder, Kommunalpolitiker, Mandatsträger, Fraktionen, Parteien, Verwaltungsgerichte und Rechtsanwälte. Der Verfasser, Prof. Dr. Hubert Meyer, als geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Niedersächsischen Landkreistages mit den Problemen der Praxis bestens vertraut, behandelt das Thema betont praxisnah, anschaulich und leicht verständlich.

Az: I/2

Das Beamtenrecht in Nordrhein-Westfalen

Kommentar von Dipl.-Verwaltungswirt Heinz D. Tadday und Dr. Ronald Rescher. 139. Ergänzungslieferung, Stand Oktober 2013, 396 Seiten, 85,50 Euro. Loseblattausgabe, Grundwerk 3.416 Seiten, DIN A 5, in drei Ordnern, 139 Euro bei Fortsetzungsbezug (229 Euro bei Einzelbezug). ISBN 978-3-7922-0150-3, Verlag Reckinger, Siegburg

Der inhaltliche Schwerpunkt der 139. Ergänzungslieferung (Rechtsstand Oktober 2013) liegt auf der Novelle der Freistellungs- und Urlaubsverordnung NRW (FrUrlV NRW) vom 15. Oktober 2013, in Kraft getreten zum 31. Oktober 2013. Diese Neuregelungen werden in den Teilen B (Kommentierung) und C (Rechtsvorschriften) berücksichtigt.

Durch die Novelle der FrUrlV NRW wird u. a. die Dauer des jährlichen Erholungsurlaubs geändert. Bei Beendigung des Beamtenverhältnisses ist der krankheitsbedingt ganz oder teilweise nicht in Anspruch genommene Mindesturlaub von 20 Arbeitstagen pro Urlaubsjahr, der zu diesem Zeitpunkt nicht verfallen ist, von Amts wegen abzugelten. Des Weiteren sieht der neue § 20 a FrUrlV NRW nun eine Möglichkeit vor, Urlaub, der den Mindesturlaub von 20 Arbeitstagen übersteigt, zur Kinderbetreuung anzusparen.

Hinsichtlich der aktuellen Problematik des Verhaltens von Beamten in sozialen Netzwerken, wie z. B. Facebook, werden im Teil B ausführliche Erläuterungen zu § 42 LBG NRW eingefügt.

Um die Struktur des Werkes zu vereinfachen und die Handhabung zu verbessern, werden ab dieser Ergänzungslieferung in den Teilen C und D (Verwaltungsvorschriften) die noch nicht geänderten Rechts- und Verwaltungsvorschriften auf die Paragrafenreihenfolge des neuen LBG umgestellt und mit einer neuen Paginierung sukzessive ausgetauscht.

Az.: I/1 043-02-0

Baurecht Nordrhein-Westfalen

Dürr/Middeke/Schulte-Beerbühl, 4. Aufl. 2013, ISBN 978-3-8329-7462-6

Dieses Handbuch greift praxisorientiert die im baurechtlichen Alltag relevanten Fragen des öffentlichen Baurechts auf der Grundlage der Rechtsprechung des BVerwG sowie des OVG NRW auf. Das Buch wendet sich insbesondere an Architekten, Ingenieure, Techniker und Verwaltungsmitarbeiter, welche sich einen Überblick über die Strukturen des öffentlichen Baurechts verschaffen wollen. Dementsprechend werden Spezialprobleme lediglich in der gebotenen Kürze angesprochen. Daher ist dieses Buch ein guter Einstieg in die Materie und zwar insbesondere für Berufsanfänger sowie für Nichtjuristen. Die Autoren sind allesamt Richter in der Verwaltungsgerichtsbarkeit.

Az.: II/1 620-00

EUROPA-NEWS

zusammengestellt von Barbara Baltsch, Europa-Journalistin, E-Mail: barbara.baltsch@kommunen-in-nrw.de

13 neue Kommunal-Partnerschaften

Im Jahr 2013 gingen deutsche Kommunen 13 neue Partnerschaften mit ausländischen Kommunen ein. Wie die Deutsche Sektion des Rates der Gemeinden und Regionen Europas mitteilte, wurden allein vier neue Partnerschaften zwischen deutschen und französischen Kommunen geschlossen. Weitere Partnerschaften wurden mit Kommunen aus Brasilien, Dänemark, Griechenland, Israel, Kroatien, den Niederlanden, Südkorea, Türkei und Vietnam ins Leben gerufen. In NRW gingen zwei Städte neue Verbindungen ein. Detmold verschwisterte sich mit Oraiokstro in Griechenland und Kalkar mit Juvignac in Frankreich.

Gemeinsames Schulobst- und Schulmilch-Programm

Die Europäische Kommission will die beiden Ernährungsprogramme für Schulobst und Schulmilch für sechs- bis zehnjährige Kinder zusammenlegen. Gleichzeitig sollen die Mittel für das neue Programm, über welches das Europäische Parlament und der Rat noch entscheiden müssen, von 197 Mio. auf 230 Mio. Euro aufgestockt werden. Davon sollen 150 Mio. Euro für Obst und Gemüse und 80 Mio. Euro für Milch verwendet werden. In Deutschland sind die Länder für die Durchführung der Programme zuständig. Derzeit haben Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen-Anhalt und Thüringen Schulobstprogramme. Beim Schulmilchprogramm sind alle Länder bis auf das Saarland dabei.

Europawoche kurz vor der Europawahl

Die Europawoche findet 2014 vom 3. bis 11. Mai statt - wie üblich rund um den Europatag am 9. Mai und diesmal kurz vor der Europawahl am 25. Mai. Ziel der Gemeinschaftsaktion zwischen Bundesregierung, Bundesländern, Vertretung der Europäischen Kommission in Deutschland und Informationsbüro des Europäischen Parlaments in Deutschland ist, den europäischen Gedanken in der Bevölkerung zu stärken. Durch Projekte und Veranstaltungen, die dezentral im gesamten Bundesgebiet stattfinden und von lokalen Trägern gestaltet werden, sollen die Bürgerinnen und Bürger vor Ort mit Europa in Berührung kommen.

Mitmachen bei den Open Days 2014

Die diesjährige Woche der Regionen und Städte findet vom 6. bis 9. Oktober 2014 statt. Unter dem Motto „Zusammenwachsen - intelligente Investitionen für die Menschen“ sollen die so genannten Open Days Gelegenheit zu einem ersten Erfahrungsaustausch über die neuen Prioritäten in der Regionalpolitik bieten. Ein inhaltlicher Schwerpunkt liegt dabei in der territorialen Zusammenarbeit im Hinblick auf neue transeuropäische Programme wie INTERREG und URBACT. Regionen und Städte in der EU können im Rahmen der Open Days als Partner auftreten. Bewerbungen hierfür sind bis spätestens 14. März 2014 online möglich. Weitere Informationen im Internet unter www.opendays.eu .

Karlspreis für Herman Van Rompuy

Der Präsident des Europäischen Rates, Herman Van Rompuy, wird 2014 mit dem Internationalen Karlspreis zu Aachen ausgezeichnet. Man ehre mit dem Preis „einen großen Europäer, der als unermüdlicher Arbeiter, Mittler und Konsensbildner in schwerer Zeit einen bedeutenden Beitrag zur Konsolidierung der EU geleistet hat und der als wichtiger Impuls- und Ideengeber Orientierung dafür gibt, welchen Weg das Europa von morgen nehmen soll“, heißt es in der Begründung. Verliehen wird der Preis am 29. Mai 2014 im Krönungssaal des Aachener Rathauses. Der Karlspreis wird seit 1950 an Personen und Institutionen verliehen, die sich um die Einigung Europas verdient gemacht haben.

Englisch-Wettbewerb „The Big Challenge“

„Big Challenge“ ist ein Englisch-Wettbewerb, bei dem europaweit Schülerinnen und Schüler 54 Fragen zu Wortschatz, Grammatik, Aus-

sprache und Landeskunde zu beantworten haben. Teilnehmen können alle Schülerinnen und Schüler der fünften bis neunten Jahrgangsstufen, deren Muttersprache nicht Englisch ist. Der Test findet am 13. Mai 2014 statt und dauert 45 Minuten. Jede(r) Teilnehmer/in erhält einen Preis. Auf die besten Schüler/innen warten zudem attraktive Zusatzgewinne wie Sprachreisen, Wörterbücher, Zeitschriften und Schülerkalender. Interessierte Englischlehrerinnen und -lehrer können sich bis 15. März 2014 zur „Big Challenge" anmelden. Informationen im Internet unter www.thebigchallenge.com/de/ .

Europäische Unternehmer-Region 2015

Der Ausschuss der Regionen sucht die Europäische Unternehmerregion 2015. Teilnehmen können regionale Gebietskörperschaften, die ungeachtet ihrer Größe, Wirtschaftskraft und Kompetenzen eine herausragende unternehmerische Strategie haben. Aus der Bewerbung sollte hervorgehen, dass hinter der Strategie für die Europäische Unternehmerregion ein politisches Engagement steht, etwa vonseiten der Volksvertretung der Region, der Regionalregierung oder eines anderen befugten Organs. Zudem sollen die Regionen angeben, welche Institutionen und Akteure für die Umsetzung konkreter Maßnahmen zuständig sein werden. Einsendeschluss ist der 31. März 2014. Informationen im Internet unter www.cor.europa.eu/eer .

Mitglieder-Votum über Koalition im Bund

Das Bundesverfassungsgericht hat den Antrag abgelehnt, der SPD im Wege einer einstweiligen Anordnung zu untersagen, eine Abstimmung ihrer Mitglieder über das Zustandekommen einer Großen Koalition durchzuführen. Eine diese Abstimmung beanstandende Verfassungsbeschwerde wäre unzulässig (nichtamtliche Leitsätze).

BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2013
- Az.: 2 BvQ 55/13 -

Im Wege der Verfassungsbeschwerde können nur Akte der öffentlichen Gewalt angegriffen werden (Art. 93 Abs. 1 Nr. 4 a GG, § 90 Abs. 1 BVerfGG). An einem solchen Akt fehlt es hier. Mit der Durchführung einer Abstimmung über einen Koalitionsvertrag unter ihren Mitgliedern übt die SPD keine öffentliche Gewalt aus. Öffentliche Gewalt ist vornehmlich der Staat in seiner Einheit, repräsentiert durch irgendein Organ. Parteien sind nicht Teil des Staates. Sie wirken in den Bereich der Staatlichkeit lediglich hinein, ohne ihm anzugehören.
Der Abschluss einer Koalitionsvereinbarung zwischen politischen Parteien und die ihm vorangehende oder nachfolgende parteiinterne Willensbildung wirken nicht unmittelbar so in die staatliche Sphäre hinein, dass sie als staatliches Handeln qualifiziert werden könnten. Koalitionsvereinbarungen bedürfen vielmehr weiterer und fortlaufender Umsetzung durch die regelmäßig in Fraktionen zusammengeschlossenen Abgeordneten des Bundestages.

GERICHT IN KÜRZE
zusammengestellt von Hauptreferent Andreas Wohland, StGB NRW

Die Abgeordneten des Deutschen Bundestages sind an Aufträge und Weisungen nicht gebunden und nur ihrem Gewissen unterworfen (Art. 38 Abs. 1 Satz 2 GG). Die politische Einbindung des Abgeordneten in Partei und Fraktion ist verfassungsrechtlich erlaubt und gewollt. Das Grundgesetz weist den Parteien eine besondere Rolle im Prozess der politischen Willensbildung zu, weil ohne die Formung des politischen Prozesses durch geeignete freie Organisationen eine stabile Demokratie in großen Gemeinschaften nicht gelingen kann.
Wie die politischen Parteien diesen parlamentarischen Willensbildungsprozess innerparteilich vorbereiten, obliegt unter Beachtung der - jedenfalls hier - nicht verletzten Vorgaben aus Art. 21 und 38 GG sowie des Parteiengesetzes grundsätzlich ihrer autonomen Gestaltung. Es ist nicht erkennbar, dass die vom Antragsteller beanstandete Abstimmung für die betroffenen Abgeordneten Verpflichtungen begründen könnte, die über die mit der Fraktionsdisziplin verbundenen hinausgingen.

Zweitwohnungsteuer

Nutzen nicht dauernd getrennt lebende Eheleute sowohl die Hauptwohnung am Familienwohnsitz als auch die aus beruflichen Gründen gehaltene Zweitwohnung gemeinsam, verstößt die Besteuerung der Zweitwohnung nicht gegen das Diskriminierungsverbot des Art. 6 Abs. 1 GG (nichtamtlicher Leitsatz).

VG Düsseldorf, Urteil vom 28. Oktober 2013
- Az.: 25 K 2036/11 -

Sowohl der Kläger als auch die Klägerin sind mit Nebenwohnung in X. gemeldet. Die Hauptwohnung beider Kläger befin-

STADTARCHÄOLOGIE UND STADTENTWICKLUNG IM WELTERBE

Hrsg. v. Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS), DIN A 4, 99 S., kostenlos zu bestellen über E-Mail nikola.fassbender@bbr.bund.de, Stichwort: Stadtarchäologie und Stadtentwicklung, oder herunterzuladen unter www.bbsr.bund.de

Archäologie ist ein wichtiges Thema in der integrierten Stadtentwicklung. Die „Stadt unter der Stadt" stößt auf wachsendes Interesse bei Bewohner/innen wie Besucher/innen. Die archäologischen Relikte werden zunehmend Bestandteil von Umbau- und Neubaumaßnahmen und werden als „Fenster in die Vergangenheit" aufbereitet. Die Publikation dokumentiert die Beiträge der Tagung über das Investitionsprogramm Nationale UNESCO-Welterbestätten im November 2012 in Lübeck und bietet mit zahlreichen Praxisbeispielen einen Überblick über die Einbindung der Stadtarchäologie in die integrierte Stadtentwicklung.

det sich in I. Dementsprechend gaben die Kläger in der an die Beklagte gerichteten ZwSt-Erklärung übereinstimmend an, die Anschrift des Erstwohnsitzes sei in I. Die Zweitwohnung in X. wird von den Eheleuten gemeinschaftlich genutzt. Der Kläger geht seiner Arbeit in X. nach, die Klägerin dagegen in I.

Die Entscheidung wird wie folgt begründet: Gemäß § 3 Abs. 1 Satz 2 Zweitwohnungssteuersatzung (ZwStS) sind ausgenommen von der Steuerpflicht Inhaber von Zweitwohnungen dann, wenn sich ihre Hauptwohnung nach § 16 Abs. 2 Satz 2 Meldegesetz NRW bestimmt. Danach ist Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd getrennt von seiner Familie lebt, die vorwiegend benutzte Wohnung der Familie. Die Bestimmung der ZwStS resultiert aus der Umsetzung des Beschlusses des BVerfG v. 11.10.2005 - 1 BvR 1232/00.

Das BVerfG hat in dem o. a. Beschluss seine Auffassung, ZwStS verstießen gegen das Diskriminierungsverbot des Art. 6 Abs. 1 GG, soweit die Innehabung einer aus beruflichen Gründen gehaltenen Wohnung eines nicht dauernd getrennt lebenden Verheirateten besteuert werde, dessen eheliche Wohnung sich in einer anderen Gemeinde befinde, im Wesentlichen wie folgt begründet: Art. 6 Abs. 1 GG, der Ehe und Familie unter den besonderen Schutz der staatlichen Ordnung stelle, enthalte einen besonderen Gleichheitssatz. Er verbiete, Ehe und Familie gegenüber anderen Lebens- und Erziehungsgemeinschaften schlechter zu stellen.

Bei den finanziellen Aufwendungen für die Innehabung einer Zweitwohnung handele es sich um einen zwangsläufigen Aufwand für die Vereinbarkeit von Ehe und Beruf. Eine verheiratete, nicht dauernd von ihrem Ehegatten getrennt lebende Person, die neben der gemeinsamen Ehewohnung eine weitere Wohnung aus Gründen der Berufsausübung unterhalte, sei von Rechts wegen gehindert, sich für diese Wohnung trotz deren vorwiegender Nutzung mit dem Hauptwohnsitz zu melden und damit die Erhebung von Zweitwohnungssteuern zu vermeiden. Demgegenüber würden von der steuerlichen Belastung durch die Zweitwohnungssteuer solche Personen nicht erfasst, die nicht infolge einer ehelichen Bindung von der Verlegung ihres Hauptwohnsitzes an ihren Beschäftigungsort abgehalten würden.

Der Fall der Kläger unterscheidet sich in wesentlichen Punkten von diesem Sachverhalt. Den Klägern war es nicht infolge einer für Eheleute geltenden Sonderregelung des Melderechts verwehrt, ihre Hauptwohnung dort zu erklären, wo sie sich aus beruflichen Gründen vorwiegend aufgehalten haben; durch die Meldung in X. mit Hauptwohnsitz hätten sie die Erhebung von ZwSt vermeiden können. Benutzen beide Eheleute sowohl die Wohnung am Familienwohnsitz als auch die weitere Wohnung außerhalb gemeinsam, besteht hinsichtlich der melderechtlichen Situation kein Unterschied zwischen Verheirateten oder Ledigen.

Weltanschauungs-Unterricht in NRW

Den vom Humanistischen Verband NRW angestrebten Weltanschauungsunterricht im Schulfach „Humanistische Lebenskunde“ an den öffentlichen Schulen in NRW wird es vorerst nicht geben. Der Verband hat seine Klage in der mündlichen Verhandlung vom 14.01.2014 vor dem 19. Senat des Oberverwaltungsgerichts zurückgenommen (nichtamtliche Leitsätze).

OVG NRW, mündliche Verhandlung vom 14. Januar 2014
- Az.: 19 A 496/11 -

Damit reagierte der Verband auf die Mitteilung des Vorsitzenden, das Grundgesetz knüpfe die Einführung eines Unterrichtsfaches unter anderem daran, dass der Verband durch seine Verfassung und die Zahl seiner Mitglieder die Gewähr für eine dauerhafte Durchführung des Unterrichts biete. Dieses Erfordernis sei wegen des Planungs-, Organisations- und Kostenaufwands unverzichtbar, der mit der landesweiten Einführung eines neuen Unterrichtsfachs für den Staat verbunden sei.

Beim Kläger könne der Senat diese Voraussetzung nicht feststellen, weil der Verband es ablehne, die Zahlen seiner Mitglieder und ihrer schulpflichtigen Kinder vollständig mitzuteilen. Seine Begründung dafür sei nicht tragfähig, dass er es prinzipiell ablehne, nicht religionsmündige Kinder von Verbandsmitgliedern ohne ausdrückliche Entscheidungen ihrer Eltern zu Adressaten weltanschaulicher Bildung und Erziehung zu machen.

IMPRESSUM

STÄDTE- UND GEMEINDERAT
Die Fachzeitschrift für Kommunal- und Landespolitik in Nordrhein-Westfalen

Herausgeber
Städte- und Gemeindebund Nordrhein-Westfalen
Kaiserswerther Straße 199-201
40474 Düsseldorf
Telefon 02 11/45 87-1
Fax 02 11/45 87-211
www.kommunen-in-nrw.de

Hauptschriftleitung
Hauptgeschäftsführer
Dr. Bernd Jürgen Schneider

Redaktion
Martin Lehrer M. A. (Leitung)
Telefon 02 11/45 87-2 30
redaktion@kommunen-in-nrw.de
Barbara Baltsch
Debora Becker (Sekretariat)
Telefon 02 11/45 87-2 31

Abonnement-Verwaltung
Debora Becker
Telefon 0211/4587-231
debora.becker@kommunen-in-nrw.de

Anzeigenabwicklung
Krammer Verlag Düsseldorf AG
Goethestraße 75 • 40237 Düsseldorf
Telefon 02 11/91 49-4 55
Fax 02 11/91 49-4 80

Layout
KNM Krammer Neue Medien
www.knm.de

Druck
D+L REICHENBERG GmbH
46395 Bocholt

Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

Die Zeitschrift erscheint monatlich mit zwei Doppelnummern jeweils im Februar und Juli. das Abonnement (Einzelpreis 78 € komplett, Mindestlaufzeit 1 Jahr) ist unbefristet und kann jederzeit begonnen werden. Bestellungen nur beim Städte- und Gemeindebund NRW, Kaiserswerther Str. 199-201, 40474 Düsseldorf, Internet: www.kommunen-in-nrw.de . Wird das Abonnement innerhalb der ersten zwölf Monate nicht mit einer Frist von einem Monat schriftlich gekündigt, verlängert es sich bis zum Ende des laufenden Kalenderjahres. Wird es dann nicht bis zum 30.11. - wirksam zum 31.12. - gekündigt, verlängert es sich um ein weiteres Kalenderjahr und bleibt dann jeweils mit einer Frist von einem Monat zum Jahresende kündbar. Die Abonnementgebühr wird - bei Abo-Beginn im laufenden Kalenderjahr - anteilig für die dann noch bezogenen Hefte sowie jeweils im 1. Quartal für das gesamte Kalenderjahr in Rechnung gestellt. Wird das Abonnement während des Kalenderjahres zum Ende der Mindestlaufzeit gekündigt und ist bereits die volle Jahres-Abonnementgebühr bezahlt, wird diese für die nicht mehr bezogenen Hefte anteilig zurückerstattet. Kein Buchhandelsrabatt. Die mit dem Namen des Verfassers/der Verfasserin veröffentlichten Beiträge geben dessen/deren persönliche Meinung wieder.

Nachdruck oder elektronische Wiedergabe nur mit Genehmigung der Schriftleitung.
ISSN 0342-6106

Themenschwerpunkt April 2014: Stärkungspakt

KOMPETENTER RATGEBER

BEI ALLEN FRAGEN RUND UMS BADEZIMMER

Bereits über 30 Jahre steht wohnbaden seinen Lesern mit Rat und Tat in Sachen Badausstattung zur Seite. Als kompetentes und trendorientiertes Magazin hat wohnbaden mehreren hunderttausend Einrichtern geholfen, ihr Badezimmer erfolgreich zu modernisieren.

Eine kompetente Beratungs- und Planungshilfe für das neue Wunschbad ist einmal mehr die aktuelle Ausgabe. Im Heft findet der Leser ausgeklügelte Ideen und Anregungen zu vielfältigen Badlösungen für jeden Grundriss – vom Mini- bis zum Luxusbad. Und dazu noch jede Menge Tipps rund um neueste Produktserien, Materialien sowie Techniken für anspruchsvolle und realisierbare Wohnbäder.

Das Trendmagazin wohnbaden kostet 6 €, bei größeren Stückzahlen Preis auf Anfrage.

Die aktuelle Ausgabe „Winter 2013/2014“ erhalten Sie direkt bei der Krammer Verlag Düsseldorf AG, Telefon 0211/9149-3, Fax 0211/9149 450, vertrieb@krammerag.de

Den besten Weg finden!
www.KommunalAgenturNRW.de

Projektsteuerung | Abwasserbeseitigung | Grundstücksentwässerung | Hochwasservorsorge | Kanalsanierung | Klimaschutz und Klimaanpassung | interkommunale Zusammenarbeit | Finanzierung kommunaler Aufgaben | Konzessionsverträge | Personal- und Organisationsentwicklung | Managementsysteme | Externe Beauftragtenfunktionen | Arbeitssicherheit | Brandschutz | Benchmarking | Datenschutz | Gebühren- und Beitragskalkulation | Organisationsformen | Satzungen | europaweite und nationale Ausschreibungen für kommunale Beschaffungen wie Abfall, Fahrzeuge, Klärschlammentsorgung, Gebäudereinigung ... | IT-Lösungen

KommunalAgenturNRW GmbH | Cecilienallee 59 | 40474 Düsseldorf
Tel.. 0211 – 430 77 0 | Fax: 0211 – 430 77 22 | www.kommunalagenturnrw.de | info@kommunalagenturnrw.de

Das Dienstleistungsunternehmen des
Städte- und Gemeindebundes NRW

KommunalAgenturNRW