

BESCHLUSS

aus der 8. Sitzung
des Regionalrates
am Donnerstag, 17. März 2016

Öffentliche Sitzung

TOP 1: Regularien

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat genehmigt die vorliegende Niederschrift über die Sitzung des Regionalrates am 8. Dezember 2015.

Niederschrift
über die
Sitzung des Regionalrates Arnberg
am 8. Dezember 2015
in Arnberg

Beginn: 09:30 Uhr
Ende: 13:05 Uhr

Anwesenheitsliste

Anwesende Personen

Stimmberechtigte Mitglieder

Droege, Hermann-Josef	Regionalratsvorsitzender
Abel, Roland	bis 12:20 Uhr
Banschkus, Bernd	
Grosche, Thomas	
Hoffmann, Axel	
Hundt, Stefan	
Kleine, Johannes Josef	
Klespe, Christian	
Liedmann, Werner	
Mense, Christel	
Metzger, Harald	
Niermann, Guido	
Schmitt, Bernd Josef	
Schneider, Hans Walter	
Schulte, Ludwig	

Beratende Mitglieder

Brunsmeier, Klaus	
Dr. Gerken, Alfred	
Geuecke, Josef	bis 12:25 Uhr
Haardt, Ottmar	bis 12:20 Uhr
Molkentin-Syring, Monika	bis 11:45 Uhr
Römer, Wolfgang	bis 11:45 Uhr
Dienstel-Kümper, Barbara	
Dr. Drathen, Klaus	
Lönnecke, Dirk	bis 12:25 Uhr
Melcher, Theo	
Heinz, Sylvia P.	Kreis Siegen-Wittgenstein

Kommissionsmitglieder, die nicht dem Regionalrat angehören

von Buchwald, Werner
Goesmann, Gritta
Hudyma, Christa
Schulze, Hanna
Walter, Friedhelm

Gäste

Steffens, Barbara	Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW
Tippel, Cornelia	Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs)
Kemna, Kirsten	sfs

Bezirksregierung Arnsberg

Ewert, Diana	Regierungspräsidentin
Milk, Volker	Regierungsvizepräsident
Sommer, Thomas	Abteilungsleiter
Aßhoff, Ferdinand	Abteilungsleiter/Regionalplaner
Blasberg-Bense, Susanne	Abteilungsleiterin
Müller, Bernd	Abteilungsleiter

Hirte, Irmtraud
Söbbeler, Christoph
Siemer, Reinald
Krusat-Barnickel, Bettina
Dietz, Iris
Lieske, Frank
Fehrmann, Brunhild
Karich, Hans-Jürgen
Evers, Rüdiger
Elhaus, Christine
Mennekes, Andreas
Storm, Jürgen
Launhard, Karen

Persönliche Referentin
Pressereferent
Dezernat 25
Dezernat 32
Dezernat 32
Dezernat 32
Dezernat 48
Dezernat 48
Dezernat 52
Dezernat 54
Dezernat 65
Geschäftsstelle
Geschäftsstelle

Abwesende Personen

Stimmberechtigte Mitglieder

Beratende Mitglieder

Arenz, André
Durt, Hartwig
Frye, Thomas
Niemand, Meinolf

Bezirksregierung Arnberg

Wagner, Friedrich Wilhelm

Abteilungsdirektor

Tagesordnung für die Sitzung des Regionalrates am 8. Dezember 2015

- TOP 1: Regularien**
- TOP 2: Schwerpunktthema:
Strategische Ansätze zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen**
- TOP 2.a: Vortrag von Frau Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW**
- TOP 2.b: Vortrag von Frau Cornelia Toppel, Sozialforschungsstelle (sfs), Technische Universität Dortmund, über die Roadmap zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen**
- TOP 2.c: Beitrag zur Roadmap aus Sicht der Bezirksregierung**
- Information
Vorlage 20/04/2015
- TOP 3: Landes- und Regionalplanung**
- TOP 3.a: Aufstellung des Landesentwicklungsplans Nordrhein-Westfalen (LEP);**
- Beteiligung der öffentlichen Stellen
Vorlage 21/04/2015
- TOP 3.b: 1. Änderung des Regionalplanes Arnsberg, Teilabschnitt Kreis Soest und Hochsauerlandkreis im Bereich der Städte Arnsberg, Meschede und Sundern; Neudarstellungen und Erweiterungen von Bereichen für den Schutz der Natur (BSN)**
- Aufstellungsbeschluss
Vorlage 10/02/2015 1. Ergänzung
- TOP 3.c: 4. Änderung des Regionalplanes Arnsberg, Teilabschnitt Kreis Soest und Hochsauerlandkreis;
textliche Änderung des Zieles 14 (Erweiterung der Zweckbindung)**
- Beschluss über eine Aufstellung
Vorlage 22/04/2015
- TOP 3.d: Zielabweichungsverfahren nach § 16 LPIG im Gebiet der Stadt Arnsberg**
- Einvernehmen des Regionalrates
Vorlage 23/04/2015
- TOP 4: Neuaufstellung des Bundesverkehrswegeplanes (BVWP) 2015**
- Beratung
- TOP 5: Neuaufstellung des ÖPNV-Bedarfsplans 2017 des Landes NRW;
Projektanmeldungen zur fachlichen Bewertung**
- Beschluss über den regionalen Vorschlag
Vorlage 24/04/2015

- TOP 6: Förderung/Bauprogramme**
- TOP 6.a: Um- und Ausbau von Landesstraßen bis 3 Mio. € Gesamtkosten und Radwegbau an bestehenden Landesstraßen**
- Beschluss über die Priorisierung von Maßnahmen für das Jahr 2016
Vorlage 25/04/2015
- TOP 6.b: Gefährdungsabschätzung und Sanierung von Altlasten Förderprogramm 2016**
- Beratung und Beschlussfassung
Vorlage 26/04/2015
- TOP 6.c: Kunst- und Kulturförderung Projektförderung im Rahmen der Regionalen Kulturpolitik 2016**
- Beratung und Beschlussfassung
Vorlage 27/04/2015
- TOP 6.d: Städtebauförderung**
- Vorstellung der Fördersätze für die Kommunen des Regierungsbezirkes Arnberg für das Jahr 2016
Vorlage 28/04/2015
- TOP 7: Auswirkungen der Novelle des Landeswassergesetzes (LWG) auf die Rohstoffversorgung in der Planungsregion Arnberg**
- Beschlussfassung
Vorlage 29/04/2015
- TOP 8: Mitteilungen und Anfragen**

Sitzungsergebnis

TOP 1: Regularien

Der Vorsitzende, **Herr Droege**, eröffnet die Sitzung des Regionalrates und stellt fest, dass hierzu ordnungsgemäß eingeladen wurde und der Regionalrat beschlussfähig ist.

Er begrüßt die **Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW, Frau Barbara Steffens**, sowie **Frau Cornelia Toppel** und **Frau Kirsten Kemna** von der **Sozialforschungsstelle Dortmund** zum Schwerpunktthema unter TOP 2 und heißt auch die weiteren Sitzungsteilnehmer willkommen.

Zur Mitunterzeichnung der Niederschrift wird das Regionalratsmitglied **Stefan Hundt** benannt.

Herr Niermann bittet für die **CDU-Fraktion** um Absetzung des TOP 3.b, da die Entscheidung im Hochsauerlandkreis noch nicht abschließend gereift sei. Die CDU-Fraktion sei daher der Auffassung, dass der TOP noch nicht beraten werden sollte.

Herr Schneider informiert, dass er am Vortag ein Schreiben der Verwaltung des Hochsauerlandkreises mit folgender Aussage erhalten habe: „In der Planungskommission wurde der Tagesordnungspunkt kontrovers diskutiert. Der Vorsitzende forderte eine Aussage des Hochsauerlandkreises, ob sich die Abgrenzung des Naturschutzgebietes ändert. Die Abgrenzung der NSG-Darstellung des Landschaftsplans Sundern stimmt mit den Darstellungen des Regionalplans überein. Im Landschaftsplan Sundern ist für diese Flächen vorgesehen, dass mit 20 % Nadelholz wieder aufgeforstet werden kann, so dass der Regionalrat zustimmen könnte.“ Es schließt sich eine kurze Diskussion an.

Der Regionalrat fasst **bei sieben Gegenstimmen** mehrheitlich folgenden **Beschluss**:

1. Der TOP 3.b

„1. Änderung des Regionalplanes Arnsberg, Teilabschnitt Kreis Soest und Hochsauerlandkreis im Bereich der Städte Arnsberg, Meschede und Sundern; Neudarstellungen und Erweiterungen von Bereichen für den Schutz der Natur (BSN) - Aufstellungsbeschluss“

wird von der Tagesordnung abgesetzt.

Der Vorsitzende stellt die geänderte Tagesordnung fest.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

2. Der Regionalrat genehmigt die vorliegende Niederschrift über die Sitzung des Regionalrates am 24. September 2015.

TOP 2: Schwerpunktthema: Strategische Ansätze zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen

TOP 2.a: Vortrag von Frau Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW

Die Einführung des Vorsitzenden, die Rede von Frau Ministerin Steffens sowie die nachfolgenden Diskussionsbeiträge sind als Anlage I beigefügt.

TOP 2.b: Vortrag von Frau Cornelia Toppel, Sozialforschungsstelle (sfs), Technische Universität Dortmund, über die Roadmap zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen

Frau Toppel informiert über die Roadmap anhand der als Anlage II angefügten Präsentation. Als Anlage III ist der Bericht zur Befragung der südwestfälischen Städte und Gemeinden zu ihrer Rolle bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im demografischen Wandel angefügt.

Herr Schneider erklärt für die **SPD-Fraktion**, das Memorandum für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen vom 4. Februar 2015 mit den elf Leitlinien unterstützen zu wollen und alle Städte und Gemeinden auffordern zu wollen, dies – auch anhand der konkreten Beispiele – ebenfalls zu tun. Er bittet, der Regionalrat möge durch Mitunterzeichnung der Roadmap durch den Regionalratsvorsitzenden oder die Fraktionsvorsitzenden diese unterstützen und sich dafür einsetzen, dass sie in den Städten, Gemeinden und Kreisen konkretisiert und umgesetzt werde. Dies wird für die **CDU-Fraktion** von **Herrn Niemann** befürwortet. Der Regionalrat begrüßt die Roadmap und schließt sich dieser an.

TOP 2.c: Beitrag zur Roadmap aus Sicht der Bezirksregierung

- Information
Vorlage 20/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

1. Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

Die CDU-Fraktion hat den als Anlage IV angefügten Antrag „Notfallsanitäter-Ausbildung nicht auf Kosten der Träger des Rettungsdienstes“ gestellt. **Herr Niemann** zieht diesen aufgrund der Aussagen der Ministerin innerhalb der Diskussion unter TOP 2.a zurück.

Weiterhin liegt der Antrag der **CDU-Fraktion** „Medizinische Versorgung für Südwestfalen sichern! – Medizinische Fakultät an der Universität Siegen errichten“ vor.

Der Regionalrat fasst **bei sieben Enthaltungen einstimmig** folgenden **Beschluss**:

2. Der Regionalrat befürwortet den Antrag der CDU-Fraktion „Medizinische Versorgung für Südwestfalen sichern! – Medizinische Fakultät an der Universität Siegen errichten“ und macht ihn sich zu eigen (s. Anlage V).

TOP 3: Landes- und Regionalplanung

TOP 3.a: Aufstellung des Landesentwicklungsplans Nordrhein-Westfalen (LEP);

- Beteiligung der öffentlichen Stellen
Vorlage 21/04/2015

Auf den Plätzen liegt das in Anlage 2 der versandten Vorlage auszutauschende Blatt aus (Seiten 1 und 2 –Teil I der Stellungnahme zum LEP-Entwurf, im Internet/Intranet Austausch erfolgt).

Es liegt ein Antrag der **CDU-Fraktion** vor (s. Anlage VI).

Herr Hoffmann übernimmt für die **Fraktionsgemeinschaft FDP/Grüne** den Antrag von **Herrn Brunsmeier**, den ersten Absatz unter 5-2 im Teil I der Anlage 2 der Stellungnahme hinter dem Begriff „Wissenschaft“ um die Begriffe „Umwelt-, Klima- und

Naturschutz“ zu ergänzen.

Der Antrag der CDU-Fraktion wird diskutiert.

In diesem Zusammenhang beantragt die **SPD-Fraktion** zu Ziel 8.1-6 folgende Teil-Stellungnahme abzugeben: „Die Sicherung und Entwicklung der internationalen Flughäfen erfolgt im Einklang mit der Luftverkehrskonzeption des Landes. Bei der Neuformulierung dieser Konzeption muss für alle internationalen Verkehrsflughäfen in NRW eine bedarfsgerechte Entwicklung ohne Einschränkungen und Wettbewerbsverzerrungen ermöglicht werden. Daher ist im LEP Ziel 8.1-6 eine Differenzierung der Flughäfen in landes- und regionalbedeutsam aufzugeben.“

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

1. Der Regionalrat beschließt die als Anlage 2.1 angefügte gemeinsame Stellungnahme der drei westfälischen Regionalräte Arnsberg, Detmold und Münster und der drei Bezirksregierungen zur überarbeiteten Fassung des Entwurfes des Landesentwicklungsplanes NRW unter Ergänzung der Begriffe „Umwelt-, Klima- und Naturschutz“.

Der Regionalrat fasst **bei sieben Gegenstimmen** mehrheitlich folgenden **Beschluss**:

2. Der Regionalrat beschließt folgende Teil-Stellungnahme zu Ziel 2-3:

In den Erläuterungen zu diesem Ziel wird folgender Satz aus der ersten LEP-Entwurfassung (6.2-3) aufgenommen: „Zur Sicherung dieses vorhandenen Angebots an öffentlichen und privaten Dienstleistungs- und Versorgungseinrichtungen in möglichst kurzwegiger Entfernung können bei der Anpassung der Bauleitplanung nach § 34 LPlG ausnahmsweise in diesen Ortsteilen einzelne Außenbereichsflächen als neue Bauflächen zugelassen werden.“

Begründung:

Grundsätzlich ist die Aussage, dass sich auch in Ortsteilen die im Freiraum liegen, eine Siedlungsentwicklung vollziehen kann, zu begrüßen. Der o.g. Satz konkretisiert die in Ziel 2-3 formulierte Zielsetzung und hilft bei der Interpretation.

Der Regionalrat fasst **bei sieben Gegenstimmen** mehrheitlich folgenden **Beschluss**:

3. Der Regionalrat beschließt folgende Teil-Stellungnahme zu Ziel 6.1-1:

„Die Forderung nach einer Zurückführung von Wohnbauflächenreserven in Streitfällen ist zunächst auszusetzen. Dies Moratorium gilt solange, bis eine Überprüfung der aktuellen Bevölkerungsprognosen von IT.NRW erfolgt ist. Die neue Prognose hat insbesondere die Flüchtlings- und Zuwanderungsbewegungen nach NRW (rund 300.000 Menschen in 2015) zu berücksichtigen.“

Begründung:

Siehe Ausführungen zu Kapitel 1.2.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

4. Der Regionalrat beschließt folgende Teil-Stellungnahme zu Grundsatz 6.1-9:

Die Vorschriften zur Berücksichtigung der Infrastrukturkosten sind zu streichen.

Begründung:

Die in der Neufassung des LEP-E enthaltene Vorschrift zur Berücksichtigung von Infrastrukturkosten ist in der Ausgestaltung überdimensioniert und grundsätzlich geeignet, die Genehmigung von Planungen zusätzlich bürokratisch zu befrachten. Dies gilt umso mehr, als Infrastrukturkosten schon heute in die Bewertung von Projekten einfließen.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

5. Der Regionalrat beschließt folgende Teil-Stellungnahme zu Ziel 8.1-6:

„Die Sicherung und Entwicklung der internationalen Flughäfen erfolgt im Einklang mit der Luftverkehrskonzeption des Landes. Bei der Neuformulierung dieser Konzeption muss für alle internationalen Verkehrsflughäfen in NRW eine bedarfsgerechte Entwicklung ohne Einschränkungen und Wettbewerbsverzerrungen ermöglicht werden. Daher ist im LEP Ziel 8.1-6 eine Differenzierung der Flughäfen in landes- und regionalbedeutsam aufzugeben.“

Der Regionalrat fasst **bei sieben Gegenstimmen** mehrheitlich folgenden **Beschluss**:

6. Der Regionalrat beschließt folgende Teil-Stellungnahme zu Grundsatz 10.2-3:

„Die Festschreibung von konkreten Flächengrößenangaben für Windvorranggebiete (18.000 ha für Südwestfalen) als Grundsatz ist zu streichen. Stattdessen ist auf die Aufgabe der Kommunen hinzuweisen, unter Beachtung der geltenden Gesetze und Erlasse der Windkraft "substantiell Raum" zu geben.“

Begründung:

Der heftigen Kritik aus Südwestfalen an der im 1. LEP-Entwurf enthaltenen Vorgabe des Umfangs der Vorranggebiete für die Windenergienutzung für Südwestfalen in einer Größenordnung von 18.000 ha als landesplanerisches Ziel wurde auf den ersten Blick dadurch entsprochen, dass die bisherige Zielvorgabe in einen der Abwägung unterliegenden Grundsatz abgewandelt wurde.

Allerdings enthalten die Erläuterungen zu diesem Grundsatz so viele ergänzende, für die Regionalplanungsbehörde quasi verbindliche Festlegungen, dass die Erwartung des Regionalrats und auch der Kommunen, auf diesem Weg zu einer flexibleren Handhabung der Flächenvorgabe des Landes auf der regionalen Ebene zu gelangen, letztendlich enttäuscht wurde.

Ohnehin haben die Kommunen schon jetzt die Aufgabe, der Windkraft "substantiell Raum" zu geben. Die Vorgaben hierfür sind in der jüngeren Vergangenheit weiter konkretisiert und spezifiziert worden (z.B. Windkrafterlass und aktuelle Rechtsprechung).

Der Regionalrat fasst **bei sieben Gegenstimmen** mehrheitlich folgenden **Beschluss**:

7. Der Regionalrat beschließt die als Anlage 2.II angefügte ergänzende Stellungnahme zur überarbeiteten Fassung des Entwurfes des Landesentwicklungsplanes NRW. (Anmerkung: Die Anträge sind in die beschlossene Version eingearbeitet.)

- TOP 3.b: 1. Änderung des Regionalplanes Arnsberg, Teilabschnitt Kreis Soest und Hochsauerlandkreis im Bereich der Städte Arnsberg, Meschede und Sundern; Neudarstellungen und Erweiterungen von Bereichen für den Schutz der Natur (BSN)**
- Aufstellungsbeschluss
Vorlage 10/02/2015 1. Ergänzung

Der TOP wurde von der Tagesordnung abgesetzt.

- TOP 3.c: 4. Änderung des Regionalplanes Arnsberg, Teilabschnitt Kreis Soest und Hochsauerlandkreis; textliche Änderung des Zieles 14 (Erweiterung der Zweckbindung)**
- Beschluss über eine Aufstellung
Vorlage 22/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Dem Beratungsergebnis in der Planungskommission entsprechend wird der TOP abgesetzt.

- TOP 3.d: Zielabweichungsverfahren nach § 16 LPIG im Gebiet der Stadt Arnsberg**
- Einvernehmen des Regionalrates
Vorlage 23/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat erteilt sein Einvernehmen zu der beantragten Zielabweichung im Gebiet der Stadt Arnsberg.

- TOP 4: Neuaufstellung des Bundesverkehrswegeplanes (BVWP) 2015**
- Beratung

Der Sachstand und das verabredete Vorgehen werden diskutiert.

Herr Schulte erinnert an die in der Sitzung der Verkehrskommission im September geäußerte Bitte, dem Regionalrat die Bewertungsergebnisse umgehend nach deren Eingang zukommen zu lassen.

Herr Brunsmeier regt an, wegen der enthaltenen, für die anstehende Diskussion wichtigen Hinweise den Regionalratsmitgliedern die Drucksache 18(15)284 des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur des Deutschen Bundestages zur Kenntnis zu geben (s. Anlage VII).

- TOP 5: Neuaufstellung des ÖPNV-Bedarfsplans 2017 des Landes NRW; Projektanmeldungen zur fachlichen Bewertung**
- Beschluss über den regionalen Vorschlag
Vorlage 24/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat beschließt die Vorhabenliste zur Projektanmeldung für die Neuaufstellung des ÖPNV-Bedarfsplans 2017 entsprechend der **Anlage**.

TOP 6: Förderung/Bauprogramme

TOP 6.a: Um- und Ausbau von Landesstraßen bis 3 Mio. € Gesamtkosten und Radwegbau an bestehenden Landesstraßen

- Beschluss über die Priorisierung von Maßnahmen für das Jahr 2016
Vorlage 25/04/2015

Herr Hundt erläutert nach Darlegung des Sachstandes durch **Herrn Schulte** und auf dessen entsprechende Bitte um Bericht zu aktuellen Erkenntnissen, nach seinem Kenntnisstand habe der Bürgermeister der Gemeinde Kirchhundem am 6. Dezember 2015 erklärt, dass alle Grundstücksverhandlungen abgeschlossen seien. Es sei auch bekannt, dass die Planungen abgeschlossen seien und damit eigentlich einem Bau der Ortsdurchfahrt in Kirchhundem-Heinsberg nichts mehr im Wege stehen könne. Insofern könnten nach geltenden Beschlüssen die Landesmittel dort verbaut werden.

Der Vorsitzende verweist auf das ausliegende Schreiben des Bürgermeisters der Gemeinde Kirchhundem vom 2. Dezember 2015.

Im Rahmen der Diskussion erläutert **Herr Siemer**, nach Information des Landesbetriebs Straßenbau NRW werde dieser die Ausschreibung der Maßnahme L 713 Ausbau OD Kirchhundem/Heinsberg vorbereiten, selbst wenn die letzten notariellen Beglaubigungen noch nicht vorlägen. Wenn der Auftrag vergeben sei, seien zunächst erhebliche Leitungsumlegungen mit entsprechenden Kosten durchzuführen. Daher hätten sich die Niederlassungen des Landesbetriebs abgestimmt, dass auch die Maßnahme auf Priorität 2 (L 670 Möhnesee/Berlingsen und B 516) Mitte des Jahres 2016 zusätzlich ausgeschrieben werde, womit gewährleistet sei, dass der gesamte Anteil für Südwestfalen in 2016 verausgabt werde. Auf Nachfrage **des Vorsitzenden** erklärt **Herr Siemer**, dass nach Auskunft des Landesbetriebs auch für die Maßnahme mit Priorität 3 (L 743 Olsberg/Umbau Knotenpunkt am Markt zum KV) im Laufe des Jahres 2016 die Ausschreibung laufen solle und möglicherweise damit Ende 2016 alle drei Maßnahmen im Bau seien.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

1. Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

2. Der Regionalrat beschließt die Prioritätenliste 2016 für das Programm „Um- und Ausbau von Landesstraßen bis 3 Mio. € Gesamtkosten“ (**Anlage 1**).

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

3. Der Regionalrat beschließt die Prioritätenliste 2016 für das Programm „Radwegbau an bestehenden Landesstraßen“ (**Anlage 3**).

TOP 6.b: Gefährdungsabschätzung und Sanierung von Altlasten Förderprogramm 2016

- Beratung und Beschlussfassung
Vorlage 26/04/2015

Herr Hoffmann bittet um Abgrenzung der zwei parallelen Systeme der Sanierungsmöglichkeiten von Altlasten, insbesondere hinsichtlich Zuständigkeiten und Umfang. **Der Vorsitzende** bittet insofern in einer der nächsten Sitzungen der Strukturkommission um entsprechende Darstellung, ggf. ergänzt um Ausführungen dazu, welche Relevanz der Altlastensanierungsfonds NRW für die Region Südwestfalen habe.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat erteilt sein Einvernehmen zu der Dringlichkeitsliste „Gefährdungsabschätzung und Sanierung von Altlasten 2016“ (**Anlage 1**).

TOP 6.c: Kunst- und Kulturförderung
Projektförderung im Rahmen der Regionalen Kulturpolitik 2016
- Beratung und Beschlussfassung
Vorlage 27/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat empfiehlt nach Beratung gem. § 9 Abs. 2 LPIG die in der **Anlage** aufgeführten Projekte der Regionalen Kulturpolitik für die Regionen Hellweg, Sauerland und Südwestfalen für das Jahr 2016 entsprechend der Rangfolge nach Gremienempfehlung dem Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport NRW für eine Förderung vorzuschlagen.

TOP 6.d: Städtebauförderung
- Vorstellung der Fördersätze für die Kommunen des Regierungsbezirkes Arnsberg für das Jahr 2016
Vorlage 28/04/2015

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:

Der Regionalrat nimmt die individuellen Fördersätze der Kommunen des Regierungsbezirkes Arnsberg für das Städtebauförderprogramm 2016 zur Kenntnis.

TOP 7: Auswirkungen der Novelle des Landeswassergesetzes (LWG) auf die Rohstoffversorgung in der Planungsregion Arnsberg
- Beschlussfassung
Vorlage 29/04/2015

Herr Liedmann fordert, dass sich der Regionalrat in einer künftigen Kommissionssitzung der Bedenken der Bevölkerung in Bezug auf die Ansprüche der Steinindustrie, unterhalb der Grundwassersohle abzugraben, nochmals annehmen sollte. Dabei sollte im Lichte der Erkenntnisse aus der OVG-Entscheidung im Verfahren Wasserwerke Lörmecke ./ Steinindustrie, ggf. unter Beteiligung von Experten zur Balance zwischen den konkurrierenden Ansprüchen Stellung bezogen werden, um eine Versachlichung der öffentlichen Diskussion herbeizuführen.

Herr Droege schlägt vor, wegen einer möglichen Änderung der Sach- und/oder Rechtslage in einer der nächsten Sitzungen der Planungskommission einen eigenen TOP vorzusehen.

Herr Klespe gibt folgende persönliche Erklärung ab:

„Die Sachdarstellung zur Sitzungsvorlage enthält auch Wertungen, die ich als Mitglied des Regionalrates nicht teile (Seite 4 vorletzter Absatz):

Die Untersagung von Abgrabungen muss nicht gelockert werden. Die bisher geltende Rechtslage hat sich nicht bewährt.

Die in der Nähe der Steinbrüche gelegene Quelle Hillenberg ist versiegt. Die durch die bisherige Rechtslage bedingten Rechtsunsicherheiten sind Ursache mehrerer Klageverfahren zwischen den Wasserwerken und der Steinindustrie vor dem Verwaltungsgericht Arnsberg und dem Oberverwaltungsgericht Münster. Die Genehmigung zur Trinkwasserentnahme wurde vom Verwaltungsgericht Arnsberg kassiert. Wahrscheinlich werden sich die Rechtsstreite bis zum Bundesverwaltungsgericht fortsetzen.

Das von der Landesregierung geplante Landeswassergesetz sichert die Trinkwasserversorgung und schafft Rechtssicherheit. Es ist die konsequente Fortsetzung der

vom Regionalrat beschlossenen Priorität des Grundwasserschutzes. Dafür haben sich auch die Bürgermeister der Gemeinden Rüthen, Warstein, Möhnesee und Ense schriftlich gegenüber dem Regionalrat ausgesprochen.“

Herr Müller erläutert, dass noch kein Urteil, sondern ein Beschluss vorliege. Die Rechtsfolgen des zu erwartenden Urteils habe die Bezirksregierung zu prüfen. Er schlägt vor, die Gremien zu gegebener Zeit zu informieren.

Der Regionalrat fasst **einstimmig** folgenden **Beschluss**:
Der Regionalrat nimmt die Information zur Kenntnis.

TOP 8: Mitteilungen und Anfragen

Der Vorsitzende weist auf die gemeinsame Sitzung der Regionalräte Arnsberg, Münster und Detmold am 11. März 2016 im Landeshaus in Münster hin.

Herr Müller informiert zum Sachstand der Aufstellung des Abfallwirtschaftsplans NRW. Der Planentwurf habe Änderungen u. a. hinsichtlich einer Reduzierung der Entsorgungsregionen von fünf wieder auf drei erfahren sowie einer Verlängerung der Fristen bei Kooperationen (jetzt zwei Jahre) und einer Berücksichtigung umweltbezogener Kriterien bei interkommunalen Kooperationen über die Grenzen der Regionen.

Der Vorsitzende bedankt sich für die angenehme Arbeitsatmosphäre im Regionalrat, für die sehr gute Zusammenarbeit von Regionalrat und Bezirksregierung sowie bei der Geschäftsstelle für die engagierte Zusammenarbeit und wünscht den Sitzungsteilnehmern und ihren Angehörigen besinnliche Weihnachten und für das neue Jahr alles Gute. Er gibt der Hoffnung Ausdruck, dass die anstehenden Herausforderungen des nächsten Jahres bewältigt werden können. Er schließt die Sitzung um 13:05 Uhr.

gez. Droege
(Regionalratsvorsitzender)

gez. Hundt
(Regionalratsmitglied)

gez. Launhard
(Protokollführerin)

TOP 2 a: Schwerpunktthema: Strategische Ansätze zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen

Vortrag von Frau Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter NRW

Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Wir haben in den letzten Jahren aus unterschiedlichen Anlässen sporadisch wiederholt über die Frage der Gesundheitsversorgung in Südwestfalen diskutiert. Da hat logischerweise das Thema der Schließung von Krankenhäusern eine Rolle gespielt, der schwierigen hausärztlichen Versorgung, der Gewinnung von Ärzten in Südwestfalen und das nicht nur wegen der medizinischen Fragestellungen im engeren Sinne, sondern auch wegen der Frage, inwieweit eine hinreichende Versorgung der Menschen in der Region mit medizinischen, ärztlichen Leistungen, mit Angeboten der Krankenhäuser auch ein wesentlicher Standortfaktor für die Attraktivität der Region in unserem Bemühen ist, z. B. Fachkräfte für die Unternehmen in der Region zu gewinnen. Auf den Punkt gebracht ist die Frage eines Bewerbers, der – von woher auch immer – angeworben werden soll, im Zweifel nicht nur die Frage nach dem künftigen Gehalt, sondern die Frage der Versorgung seiner Familie, die er dann hoffentlich in die Region mitbringen möchte. Also ein riesiger Komplex, der im ganz engen Sinne vielleicht nicht zum Kernaufgabenbereich eines Regionalrates im Sinne des Landesplanungsgesetzes gehört, der aber sehr wohl mit der Frage in Verbindung steht: Was macht eigentlich die Zukunftsfähigkeit dieser Region aus und die Fürsorge für die Menschen in dieser Region, abgesehen von den wirtschaftlichen Wirkungen, die vom Gesundheitswesen auch regionalwirtschaftlich in der Region zu verzeichnen sind? Dazu werden Sie, Frau Ministerin, uns jetzt bestimmt hinreichend informieren.

Frau Ministerin Steffens:

Herr Droege, Frau Regierungspräsidentin, erst einmal ganz herzlichen Dank für die Einladung. Auch wenn wir – wie Sie ja richtig sagen – als Land in vielen Bereichen nicht die planerische Zuständigkeit haben, finde ich es wichtig, dass wir gemeinsam darüber diskutieren – gerade weil Kommunen miteinander in Konkurrenz stehen.

Eine der immer wieder gestellten Fragen ist: Welche Region bekommt den Zuschlag für einen Arztsitz, wenn sich eine Ärztin oder ein Arzt bewerben will? Da gibt es inzwischen eine starke Konkurrenzsituation. Früher galten für eine Kommune – das haben Sie einleitend gesagt – zum Teil die harten Standortfaktoren, sie standen an erster Stelle. Erst später wurde langsam die Kinderbetreuung zum weichen Standortfaktor. Inzwischen wird auch die gesundheitliche und pflegerische Versorgung als ein wesentlicher Standortfaktor betrachtet. Er ist es nicht nur bezogen auf die eigene Familie. Es ziehen auch Menschen in die Kommunen, die ihre pflegebedürftigen älteren Väter, Mütter, Angehörigen mitbringen wollen. Pflege und gesundheitliche Versorgung spielen für alle eine wichtige Rolle: Für die, die in einer Region leben, und für die, die gerne dorthin ziehen wollen.

Lassen Sie mich daher kurz etwas zu den Ausgangszahlen und -daten sagen, die für uns als Land die Grundlage unserer Aktivitäten bilden.

Der Anteil der Menschen, die über 65 Jahren alt sind, steigt. 2030 wird es voraussichtlich 4,6 Mio. Menschen geben, die älter als 65 Jahre sind. Das ist eine Zunahme von rund 27 Prozent gegenüber heute. 2050 sind es schätzungsweise fast 5 Mio. ältere Menschen. Diese Altersgruppe hat einen erhöhten Bedarf an Leistungen des Gesundheitswesens. In der Altersgruppe der über 65-Jährigen befinden sich überdurchschnittlich viele Menschen mit mehreren und chronischen Erkrankungen. Folglich ist in dieser Altersgruppe der Anteil derjenigen besonders hoch, die gleichzeitig mehrere Medikamente einnehmen müssen. Sie sind diejenigen, die im Gesundheitswesen die meiste Versorgung brauchen. Der Bedarf steigt. Gleichzeitig, das musste ich bis vor einem Jahr noch sagen, sinkt der Anteil

derjenigen, die im Erwerbsleben stehen und als potenzielle Fachkräfte im Gesundheitswesen arbeiten können. Es droht also ein starker Fachkräftemangel. Das hat sich mit der Zuwanderung vielleicht etwas verändert. Wir wissen aber noch nicht, welche Auswirkungen die Migration hat. Werden wir die Menschen gut integrieren können? Schaffen wir das als Gesellschaft? Schaffen wir das als Land Nordrhein-Westfalen? Wenn ja, dann wird der Anteil derjenigen, die dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, größer werden. Dann, so hoffe ich, finden wir auch mehr Menschen, die im Gesundheitsbereich oder in der Pflege eine Ausbildung machen wollen oder schon eine Ausbildung haben. Die gesamte Fachkraftnachfrage werden wir dennoch nicht decken können. Zusammengefasst heißt das: Der Anteil derjenigen wird steigen, die Bedarfe im Gesundheitsbereich und in der Pflege haben. Der Anteil derjenigen wird sinken, die in die sozialen Sicherungssysteme einzahlen und die als Ärztin, Arzt oder als Pflegefachkraft arbeiten. Das heißt, das Gesundheitssystem muss effizienter werden, und wir müssen versuchen z. B. im Bereich der Pflege die Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. erst gar nicht entstehen zu lassen. Dafür müssen wir anfangen, Prävention auch für das Alter mitzudenken und weiterzuentwickeln, ähnlich wie die Präventionsansätze bei Kindern und Jugendlichen. Bislang ist Prävention im Alter in unserer Gesellschaft nicht wirklich verankert.

Ich will dazu eine Zahl nennen, weil ich sie so beeindruckend finde: Nachdem wir in der Enquete-Kommission „Zukunft der Pflege“ etliche Gutachten dazu hatten, habe ich mir einmal ausrechnen lassen, dass es durchschnittlich zu einer drei Jahre später einsetzenden Pflegebedürftigkeit käme, wenn strukturelle Hilfen präventiv eingesetzt würden. Dann könnten die Menschen in ihrer gewohnten Umgebung und in der eigenen Häuslichkeit bleiben. Daraufhin haben wir gefragt: Was bedeutet das denn für Nordrhein-Westfalen, für die Pflegekassen, wenn für alle neu pflegebedürftigen Menschen die Pflegebedürftigkeit einen Monat später einträte? Für einen Monat später würden die Pflegekassen 45 bis 50 Mio. € sparen. Viel Geld, das man gut in weitere Prävention investieren könnte. Mittlerweile haben durch das neue Präventionsgesetz endlich auch die Pflegekassen die Verantwortung dafür bekommen, Prävention zu leisten. Prävention ist wichtig. Zunächst einmal im Hinblick auf die Lebensqualität der Menschen. Wir alle wollen mit der höheren Lebenserwartung nicht noch mehr Pflegejahre, sondern mehr fitte Jahre erleben. Länger gesund und aktiv leben zu können, heißt aber auch, dass wir uns frühzeitig darum kümmern müssen. Eine erfolgreiche Prävention würde einen Trippel-Win-Effekt auslösen: Sie bedeutet mehr Lebensqualität für die Einzelne/den Einzelnen. Sie hilft, Pflegebedarfe zu vermeiden und sie wirkt sich natürlich auch positiv auf unsere Ressourcen im Gesundheitswesen aus, weil jede/jeder, der länger fit ist, weniger gesundheitliche Bedarfe hat. Es würden also alle von einer guten Prävention profitieren, aber bis heute passiert nicht genug in dem Bereich.

Deswegen ist es uns so wichtig, dass wir in der Pflegepolitik eine Umkehr versuchen. Wir wollen uns stärker mit denjenigen austauschen, die für Stadtplanung, Stadtentwicklung und die entsprechenden Maßnahmen vor Ort verantwortlich sind. Wir brauchen Städte und Gemeinden, in denen Menschen im Alter auch wirklich leben können. Sie müssen die Möglichkeit haben, mit dem Rollator aus dem Haus zu gehen und noch etwas einkaufen zu können. Die hierfür erforderlichen Gegebenheiten haben wir vielerorts gar nicht mehr. Wir brauchen wieder mehr Orte für Begegnungen im Stadtteil und Quartier. Denn das, was am schnellsten krank macht, ist Einsamkeit. Wenn Menschen niemanden mehr haben, mit dem sie reden können, wenn sie keine Aufgabe mehr haben, macht das krank. Wir brauchen sozialräumliche Strukturen, die ermöglichen, dass Menschen im Alter mit anderen zusammen aktiv sein und Sinnvolles tun können. Vor allen Dingen müssen wir diejenigen mitnehmen, die in die nachberufliche Phase kommen, denn sie alle haben ja viele Ressourcen. Wer mit 65 oder dann 67 Jahren in Rente geht, hat viele Jahre an Lebenserfahrung, hat Kompetenzen und Fähigkeiten, die nicht plötzlich brach liegen dürfen. Dafür steht doch das klassische Bild: Unser Leben lang rasen wir mit Tempo 200 auf der Überholspur durchs Leben, sind ständig gefordert und gestresst – und dann kommt der Renteneintritt. Und von einem Tag auf den anderen werden wir völlig entschleunigt und stehen auf der Standspur. Das ist für Menschen ungesund. Es fehlt die Aufgabe, der Sinn im

Leben. Aber wir brauchen die Menschen, die in der nachberuflichen Phase Zeit und Ideen haben und mithelfen, unsere Quartiere neu zu gestalten und zu entwickeln, damit sie durch wohnortnahe Strukturen für Menschen im Alter wieder lebenswert sind.

In Nordrhein-Westfalen versuchen wir die Ebene vor Ort zu unterstützen, denn jedes Quartier, jeder Stadtteil, jede Struktur hat eine andere Ausgangsbasis und muss sich anders auf die Bedarfe der Menschen abstimmen. In den unterschiedlichen Regionen sind die Bedarfe für die Menschen jeweils anders. Sie sind auch schon unterschiedlich in einem eher städtischen oder einem eher ländlichen Milieu.

In Arnsberg ist einiges in dieser Richtung passiert. Vor einiger Zeit war ich dort gemeinsam mit dem Bundespräsidenten und dem Bürgermeister. Wir haben viele gute Beispiele in der Region, in der sich Quartiere und Stadtteile entwickelt haben. Das müssen wir gemeinsam nach vorne stellen, denn dort sind viele positive Lebensräume für Menschen aus allen Generationen entstanden. Und: Wenn man Quartiere altengerecht entwickelt, profitieren davon genauso Familien mit kleinen Kindern.

Ein Beispiel dazu: In einem Quartier in Bielefeld, das ich besucht habe, hat die Wohnungsbaugesellschaft eine Wohnung zur Verfügung gestellt. Dort gibt es einen ambulanten Pflegedienst und die Bewohnerinnen und Bewohner, die noch aktiv sind, bieten für die anderen verschiedene Möglichkeiten der Tagesgestaltung an. Eine Gruppe älterer Frauen kocht Mittagessen für diejenigen, die das nicht mehr selbst können. Die, die nicht mehr so mobil sind, werden dazu geholt und alle essen zusammen. Ich habe eine der Frauen gefragt: „Warum machen Sie das denn?“ worauf sie antwortete: „Wissen Sie, als ich in Rente gegangen bin, hatte ich nichts mehr zu tun. Es ging mir schlecht. Ich war ständig krank. Seit ich das mache, geht es mir gut, da ich eine Aufgabe habe.“ Während wir uns unterhielten, kommt ein Kind mit Schultasche auf dem Rücken an und ich fragte sie: „Machen Sie jetzt auch Kinderbetreuung?“ Darauf erwiderte sie: „Nein, die Mutter ist alleinerziehend und sie kommt meistens eine halbe Stunde später. Dann isst sie bei uns noch mit und alles ist in Ordnung.“

Solche Quartierstrukturen sind gut für alle Generationen. Das Beispiel ist aus einem städtischen Milieu. Man könnte es auch in ländlichen Regionen finden. Das ist unsere Vision: Es muss wieder ein größeres Miteinander der Menschen geben und Möglichkeiten, dieses Miteinander auch tatsächlich zu leben. Wenn das zukünftig normal würde, würden die Menschen mit dem Älterwerden auch wieder weniger Sorgen verbinden. Altersisolierung ist eines der größten Probleme. Das spiegelt sich auch in den Leistungen der Krankenversicherungen wider, z. B. in der Zunahme der Verordnung von Psychopharmaka bei älteren Menschen, um sie ruhig zu stellen. Das ist für die oder den Einzelnen ein bedeutender Verlust von Lebensqualität und zudem ein nicht notwendiger Kostenfaktor.

Wir brauchen in der Alten- und Pflegepolitik ein abgestimmtes Konzept. Auf der einen Seite müssen wir unsere Quartiere und Stadtteile verändern, damit Menschen länger zu Hause leben können. Zum anderen brauchen wir einen Mix aus stationärer Pflege, Wohngemeinschaften und neuen kleinräumigen Wohnformen und zwar dort, wo die Menschen leben und ihren Lebensmittelpunkt haben und wo sie ihren Lebensabend verbringen wollen. Wir brauchen kein Mehr an stationärer Pflege, sondern aufeinander abgestimmte Konzepte und eine Veränderung der bisherigen stationären Pflege. Sie muss sich stärker in die Stadtteile, in die Quartiere öffnen.

Auch dazu ein Beispiel: Wenn ich heute ein stationäres Pflegeheim habe und gegenüber wohnt ein älterer Mensch, der nicht mehr allein in die Badewanne kann, dann bekommt er für mehrere tausend Euro einen Badewannen-Lifter. Ich weiß nicht, ob jemand von Ihnen aus seinem Familienumfeld einen solchen Badewannen-Lifter kennt. Da hat man die Wahl, unterkühlt oder verbrüht ins Wasser zu kommen. Das sind die beiden Varianten, aber richtig gut ist das nicht. D. h. die meisten Menschen bekommen die Lifter eingebaut und dann werden sie nie wieder benutzt. Bis heute ist es nicht möglich, dass jemand z. B. einen

lebenslangen Badegutschein für das Altenpflegeheim gegenüber bekommt, weil – das beschreibt das Kernproblem der Gesundheits- und Pflegepolitik – die Kosten der Badewanne im Pflegeheim durch die dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner über ihre Beteiligung an den investiven Mitteln getragen werden. Wie gesagt, solche Ideen wie der Gutschein sind bisher nicht denkbar. Die Bundesregierung, die das rechtlich ermöglichen könnte, hat wahrscheinlich mehr Angst, dass stationäre Träger derartige Regelungen missbrauchen würden, statt dass sie die Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen in den Mittelpunkt stellt. Das ist so ein klassisches Beispiel, wo wir schnellstmöglich etwas ändern müssen, weil wir Unsummen in diese Lifter, die nie benutzt werden, investieren. Und das ist nur ein Beispiel. Ich könnte damit jetzt eine Stunde füllen, Ihnen diese ganzen Beispiele zu nennen, aber ich glaube, dieses eine macht es deutlich genug.

Wir brauchen Veränderungen, die von den Menschen her und von den Bedarfen und Bedürfnissen der Menschen ausgehen. Das ist dringend notwendig im Bereich der Pflegepolitik und dieser Bereich der Pflegepolitik muss eng verbunden sein mit der Gesundheitspolitik, weil wir auch dort viele Fälle und Probleme haben, wo die Vernetzung zwischen den beiden Bereichen fehlt.

Ich will Ihnen das einmal für die Praxis beschreiben. Heute wechseln in der stationären Altenpflege häufig die Pflegefachkräfte. Eine Pflegekraft, die die Bewohnerin / den Bewohner gar nicht kennt, kommt zum Wochenend- oder Abenddienst. Dem Bewohner oder der Bewohnerin geht es nicht gut. Was passiert dann? Dann muss die Pflegekraft, die den Menschen nicht kennt, entscheiden: Kann ich denjenigen hier behalten oder muss er oder sie ins Krankenhaus? Damit sind viele überfordert und entscheiden sich dann dafür, die Einweisung ins Krankenhaus zu veranlassen. Die meisten Einweisungen von älteren und pflegebedürftigen Menschen erfolgen abends und am Wochenende, wenn die Fachkräfte wechseln. Wir versuchen gerade in Nordrhein-Westfalen, mit EFRE-Mitteln finanziert, Projekte zu initiieren, um dort die Qualität zu verbessern. Wir haben ein Modell gemeinsam in unserem Landesplanungsgremium nach § 90 a SGB V, angeschoben. Das können Sie sich vorstellen wie Skype auf hohem Niveau. Da wird die Bewohnerin / der Bewohner an einen Monitor herangeschoben und die Pflegefachkraft und die oder der Bewohner können gemeinsam über diesen Monitor mit dem behandelnden Arzt / der behandelnden Ärztin sprechen, die Beschwerden schildern und überlegen, was zu tun ist. Wir erleben, dass damit die Zahl der unnötigen Krankenhauseinweisungen massiv abgenommen hat. Die Menschen brauchen nicht mehr für jede Auffälligkeit ins Krankenhaus, sondern die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt kann sagen: „Nein, das ist bei dem Patienten immer so“ und Behandlungsanweisungen geben. Wir sehen ganz konkret die Erfolge. Die Menschen müssen nicht mehr die Strapazen wie Transport im Krankenwagen und die fremde, verunsichernde Umgebung im Krankenhaus auf sich nehmen. Das Krankenhaus ist meistens am Wochenende personell ohnehin nicht so ausgestattet, dass es die gleiche Pflege und Betreuung anbieten könnte wie das Pflegeheim. Man erspart und spart viel und optimiert gleichzeitig die Versorgung.

Solche Beispiele sind Einzelfälle, die funktionieren. Wichtig ist es, sie perspektivisch in die Fläche zu tragen, damit die Menschen überall, in allen Pflegeheimen so versorgt sind, dass die Ärzte und Ärztinnen, die behandeln, mit eingebunden sind. Dafür brauchen wir noch viel an Motivation für die Ärzteschaft und die Pflegeheime, weil alle Veränderungsprozesse ein bisher starres System dazu bringen müssen, sich zu bewegen. Dies ist nur ein kleines Beispiel dafür, wie man die sektorenübergreifende Versorgung zwischen Pflege und Gesundheit optimieren und verbessern kann.

Ich will nun zu dem Bereich der Krankenhausversorgung und der ärztlichen Versorgung kommen, auch wenn der im Verhältnis zur pflegerischen Versorgung eigentlich noch sehr gut dasteht. Gerade bezogen auf die Pflege müssen wir bei einer Verdoppelung der Pflegebedürftigen bis 2050 mit dem Ausbau, mit der Veränderung der Quartiere und der Strukturen schnellstmöglich beginnen, denn sonst werden wir dann keine ausreichenden

Strukturen mehr zur Versorgung haben. Dagegen steht der Gesundheitsbereich – wie gesagt – noch relativ gut da. Trotzdem ist klar, dass wir, wenn wir bei den vermehrten Bedarfen mit den Strukturen einfach eins zu eins so weitermachen würden, in Zukunft keine gesundheitliche Versorgung mehr haben werden, so wie wir sie für die Menschen bräuchten. Wir wissen, wir haben ein Mehr an Bedarfen, wir haben aber auf der anderen Seite auch eine völlig veränderte Gesundheitsversorgung. Vieles, das früher stationär gemacht wurde, kann heute ambulant behandelt oder operiert werden, z. B. die Bereiche Augen, Nase, Ohren. Früher waren damit lange Krankenhausaufenthalte verbunden, heute geht es ambulant vergleichsweise schnell. Wir haben Veränderungen bezüglich der Bedarfe und wir haben Veränderungen bezüglich der technischen Ausstattung im Gesundheitswesen.

Vor allen Dingen aber, und das ist das, was Sie ja auch am deutlichsten merken, haben wir nach wie vor einen Bruch in der Versorgung – durch die Trennung der ambulanten Planung, die in der Zuständigkeit der Selbstverwaltung der Ärzteschaft liegt, und der stationären Planung, für die das Land zuständig ist.

Ich will kurz die Probleme und die Zahlen Ihrer Region darstellen, denn wenn Sie sich die aktuellen Bedarfsplanungszahlen anschauen, können Sie erkennen, dass wir hier in der Region entweder schon Probleme haben oder Probleme auf uns zukommen: Der Mittelbereich Altena ist unterversorgt. Brilon, Meinerzhagen, Kierspe bewegen sich gerade so an der rechnerischen Unterversorgung. Und wenn wir uns den Altersdurchschnitt der Ärzte und Ärztinnen ansehen, dann wird diese Unterversorgung relativ bald eintreten. Im Förderverzeichnis der KVWL sind zehn Kommunen genannt, von denen acht in Südwestfalen sind, also Altena, Nachrodt-Wiblingwerde, Brilon, Olsberg, Meinerzhagen, Kierspe, Werdohl und Neuenrade. Sechs davon liegen im Märkischen Kreis.

Von den reinen Zahlen her ist die Versorgung im ärztlichen Bereich nicht gerade so, dass wir sagen könnten, das ist eine gute Versorgung. Als Land haben wir aber nicht den Sicherstellungsauftrag, das muss ich an der Stelle noch einmal betonen. Wir haben keine rechtlichen Möglichkeiten, in die Entscheidungen der Selbstverwaltung einzugreifen. Als Land haben wir das Hausärzte-Aktions-Programm NRW aufgelegt, eingeführt damals noch von meinem Vorgänger Karl-Josef Laumann. Wir haben das Programm weiterentwickelt und versuchen so, Ärztinnen und Ärzten die Niederlassung in diesen Regionen etwas attraktiver zu machen. Wir setzen dabei auf den finanziellen Anreiz. Bisher war es so, dass die Grenze für das Programm bei Städten und Gemeinden mit 25.000 Einwohnern lagen. Wir erhöhen jetzt die Einwohnerzahl auf bis zu 40.000, um die Gemeinden früher zu erreichen. Wir wollen nicht warten, bis Versorgung nicht mehr stattfindet. So können bisher 32 Kommunen aus Südwestfalen von dem Hausärzteprogramm profitieren. Demnächst werden es dann 36 sein. Wenn wir uns das rückblickend anschauen, stellen wir fest, dass von allen Bewilligungen, die es gegeben hat, etwa jede dritte im Regierungsbezirk Arnsberg lag.

Aber wir dürfen uns nichts vormachen. Die finanzielle Investitionsspritze wird letztlich nicht den Ausschlag darüber geben, ob sich ein Hausarzt oder eine Hausärztin in einer bestimmten Region niederlässt. Sicherlich kann sie die Entscheidung für die eine Gemeinde mit Förderung im Vergleich zur nicht geförderten Nachbargemeinde beeinflussen. Aber die Ärztinnen und Ärzte werden wahrscheinlich nicht grundsätzlich die Regionen ändern, in die sie ziehen wollen. Deswegen habe ich es immer für notwendig gehalten, dass die Ärztinnen und Ärzte viel früher, schon in der Ausbildung, in die Kommunen gehen. Wir finanzieren jetzt im Rahmen des Hausärzteprogramms auch Praxen, die während der Ausbildung Ärzte in die Region holen. In der Hoffnung, dass die Ärztinnen und Ärzte, wenn sie die Gemeinde und ihre Möglichkeiten einmal kennengelernt haben, bleiben werden. Aber das alleine wird nicht reichen.

Deswegen will ich ganz klar sagen: Wir werden in Zukunft die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nur bewerkstelligen können, wenn wir in Deutschland Abschied davon nehmen, an den unterschiedlichen Strukturen festzuhalten und ambulant und stationär nebeneinander

zu planen. Auf Bundesebene bin ich bisher leider noch die einzige Ministerin, die das so vehement fordert. Aber ich glaube fest daran, dass wir eine sektorenübergreifende Planung brauchen, denn für uns als Patientinnen und Patienten ist es am Ende egal, ob der Arzt, der mich behandelt, in einem Krankenhaus ist oder in einer ambulanten Praxis. Wenn das Nebenher von ambulant und stationär gut funktioniert, brauchen wir nichts zu verändern. Doch dort, wo es nicht geht, werden wir anders, d.h. sektorenübergreifend planen müssen, damit die Menschen wirklich versorgt sind. Wenn wir ambulant und stationär nicht so öffnen können, dass die Patientinnen und Patienten die bestmögliche Versorgung haben, wird nicht zuletzt der Standortfaktor ein großes Problem sein. Deswegen hoffe ich auf politische Unterstützung, dass wir diese Anliegen als Land gemeinsam mit den Kommunen in den Bund tragen, damit wir endlich etwas verändern können und den Diskurs nach vorne führen können.

Bis wir so weit sind, wird es lange dauern, weil dahinter das klassische Problem der Finanzierung steht. Der ambulante Sektor wird aus dem einen Topf finanziert, der stationäre aus dem anderen, zwar beides aus Kassenbeiträgen, aber sie sind auf unterschiedliche Töpfe verteilt. Und die einzelnen Akteurinnen und Akteure in ihrem jeweiligen System haben Angst davor, dass Gelder aus ihrem Bereich in den anderen fließen. Die Patientinnen und Patienten interessiert das aber nicht. Sie interessiert, wie wir die Versorgung sicherstellen können. Deswegen brauchen wir die sektorenübergreifende Versorgung. Dann könnten wir gemeinsam planen, weil wir beispielsweise erkannt haben: Dort ist ein Krankenhaus noch notwendiger als an anderer Stelle, weil sich dieses Krankenhaus öffnet und dadurch auch die ambulante Versorgung mit abdeckt. In anderen Teilregionen haben wir eine gut funktionierende ambulante Struktur, da ist das Krankenhaus nicht so notwendig. So würden wir langfristig Versorgung ganzheitlich denken. Stattdessen haben wir immer zwei Bilder von Versorgung nebeneinander, die, aufeinandergelegt, nicht unbedingt zueinander passen.

Lassen Sie mich noch etwas zur stationären Versorgung sagen, weil wir dafür als Land zuständig sind. Auch die stationäre Versorgung wird sich in Zukunft ändern müssen. Dieser Wandel wird nicht nur unter finanziellen Aspekten stattfinden, sondern auch aus qualitativen Gründen. Wir haben für Nordrhein-Westfalen einen neuen Krankenhausplan aufgestellt, der eigentlich schon umgesetzt sein sollte, aber dem wir noch etwas Zeit geben, weil die Diskurse in den einzelnen Planungsregionen zum Teil noch strittig sind oder auch einfach Zeit brauchen. Die Erarbeitung dieser Planungskonzepte steht auch hier im Regierungsbezirk an und findet statt, ist aber auch keine Aufgabe des Regionalrates, sondern der entsprechenden Krankenhausplanungsgremien, denen die Kassen als Kostenträger angehören.

Unser Krankenhausplan beinhaltet als einer der ersten Krankenhauspläne der Länder überhaupt strukturelle Qualitätskriterien. D.h. nicht jedes Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen darf sagen, ich mache eine Geriatrie auf, schreibe Geriatrie daran und bin deswegen Geriatrie, sondern wer eine Geriatrie aufmachen und betreiben will, muss bestimmte Qualitätskriterien erfüllen. Denn wir wollen nicht nur, dass wir im Krankenhaus gut versorgt werden, sondern wir wollen dafür die bestmöglichen Rahmenbedingungen. Dafür haben wir Strukturvorgaben gemacht, die in der Bund-Länder-AG aufgegriffen wurden. Durch das Krankenhausstrukturgesetz wurde als Aufgabe des Gemeinsamen Bundesausschusses festgelegt, für die Planung relevante Indikatoren zu definieren. An der Erarbeitung werden die Länder beteiligt. Die Indikatoren werden für die Länder verbindlich, wenn diese nichts anderes bestimmen. Wir haben damit unsere Philosophie durchgesetzt, gemäß Qualitätskriterien zu planen.

Wenn wir ein Mindestmaß an Qualität versprechen, heißt das aber auch, dass zukünftig nicht mehr jedes Krankenhaus alle Leistungen vorhalten kann. Wir werden dafür werben, dass Krankenhäuser sich untereinander beraten und abstimmen. Haben drei Krankenhäuser im ländlichen Raum eine Orthopädie, werden sie um jeden neuen Orthopäden im Wettbewerb zueinander kämpfen und sich in der Preisspirale ständig überbieten. Wenn wir uns die

Gehälter von Ärztinnen und Ärzten ansehen, dann müssen wir nachdenklich werden. Nicht bei allen, aber bei einigen schon. Gerade Anästhesistinnen und Anästhesisten sind als Freelancer sehr begehrt und verdienen exorbitant gut. Wenn wir aber ein Krankenhaus hätten, das sich auf Orthopädie spezialisiert, eines, das sich auf HNO spezialisiert sowie ein weiteres, das sich auf einen dritten Bereich spezialisiert und alle Krankenhäuser miteinander im Verbund arbeiten würden, dann hätten wir für die Patienten und Patientinnen eine Grundversorgung und jedes einzelne Krankenhaus mit einer zusätzlichen Spezialisierung. Auch das unterstützen wir. Wir haben Regionen, in denen wir Verteilkliniken haben. Wenn dort jemand mit einem Oberschenkelhalsbruch aufgenommen wird, werden direkt die CT-Aufnahmen gemacht und die Bilder online mit den verschiedenen Häusern diskutiert. Dann wird gemeinsam entschieden, wer welche OP am besten durchführen kann. Ggf. wird der Patient oder die Patientin dann in das Krankenhaus verlegt, wo er oder sie die bessere medizinische Versorgung bekommt.

Ein zweites gutes Beispiel besteht an der Uniklinik Aachen. Das Krankenhaus bietet Tele-Intensivmedizin an, mit der es z. B. Krankenhäuser im ländlichen Raum im Bereich Intensivmedizin unterstützen kann. Mit den örtlichen Kliniken werden im digitalen Austausch Befunde, Diagnosen und Therapien beraten. Solche Modelle sind Modelle der Zukunft. Und wenn sich das Krankenhaus auf dem Land eng mit der Uniklinik, die täglich mit komplexen Herausforderungen zu tun hat, austauscht, dann ist auch das Vertrauen der Bevölkerung in ein solches Krankenhaus sehr viel höher, als wenn jeder alleine vor sich hin arbeitet und letztendlich viele offene Stellen nicht besetzt werden können, weil das lokale Krankenhaus auch als Arbeitgeber nicht interessant ist.

Wir brauchen konkrete Modelle und neue Ansätze. Die müssen sich aber in den Regionen und vor Ort aus der jeweiligen Nachfrage heraus entwickeln. Die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure müssen an einem Tisch zusammen kommen und versuchen, neue Wege zu gehen. Es ist dabei immer gut, sich die TOP 10 der guten Initiativen anzuschauen und zu überlegen, welche davon könnten wir für unsere Region, für die Probleme, die wir vor Ort haben, diskutieren und umsetzen.

Im Moment erlebe ich aber etwas ganz anderes. Beispielsweise im Münsterland: Dort wurden drei Krankenhäuser von einem Träger übernommen – und jetzt sind alle drei insolvent. Die Bevölkerung ruft an allen drei Standorten natürlich: „Wir wollen, dass unser Krankenhaus erhalten wird!“ Aber zu wenige erkrankte Menschen sind noch zur Behandlung in das Krankenhaus vor Ort gegangen, die Auslastungszahlen waren nicht ausreichend. Die Menschen entscheiden sich im Fall einer schwierigen Behandlung natürlich für das Krankenhaus oder für den Arzt oder die Ärztin, die am erfahrensten und am besten sind und gehen dorthin. Gleichzeitig wollen die Menschen in den jeweiligen Kommunen, dass ihr örtliches Krankenhaus erhalten bleibt. Zuerst fordern alle – auch die politischen Akteure vor Ort –, dass das Land zusätzliche Mittel geben soll. Das Land soll die Finanzierung für ein defizitäres Krankenhaus sicherstellen, das vor Ort nicht genutzt wird. Um ein Krankenhaus aufrecht zu erhalten, damit es in Zukunft weiterhin nicht die bestmögliche Leistung für die Patientinnen und Patienten anbieten kann. Von solchen Forderungen müssen wir uns verabschieden.

Wir müssen uns vielmehr fragen, wie wir für die Menschen vor Ort mit einer anderen und neuen Versorgungsstruktur die bestmögliche Behandlung anbieten können. Abgesehen davon, dass das Land im Rahmen der bisherigen Krankenhausfinanzierung gar nicht die Möglichkeit hat, mal eben irgendwo Geld hinzugeben. Wir haben noch von Karl Josef Laumann eine Umstellung der Krankenhausinvestitionsfinanzierung übernommen, d. h. jedes Krankenhaus erhält eine Pauschale, damit es nicht der politischen Willkür oder der individuellen Entscheidung obliegt, was finanziert wird, sondern alle die gleichen Finanzierungsmittel bekommen. Aber durch diese Weichenstellung gibt es auch keinen Topf, aus dem das Land Einzelmaßnahmen finanzieren kann, sondern alle Krankenhäuser sind sozusagen wettbewerbsgleich aufgestellt und bekommen die gleichen Mittel.

Wir müssen zukünftig stärker den Mut aufbringen, auch mal zu sagen, wenn das Krankenhaus insolvent und nach Bedarfsplanung auch nicht notwendig ist, dann können wir es nicht künstlich am Leben erhalten.

Im nächsten Beispiel haben wir ein Krankenhaus, das wir für die Sicherstellung der Versorgung unbedingt brauchen. Doch auch hier wird es schwierig. Wenn dieses Krankenhaus für die Versorgung erforderlich ist, so steht es im Krankenhausgesetz, muss es letztendlich von der Kommune bzw. der Gemeinde und dann dem Kreis betrieben werden. Auch das wird vor Ort schwierig werden, wenn ein Kreis mal eben ein Krankenhaus übernehmen muss, mit allen damit verbundenen finanziellen Risiken und personellen Konsequenzen, obwohl er nie eines in eigener Zuständigkeit hatte.

Wir werden darüber viel früher als in einer konkreten Insolvenzsituation diskutieren müssen, wie wir vor Ort zukünftig tragfähige Strukturen entwickeln können. Diese Debatte können wir als Land nicht alleine, sondern nur zusammen mit den Regionen führen. Gemeinsam können wir sehr gute Projekte entwickeln, bei denen wir nicht nur wieder über Finanzierungen reden. Was wirklich tragen kann und tragen muss, sind die tatsächlichen Bedarfe und Bedürfnisse der Menschen vor Ort, wie sie versorgt werden wollen.

Deswegen: Den Strukturwandel im Gesundheitswesen können wir nur bedingt voranbringen, auch nur so bedingt, wie der Bund uns lässt. Aber wir können erste Schritte gehen und gemeinsam versuchen, etwas zu verändern. Daher bin ich sehr dankbar, dass ich Ihnen meine Überlegungen heute vorstellen konnte. Vielleicht ist der eine oder die andere nun noch stärker motiviert, jetzt schon Strukturen zu verändern. Es würde mich freuen. Herzlichen Dank!

Diskussionsbeiträge

Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Herzlichen Dank, Frau Ministerin. Sie haben in Ihrem Vortrag nicht nur den Brückenschlag hergestellt zwischen der – vielleicht nicht auf den ersten Blick erkennbaren Verknüpfung zwischen Pflege und medizinischer und dann im Zweifel auch Krankenhaus bezogener Versorgung im unmittelbaren Zusammenhang, sondern auch eine Reihe von Punkten angesprochen, wo wir vielleicht sagen würden, gerade aus Sicht des Regionalrates, es hängt eben alles mit allem zusammen, bis hin zu der Frage der Revitalisierung von Ortskernen, der Lebensaufenthaltsqualität von Älteren, die in ihren angestammten Wohnungen bleiben möchten, der Frage – insbesondere in unserem sogenannten ländlichen Raum – des auch weiter notwendigen Ausbaus ambulanter Hilfsdienste. Wo sich am Ende die Frage stellt, wie man Kostendeckungsprobleme, die zeitweise durch Spenden aus freiwilligen Bereichen heraus aufgefangen werden, nicht perspektivisch vielleicht sogar durch die öffentliche Hand noch stärker stützen möchte, schon aus ökonomischen Gründen, weil es unter dem Strich letztendlich für die Gemeinschaft insgesamt preiswerter bleibt.

Ich will zunächst noch zwei, drei Punkte ganz kurz einwerfen, ich sage zum weiteren Prozedere anschließend noch etwas. Ich persönlich – das nehme ich aber auch nur ganz persönlich für mich in Anspruch, nicht generalisierend für den Regionalrat – habe mittlerweile erhebliche Probleme mit der Vorstellung, dass die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Spagats-Auftrag, den sie hat, gerecht werden kann, in Zukunft noch viel weniger als in der Vergangenheit. Vielleicht können Sie dazu noch etwas sagen. Hier gibt es einfach Interessenskonflikte, die vielleicht nicht aushaltbar sind und wo sich nach meiner Auffassung die Politik in Zukunft fragen lassen muss, ob dieses „Problem“ nicht in irgendeiner Weise auch ein Stück weit gelöst werden muss.

Sie haben die Krankenhäuser angesprochen, wo mit den Füßen abgestimmt worden ist und das eine Haus, das aus ganz grundsätzlichen Versorgungsnotwendigkeiten vielleicht doch aus kommunaler Hand heraus erhalten bleiben muss. Wir haben hier in der Region das

Problem der Erreichbarkeit. Natürlich bevorzugen, bei ganz kurzen Krankenhausaufenthalten insbesondere, die Menschen die maximale, die optimale Versorgung auch dann, wenn sie etwas weiter weg liegt. Aber die hochkompetenten Spezialärzte sind ja nicht in jedem Fall gefordert, dann, wenn es um die Mandeln oder den Blinddarm oder ähnliche Dinge geht, wo dann doch vielleicht die Erreichbarkeit über zehn, 15, 18 Kilometer zumindest wünschenswert ist und auch eine Erreichbarkeitsgrenze für ältere Menschen darstellt, die ältere Menschen besuchen möchten.

Der dritte Punkt, den ich noch einwerfen möchte, ist der, dass wir ja in gewisser Weise praktisch schon einen Brückenschlag haben, zumindest in unserer Region – sozusagen fast als Notmaßnahme aus sich selbst heraus – vor Ort zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung, indem zunehmend MVZs eingerichtet werden, um gewisse Auffangpositionen zu bieten.

Das so weit von meiner Seite. Ich schlage Ihnen jetzt vor – gerichtet an den Regionalrat, dass wir in eine durchaus kürzere Diskussion mit Frau Ministerin Steffens eintreten, die die Möglichkeit zu der ein oder anderen Nachfrage bietet, weil unter terminlichen Aspekten Frau Ministerin sicher nicht bis zwölf Uhr hier sitzen bleiben kann. Konkreter Vorschlag bevor wir dann zu den weiteren Teilpunkten des Tagesordnungspunktes kommen, wenn Sie einverstanden sind, maximal eine halbe Stunde, und dass wir uns dann den weiteren Aspekten, die in der Tagesordnung enthalten sind, zuwenden.

Herr Niermann, Vorsitzender der CDU-Fraktion:

Herr Vorsitzender, Frau Regierungspräsidentin, Frau Ministerin, herzlichen Dank für Ihren Vortrag. Wozu ich mir mehr Ausführungen gewünscht hätte, wäre die Situation gewesen, wie bekomme ich den offensichtlichen Mangel an Hausärzten über kurz oder lang wirklich auch beseitigt. Wir stimmen aber mit Ihnen in einem Punkt vollkommen überein: Wichtig ist, dass man erst einmal über die Sache spricht, sich austauscht, dass eine breite Diskussion vor Ort stattfindet, in der Region stattfindet. Da vertreten wir allerdings auch die Auffassung, anders als die Bezirksregierung, da könnte sich die Bezirksregierung ruhig ein bisschen stärker einbringen. Die Bezirksregierung ist eine Behörde, die hervorragend und weit vernetzt ist. Wenn die Bezirksregierung sich in diesen Diskussionsprozess mit einbringen würde, könnte das insgesamt für den Prozess nur förderlich sein.

In Anbetracht der Zeit möchte ich eigentlich auf einen Punkt ein bisschen konkreter eingehen, weil der uns sehr wichtig erscheint. In Siegen wird im Moment diskutiert, einen Medizin-Studiengang an der Klinik in Siegen einzurichten. Heute haben wir die Situation, sie können fast überall in Nordrhein-Westfalen Medizin studieren, nur in den beiden Regionen Ostwestfalen und Südwestfalen nicht. Jetzt denke ich erst einmal, wir haben festgestellt, dass in dem Augenblick, in dem Leute an einem Studienort studieren, es so etwas wie einen „Klebe-Effekt“ im zweiten Schritt gibt, also viele Studenten sich als Mediziner dort niederlassen, wo sie auch studiert haben. Diesen „Klebe-Effekt“ würden wir natürlich ganz gerne mitnehmen.

Es gibt einen zweiten Punkt, der grundsätzlich erst einmal davon spricht, dass es notwendig ist, dass wir wieder mehr Medizin-Studenten haben. Wir haben von 1992 bis 2011 21 % weniger Medizinstudenten. Und wenn ich jetzt noch überlege, dass Mediziner ja heute nicht mehr so sind wie früher, als um 20 Uhr der Hausarzt noch losging, um einen Hausbesuch zu machen, sondern dass Mediziner für sich durchaus in Anspruch nehmen – Lebensqualität, Work-Life-Balance sind die Stichworte hier – vielleicht zu einem geregelteren Arbeitsleben und Teilzeit zu kommen, heißt das, dass ich heute wesentlich mehr Studenten haben muss, die hinterher Mediziner werden, als heute aufhören. Denn wichtig ist nicht die Zahl der Köpfe, sondern wichtig ist die Zahl der Stunden, die die Mediziner arbeiten. Wir hätten hier die herzliche Bitte an die Landesregierung, wie auch an die Bezirksregierung, dass Sie diesen Prozess zur Errichtung eines Medizin-Studiengangs an der Universität Siegen nachhaltig unterstützen. Bisher haben wir dazu von der Landesregierung leider relativ wenig

gehört. Wir sehen aber hierin einen ersten Schritt, um die ganze Situation der medizinischen Versorgung in Südwestfalen, aber auch darüber hinaus ein Stück weit zu verbessern.

Ich würde gerne noch auf unseren zweiten Antrag eingehen, den wir Ihnen mit auf den Weg geben möchten, weil wir mehrfach – gerade auch von den Kreisen – angesprochen worden sind, der vielleicht nicht so originär mit dem Thema hier zu tun hat, und zwar geht es um die Ausbildung der Notfallsanitäter. Es gibt jetzt eine Veränderung in der Ausbildung und bis Ende 2026 sind alle Rettungsfahrzeuge mit den sogenannten Notfallsanitätern zu besetzen. Die heutigen Sanitäter benötigen eine Zusatzausbildung. Das Problem ist für uns, sobald diejenigen, die heute Assistenten sind und fortgebildet werden sollen, weniger als fünf Jahre Berufserfahrung haben, wird deren Ausbildung nicht von den Kassen übernommen, sondern diese Kosten bleiben hinterher bei den Kreisen hängen. Wir wissen, dass Sie im Gespräch sind mit den Verbänden der Kostenträger. Deswegen hätten wir die Bitte an Sie, sich dafür einzusetzen, dass die Kostenträger, die Krankenkassen dann auch wirklich die Kosten für diese bisher nicht finanzierten Ausbildungen übernehmen. Vielen Dank.

Herr Haardt, Vertreter der Sportverbände:

Frau Ministerin, Frau Regierungspräsidentin, meine sehr geehrten Damen und Herren, gestatten Sie, dass ich aus Sicht des Landessportbundes einige Anmerkungen mache, gerade weil der Sport auch in Südwestfalen eine wichtige Funktion nicht nur bei der Vorsorge, sondern bei der Nachsorge hat. Insofern habe ich drei ganz kurze Punkte, die ich anschneiden möchte.

Ein Punkt ist die Situation der Kinderklinik in Siegen, eine sehr anerkannte Klinik, die nicht nur Südwestfalen, sondern auch Teile der Bundesländer Hessen und Rheinland Pfalz abdeckt. Die Kinderklinik Siegen ist Partner des Kreissportbundes, weil wir uns insbesondere bei der Behandlung von adipösen Kindern sehr einsetzen und mit gutem Erfolg einsetzen. Hier verfolgen wir mit Sorge die Kostensituation der Klinik, weil insbesondere die Fallpauschale bei den kinderchirurgischen Eingriffen und im Perinatalzentrum nicht die tatsächlichen Kosten abdecken. Hier darf ich Sie auch einladen, die Klinik einmal zu besuchen, die eine wichtige Versorgungsfunktion in Südwestfalen wahrnimmt, um deren Situation kennenzulernen, um auch den Standort langfristig zu sichern.

Zweiter Punkt, der landesweit immer mehr auftreten wird, ist die Situation der Herzsportgruppen. Überall gibt es die Herzsportgruppen und es ist nach den Vorgaben der Kassenärztlichen Vereinigung, um diese Kurse über die Krankenkassen abrechnen zu können, erforderlich, dass ein Arzt während der Übungsstunde anwesend ist. Im ländlichen Raum finden wir nicht mehr genügend Ärzte. Bei uns in Siegen-Wittgenstein haben wir schon drei Gruppen schließen müssen. Weitere Schließungen stehen an, weil die Ärzte nicht mehr vorhanden sind. Wir haben uns überlegt – und jetzt muss ich zu meiner Person sagen, ich bin Vorsitzender des Deutschen Roten Kreuzes Freudenberg, eines großen Ortsvereines dort – dass wir in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz ein Modellprojekt starten möchten, dass die Übungsstunden gewährleistet sind, in dem ein ausgebildeter Rettungsassistent vor Ort ist. Defibrillatoren u. ä. sind sowieso vorhanden. Dieses Modell scheitert am Veto der Kassenärztlichen Vereinigung, nach dem Motto: Es sind genügend Ärzte vorhanden. Vor Ort müssen wir feststellen, das ist nicht mehr der Fall. Hier kommen wir leider keinen Schritt weiter, insofern werbe ich heute um Unterstützung für ein solches Modellprojekt. Die Situation wird auch in anderen Landesteilen über kurz oder lang auf uns zukommen.

Dritter Punkt ist das Thema Schlaganfall-Nachsorge. Schlaganfall ist auch in Südwestfalen die Volkskrankheit Nummer 1. Wir haben alleine in Siegen in der Neurologie am Kreisklinikum 1.800 Neufälle in jedem Jahr. Die Situation ist so, dass viele in die Reha müssen und durch die kurzen Verweilzeiten in der Reha viele Patienten dann nicht wieder vollständig hergestellt sind. Und auch familiär – weil Sie die Familiensituation erwähnten – diese in die Isolation gedrängt werden. Wir haben als Kreissportbünde in Südwestfalen ein Modellprojekt angestoßen. Wir wollten eine flächendeckende Versorgung von sogenannten

Schlaganfall-Nachsorgegruppen haben. Wir haben bei uns in Siegen-Wittgenstein seit vier Jahren mit eigenen Geldern zwei funktionierende Gruppen installiert, wo wir enorme Wartelisten haben und wir haben eine fast 100-prozentige Reha-Quote erreicht, weil wir nicht nur die Patienten dort aufnehmen, sondern auch die Angehörigen mit ins Boot nehmen. Es ist eine breite Kooperation nicht nur des Sportbundes, sondern auch des DRK, des Behinderten-Sportverbandes. Es ist uns leider nicht gelungen, auch nicht damals als REGIONALE-Projekt dieses Projekt anzumelden und im Moment bin ich etwas verzweifelt, weil dieses Projekt zwischen den beteiligten Ministerien, auch mit Ihrem Haus hin- und hergeschoben wird. Keiner fühlt sich zuständig. Ich muss lobend Herrn Minister Rimmel erwähnen, der schon mehrfach bei uns gewesen ist und versuchen wollte, dies über eine Förderung im ländlichen Raum zu erreichen. Auch ihm ist es nicht gelungen. Die Zuständigkeiten werden hin- und hergeschoben. Und wenn ich an die Kosten denke, auch in einem anderen Zusammenhang, dass wir keine 100.000 € für drei Jahre bräuchten, um das Projekt zu starten, bin ich etwas verzweifelt. Wie gesagt, im Moment hängt das völlig in der Schleife und der Bedarf ist da. Hierfür würde ich einfach einmal um Unterstützung bitten und für weitere Auskünfte bin ich gerne bereit.

Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Zum Thema Kinderklinik vielleicht noch den Zusatz, dass diese Einrichtung im Radius von 60/70 Kilometern keine Alternative bietet und rein von der Finanzierungssystematik her es zwingend ist, dass man dort nicht auskömmlich wirtschaften kann, sondern zwingend Defizite produziert. Das ist natürlich eine Situation, die am Ende nicht darstellbar ist, und letztendlich – das haben Sie in einem anderen Zusammenhang angedeutet – im schlimmsten Fall die Frage der ergänzenden kommunalen Finanzierung aufwirft.

Herr Schneider, Vorsitzender der SPD-Fraktion:

Ich wollte mich erst noch einmal bei Ihnen, Frau Ministerin bedanken für die grundsätzlichen Ausführungen, weil ich glaube, dass es schon sehr wichtig ist, bevor wir über Details reden, dass wir uns noch einmal klar machen, dass das, was Sie gesagt haben, das Thema Prävention und gerade auch die Schaffung von sozialräumlichen Strukturen für eine immer älter werdende Gesellschaft dringend nötig sind. Wir alle wissen, die Vereinzelung ist eines der Hauptthemen, die wir in Deutschland in den letzten Jahren hatten und immer mehr haben werden. Großfamilien gibt es nicht mehr. Immer mehr Menschen leben allein und diese aufsuchende Pflege oder aufsuchende Hilfe wäre dringend nötig und müsste unterstützt werden. Deswegen sind wir dankbar für diese Roadmap, die uns vorliegt, die ganz deutlich macht, dass auch viele kleine Schritte nötig sind, nicht nur immer die großen Lösungen, sondern viele, viele kleine Schritte, die aber auch ideelle und finanzielle Unterstützung brauchen. Deswegen würde ich heute meinen Appell auch an Sie richten wollen, dass Sie die elf Leitlinien der Roadmap mitnehmen und gucken, wie Sie dieses finanziell und ideell unterstützen können. Sie haben ja angedeutet, es ist nicht nur nötig, finanziell zu helfen, sondern auch ideell. Deswegen wäre ich Ihnen dankbar, dieses auch finanziell zu unterstützen und mit nach Hause zu nehmen, dass der Regionalrat dahinter steht.

Dann sage ich auch noch einmal deutlich, dass wir diesen Wunsch nach einer Medizinischen Fakultät natürlich außerordentlich unterstützen, zumal der Bundestagsabgeordnete Willi Brase in einer Veranstaltung in Olpe, an der Universität Siegen einen Medizin-Studiengang einzurichten, schon vor langer Zeit gefordert hat und sich auch darum gekümmert hat. Problem ist, es geht nicht vorwärts. Können Sie uns sagen, ob es eine Zeitschiene geben könnte, wo man darüber nachdenkt, auch innerhalb der Landesregierung? Oder sagen Sie, es ist völlig aussichtslos, weil in der Nähe schon Köln ist und es von Köln nach Siegen nicht so weit ist. Man müsste eine klare Auskunft haben, ob es Sinn macht, sich darüber Gedanken zu machen. Wir würden das mit unterstützen.

Herr Hoffmann, Vorsitzender der Fraktionsgemeinschaft FDP/Grüne:

Noch einmal vielen Dank, Frau Ministerin, für den Vortrag. Ich habe in der ganzen Diskussion immer ein Problem für mich und für andere nachzuvollziehen, wenn Sie diese Begrifflichkeit Grundversorgung gebrauchen und das im Zusammenhang mit Krankenhaus, weil alle Versuche, das ein Stück weit zu verifizieren, was ist denn damit gemeint, immer in unterschiedlicher Art und Weise beantwortet werden. Vielleicht könnten Sie dazu noch ein, zwei Sätze sagen, weil – je nach Debatte vor Ort – wird das sehr umfassend verstanden. Man muss irgendwann einmal klar sagen, was denn damit gemeint ist. Ist es eine Grundversorgung im Blick auf bis zur Intensivabteilung oder ist es das nicht mehr? Ich glaube, auch bei der Frage, die sich in unserem ländlichen Raum bewegt, wie sind wir denn mit Versorgungseinrichtungen, technischen Möglichkeiten, Hubschrauber, Krankenwagen, Rettungsfahrzeugen etc. ausgestattet, um ein solches Krankenhaus zu erreichen, das eine echte Grundversorgung anbietet? Vielleicht können Sie uns dazu etwas sagen.

Zweiter Punkt, den ich in aller Kürze ansprechen möchte, was mir in der Diskussion immer wieder fehlt ist der Blick auf die starke Belastung der bestehenden Krankenhäuser im ambulanten Bereich. Das wird noch immer mehr werden. Sie dürfen Patienten nicht zurückweisen. Wir haben zum Teil in unserem Krankenhaus Wartezeiten von vier bis fünf Stunden. Das ist gar nicht dem Personal geschuldet, sondern einfach der Menge an Menschen, die dort kommen. Es gibt ja gelegentlich bei der ein oder anderen Einrichtung den Hinweis: „Geht einmal direkt dorthin. Die dürfen Euch – zumindest in einem ersten Schritt – nicht abweisen.“ Insoweit wäre ich ganz dankbar, wenn Sie sagen könnten, ob Sie eine Vorstellung haben, wie man dieses Problem in den Griff kriegen kann.

Dritter Punkt, den ich machen will, ebenfalls in aller Kürze, ich bin, was diesen Blick auf zusätzliche medizinische Fakultäten angeht, ausgesprochen skeptisch. Ich will das hier deutlich sagen, insbesondere mit der Begründung, die ich gerade gehört habe. Wir sind im Märkischen Kreis mit einem Krankenhaus assoziiert, mit der Uniklinik in Bonn. Wir bilden also Ärzte mit aus im Rahmen ihrer Gesamtausbildung. Dass diese bei uns bleiben, also leichter bleiben, muss ich sagen, habe ich so nicht festgestellt. Ich schaue mir das schon über ein paar Jahre hinweg an. Ich glaube, dieser Begründungsteil hilft nicht, ganz im Gegenteil, ich glaube, dass da eine Erwartung geweckt wird, die wir nicht wecken sollten. Da wir über knappe Ressourcen reden, sollten meinerwegen überall solche Ausbildungen aufgebaut werden, aber ich glaube, dass das so nicht stimmt und ich bin mir auch nicht sicher, ob es nicht richtig ist, dass wir im Augenblick so viel Ärzte ausbilden – im Verhältnis zur Bevölkerungsmenge – wie noch nie. Da muss man sich die Frage stellen, ob die „simple“ Einrichtung einer weiteren Fakultät dort hilfreich ist. Ich bin da ausgesprochen skeptisch. Die ersten beiden Punkte wären mir allerdings wesentlich wichtiger als dieser Punkt. Vielen Dank.

Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Danke Herr Hoffmann. Aber die Frage, „so viel ausbilden wie nie“, scheint ja so statistisch nicht zu stimmen, wenn die Zahl, die Herr Niermann genannt hat, stimmt. Also diese hat mich auch „umgehauen“, als ich sie vor einiger Zeit gehört habe.

Frau Ministerin Steffens:

Ich fange mit der medizinischen Fakultät an, zuständig ist hier allerdings die Hochschulministerin. Trotzdem will ich Ihnen eine ehrliche Einschätzung geben. Wir haben lange um den neuen Standort OWL gerungen. Es gibt ein neues Konzept, wie eine medizinische Hochschule konzipiert werden kann, ohne Universitätsklinikum, sondern mit Kliniken, für die im Verbund ein Medizin-Fakultätsstandort zuständig ist. Der Grund dafür ist, dass es keinen Studiengang gibt, der so teuer ist, wie ein Medizin-Studiengang. Pharmazie ist vielleicht noch ähnlich teuer, aber mit der Finanzierung eines Medizin-Studiengangs könnten etliche andere Studiengänge geschaffen werden. Das ist auch der Grund, warum sich die Landesregierung, wie auch die Landesregierungen in allen anderen Bundesländern, hier so schwer tut.

Dass wir heute so wenige Studienplätze haben, geht auf die Intervention der Ärztinnen und Ärzte zurück. Die Ärzteschaft befürchtete seinerzeit eine „Ärztenschwemme“. Alle hatten Angst, dass sie zu wenig verdienen, wenn es zu viele Ärztinnen und Ärzte gäbe. Daraufhin haben die Länder, verbunden mit hohen Kosten, Medizin-Studienplätze abgebaut. Jetzt sagen uns die Ärztinnen und Ärzte, die Zahl der Studienplätze würde nicht ausreichen. Nordrhein-Westfalen ist hier sogar – auch im Bundesvergleich, wie Minister Gröhe bestätigt hat – noch sehr gut aufgestellt.

Trotzdem werden wir die Frage beantworten müssen, wie viele Ärztinnen und Ärzte wir in Zukunft benötigen und ob die Betrachtung ausreicht, wie viele bundesweit ausgebildet werden. Ich habe deshalb ein Austauschprogramm mit Österreich und mit Griechenland ins Leben gerufen. Aus Österreich und Griechenland können nun Ärztinnen und Ärzte für ihre Facharztausbildung, die sie in ihren Ländern nicht so zeitnah realisieren können, einige Jahre nach Nordrhein-Westfalen kommen und hier ihre Facharztausbildung machen. In dieser Zeit stehen sie uns in den Krankenhäusern zur Verfügung. Ein großer Teil von ihnen geht später wieder in ihr Herkunftsland zurück; es bleibt aber auch der eine oder die andere hier, wenn es ihm oder ihr gut gefällt, was ich natürlich begrüße.

Solche Programme überlegen wir auch mit weiteren Ländern. Aber ob es mehr Studienplätze gibt, das muss auf der Ebene der Wissenschafts- und Hochschulminister und -ministerinnen diskutiert werden. Da ist auch der Bund in der Pflicht. Ich sehe allerdings im Moment keine guten Chancen, weil wir im Landeshaushalt einige Herausforderungen vor uns haben. Trotzdem finde ich, dass wir uns natürlich darüber Gedanken machen müssen. Vermutlich würden dann aber eher die bestehenden Standorte aufgestockt werden, da dies immer noch preiswerter ist, als neue Standorte einzurichten. Aber wie gesagt, es liegt nicht in meiner Zuständigkeit, und wir diskutieren darüber derzeit auch nicht im Kabinett.

Ich will aber auch zu den anderen Fragen noch etwas sagen. Sie haben gesagt, die ambulante Versorgung ist auch zur Vermeidung stationärer Pflege sehr wichtig. Das mag in manchen Regionen unter Umständen mit Kosten verbunden sein. Aber die Kosten für die Kommunen, um jemanden stationär zu versorgen, sind meist sehr viel höher. Ein großer Teil der älteren Menschen, die in die Pflege kommen, hat keine finanziellen Ressourcen. Die Rente reicht nicht dafür aus, viel Eigenkapital ist nicht zurückgelegt. Deswegen haben wir im Alten- und Pflegegesetz NRW für die Kommunen eine Sonderregelung eingebaut. Kommunen dürfen in dem Maße, in dem sie dazu beitragen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, das eingesparte Geld in Prävention investieren. Das gilt auch für Kommunen, die sich in Haushaltssicherung befinden. Wir zwingen keine Kommune, denn es muss natürlich ein Konzept dahinter stehen; die Verantwortlichen vor Ort müssen das wollen, z. B. die Inanspruchnahme von ambulanten Diensten oder einer häuslichen Pflege in dem Rahmen zu unterstützen, wie sie sonst stationäre Pflege abgerechnet hätten. Das bedeutet ein Mehr an Lebensqualität für die Menschen, rechnet sich für die Kommune und ist nicht zuletzt ein Imagegewinn für die Kommune. Mit dem Alten- und Pflegegesetz NRW ist das möglich.

Sie haben eine ganz entscheidende und grundlegende Frage nach den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Selbstverwaltung gestellt. Ist das noch zeitgemäß und läuft das alles richtig? Ich bin eine Verfechterin der sektorenübergreifenden Planung, durch die öffentliche Hand gemeinsam mit den KVen. Die KVen sind für sehr viele Aufgaben zuständig, von denen ich nicht glaube, dass andere sie aktuell übernehmen könnten, z. B. die Budgetumverteilung. Nicht die Politik kann entscheiden, wieviel Geld welche Facharztgruppe für welche Leistung bekommt und ob das gerecht ist. Die Politik hat nicht die medizinischen Grundlagen, um zu beurteilen, was wie honoriert werden müsste. Erst wenn diese Fragen geklärt wären und es Ideen für mögliche andere Lösungen als die Verantwortung der KVen gibt, können wir darüber nachdenken, ob dieses Modell noch zeitgemäß ist und was wir ändern wollen. Ich halte es aber für durchaus sinnvoller, in einem ersten Schritt zu sagen, die Budgetverwaltung verbleibt bei den KVen, aber wir – die Kommunen – wollen bei der

Planung im ambulanten Bereich mitreden. Dann hätten wir in Bezug auf die Sicherstellung einen wichtigen Schritt nach vorne getan.

Dann gab es Ihrerseits die Frage nach der Sicherstellung und der Grundversorgung. Für uns gehören zur Grundversorgung – und das haben wir auch in der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Krankenhausreform mit Bundesminister Gröhe diskutiert – die Innere, die Chirurgie und maximal eine dritte Abteilung. Die Geburtshilfe ist keine Grundversorgung, die Geriatrie ist keine. Innere und Chirurgie sind die Fachrichtungen, die ich für eine Notversorgung brauche. Hier kann ich die Menschen stabilisieren und ggf. transportfähig machen.

So wird das auch auf Bundesebene diskutiert. Einen Sicherstellungszuschlag gibt es, wenn ein Krankenhaus für die Grundversorgung gebraucht wird, es aber aus eigenen Mitteln nicht wirtschaftlich sein kann. Dieser Sicherstellungszuschlag kommt zunehmend auch in den Flächenländern an. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der dafür zuständig ist, wird entscheiden müssen, wie viele Kilometer Entfernung zu einem Krankenhaus zumutbar sind und was zur Grundversorgung dazu gehört. Ob noch eine andere Fachrichtung neben Innerer und Chirurgie hinzukommt, das weiß ich nicht.

Im Krankenhausplan Nordrhein-Westfalen haben wir uns für eine Entfernung zum nächsten grundversorgenden Krankenhaus von 20 km entschieden. Damit sind wir das Bundesland mit den kürzesten Entfernungen. In anderen Bundesländern liegen die Entfernungen bei 30, 40 oder 60 km. Es gibt unterschiedliche Strukturen und unterschiedliche Vorgaben darüber, was eine Grundversorgung zu leisten hat, z. B. nur transportfähig machen oder nur Erstversorgung.

Wir werden die G-BA-Entscheidung darüber abwarten müssen. Es kann passieren, dass wir unseren Sicherstellungszuschlag dann nicht innerhalb der 20 km erhalten, die wir für sinnvoll halten, sondern der Radius eher auf 30 km ausgedehnt wird. Davon müssen wir im Moment eher ausgehen. Das heißt aber nicht, dass ich den Radius von 20 km nicht trotzdem für richtig und sinnvoll halte. Die Frage, wie unsere Vorgaben mit den Sicherstellungszuschlägen zusammenpassen, wird noch eine intensive Diskussion werden. Es gibt natürlich auch immer wieder Leute, die sagen: „Guckt doch einmal nach Australien. Das sind ganz andere Entfernungen.“ Ja, aber das ist natürlich nicht die gesundheitliche Versorgung, wie ich sie haben möchte.

Ich denke, wir brauchen eine andere Versorgung für die Menschen, auch weil wir ein anderes Gesundheitswesen haben. Und wir müssen gemeinsam darüber diskutieren, welche Entfernungen zu akzeptieren sind, um noch von einer wohnortnahen Versorgung sprechen zu können. Gerade bei älteren Menschen stellt sich die Frage, ob sie nach einer hochspezialisierten Operation nach einiger Zeit wieder wohnortnah verlegt werden können, auch wenn sie möglicherweise danach noch länger liegen müssen. Auch in dieser Frage spielen Kooperationen eine Rolle. Wenn sich das örtliche Krankenhaus via Telemedizin mit der Uniklinik verbinden könnte, dann kann das funktionieren, weil diejenigen, die operiert haben, mittels Telemedizin weiter auf die Patientinnen und Patienten schauen können.

Wir werden zusätzliche Potenziale entwickeln müssen, wie wir die beste Qualität und Wohnortnähe unter einen Hut bekommen. Da sind die MVZs auch nicht die beste Lösung, weil sie nur wieder Ärztinnen und Ärzte bündeln. Wichtiger wird eher der Bereich der ambulanten Operationen oder der versorgungssichernden Stationen werden.

Dann hatte ich die Frage von Herrn Niermann, der sich eine konkrete Antwort gewünscht hat, wie wir den Hausärztemangel beseitigen können. Ich muss leider auch bei diesem Punkt noch einmal sagen, dass wir als Land für den ambulanten Sektor und die hausärztliche Versorgung nicht die Zuständigkeit und daher auch keine rechtlichen Möglichkeiten haben, dort etwas zu regeln. Hätte ich mehr rechtliche Möglichkeiten, würden wir uns mehr überlegen als lediglich ein finanzielles Anreizprogramm aufzulegen. Deswegen fordere ich ja die sektorenübergreifende Planung, damit wir auf Landesebene über unser sog. § 90a-

Gremium wirklich planen können. Mehr Zuständigkeiten wurden uns bisher von allen Bundesregierungen verwehrt. Da heißt es dann immer: „Ihr könnt überlegen, aber planen dürft Ihr nicht.“

Das Zweite, was ich gefordert habe, war das Pflichtquartal oder -Tertial für angehende Ärztinnen und Ärzte. Ich werbe nach wie vor sehr dafür, dass sich jede Ärztin und jeder Arzt im Studium wenigstens einmal mit Innerer Medizin und Allgemeinmedizin befasst. Das habe ich in NRW zusammen mit der Wissenschaftsministerin gegen den Widerstand der Studierenden vorgeschlagen. Die Studierenden wollen das Pflichtquartal nicht, sie wollen lieber alles frei wählen. Jetzt diskutiere ich mit der Ärzteschaft über Notfall-Modelle, wie z. B. das Modell des reisenden Hausarztes. Da blicke ich immer nach Österreich. Dort gibt es Behandlungszimmer in den Gemeinden. Montags kommt der Hausarzt und dienstags die Gynäkologin. Sie behandeln in demselben Behandlungszimmer oder in Dependancen. Es ist noch unklar, inwieweit die Kassenärztliche Vereinigung bereit ist, da Wege und Türen zu eröffnen, damit wir den Menschen in Regionen, wo sie wenig mobil sind und wo auch kein ÖPNV ist, Versorgung anbieten können.

Sie sprachen auch das Thema Kinderklinik Siegen an, deren Problem mit der Finanzierung und den nicht ausreichenden DRGs (Diagnosis Related Groups, diagnosebezogene Fallgruppen). Die DRGs werden in einem komplizierten System ausgerechnet, zuständig ist der Bund. Es müssen sich Häuser bereit erklären, als sogenannte Kalkulationskrankenhäuser ihre Kalkulationen offenzulegen und an den Bund weiterzugeben. Nach den Kalkulationshäusern richten sich dann die DRGs. Jetzt ist natürlich klar, dass Kinderkliniken erstens nicht die breite Masse sind und zweitens nicht diejenigen sind, die häufig als Kalkulationshäuser zur Verfügung stehen. Wenn Krankenhäuser wollen, dass die DRGs gerade im Kinderbereich anders berechnet werden, müssen sie auch selber bereit sein, Kalkulationskrankenhäuser zu werden. Ich weiß nicht, ob Siegen das ist. Es rechnet sich allerdings nur, wenn ein Krankenhaus neben der Kinderstation überwiegend Erwachsene und allgemeinmedizinisch behandelt, weil immer die durchschnittliche Berechnung genommen wird. Für ein reines Kinderkrankenhaus rechnet sich das nicht. Ich schaue mir das in Bezug auf die Kinderklinik Siegen gerne noch einmal an.

Eine weitere Frage betraf die Beispiele der Herzgruppen und Schlaganfallgruppen. Das sind gute Maßnahmen und ich prüfe gerne noch einmal an, welche Vorschriften zugrunde liegen, ob wirklich immer ein Arzt anwesend sein muss. Das kann ich ad hoc nicht sagen, auch nicht, wer das wie ändern könnte, ob da ggf. bundesgesetzliche Regelungen dagegen stehen. Dazu erhalten Sie noch eine Rückmeldung von mir. Bei dem Schlaganfall-Beispiel ist es wie so oft: Wir können als Land nur finanzieren, wo wir zuständig sind. Einzelne Schlaganfall-Nachsorgemodelle vor Ort gehören eben leider nicht dazu. Ich empfehle Ihnen, über die Stiftung Wohlfahrtspflege eine Finanzierung für solch ein innovatives Modell zu versuchen. Die Stiftung unterstützt ja gerade Präventionsangebote und Angebote für Menschen mit Behinderung, worunter der Schlaganfall fallen würde. Sie haben einen extra Fördertopf, aus dem genau das bezahlt werden kann, was wir als Land nicht finanzieren können. Das wäre eine Idee. Als Antragstellender benötigen sie für ein derartiges Modell allerdings einen wohlfahrtsverbandlichen Träger.

Zum Schluss möchte ich noch auf die Frage von Herrn Schneider eingehen, der vor der Vereinzelung der Menschen im Alter warnt und auf die Notwendigkeit von Unterstützung hinweist. Deswegen geben wir die Quartiersentwicklung als Land nicht vor. Stattdessen kann jede Kommune pro Jahr für einen Quartiersentwickler oder eine -entwicklerin 40.000 € Personalkosten bekommen. Aktuell haben sich von 53 kreisfreien Städten und Kreisen nur fünf nicht zurückgemeldet. Alle anderen haben einen Antrag gestellt; 35 haben wir bereits bewilligt. Bei den anderen läuft das Antragsverfahren. Die fünf Kommunen, die sich nicht gemeldet haben, werde ich persönlich noch einmal anschreiben. Das Programm ist im April letzten Jahres an den Start gegangen, und wir haben schnell viele Rückmeldungen erhalten. Das heißt für mich: Die Kommunen wollen das Modell umsetzen. Wir werden, wenn der

Haushalt durch die Fraktionen beschlossen wird, dafür noch einmal zusätzliche Fördermittel erhalten. Dann werden wir das Programm nicht nur fortsetzen, sondern um die eine oder andere Maßnahme erweitern. Jedes Quartier ist anders. Deswegen liefern wir mit dem Masterplan „Quartier“ lediglich die Bausteine und unterstützen und beraten die Kommunen über unser Landesbüro altengerechte Quartiere.NRW. Die konkrete Entwicklung der Quartiere muss aber vor Ort stattfinden.

Ein allerletzter Punkt: Das Bundesgesetz, das den Wechsel vom Rettungsassistenten zum Notfallsanitäter beschlossen hat, ist ein großes Ärgernis gewesen – nicht wegen dem, was drinstand, sondern wegen dem, was nicht drinstand. Bisher hatten wir eine Ausbildung und eine Finanzierung, alles war geklärt. Dann hat der Bundesgesetzgeber entschieden, daraus eine neue Ausbildung zu entwickeln. Er hat es dabei aber versäumt, auch die Kosten dieser Veränderung eindeutig zu regeln. Deswegen haben wir über die Finanzierung und Umgestaltung dieses Gesetzes so viele Verhandlungsrunden mit den Kostenträgern und den Leistungserbringern und den Kommunen gehabt. Ich kann nur sagen, das ist zwar schön, wenn die Bundesregierung in der Gesetzesbegründung davon ausgeht, dass die Kassen mehr übernehmen. Die Kassen haben aber deutlich erklärt, wo ihre Grenze erreicht ist, weil sie jetzt die komplette neue Ausbildung bezahlen müssen. Hätte der Bundesgesetzgeber das klarer im Gesetz formuliert, hätten wir die Konnexitätssituation nicht. Nach den vielen Verhandlungsrunden gibt es meines Erachtens keine Spielräume mehr. Deswegen will ich niemandem Hoffnung machen. Ich nehme das zwar grundsätzlich gerne mit, aber eigentlich – denke ich – ist das Gesetz ausverhandelt.

Herr Droege, Vorsitzender des Regionalrates, CDU-Fraktion:

Noch einmal herzlichen Dank, Frau Ministerin Steffens. Sie haben bei Ihrem Parforceritt auch vor allen Dingen in den Punkten, in denen Sie auf die Fragestellungen noch einmal sehr akzentuiert geantwortet haben, uns noch einige Impulse dagelassen, die wir weiter diskutieren werden. Das Thema, das habe ich eingangs versucht deutlich zu machen, ist mit heute nicht erledigt. Es war gut, dass Sie hier waren, dass Sie auch einige Eindrücke mitgenommen haben, uns auch einige aktuelle Eindrücke gegeben haben, wie an der Stelle nicht nur Landespolitik, sondern auch Bundespolitik tickt und wie man vor allen Dingen in vielen Dingen nicht zusammenkommt, die dann auch Fragestellungen für die Zukunft beinhalten. Wir werden uns dann einmal überlegen müssen – sicherlich der Regionalrat insgesamt, aber auch vielleicht die Fraktionen im Einzelnen, wie sie bei den Themen im gemeinsamen regionalen Interesse weiter marschieren wollen. Ich denke, das war heute ein sehr sehr guter Auftakt, ein Vertiefungsschwerpunkt, wie man es seminar technisch bezeichnen könnte. Herzlichen Dank, dass Sie da waren. Und wenn Sie jetzt an den Düsseldorfer Kabinetttisch eilen, um gute Dinge zu tun, dann wollen wir Sie nicht aufhalten.

Roadmap zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen

Ergebnisse und Handlungsansätze für Kommunen aus dem Projekt StrateG!N

Cornelia Toppel

**Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der
Technischen Universität Dortmund**

Sitzung des Regionalrats Arnsberg

8. Dezember 2015



Agenda

- 1. Das Projekt StrateG!N**
- 2. Der Weg zur Roadmap**
- 3. Handlungsfelder der Roadmap**
- 4. Hintergrund: Steuerungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume auf kommunaler Ebene**
- 5. Ausgewählte Ergebnisse**
- 6. Handlungsansätze für Kommunen**
- 7. Fazit**

Das Projekt StrateG!N

Rahmendaten

- Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung
- BMBF-Förderschwerpunkt: Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel
- Verbundpartner: Sozialforschungsstelle Dortmund (sfs), Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der TU Dortmund und Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG)
- In enger Kooperation mit der Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V.
- Projektbeteiligte: Kreisverwaltungen, Wohlfahrtsverbände, Kliniken, Klinikverbände, Vereine, Kassenärztliche Vereinigung, etc.
- Laufzeit: Januar 2012 bis April 2015
- Nach Projektende: Fortführung der Aktivitäten durch Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft, Südwestfalenagentur und Zweckverband der Krankenhäuser Südwestfalen

08.12.2015

Cornelia Toppel

Der Weg zur Roadmap



08.12.2015

Cornelia Toppel

Handlungsfelder der Roadmap

- Vernetzung und neue Versorgungsformen
- Entwicklung von interkommunalen Gesundheits- und Pflegenetzwerken
- Finden und Binden von medizinischem und pflegerischem Personal
- Unterstützung von ‚ambulant vor stationär‘ in der Pflege
- Technische Unterstützung zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung
- Kommunale Handlungsmöglichkeiten

08.12.2015

Cornelia Toppel

Hintergrund: Steuerungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume auf der kommunalen Ebene

Medizinische Versorgung

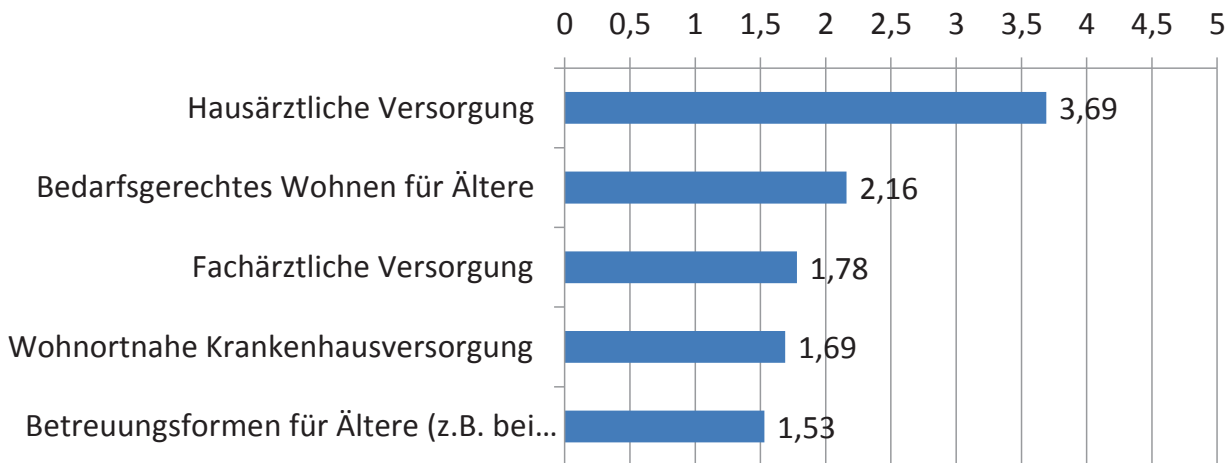
- Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, Bedarfsplanung auf Länderebene
- Nahezu keine Einflussmöglichkeiten der Kommunen auf Infrastruktur, lediglich Möglichkeit der Einrichtung kommunaler Eigeneinrichtungen, wenn Versorgung sonst nicht sichergestellt werden kann
- Engagement sowohl von Kreisen als auch von Städten und Gemeinden
- Bisher 2 Lösungsansätze
 - Finanzielle Anreize für ansiedlungsbereite Ärzte und Ärztinnen
 - Öffnung des stationären Bereichs für die ambulante Versorgung

08.12.2015

Cornelia Toppel

Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Wichtigste Herausforderungen für die Städte und Gemeinden
Rangfolge 1 bis 5 (Top 5 aus 11 Themen)



08.12.2015

Cornelia Tippel

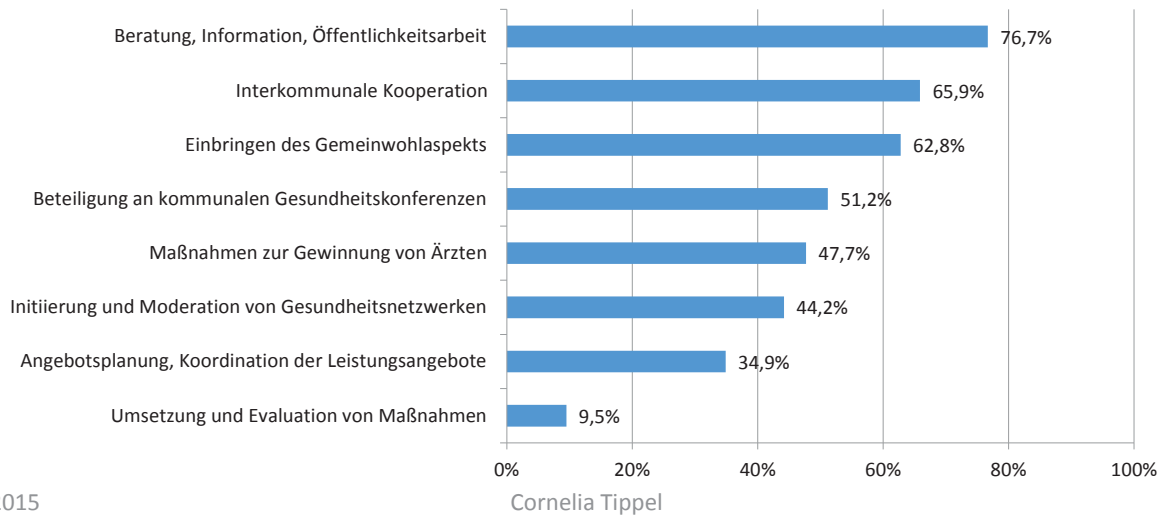
Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Einstellungen zur Zukunft der gesundheitlichen Versorgung (n=43)

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Um Ärztinnen und Ärzte für ländliche Regionen zu gewinnen, ist neben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Stadt/Gemeinde gefragt. (n=44)	38,6 %	25,0 %	22,7 %	9,1 %	4,5 %
Eine ausreichende medizinische Versorgung in ländlichen Räumen ist mit dem klassischen Hausarztmodell nicht mehr zu leisten. (n=44)	27,3 %	36,4 %	15,9 %	18,2 %	2,3 %
Das Berufsbild der jungen Mediziner/innen hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. (n=42)	33,3 %	38,1 %	26,2 %	-	2,4 %
Es muss in jeder Stadt/Gemeinde ein Krankenhaus zur Regelversorgung vorgehalten werden. (n=43)	9,3 %	7,0 %	11,6 %	39,5 %	32,6 %
Eine stärkere Zentralisierung von medizinischen Einrichtungen ist unvermeidlich (z. B. Medizinische Versorgungszentren). (n=44)	31,8 %	43,2 %	15,9 %	2,3 %	6,8 %

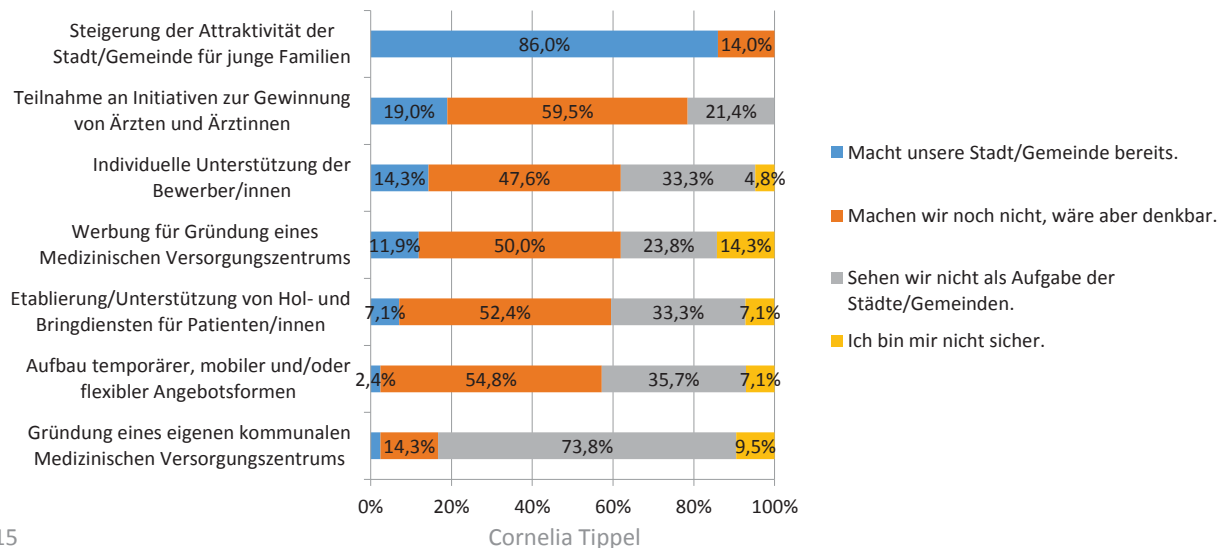
Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung (n=42)



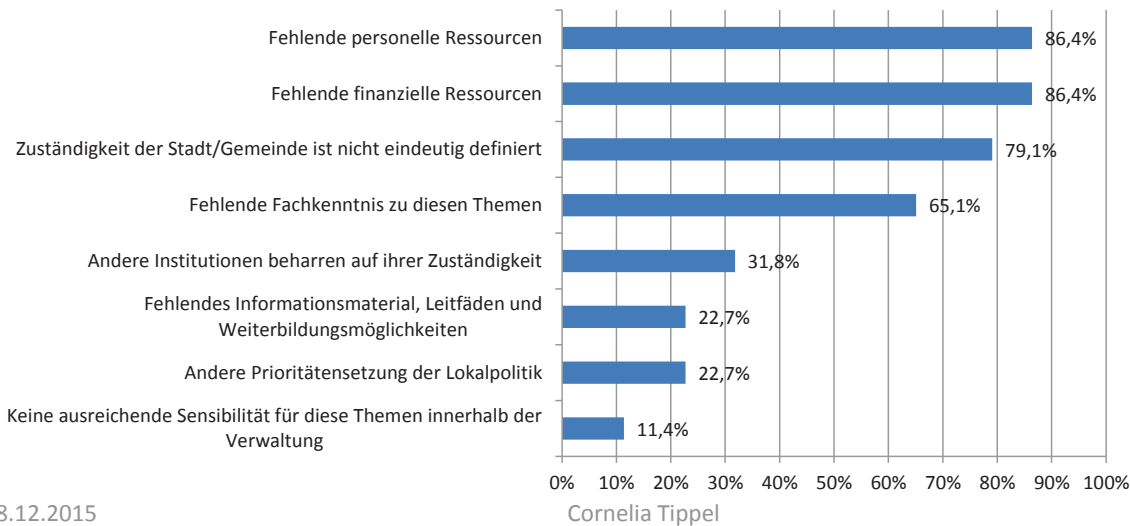
Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Aktivitäten zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung (n=42)



Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Hemmnisse bei der Übernahme einer größeren Verantwortung (n=43)



08.12.2015

Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

- Hausärztliche Versorgung als am stärksten gefährdeter Versorgungsbereich mit hoher Verantwortung sowohl der Kreise als auch der Städte und Gemeinden, aber geringen Steuerungskompetenzen
- Gestiegene Anforderungen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben für Kommunen in „weichen“ Bereichen wie Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sowie der Vertretung des Gemeinwohls
- „Harte“ Handlungsfelder wie Koordination der Leistungsanbieter und Angebotsplanung werden nicht als Aufgabenfelder gesehen
- Verantwortung für die Sicherstellung der Erreichbarkeit und die Schaffung altengerechter Wohnformen
- Unterschiedlich ausgestaltete Strategien zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels
- Bedarf einer verstärkten Zusammenarbeit mit dem Kreis, den umliegenden Kommunen und Akteuren aus der Versorgung
- Probleme bei Zusammenarbeit innerhalb der Kommune (mit anderen Fachbereichen, Dezernaten)
- Hemmnisse: Fehlende Ressourcen und unklare Zuständigkeiten, interkommunale Konkurrenz

08.12.2015

Cornelia Tippel

Ausgewählte Ergebnisse der Befragung der Städte und Gemeinden

Bedarfe

- Strategien zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung in der Fläche
- Ansiedlung von Ärzten und Ärztinnen
- Geeignete Formate zur Initiierung inter- und intrakommunaler Zusammenarbeit
- Qualitative Anpassung und Ergänzung der pflegerischen Versorgung

Rolle der Kreise, Städte und Gemeinden

- Koordination und Steuerung der Aktivitäten, Strategieentwicklung
- Information und Öffentlichkeitsarbeit
- Moderation von Initiativen
- Gemeinwohl in einem ökonomisierten Feld der Daseinsvorsorge, Neutralität

08.12.2015

Cornelia Toppel

Handlungsansätze zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung

Ärztewachstum

- Herausstellen attraktiver Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten in den Kliniken und Praxen der Region, Vorstellung der Kliniken
- Herausstellung von Südwestfalen als Region mit ländlichen und städtischen Elementen
- Stärkere Verzahnung unterschiedlicher Ausbildungs- und Berufsabschnitte

Organisation der Versorgung

- Ausrichtung auf die veränderten Bedürfnisse junger Mediziner/-innen → Neue Versorgungsformen in der medizinischen Versorgung (wie Lokale Gesundheitszentren, MVZ)
- Zentralisierung der medizinischen Versorgung mit flankierenden Erreichbarkeitskonzepten
- Sicherstellung der Nahversorgung und der Nahverkehrs in den einzelnen Ortsteilen
- Kommunen als Initiatoren abgestimmter Strategien und ineinandergreifenden Handelns, Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachbereiche

08.12.2015

Cornelia Toppel

Handlungsansätze der interkommunalen Zusammenarbeit

Entwicklung von Gesundheits- und Pflegenetzwerken (I)

Idee: Vernetzung einer mittelgroßen Stadt und einer kleinen Nachbargemeinde, um bestehende Angebote besser zu koordinieren und gemeinsam bedarfsorientiert neue Angebote zu schaffen.

Anbahnung: Pflegeberatung des Kreises und StrateG!N treten mit der Idee an die Bürgermeister von Plettenberg und Herscheid heran. Ergebnisse der Demografie- und Infrastrukturanalyse verstärken die Handlungsbereitschaft

Verbindliche Planung: Gründung einer Steuerungsgruppe, u.a. mit den Bürgermeistern, zur Planung der nächsten Schritte

Strukturierung/Verstetigung: Drei Runde Tische zu als relevant identifizierten Themen, die vier mal in 2014 zusammenkommen

Aufgaben: Bestandsanalyse, Bedarfsermittlung und Entwicklung von Lösungsansätzen

Ergebnis: Festhalten von Ergebnissen und Verantwortlichkeiten in einer Teilroadmap

Ziele?	Maßnahmen?	Verantwortliche? Beteiligte?	Ergebnisse?	Zeiträumen?

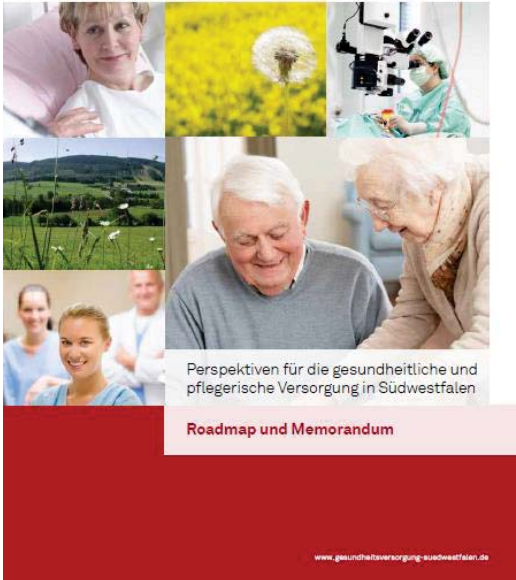
Handlungsansätze der interkommunalen Zusammenarbeit

Entwicklung von Gesundheits- und Pflegenetzwerken (II)

Erfolgsfaktoren

- Finanzielle und personelle Unterstützung durch die Kommunen notwendig
- Flexible und anpassungsfähige Organisationsstrukturen (beispielsweise Runde Tische)
- Implementierung ‚von oben‘, Engagement ‚von unten‘
- Zahlreiche unterschiedliche Akteure aus Versorgung und Altenarbeit
- Externe wissenschaftliche Begleitung und Moderation





**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

Kontakt:

Cornelia Toppel: cornelia.toppel@tu-dortmund.de

Kirsten Kemna: kemna@sfs-dortmund.de

Bildnachweis

Folie 4: pixabay.de, Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., ©CandyBox Images/fotolia.de, pixabay.de, pixabay.de, Projekt StrateG!N

Folie 16: Gesundheits- und Pflegenetzwerk Plettenberg/Herscheid, Design:twinnners-home.de

Folie 17: bvmed.de, Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V., ©Monkey Business/fotolia.de, ©CandyBox Images/fotolia.de

StrateG!N

Strategien für die Gesundheitsversorgung in Südwestfalen

**Dem demografischen Wandel auf lokaler Ebene begegnen –
Befragung der südwestfälischen Städte und Gemeinden zu ihrer Rolle bei der
Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung im demo-
grafischen Wandel**

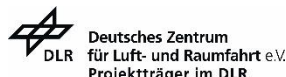
Bericht

Cornelia Toppel, Jens Maylandt, Kirsten Kemna, Patrizia Behlau

Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund
Tel.: 0231-8596-262, E-Mail: toppel@sfs-dortmund.de

Dortmund, Juni 2015

Verbundvorhaben Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum –
Innovative Strategien durch Vernetzung (Fkz. 01HH11025)



Abstract

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird ein verstärktes kommunales Engagement bei der Bewältigung von Engpässen und -lücken in der Gesundheitsversorgung gefordert. Kreise, Städte und Gemeinden spielen demnach eine immer wichtigere Rolle bei der Erarbeitung und Umsetzung von Strategien für eine nachhaltige Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Um die Rolle der Städte und Gemeinden bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung vor dem Hintergrund dieser aktuellen Debatten einzuordnen, wurde im Projekt StrateG!N eine schriftliche Befragung der 59 südwestfälischen Städte und Gemeinden durchgeführt, mit der u. a. ausgelotet werden sollte, wie die Städte und Gemeinden die zukünftige Versorgungssituation einschätzen, wie sie bisher mit Versorgungsmängeln und -lücken umgehen, in welchem Ausmaß die Städte und Gemeinden unterschiedliche Aktivitäten zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels entwickeln oder aus welchen Gründen sie es nicht tun und welche Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung sie bereits wahrnehmen.

Hier ist insbesondere der Widerspruch von Interesse, dass das Engagement der Kommunen immer wieder eingefordert wird, es aber demgegenüber, insbesondere bei der medizinischen Versorgung, wenig rechtliche Handlungsspielräume der Kommunen gibt. Ein Ziel der Befragung war es, den Umgang der Kommunen mit dieser Diskrepanz zu untersuchen.

Im Herbst 2014 wurde die Erhebung durchgeführt und mit 44 eingegangenen Fragebögen eine Ausschöpfungsquote von nahezu 75 % erreicht. Dies spricht für die hohe Aktualität und Relevanz des Themas. Zudem repräsentiert die realisierte Stichprobe die Grundgesamtheit zufriedenstellend, wie die Verteilung der zentralen Strukturvariablen zeigt.

Die hausärztliche Versorgung wird von den Städten und Gemeinden als am stärksten gefährdet und als dringendste Herausforderung der Zukunft gesehen. Dagegen wird die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung trotz eines steigenden Anteils Pflegebedürftiger als weniger gefährdet betrachtet. Für die Diskrepanz zwischen prognostiziertem Versorgungsrisiko und wahrgenommener Problemlage und deren Einschätzung konnten keine objektiven Erklärungen gefunden werden.

Zudem sehen die Städte und Gemeinden gestiegene Anforderungen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben für Kommunen eher in den „weichen“ Bereichen wie Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sowie der Vertretung der Interessen der Bürger/-innen in einem zunehmend ökonomisierten Handlungsfeld. In den „harten“ Handlungsfeldern, die direkte Folgen für die Versorgungslandschaft hätten, sehen sie dagegen keine Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche, obwohl sie insbesondere in der medizinischen Versorgung einer Anpassung und Modernisierung der Versorgungsstrukturen zustimmen. Die Konzentration auf die weichen Handlungsfelder entspricht ihren geringen Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten.

Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche zeigt sich, dass die pflegerische Versorgung insgesamt als Aufgabenfeld gesehen wird, was vornehmlich durch den Kreis zu bearbeiten ist. Im Gegensatz dazu wird die medizinische Versorgung, insbesondere die hausärztliche Versorgung, als Bereich mit hoher kommunaler Verantwortung, aber geringen Steuerungskompetenzen gesehen. In Aufgabenfeldern, die hoheitliche Aufgaben der Städte und Gemeinden berühren, wie die Sicherstellung von Erreichbarkeiten und die Gestaltung des kommunalen Wohnungswesens, schätzen die Städte und Gemeinden ihre Verantwortlichkeit und ihre Steuerungsmöglichkeiten naturgemäß höher ein. Die Entwicklung von Strategien oder Konzepten zum Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels ist bei den Städten und Gemeinden stark verbreitet. Die inhaltliche Ausgestaltung und Qualität der Strategien oder dessen, was als Strategie angegeben wurde, differiert. Zu einem nicht unerheblichen Teil sind die strategischen Konzepte als Projekte konzipiert und zum Teil abhängig von externer finanzieller Förderung. Zudem werden teilweise lediglich Einzelthemen oder bestimmte Formate adressiert.

Bei der Entwicklung der Strategien werden von den Städten und Gemeinden zahlreiche weitere Akteure einbezogen, insbesondere jedoch ehrenamtliche und kirchliche Akteure, stationäre Pflegeeinrichtungen sowie der zuständige Kreis. Die weiteren professionellen Akteure der Versorgung werden dagegen etwas seltener von den Städten und Gemeinden einbezogen. Hier sehen die Kommunen eher den Bedarf, dass die professionellen Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung untereinander stärker kooperieren sollten. Insgesamt ist die Kooperationsbereitschaft und -tätigkeit der Städte und Gemeinden Südwestfalens bereits sehr hoch. Zusätzlich möchten sie mit weiteren kommunalen (wie dem Kreis, weiteren Städten und Gemeinden und innerhalb der eigenen Stadt bzw. Gemeinde) und externen Akteuren (intensiver) zusammenarbeiten.

Hemmnisse für eine wenig aktive Gestaltung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen in fehlenden Ressourcen und Zuständigkeiten, aber weniger in einer fehlenden Sensibilität für das Thema. Auch im Hinblick auf Kooperationsaktivitäten ist die mangelnde oder ungeklärte Finanzierung von solchen Aktivitäten ein zentrales Hemmnis. Hier zeigt sich, dass die Handlungsmöglichkeiten einiger Städte und Gemeinden aufgrund finanzieller Schwierigkeiten eingeschränkt sind. Zudem ist die Konkurrenz (z. B. um Einwohner/-innen) ein wesentliches Hemmnis für die stärkere interkommunale Zusammenarbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Einordnung in den Stand der Forschung	6
2.1 Entwicklungslinien der kommunalen Steuerungskompetenzen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung	7
2.2 Kommunalen Sicherstellungsauftrag	9
2.2.1 Ambulante medizinische Versorgung	9
2.2.2 Stationäre medizinische Versorgung	11
2.2.3 Ambulante und stationäre Pflege	13
2.2.4 Vernetzte Versorgung	15
2.3 Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen – Besonderheiten und Relevanz	16
2.4 Möglichkeiten kommunaler Einflussnahme	18
3. Methodik und Vorgehensweise	20
4. Einschätzung und Herausforderungen der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgung in Südwestfalen	22
5. Aktivitäten und Handlungsspielräume	26
5.1 Anforderungen	27
5.2 Verantwortungsbereiche und Aufgaben	28
5.3 Strategien und Aktivitäten	33
5.3.1 Übergreifende Strategien und Aktivitäten	33
5.3.2 Haus- und fachärztliche Versorgung	34
5.3.3 Krankenhausversorgung	37
5.4 Hemmnisse	37
6. Kooperation und Vernetzung	40
7. Schlussbetrachtung	44

1. Einleitung

Der demografische Wandel stellt das Gesundheitswesen in zweifacher Hinsicht vor große Herausforderungen: Einerseits steigt der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen und andererseits sinkt das Arbeitskräftepotenzial der Betriebe. Der drohende Ärzte- und Pflegekräftemangel resultiert vor allem aus fehlendem ärztlichen und pflegerischen Nachwuchs und dem frühen Ausscheiden älterer Beschäftigter. In ländlichen Regionen werden diese Prozesse verstärkt durch ungünstige infrastrukturelle Rahmenbedingungen und die Abwanderung insbesondere von Frauen (vgl. Kubis/Schneider 2007), die einen Großteil der Beschäftigten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung stellen. Vor diesem Hintergrund hat sich das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt StrateG!N¹ zum Ziel gesetzt, ein strategisches Konzept zur Anpassung und Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in der Gesundheitsregion Südwestfalen mit zahlreichen Akteuren aus der Region zu erarbeiten. Eine zentrale Annahme des Projekts ist es, dass dazu die Vernetzung und vor allem die Kooperation zwischen den Akteuren nachhaltig gestärkt werden müssen. Dialogische Prozesse, wie ein Steuerkreis und mehrere Dialoggruppen unter Mitwirken der relevanten Akteure, sollen die gemeinsame Definition und Bearbeitung von Problemen ermöglichen. Die Kommunen erwiesen sich im Projektverlauf als zentrale Akteure sowohl bei der Problemdefinition und dem Agendasetting als auch beim Engagement bei der Durchführung von Modellprojekten (vgl. Gerling/Giesecking 2015).

Kreise, Städte und Gemeinden spielen demnach eine immer wichtigere Rolle bei der Erarbeitung und Umsetzung von Strategien für eine nachhaltige Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Dementsprechend zählen die Kommunen, hier die Kreise, diese auch in verstärktem Maße zu ihrem Aufgabengebiet. Ihre Aktivitäten wirken dabei meist kompensatorisch und finden in Koexistenz mit den originären Institutionen der Versorgungssicherstellung (z. B. Kassenärztliche Vereinigung, Krankenhausplan des Landes) statt (vgl. Goldmann/Maylandt 2013). Beispiele hierfür sind Programme, die auf die Rekrutierung von Hausärztinnen und -ärzten abzielen, oder die Organisation und Moderation von Gesundheits- und Pflegenetzwerken.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels wird auch in der Literatur ein verstärktes kommunales Engagement bei der Bewältigung von Engpässen und -lücken in der Gesundheitsversorgung für notwendig erachtet (vgl. u. a. Beetz 2009; Elkeles 2007; Herdt/Winkel 2008; Luthé 2013). In den aktuellen Debatten wird z. T. ein umfassendes kommunales Engagement bis hin zur Entwicklung kommunaler Gesundheitslandschaften gefordert (vgl. Luthé 2013).

Um die Rolle der Städte und Gemeinden bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung vor dem Hintergrund dieser aktuellen Debatten einzuordnen, wurde im Projekt StrateG!N eine schriftliche Befragung der 59 südwestfälischen Städte und Gemeinden durchgeführt, mit der u. a. ausgelotet werden sollte,

- wie die Städte und Gemeinden in Südwestfalen die zukünftige Versorgungssituation einschätzen,
- wie sie bisher mit Versorgungsmängeln und -lücken umgehen,
- in welchem Ausmaß die Städte und Gemeinden unterschiedliche Aktivitäten zur Bewältigung der Herausforderungen des demografischen Wandels entwickeln oder aus welchen Gründen sie es nicht tun und
- welche Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung sie bereits wahrnehmen.

Ziel der Erhebung ist es, gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung aus Sicht der Kommunen und die Einschätzung der Rolle der Kommunen in

¹ Weitere Informationen unter: www.gesundheitsversorgung-suedwestfalen.de.

diesem Kontext herauszuarbeiten. Entsprechend der Kernhypothese von StrateG!N, dass orts- und sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung zentral für die Entwicklung innovativer Lösungsstrategien sind, wird den bereits praktizierten Kooperationsformen besondere Bedeutung zugemessen. Hierbei werden die bereits stattfindende interkommunale Kooperation sowie die Kooperation der Verwaltung mit weiteren Akteuren (Ärztinnen und Ärzten, Pflegediensten, etc.) erhoben.

Im Rahmen des Projekts StrateG!N wurde für alle 59 Kommunen ein demografisch induzierter Risikoindex² entwickelt, der darauf hinweist, wie dringlich es in der betreffenden Stadt oder Gemeinde ist, sich mit der Anpassung der Versorgungsstrukturen an einen demografisch bedingt steigenden Bedarf zu befassen. Darüber hinaus sind für alle 59 Kommunen Kommunalprofile entwickelt worden, in denen die demografische Entwicklung (2010-2030), das Versorgungsrisiko und die medizinische und pflegerische Infrastruktur dargestellt werden.³ Mithilfe des Risikoindexes kann die zukünftige Versorgungslage hinsichtlich der Pflege durch die vorausberechnete Relation pflegebedürftiger Menschen zu potenziell Pflegenden für jede der 59 Kommunen Südwestfalens prognostiziert werden. Die schriftliche Befragung der Städte und Gemeinden bot die Möglichkeit, die Einschätzung einer Kommune mit dem prognostizierten Versorgungsrisiko zu vergleichen. Neben dem Risikoindex können auch weitere Daten aus den Kommunalprofilen mit den Fragebögen verknüpft werden.

Darüber hinaus soll die Befragung die Kommunen aktivieren, sich mit dem demografischen Wandel und den damit verbundenen Auswirkungen auf die Versorgungsinfrastruktur (stärker) zu beschäftigen. Ein erster Sensibilisierungsimpuls erfolgte bei der Beantwortung des Fragebogens, ein zweiter bei der Vorstellung der Ergebnisse. Die Erkenntnisse aus der Befragung wurden in die Roadmap, die Wege zu einer nachhaltigen Versorgungsinfrastruktur aufzeigen soll, aufgenommen.⁴

Zunächst werden die konkreten Steuerungskompetenzen der Kommunen und die aktuelle Debatte um die (neue) Rolle der Kommunen bei der Gesundheitsversorgung dargestellt (siehe Kap. 2). Im Anschluss werden das Vorgehen und die Methodik der Befragung vorgestellt (siehe Kap. 3). Die Herausforderungen, die von den Städten und Gemeinden bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung wahrgenommen werden, werden daran anschließend erläutert (siehe Kap. 4). Darauf aufbauend wird auf die Strategien, die Aktivitäten (siehe Kap. 5) und die Kooperationsaktivitäten eingegangen (siehe Kap. 6). Abschließend werden die Handlungsoptionen der Kommunen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten reflektiert (siehe Kap. 7).

2. Einordnung in den Stand der Forschung

Um die Ergebnisse der Befragung einordnen zu können, ist es von Bedeutung, zunächst die Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten der Städte und Gemeinden in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung zu beleuchten. Dazu wird zunächst die Entwicklung der Steuerungskompetenzen in der Versorgung nachgezeichnet (siehe Kap. 2.1). Im Anschluss daran wird der kommunale Sicherstellungsauftrag in den einzelnen Sektoren der Versorgung betrachtet (siehe Kap. 2.2). Vor diesem Hintergrund wird auf die Besonderheiten der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen (siehe Kap. 2.3) und die verbliebenen Möglichkeiten kommunaler Einflussnahme (siehe Kap. 2.4) eingegangen.

² Eine ausführliche Darstellung des Risikoindexes findet sich in FfG/IfG 2013.

³ Die Kommunalprofile finden sich in Gerling/Giesecking/Joo 2013.

⁴ Die Roadmap findet sich unter sfs/FfG/IfG 2015.

2.1 Entwicklungslinien der kommunalen Steuerungskompetenzen in der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung

Das Gesundheitssystem unterliegt einem deutlichen Dezentralisierungstrend bzw. einer Kommunalisierung der Prozesse, um auf die vielfältigen und lokal spezifischen Problemlagen des demografischen Wandels, wie Alterung der Bevölkerung und der Beschäftigten, Multimorbidität, reagieren zu können (vgl. Luthe 2013a; Luthe 2013b). Es findet dabei ein Ebenenwechsel von zentralistischer Steuerung zu Prozessen orts-, betroffenen- und problemorientierter Versorgung statt, in dem den Kommunen eine zentrale Stellung zukommt (vgl. Luthe 2013a: 4-13). Die Anforderungen an die Kreise sowie die Städte und Gemeinden sind dabei allerdings von folgendem Dilemma geprägt: Einerseits wird bei den Kommunen eine stärkere Verantwortung gesehen, auf lokale Problemlagen zu reagieren, und auf der anderen Seite stehen ihnen in wesentlichen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung keine Mitwirkungsbefugnisse zur Verfügung (vgl. Luthe 2013a: 15). Die Stellung der kommunalen Ebene im gesundheitspolitischen Institutionengefüge bleibt unklar: Die Kommunen können sich lediglich zweckgebunden beteiligen, etwa mit dem Ziel, die medizinische Versorgung zu verbessern oder die Sozialversicherung zu optimieren (vgl. ebd.: 14), sie haben jedoch keine konkreten Umsetzungs- oder Durchsetzungsbefugnisse.

Bereits in den 1990er Jahren haben zahlreiche Bundesländer ihre Gesetze zum Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) mit dem Ziel geändert, eine kommunale Gesundheitsplanung in Verbindung mit einer kommunalen Gesundheitsförderung zu etablieren.⁵ Der ÖGD, das heißt die Gesundheitsämter bzw. die unteren Gesundheitsbehörden auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte, sollten zu einer zentralen Institution der kommunalen Gesundheitspolitik werden (vgl. Weth 2013b: 91). Zudem wurden den Gesundheitsämtern zwei neue Aufgabenbereiche übertragen: die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) und die kommunale Gesundheitskonferenz (KGK). Mit diesen Planungs- und Steuerungsinstrumenten sollten die Kommunen zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung beitragen, indem sie einerseits gesundheitsbezogene Problembeschreibungen und -bewertungen vornehmen und andererseits erfolgreiche (gesundheitspolitische) Initiativen zur Problembewältigung in Gang setzen bzw. sicherstellen sollen (vgl. Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 535). Damit war eine Kommunalisierung des ÖGD verbunden, die Kreise erhielten mehr eigenständige Gestaltungsmöglichkeiten (vgl. ebd.: 534). Folgende Veränderungen und Funktionen des ÖGD waren damit verbunden:

- „eine verstärkte gesundheitspolitische Orientierung (*Gesundheitsförderung und Präventionsfunktion*),
- ein verstärktes Engagement des Gesundheitsamtes als Sachwalter und Berater der Bürger (*Dienstleistungs- und Servicefunktion*),
- eine stärkere Verantwortung für eine bedarfsgerechte, chancengleiche Gesundheitssicherung und -versorgung (*sozialkompensatorische Funktion*),
- eine federführende Funktion bei der Organisation und Zusammenarbeit der an der kommunalen Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung Beteiligten (*Schlüsselfunktion der Koordination und Planung*)“ (Weth 2013b: 91, Herv. i.O.).

In Nordrhein-Westfalen wurde am 25. November 1997 das Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) erlassen. Das Aufgabenspektrum des ÖGD umfasst nach den Gesetzesänderungen folgende Schwerpunkte:

- Gesundheitsplanung und -berichterstattung,

⁵ Grund für diese Gesetzesänderungen waren politische Beschlüsse und Vereinbarungen auf supranationaler Ebene wie die Programme der Weltgesundheitsorganisation (WHO), beispielsweise die Ottawa-Charta, Gesundheit 2000, Gesunde-Städte-Bewegung. Diese sollten bis hinunter auf die kommunale Ebene zu Bewusstseinsveränderungen und einer Reflexion der bisherigen Politiken führen. (vgl. Weth 2013a: 309)

- Gesundheitsförderung und Prävention,
- Gesundheitshilfe (gesundheitlicher Schutz von besonders hilfsbedürftigen Personen),
- Gesundheitsschutz und Umweltmedizin (Überwachung der Einhaltung der Anforderungen der Hygiene) sowie
- die Medizinalaufsicht (Überwachung des Medikamentenverkehrs und Aufsicht über die Einrichtungen und Berufe des Gesundheitswesens) (vgl. Weth 2013a: 303f.; § 2 Abs. 2 ÖGDG NRW).

Die klassischen Aufgaben des ÖGD, wie die Medizinalaufsicht und die Gesundheitshilfen, sind im Zuge der Modernisierung der Rechtsgrundlagen um die ortsnahe Koordination erweitert worden (vgl. Weth 2013a: 308). Zudem wurde der im Gesundheitsschutz angelegte Präventionsgedanke zu einer umfassenderen Perspektive der Gesundheitsförderung weiterentwickelt (vgl. ebd.: 307). Das Gesundheitsamt erhält bei der ortsnahen Koordination und Planung des kommunalen Gesundheitssystems eine Schlüsselfunktion: Die regelmäßige Gesundheitsberichterstattung soll unter Berücksichtigung der lokalen Besonderheiten die Versorgungslücken aufzeigen und Handlungsbedarfe ermitteln, um auf dieser Grundlage die Gesundheitsplanung vornehmen zu können. Um die Planung umzusetzen, soll der ÖGD für die Kommune Abstimmungsprozesse zwischen den Akteuren der Versorgung und der Sicherstellung organisieren und zudem die Wirksamkeit von Maßnahmen im Sinne einer Qualitätssicherung ermitteln und kontrollieren (vgl. ebd.: 308).

„Im Sinne von Public Health sollen die Kommunen die gesundheitlichen Entwicklungen von der Problemdefinition bis hin zur Festlegung von Zielen, strategischen Planungen und Evaluation beobachten, beurteilen, koordinieren und nach außen hin gegenüber der Öffentlichkeit, Politik und Fachleuten darstellen.“ (ebd.: 309)

Die (neuen) Landesgesundheitsgesetze stellen hierfür den Rahmen bereit, allerdings müssen die Kommunen selbst die Kompetenzen und Aufgabenbereiche ihrer Gesundheitsämter stärken (ebd.: 313), um einen solch umfassenden Ansatz umzusetzen. Die Ausgestaltung der lokalen Gesundheitsplanung liegt im Rahmen der kommunalen Selbstverwaltung in der Hand der Kreise und kreisfreien Städte. Welche Wichtigkeit sie diesem Aufgabenfeld zumessen, entscheidet über die Qualität und Ausstattung dieser Behörde (vgl. Weth 2013b: 88). Zudem müssten sich die Gesundheitsämter selbst in einen solchen Prozess als „multiprofessionelle Einrichtung“ aktiv einbringen (Weth 2013a: 313f.).

Eine Vielzahl von Gesundheitsämtern wurde allerdings nicht entsprechend dem Gedanken des Gesetzes umstrukturiert, so fallen Kommunalverwaltung und kommunale Gesundheitspolitik oft noch auseinander (vgl. Weth 2013a: 310). Und auch die Gesundheitskonferenz wird bisher vor allem von den Akteuren des Gesundheitswesens als Plattform für die Prioritätensetzung und Herstellung von Verbindlichkeiten für gemeinsame Maßnahmenumsetzung genutzt; eine politikfeldübergreifende Vernetzung, also die Kooperation mit Akteuren aus der Kommunalverwaltung mit formell gesundheitsfernen Verantwortungsbereichen, gelang bisher nicht (vgl. Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 545). In den unterschiedlichen internen Verantwortungsstrukturen einer Stadt wird das Querschnittsthema „Gesundheit“ zwar durchaus wahrgenommen, vielfach aber mit benachbarten Fachbereichen bzw. Fachausschüssen nicht übergreifend abgestimmt und koordiniert (vgl. Weth 2013b: 98). Denn Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zwischen Akteuren folgen eher den „gewohnten Pfaden“, als das sie je nach Themenstellung wechseln (vgl. Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 539), das heißt es kommen kaum Kommunikations- und Kooperationsbeziehungen zwischen unterschiedlichen Fachbereichen bzw. Dezernaten zustande, obwohl sie gerade in der Sicherstellung der Versorgung und bei der Entwicklung integrierter Konzepte dringend gebraucht würden.

Zudem kann die Gesundheitskonferenz aufgrund der Interessengebundenheit der unterschiedlichen Akteure nur einvernehmliche und damit auch nur leichte Themen behandeln, dennoch bewertet Weth (2013b: 95) bereits das Zusammenwirken aller Akteure als Gewinn für die gesundheitliche Versorgung und Versorgung vor Ort. Allerdings stellt sich die Frage, wenn zu viele Expert/-innen außerhalb des politisch-administrativen Systems an der Gesundheitskonferenz teilnehmen, ob die Akteursinteressen nicht zu sehr die Inhalte der lokalen Gesundheitspolitik bestimmen, die mit dem Gemeinwohl einer Kommune nicht identisch sein müssen (vgl. Ziemer/Grunow-Lutter 2007: 539). Auch von den Vertreter/-innen der fünf südwestfälischen Kreise⁶ werden die Implikationen der Gesundheitskonferenz eher als gering eingeschätzt. Ein relevantes Gremium sind die jeweiligen Gesundheits- und Sozialausschüsse, die im Gegensatz zur Gesundheitskonferenz demokratisch legitimiert sind und verbindliche Entscheidungen treffen können.

Die Entwicklung und Einbindung abgestimmter kommunaler Gesamtkonzepte spielt eine zentrale Rolle, damit gute Ansätze nicht bereits in der Umsetzungsphase stecken bleiben. Diese finden sich bisher vor allem in Kommunen, die gezielt intersektoral arbeiten; das Instrument eines Fachplans Gesundheit wird jedoch bisher kaum genutzt (vgl. Weth 2013b: 98).

2.2 Kommunalen Sicherstellungsauftrag

Vor dem Hintergrund dieser umfassenden Ansprüche im Zuge einer kommunalen Gesundheitspolitik stellt sich die Frage, welche Zuständigkeiten und Einflussmöglichkeiten die Kommunen in der medizinischen und pflegerischen Versorgung – betrachtet an Hand der einzelnen Sektoren – tatsächlich haben. Nach Herdt/Winkel (2008: 9) stellt die im Folgenden oft angesprochene Gewährleistungsverantwortung, die u. a. auf der Ebene der Krankenhausversorgung besteht, keine Erfüllungsverantwortung dar. Zudem gibt es derzeit Debatten darum, was unter Bewertung der sich ändernden versorgungsstrukturellen und ökonomischen Rahmenbedingungen zukünftig überhaupt Gegenstand einer staatlichen Gewährleistungsverantwortung im Bereich der gesundheitlichen Versorgung sein kann (vgl. u. a. Herdt/Winkel 2008: 9; Wiechmann/Kißler 2010).

2.2.1 Ambulante medizinische Versorgung

Bei der ambulanten medizinischen Versorgung liegt der Sicherstellungsauftrag bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). Die Planungsaufgaben beschränken sich in diesem Bereich auf eine Bewertung, inwieweit in den einzelnen Planungsbereichen eine Über- bzw. Unterversorgung vorliegt. Der gegenwärtig praktizierten Form nicht-staatlicher Steuerung der ärztlichen Versorgung gelingt es bisher nicht in ausreichendem Maße, den versorgungsstrukturellen Defiziten entgegenzuwirken. Dies wird auf Steuerungsmängel, insbesondere in den folgenden Aspekten, zurückgeführt:

Die **Trennung des Sicherstellungsauftrags** zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen, insbesondere zwischen ambulantem und stationärem Sektor, die durch die Trennung der Finanzierungsstrukturen noch verstärkt wird, bewirkt, dass beide nicht im Zusammenhang betrachtet werden. Die regionale Gesamtversorgung gerät dabei aus dem Blick; die einzelnen Bereiche werden nicht in ihrem Zusammenwirken gesehen. Hinzu kommt, dass aufgrund von Konkurrenz und Wettbewerb um finanzielle Mittel immer noch Maßnahmen zur Abschottung statt zur Öffnung betrieben werden.⁷ (vgl. Herdt/Winkel 2008: 73f.)

⁶ Es wurden Interviews mit Expert/-innen aus den fünf beteiligten Kreisverwaltungen geführt.

⁷ So führen beispielsweise die Teilnahmemöglichkeiten von Krankenhäusern auf dem ambulanten Sektor zur Ablehnung bei niedergelassenen Ärzten, da diese fürchten, der Konkurrenz etwa durch Medizinische Versorgungszentren nicht gewachsen zu sein (vgl. Herdt/Winkel 2008: 73).

Zudem waren die **Verfahren zur Ermittlung von Über- bzw. Unterversorgung** wenig an den lokalen Rahmenbedingungen und funktionalen Zusammenhängen orientiert, sondern an administrativen Räumen. Das bisherige Verfahren war an Planungsbereichen orientiert, die weitgehend den Kreisen und kreisfreien Städten entsprachen. Sozialräumliche Disparitäten unterhalb der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte blieben so unberücksichtigt. Die ohnehin geringen Steuerungsmöglichkeiten waren nicht darauf ausgerichtet und sind nicht dafür geeignet, die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum zu steuern (vgl. Elkeles 2007: 51).

Obwohl die rechtlich vorgesehenen Steuerungskompetenzen der Kreise und insbesondere der kreisangehörigen Städte und Gemeinden gering sind, wird an den Orten, an denen die Sicherstellung der Versorgung durch die KV nicht gelingt, doch wieder strukturierendes kommunales Engagement notwendig. Die Verantwortung zur Leistungserbringung fällt de facto zurück in die öffentliche Hand; dies kann bis zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch den Betrieb eines Medizinischen Versorgungszentrums durch einen kommunalen Krankenhausträger gehen (vgl. Herdt/Winkel 2008: 74f.). Herdt/Winkel (2008) sehen es aus diesem Grund in strukturschwachen und unterversorgten Regionen als zweckmäßig an, die Sicherstellung den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen und den Kreisen (und kreisfreien Städten als Träger der Sicherstellungsverantwortung des stationären Bereichs) in gemeinsamer Verantwortung zu übertragen. Als ein Format, um medizinisch und wirtschaftlich tragfähige Lösungen zu entwickeln, schlagen Herdt/Winkel (2008: 75) regionale Sicherstellungskonferenzen vor. Das etablierte Zentrale-Orte-Konzept⁸ kann dabei wichtige Strukturierungsimpulse für die Standortwahl innerhalb eines solchen Versorgungskonzepts bieten (vgl. ebd.: 75).

Am 01. Januar 2012 ist u. a. aufgrund der Probleme der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung in ländlichen Räumen das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz in Kraft getreten. Die neuen Richtlinien zur Bedarfsplanung räumen nun den Ländern einen stärkeren Einfluss auf die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung ein. Dies umfasst ein

- Beanstandungsrecht bei der Aufstellung und Anpassung der Bedarfspläne (§ 99 Abs 1 SGB V),
- ein Recht auf Mitberatung im Landesausschuss (§ 90 Abs. 4 SGB V),
- ein Beanstandungsrecht von Entscheidungen der Landesausschüsse (§ 90 Abs. 6 SGB V) und
- die Kompetenz zur Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse (§ 90 Abs. 5 SGB V) (vgl. Luthe 2013a: 15).

Damit werden abhängig von den lokalen Gegebenheiten der Versorgung mehr rechtliche Einflussmöglichkeiten auf die Zulassung bzw. die Beschränkung von Zulassungen in einzelnen Gebieten ermöglicht (vgl. Hoffer 2013: 409). Unterhalb dieser Ebene bestehen allerdings keine weiteren Einflussmöglichkeiten, das heißt eigenständige kommunale Einwirkungsmöglichkeiten wurden nicht geschaffen (vgl. Luthe 2013a: 15). Allerdings wird den Kommunen die Möglichkeit eröffnet, mit Zu-

⁸ Das Zentrale-Orte-System prägt seit den 1960er Jahren die raumordnerischen Konzepte zur Entwicklung der Siedlungsstruktur in der Bundesrepublik Deutschland. Die zentralörtliche Gliederung ist ein wichtiges Instrument der Landes- und Regionalplanung und wird in den Raumordnungsplänen festgelegt. Zentrale Orte übernehmen neben der Versorgung ihrer Einwohner/-innen festgeschriebene Versorgungs- und Entwicklungsfunktionen für die Bevölkerung ihres Einzugsbereichs. Das zentralörtliche System ist hierarchisch gegliedert in Grund-, Unter-, Mittel- und Oberzentren, die von den Bundesländern festgelegt werden. Auf der untersten Hierarchiestufe befinden sich die Grundzentren (Unterzentren) mit einem zugehörigen Nahbereich. Sie werden in Regionalplänen ausgewiesen und haben unter anderem die Aufgabe, die „Grundversorgung“ (täglicher Bedarf) der Bevölkerung abzudecken und ein Mindestmaß an öffentlicher und privater Infrastruktur anzubieten. Mittelzentren sind zentrale Orte zur Deckung des „gehobenen periodischen Bedarfs“ der Bevölkerung im Mittelbereich und werden durch die Landesplanung ausgewiesen. Oberzentren werden ebenfalls durch die Landesplanung ausgewiesen und decken den „höheren spezialisierten Bedarf“ der Bevölkerung. (vgl. Blotevogel 2005: 1311)

stimmung der Kassenärztlichen Vereinigung eigene kommunale Einrichtungen (wie MVZ) zu schaffen, wenn die Versorgung auf andere Weise nicht sichergestellt werden kann (vgl. Hoffer 2013: 409; § 105 Abs. 5 SBG V). Die „Neuerungen des VStG [seien] zwar aus historischer und systemischer Perspektive [...] weitgehend und innovativ; die Einflussmöglichkeiten der Kommunen sind dennoch marginal geblieben.“ (ebd.: 409f.) Denn die Kommunen erhalten kaum Einflussmöglichkeiten auf die sozialräumliche Ausgestaltung der Leistungserbringung; sie können wie bisher lediglich initiieren, beraten und unterstützen (vgl. Hoffer 2013: 410).

Faller (2014) schränkt die Möglichkeiten der Kommunen „in einem privatwirtschaftlich organisierten Feld wie der hausärztlichen Versorgung“ ebenfalls dahingehend ein, dass sie allenfalls günstige Rahmenbedingungen schaffen und durch Analysen und Moderation den Aufbau zukunftsfester Versorgungsstrukturen anregen können (vgl. ebd.: 10). So sollten sich die Regionen bzw. Kommunen aktiv in die Sicherstellungsaktivitäten der Kassenärztlichen Vereinigungen einbringen und aus einem „regionalen Gesundheitsdialog“ den Kontakt herstellen. Dies stellt vermutlich ein ähnliches Format wie die von Herdt/Winkel (2008) noch bezogen auf die „alte“ Bedarfsplanung vorgeschlagenen regionalen Sicherstellungskonferenzen dar. So könnten Kommunen in der Diskussion über die zukünftigen Versorgungsstrukturen mit der regionalen Ärzteschaft die Veränderungsbereitschaft der Ärzteschaft ausloten und für veränderte Betriebsformen werben (vgl. Faller 2014: 10).

Auch Greß/Stegmüller (2011: 30) plädieren für die Einrichtung „regionaler Versorgungskonferenzen“, die die Verantwortung für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von den Kassenärztlichen Vereinigungen übernehmen. Deren Aufgabenspektrum sollte erstens Maßnahmen zur Sicherstellung der Versorgung bei Unterversorgung sowie zweitens den Abbau von Überkapazitäten bei Überversorgung umfassen (vgl. ebd.: 30). Die Vertreter/-innen der Kommunen und die Bundesländer sollten neben den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen ebenfalls stimmberechtigt beteiligt sein (vgl. ebd.: 30).

Eine weitere Neuerung des Gesetzes sieht vor, dass die groben Planungsbereiche, die weitgehend den administrativen Grenzen der Kreise und kreisfreien Städte entsprachen, verfeinert wurden, indem auf die Mittelbereiche des BBSR zurückgegriffen wurde.⁹ Diese Mittelbereiche orientieren sich am Zentrale-Orte-Konzept und hier insbesondere an den Mittelzentren. Bei der Berechnung der Versorgungsrelation wird darüber hinaus nun ein Demografiefaktor einberechnet (website KVWL). Allerdings sind auch weiterhin im Fall einer festgestellten Unterversorgung keine verbindlichen Maßnahmen vorgesehen (vgl. Libbe 2012: 120). In der Vergangenheit haben sich zwei Lösungsansätze etabliert: einerseits die Schaffung finanzieller Anreize, um Mediziner/-innen für eine Ansiedlung zu gewinnen, und andererseits die Öffnung des stationären Bereichs für die ambulante Versorgung. Beide Ansätze haben allerdings bisher nicht zu einer nachhaltigen Minderung von Unterversorgung beitragen können (vgl. ebd.: 120). Hier ist trotz des neuen Versorgungsstrukturgesetzes der Gesetzgeber gefragt, auch den Kommunen verstärkte Einflussmöglichkeiten einzuräumen, damit lokale Gegebenheiten entsprechend berücksichtigt werden können.

2.2.2 Stationäre medizinische Versorgung

Das Krankenhauswesen ist in Deutschland durch Bundes- und Landesrecht geregelt und durch die Bundesländer und die Krankenkassen dominiert (vgl. Wabnitz 2013: 337). Die Gewährleistung eines bedarfsgerechten Angebots an stationären Krankenhausleistungen ist eine öffentliche Pflichtaufgabe und wird durch das Krankenhausfinanzierungsgesetz des Bundes und die Landeskrankenhausgesetze geregelt. Der Planungsprozess erfolgt unter der Federführung des zuständigen Fachministeriums in

⁹ Die „Mittelbereiche bilden die Verflechtungsbereiche für die Versorgung mit Gütern des gehobenen Bedarfs ab und sind in der Regel einem Mittelzentrum oder einem mittelzentralen Verbund bzw. höherrangigen zentralen Ort zugeordnet. Mittelbereiche sind ein Raumbezug, welcher der Bedeutung der Mittelstädte Rechnung trägt.“ (website BBSR)

Landes- oder Regionalgremien, in denen die Beteiligten (Leistungserbringer und Krankenkassen) über die Detailplanung beraten und beschließen. § 6 Abs. 1 KHG weist den Ländern die Verantwortung für die Vorhaltung einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern zu. Die Länder stellen zur Verwirklichung der in § 1 KHG genannten Ziele Krankenhauspläne und Investitionsprogramme auf. Die Krankenhausbedarfspläne werden auf der Landesebene zur Entwicklung und Sicherung der stationären Versorgung aufgestellt (vgl. BMVBS 2010: 11). Diese haben damit auch die Infrastrukturverantwortung für die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen und wirtschaftlich tragfähigen Krankenhäusern; die Beteiligung der Kommunen ist dabei bundesrechtlich nicht vorgegeben (vgl. Wabnitz 2013: 338). Die Länder sind verpflichtet, zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung diejenigen Krankenhäuser per Feststellungsbescheid in den Krankenhausplan des Landes aufzunehmen, die unter Bedarfsgesichtspunkten für die Versorgung der Bevölkerung mit stationären Krankenhausleistungen erforderlich sind (vgl. ebd.: 340).

Die Gestaltung des Krankenhauswesens in Deutschland ist im Kern eine zentrale Aufgabe und Domäne der Länder, und nicht der kommunalen Gebietskörperschaften. Zahlreiche, insbesondere spezialisierte Krankenhausangebote müssen nicht in jeder Kommune vorgehalten werden, daher ist auf überörtlicher Ebene zu entscheiden, wo solche Angebote zu platzieren sind (vgl. ebd.: 339f.). Demnach erfolgt die Konkretisierung in Landeskrankenhausgesetzen. Um die staatlichen Planvorgaben und Planungsziele durch- bzw. umzusetzen, werden die planmäßigen Investitionskosten der Krankenhäuser aus Steuermitteln der Länder gefördert. Über diese Investitionsmittellenkung greift die öffentliche Hand direkt in die Versorgung ein, um ihre Angebotsplanung zu realisieren (vgl. Beivers/Spangenberg 2008: 91).

Gegenstand des kommunalen Sicherstellungsauftrags ist die Verpflichtung der Kommune, die Bürger/-innen in ihrem Hoheitsgebiet mit den im Bedarfsfall notwendigen Krankenhausleistungen zu versorgen. Dies betrifft den Bereich der Grund- und Regelversorgung sowie die Gewährleistung der Erreichbarkeit in angemessener Zeit und Entfernung (vgl. Friedrich in H/K, Krankenhausrecht, § 16 A: Rn 14). Die genaue Interpretation dessen ist abhängig von den tatsächlichen Gegebenheiten vor Ort (vgl. ebd.: Rn 15). Im Krankenhausplan 2015 für Nordrhein-Westfalen ist beispielsweise festgelegt, dass Krankenhäuser in 15 bis 20 Kilometern Entfernung zu erreichen sein müssen (vgl. MGEPA 2013: 23). Der kommunale Sicherstellungsauftrag bleibt allerdings ohne Relevanz, solange private oder freigemeinnützige Krankenhausträger die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit ihren Krankenhausleistungen abdecken. Für die Kommune besteht daher nur Handlungsbedarf, wenn der nichtkommunale Krankenhausträger seine Leistungen derart einschränkt, dass die Grundversorgung der Bürger/-innen nicht mehr angemessen gewährleistet ist (vgl. Friedrich in H/K, Krankenhausrecht, § 16 A: Rn 24). Wird die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nicht durch andere Träger sichergestellt, so sind die Kreise und kreisfreien Städte verpflichtet, die nach dem Krankenhausplan notwendigen Krankenhäuser und Krankenseiteinrichtungen zu betreiben. Soweit also nicht Krankenhäuser in privater oder freigemeinnütziger Trägerschaft vorgehalten werden, sind die kommunalen Gebietskörperschaften auf Kreisebene subsidiär dazu verpflichtet (vgl. Wabnitz 2013: 339).

Die gegenwärtige Entwicklung im Krankensektor führt auf der einen Seite zu einer Abnahme von Krankenhausstandorten und -betten sowie gleichzeitig zu einer Zunahme von Krankensefällen (vgl. Libbe 2012: 123). Dadurch können Lücken im Standortsystem der Krankenhäuser entstehen. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung der Krankenhäuser kann es insbesondere im ländlichen Raum auch zu erheblich weiteren Wegen für die Patient/-innen kommen (vgl. ebd.: 123).

2.2.3 Ambulante und stationäre Pflege

Bei der Versorgung mit ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen haben die Kommunen, das heißt die Kreise und kreisfreien Städte, größere Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten als bei der medizinischen Versorgung. In den meisten Kommunen gibt es eine Sozial- und/oder Altenhilfeplanung, zum Teil auch eine Pflegeinfrastrukturplanung. Die konkrete Ausgestaltung dieses Handlungsbereichs ist den Kreisen und kreisfreien Städten überlassen. Bei der Pflegeplanung besteht allerdings die Schwierigkeit, dass eine Bedarfsplanung, die die Anzahl und Verteilung von Leistungserbringern regelt, seit Einführung der Pflegeversicherung nicht mehr zulässig ist. Die Pflegeinfrastruktur wird über einen regulierten Markt organisiert: Sofern die Qualitätsanforderungen der §§ 71 und 80 SGB XI erfüllt sind, haben alle Einrichtungen Zugang zur pflegerischen Versorgung der Sozialversicherten (vgl. Simon 2010: 355). Die Angebotsstrukturen unterliegen damit im Wesentlichen Angebot und Nachfrage, allerdings flankiert von gesetzlichen und kollektivvertraglichen Bindungen (vgl. ebd.: 362). Die Pflegeplanung muss sich daher auf flankierende und die Pflege im weiteren Sinne unterstützende Maßnahmen beschränken (vgl. Hoffer 2013: 403). Gesetzlich vorgesehen ist, dass die Bundesländer, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes zusammenwirken, um eine „leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung“ der Bevölkerung zu gewährleisten (§ 8 Abs. 2 SGB XI). Um dieses Ziel zu erreichen, tragen sie zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der notwendigen pflegerischen Versorgungsstrukturen bei.

Der Sicherstellungsauftrag sowohl für die ambulante als auch für die stationäre pflegerische Versorgung ist dementsprechend den Pflegekassen als dem Sozialversicherungsträger übertragen: „Die Pflegekassen haben im Rahmen ihrer Leistungsverpflichtung eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung ihrer Versicherten zu gewährleisten (Sicherstellungsauftrag).“ (§ 69 SGB XI). Damit ist keine staatliche Bedarfs- oder Kapazitätsplanung vorgesehen. Die Kapazitätssteuerung erfolgt im Wesentlichen durch Versorgungsverträge zwischen Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen. Zudem erfolgt die Leistungserbringung fast ausschließlich durch freigemeinnützige oder private Träger; öffentliche Träger spielen dagegen nur eine geringe Rolle (vgl. Simon 2010: 354). Allerdings haben – ähnlich wie bei der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung – die Bundesländer die Letztverantwortung für die Vorhaltung einer ausreichenden pflegerischen Versorgungsstruktur (vgl. ebd.: 354): „Die Länder sind verantwortlich für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlichen pflegerischen Versorgungsstruktur.“ (§ 9 SGB XI) Eine Konkretisierung dieses Auftrags erfolgt wiederum in den jeweiligen Landesgesetzen, die nach der Einführung der Pflegeversicherung 1995 erlassen wurden.

Im Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespflegegesetz Nordrhein-Westfalen – PfG NW) wird in § 2 die Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur an die Kreise und kreisfreien Städte delegiert: „Die Kreise und kreisfreien Städte sind verpflichtet, eine den örtlichen Anforderungen entsprechende und die Trägervielfalt berücksichtigende pflegerische Angebotsstruktur nach Maßgabe dieses Gesetzes sicherzustellen.“ Ihnen obliegt also die Letztverantwortung der Sicherstellung der pflegerischen Versorgungsinfrastruktur. Zur Umsetzung dieses Ziels müssen die Kreise und kreisfreien Städte Pflegekonferenzen einrichten und deren Geschäftsführung übernehmen. Bei der Wahrnehmung der Letztverantwortung sollen sie die kreisangehörigen Städte und Gemeinden in die Aufgabenwahrnehmung einbeziehen. Zudem können diese Vertreter/-innen in die Pflegekonferenz ihres Kreises entsenden.

Dem Subsidiaritätsprinzip entsprechend sollen öffentliche Träger nur dann neue eigene Einrichtungen errichten, wenn sich keine geeigneten freigemeinnützigen oder privaten Träger finden. Zudem werden die Träger der Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen zur Kooperation verpflichtet, „um eine

auf den Einzelfall abgestimmte Pflege unter Beachtung der Wünsche der Pflegebedürftigen sicherzustellen“ (§ 2 Abs. 4 PfG NW).

Als Ziele der kommunalen Pflegeplanung der Kreise und kreisfreien Städte sind im Landespflegegesetz NRW folgende Aufgaben festgelegt:

- die Bestandsaufnahme über das vorhandene Angebot an Pflegediensten und Pflegeeinrichtungen,
- die Überprüfung des Pflegemarktes hinsichtlich der Befriedigung der Nachfrage (quantitativ und qualitativ ausreichendes und wirtschaftliches Pflegeangebot sowie dessen Trägervielfalt),
- die Benennung von Maßnahmen von Kreisen und kreisfreien Städten zur Sicherung und Weiterentwicklung des Hilfeangebots (sofern dies notwendig ist),
- die Förderung der Beteiligung von bürgerschaftlichem Engagement zur Sicherstellung der sozialen Teilhabe Pflegebedürftiger sowie
- das Aufzeigen von Komplementärangeboten, neuen Wohn- und Pflegeformen und zielgruppenspezifischen Angeboten (§ 6 Abs. 1 PfG NW).

Zudem sind die Kreise und kreisfreien Städte dazu verpflichtet, in kommunalen Pflegeplänen über die Entwicklung des örtlichen Pflegemarktes und über Maßnahmen zur Sicherung und Weiterentwicklung des örtlichen Hilfeangebots zu berichten. An der Aufstellung sollen auch hier die kreisangehörigen Städte und Gemeinden sowie die Mitglieder der kommunalen Pflegekonferenzen beteiligt werden (§ 6 Abs. 2 PfG NW).

Im Bereich der Pflege findet hinsichtlich der kommunalen Steuerungskompetenzen derzeit ein Umdenken hin zu einer stärkeren Steuerung durch die Kreise und die kreisfreien Städte statt. So sehen der Koalitionsvertrag wie auch das Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) von 2014 wieder die kommunale Ebene in der Pflicht, in der pflegerischen Versorgung eine aktivierende Position einzunehmen (vgl. Bundesregierung 2013: 61; SVR 2014: 530ff.). Erstmals nach der Einführung der sozialen Pflegeversicherung kommt es zur „Wiederentdeckung“ der Kommunen (Hoffer 2013: 405): Die aktive Planung und Steuerung der Pflegeinfrastruktur soll wieder in der Verantwortung der Kommunen liegen (vgl. SVR 2014: 529f.).

Insbesondere in der ambulanten Pflege besitzen die Kommunen derzeit jedoch noch keine ausreichenden Kompetenzen (vgl. Burgi 2013: 37). Nach Burgi müssen zunächst in allen Landespflegegesetzen die Planungsaufgaben auf die Kommunen übertragen und Pflegekonferenzen auf kommunaler Ebene institutionalisiert werden. Hinsichtlich der Pflegestützpunkte sollten verpflichtende Kooperationen zwischen Pflegekassen und Kommunen bestehen (vgl. Burgi 2013: 117f.). Die zukünftigen Pflichtaufgaben der Kommunen sieht Burgi vor allem in der „feldübergreifenden Koordination“ (Burgi 2013: 119). Sie sollen Wissen und Informationen sammeln und transferieren, Impulse geben, Anregungen und Empfehlungen für Leistungsträger und -erbringer aussprechen und dabei die Rolle einer „Art Spinne innerhalb des Netzes der Gesundheitsversorgung“ (Burgi 2013: 119) einnehmen, die die Koordination der Leistungen im Netzwerk steuert. Zugleich soll eine sozialraumorientierte Pflegeplanung angestrebt werden, um die Bürgerbeteiligung und ein sozialraumorientiertes Vorgehen zu stärken (vgl. Burgi 2013: 118). Klie und Pfundstein (2010: 92) kommen zu dem Schluss, dass die Kommunen im Bereich der Pflegeplanung vor zwei elementaren Aufgabenbereichen stehen: Sie müssen zum einen den Bedarf der Bürger/-innen auf Grundlage neuer Kennzahlen adäquat und differenziert feststellen, um eine stabile Basis für die Entwicklung einer Pflegeinfrastruktur zu erarbeiten. Zum anderen müssen den Kommunen zu diesem Zweck Instrumente zur Verfügung gestellt werden, die sie im Rahmen ihrer gesetzlichen kommunalpolitischen Handlungsmöglichkeiten nutzen können. Es lässt sich jedoch festhalten, dass die Kommunen hier derzeit nur begrenzte Möglichkeiten besitzen. So finden sich keine geeigneten Planungs- und Steuerungsinstrumente im SGB XI (vgl. Naegele 2014: 32).

Als bundesweit einziges Landespflegegesetz sah das beschriebene Landespflegegesetz NRW für die Kommunen verschiedene Instrumente zur Steuerung der Pflege vor. Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflegerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige (Alten- und Pflegegesetz) vom Oktober 2014 wurden diese Instrumente ausgeweitet. Die kommunale Pflegeplanung

- sieht eine Bestandsaufnahme des vorhandenen Angebots an pflegerischen Diensten und Einrichtungen vor,
- untersucht, ob ausreichend bedarfsgerechte Angebote zur Verfügung stehen und
- prüft, welche Maßnahmen zur Sicherstellung und Weiterentwicklung der Angebote nötig sind (§ 7 APG NRW).

Zudem wird den Kommunen zukünftig eine Datenbank zur Altenberichterstattung zur Verfügung gestellt, mit der Wohnquartiere und ihre Pflegeinfrastruktur kleinräumig analysiert werden können (vgl. MGEPA 2014). An der örtlichen Pflegeplanung sollen weitere Behörden, die Einfluss auf die Gestaltung der öffentlichen Infrastruktur haben, wie die Bauleit- oder die Sozialplanung beteiligt werden. Zudem sollen die Planungen angrenzender Gebietskörperschaften Berücksichtigung finden (§ 7 APG NRW). Die kommunale Pflegekonferenz besteht als kommunale Konferenz ‚Alter und Pflege‘ fort. Während bislang die „Sicherung und quantitative Weiterentwicklung der pflegerischen Angebotsstruktur“ (§ 5 Abs. 2 PfG NW) im Fokus stand, wurde die Zielsetzung der Konferenz um qualitative Aspekte der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur ergänzt. So soll die Konferenz u. a. darauf hinwirken, dass altersgerechte Wohnquartiersstrukturen und neue Wohnformen gefördert werden. Darüber hinaus soll eine stärkere Vernetzung der Angebotsstruktur für Angehörige und der kreisübergreifenden Beratungsangebote angestrebt und die Pflegeberatung sowie das Fallmanagement stärker unterstützt und koordiniert werden (§ 8 APG NRW). Die Kommunen können neuen stationären Alten- und Pflegeheimen wieder eine Förderung der Investitionskosten verweigern, wenn der Bedarf an stationären Plätzen gedeckt ist (§ 11 Abs. 7 APG NRW). Des Weiteren wird die Verantwortung der Kommunen in der Angehörigenunterstützung gefördert, indem diese nicht mehr nur für die Sicherstellung der pflegerischen Angebotsstruktur verantwortlich sind, sondern auch für den vorpflegerischen Bereich und die Angebote für Angehörige (§ 4 APG NRW).

2.2.4 Vernetzte Versorgung

Luthe (2013a) betont in seinem Konzept und Plädoyer für kommunale Gesundheitslandschaften die herausragende Bedeutung von Kommunen zur Entwicklung und Umsetzung von Modellen vernetzter oder integrierter Versorgung:

„Wird bedacht, dass die kommunale Ebene einen geradezu privilegierten Zugang zu den gesundheitlichen Kontextbedingungen ihrer Bürger hat und auf diese Weise wie keine andere Politikebene zum langfristigen Erfolg integrierter Versorgung beitragen kann, so bleibt jedenfalls unverständlich, warum die kommunalen Gebietskörperschaften zurzeit nahezu vollständig aus sämtlichen Betrachtungen möglicher Verantwortlichkeiten heraus fallen.“ (ebd.: 23)

Für Kommunen stellen die neuen gesetzlichen Regelungen zu vernetzter Versorgung eine „Möglichkeit neuartiger Verantwortungsübernahme“ dar (ebd.: 20). So könne die Kommune als „Anwalt der Gesundheitsinteressen ihrer Bürger“ (ebd.: 23) die Initiative ergreifen und als Krankenhausträger beispielsweise selbst ein Medizinisches Versorgungszentrum gründen (nach § 95 Abs. 1a SGB V), an der integrierten Versorgung teilnehmen (nach §§ 140b Abs. 1 Nr. 3 SGB V), diese als Krankenhausträger (nach § 140b Abs. 1 Nr. 2 SGB V) oder als Public-Private-Partnership (nach § 140b Abs. 1 Nr. 2, 3, 4, 6 SGB V) betreiben (vgl. Luthe 2013a: 23). Zudem haben die Kommunen die Möglichkeit, eigene kommunale Versorgungseinrichtungen nach § 105 Abs. 5 SGB V einzurichten (vgl. ebd.: 15).

Luthe (2013a: 23) schränkt allerdings selbst ein, dass die Möglichkeit, sich an einem MVZ zu beteiligen, seit der Neuregelung des § 95 Abs. 1a SGB V für die Kommunen unsicher sei. Des Weiteren seien landesrechtliche Beschränkungen der wirtschaftlichen Tätigkeit von Kommunen kommunalrechtlich zu beachten (vgl. ebd.: 23).

2.3 Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen – Besonderheiten und Relevanz

Von Seiten der Raumordnung werden Vorgaben zur Daseinsvorsorge im Wesentlichen als Zielsetzungen in den Landesentwicklungsplänen (LEP) bzw. Programmen (LEPro) sowie auf der Umsetzungsebene in den Regionalplänen dargestellt (vgl. BMVBS 2010: 16). Ziele und Grundsätze zur Gesundheitsversorgung wurden im alten LEP NRW festgelegt; für die Neufassung liegt bisher lediglich ein Entwurf vor. Als einzige Aussage zur Gesundheitsversorgung wird im Entwurf des neuen LEP NRW (Stand: Juni 2013) folgende Aussage getroffen:

„Einrichtungen des Gesundheitswesens sollen so ausgebaut und in ihrem Bestand gesichert werden, dass in allen Kommunen eine wohnortnahe und barrierefreie Grundversorgung gesichert ist. Höherwertige und spezialisierte medizinische Einrichtungen, insbesondere die stationäre Krankenhausversorgung, sollen nach Aufgaben und Einzugsbereichen im Einklang mit dem System der Zentralen Orte abgestuft und untereinander vernetzt werden.“ (Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen 2013: 13)

Da die Landesplanung gegenüber den Fachplanungen jedoch kein Durchsetzungsrecht hat, erachten einige Länder die Festlegung von Zielen und Grundsätzen der Raumordnung als entbehrlich (vgl. BMVBS 2010: 19). Zudem ist das Zusammenwirken von Fachplanungen und Raumordnung teilweise sehr begrenzt (vgl. ebd.: 21). Für Nordrhein-Westfalen gibt es neben der mageren Aussage aus dem Entwurf des neuen LEP den Krankenhausplan 2015 des Gesundheitsministeriums, der detaillierte Aussagen zur Ausgestaltung der Krankenhausversorgung in NRW trifft (vgl. MGEPA 2013). Auf räumlicher Ebene stellt aufgrund der Orientierung am LEP das Zentrale-Orte-Konzept eine wesentliche Strukturierung der räumlichen Verteilung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung dar (vgl. Herdt/Winkel 2008: 49). Beispielsweise orientieren sich die Richtlinien zur Bedarfsplanung der ambulanten medizinischen Versorgung nach Maßgabe des Gesetzgebers ausdrücklich an den Zielen und Erfordernissen der Raumordnung und Landesplanung (vgl. ebd.: 27). Aus raumordnerischer Perspektive muss es dabei um ein ausgewogenes Verhältnis dezentraler und zentraler Strukturen gehen, wobei gerade in der gesundheitlichen Versorgung das Zentrale-Orte-Konzept wichtige Strukturierungsimpulse gibt bzw. seine implizite Wirksamkeit verdeutlicht (vgl. ebd.: 85).

Aus einer ökonomischen Sicht liegt die Orientierung am Zentrale-Orte-System ebenfalls nahe. Krankenhäuser sind als regionale Entwicklungskerne zu betrachten, die gerade in ländlichen Regionen einer der Hauptarbeitgeber sind. Des Weiteren ist die Sicherstellung der medizinischen Versorgung ein bedeutender Faktor bei der zukunftsfähigen Entwicklung einer Region (vgl. Beivers/Spangenberg 2011: 96).

Herdt/Winkel (2008) stellen jedoch ein zentrales Dilemma schrumpfender ländlicher Räume wie folgt dar:

„In Regionen, die über demografisch bedingte Schrumpfungsprozesse hinaus von starken arbeitsplatzinduzierten Abwanderungstendenzen gekennzeichnet sind, entsteht ein Strukturdilemma: Da überwiegend Personen in den unteren und mittleren Altersstufen abwandern, die ein deutlich unterdurchschnittliches Morbiditätsrisiko aufweisen, bleibt die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen vor Ort nahezu kon-

stant. Eine wesentliche Voraussetzung für den Bestand gesundheitlicher Versorgungsstrukturen mag dadurch zwar gegeben bleiben. Allerdings geraten durch den altersgruppenspezifischen Bevölkerungsrückgang für die Funktionalität des Gesundheitssystems wichtige Komplementärsysteme an die Grenzen ihrer Tragfähigkeit. Wenn Berufspendler fehlen, wird es schwerer fallen, ein Netz öffentlicher Nahverkehrsmittel vorzuhalten, mit dem auch Krankenhäuser oder andere medizinische Einrichtungen angebunden werden können. Wenn weiter führende Schulen in ihrem Bestand gefährdet sind, wird es schwerer fallen, Ärzte zur Niederlassung zu bewegen, die feste Bildungserwartungen für ihre Kinder haben.“ (Herdt/Winkel 2008: 13)

Es stellt sich also die Frage, wie die gesundheitliche Versorgung in Regionen gesichert werden kann, in denen das Potenzial zum Erhalt komplementärer Infrastruktur fehlt (vgl. ebd.: 13). Dies stellt eine weitere Begründung für eine Planung dar, die sich nicht nur an einzelnen Sektoren und administrativen Grenzen, sondern auch an einer integrierten Sicht auf die Infrastrukturlandschaft und den funktionalen Räumen orientiert. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen empfiehlt zur bedarfsgerechten Versorgung in ländlichen Regionen Lokale Gesundheitszentren (vgl. SVR 2014: 612), deren genaue Ausgestaltung allerdings unscharf bleibt. Zudem wird nicht klar, inwiefern diese zur Sicherstellung einer gefährdeten Versorgung beitragen.

Vor dem Hintergrund der Problemlagen in ländlichen Regionen sind aus versorgungsforscherischer und raumplanerischer Sicht Modelle integrierter Versorgung wenig geeignet, um zur Sicherstellung der medizinischen und pflegerischen Versorgung beizutragen. So ist die Integrierte Versorgung in erster Linie als Instrument zur Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit mit dem Ziel einer Erhöhung der medizinischen und wirtschaftlichen Effizienz (vgl. Amelung 2007: 11) und nicht vorrangig als ein Instrument zur Lösung versorgungsstruktureller Probleme zu betrachten (vgl. Herdt/Winkel 2008: 23). Die versorgungsstrukturellen Aspekte werden wirtschaftlichen Zielsetzungen untergeordnet, die versorgungsstrukturelle Probleme erst schaffen oder zu deren Verschärfung beitragen (vgl. ebd.: 24). Zudem muss eine kritische Masse an Versicherten überhaupt erst vorhanden sein, um organisatorisch aufwändige Konzepte umzusetzen; aus diesem Grund sind diese nur bedingt geeignet für periphere ländliche strukturschwache Räume (vgl. ebd.: 50). Herdt/Winkel (2008) nehmen in ihrer Sonderexpertise zur Gesundheitsversorgung aus raumplanerischer Sicht folgende Position zur Integrierten Versorgung nach §140a ff SGB V ein:

„Was in verdichteten Regionen als Wettbewerbsinstrument einzelner großer Krankenkassen bei freiwilliger Teilnahme der Versicherten ein durchaus richtungsweisendes Konzept sein kann, stößt in ländlich-peripheren oder strukturschwachen Regionen hingegen an seine Grenzen und ist dort wegen nicht unerheblicher Anschubkosten und organisatorischem Aufwand sicherlich nur über alle Krankenkassen hinweg zu organisieren. Es setzt zudem eine hohe Kooperationsbereitschaft aller Beteiligten voraus, die nicht überall in dem dafür notwendigen Umfang gegeben sein dürfte. Insofern wird sich überwiegend mit kleinen Lösungen, die die Anforderungen und die Potenziale vor Ort aufgreifen, dem Ziel einer umfassenden integrierten Versorgung anzunähern sein.“ (ebd.: 85)

So geht es vielmehr um eine regionale Gesamtversorgung, für die Kooperation und Abstimmung allerdings ebenso wichtig sind: „Letztlich muss es bei der integrierten Versorgung um die Organisation einer Gesamtverantwortung für die gesundheitliche Versorgung einer Region und damit um deren Koordination und Vernetzung gehen.“ (ebd.: 85) Dabei soll das Gestaltungspotenzial vor Ort mobilisiert werden, da dieses Lösungen für die jeweils sehr unterschiedlichen regionalen Erfordernisse passgenau entwickeln kann (vgl. ebd.: 85). Meist betrifft dies die Kompensation von Konzentrations-tendenzen und die funktionale Zusammenführung mit anderen Versorgungsbereichen (z. B. dem Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV)), die die Nachhaltigkeit der Versorgung sogar befördert (vgl. ebd.: 89).

Teils aufgrund von Effizienzsteigerungen, teils aufgrund von Spezialisierungen nimmt die Zentralisierung von Angeboten zu, ohne dass deren Erreichbarkeit gesichert ist. Fahrtkosten werden darüber hinaus in den Pflegekosten und ärztlichen Leistungen nicht angemessen berücksichtigt, sodass diese durch die Patient/-innen erbracht und Angebote daraufhin eingeschränkt werden (vgl. Beetz 2009: 128). Aufgrund der gegenwärtigen Zentralisierungstendenzen (vgl. Greß/Stegmüller 2011: 32) wird Mobilität zu einem wichtigen Faktor, um die Erreichbarkeit der Einrichtungen sicherzustellen (vgl. Stein 2013: 17):

„Für das Gesundheitswesen bedeutet das eine Beschäftigung mit Fragen der räumlichen Organisation von medizinischen Prozessen, für die Verkehrsplanung eine forcierte Erweiterung des ÖPNV vom Standardlinienverkehr hin zu flexiblen Betriebsformen, denn nur diese bieten im ländlichen Raum Systemmerkmale, die auf die medizinischen Anforderungen zugeschnitten sind.“ (ebd.: 18)

Fischer (2008: 18f.) verweist auf eine Vielzahl raumrelevanter Aspekte beim Altwerden im ländlichen Raum und plädiert daher für eine querschnittsorientierte, ganzheitliche Sicht der verschiedenen Aspekte, die beispielsweise auch die Nahversorgung einschließt (vgl. Zibell et al. 2015).

2.4 Möglichkeiten kommunaler Einflussnahme

Insgesamt fehlt es im Gesundheitswesen an einer übergreifenden Steuerungslogik und klaren Koordinationsregelungen und -zuständigkeiten (vgl. Hoffer 2013: 403). In der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung werden die absehbaren Versorgungslücken „aufgrund ihrer sozial- und gesundheitspolitischen Brisanz die Kommunen in den kommenden Jahren unter verstärktem Handlungsdruck setzen“ (Libbe 2012: 123). Libbe (2012: 123) fordert deshalb, dass die Kommunen in der Sicherstellung der medizinischen Infrastruktur stärker eine koordinierende Rolle einnehmen. Dies würde eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und der kommunalen Gesundheitsämter bedeuten, die strategische Koordinierungsaufgaben übernehmen würden (vgl. ebd.: 126).

Die kommunale Ebene hat in der Gesundheitsversorgung allerdings keine originäre Planungshoheit (vgl. ebd.: 124); ihre Möglichkeiten, steuernd in die infrastrukturelle Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung einzugreifen, sind begrenzt. Daher müssen von den Kommunen informelle Einflussmöglichkeiten gefunden werden (vgl. ebd.: 124f.). Auch wenn die marktwirtschaftliche Organisation der Daseinsvorsorge zunimmt, besitzen die Kommunen eine wichtige Aufgabe in der Moderation und Koordination; als hilfreich haben sich dabei oft Konzepte der klassischen Formen der Altenhilfe erwiesen (vgl. Beetz 2009: 130). Die Kommune kann in der Gesundheitsversorgung neutral die Interessen der Bürger/-innen vertreten und für den Interessenausgleich eintreten, auch wenn Rentabilitätsabwägungen dagegen sprechen. Ein neues Aufgabengebiet für die Kommunen wäre daher die Verteidigung von Bürgerinteressen und Patientenrechten in einem zunehmend wirtschaftlich gesteuerten Feld vor dem Hintergrund einer genauen Kenntnis der Situation vor Ort. Vor diesem Hintergrund müssten Kommunen mehr Entscheidungsbefugnisse bekommen, damit sie aus ihrer Kenntnis der lokalen Situation heraus mitsteuern können (vgl. Hoffer 2013: 412). Darüber hinaus kommt den Kommunen die Aufgabe zu, hinsichtlich der demografischen Situation Problembewusstsein zu schaffen und frühzeitig einen Diskussionsprozess mit allen Beteiligten in die Wege zu leiten und kommunal verantwortende Hürden abzubauen (vgl. Herdt/Winkel 2008: 86). Die tatsächlich zuständigen Entscheidungsträger/-innen sollten von den kommunalen Akteuren über unterschiedliche Versorgungslagen und -disparitäten informiert werden. Dazu liegen bereits etablierte kommunale Instrumente,

wie z. B. die kommunale Gesundheitsberichterstattung¹⁰ als empirische Grundlage nachfolgender Ziel- und Maßnahmenplanungen, vor (vgl. Luthé 2013a: 25). Mithilfe der kommunalen Gesundheitsberichterstattung können kleinräumig unterschiedliche Bedarfe dokumentiert und analysiert werden. In den kommunalen Gesundheitskonferenzen kann die fachöffentliche Diskussion stattfinden und es können gemeinsame Lösungsansätze und Strategien entwickelt und deren Umsetzung initiiert werden (vgl. Libbe 2012: 124). In Zukunft werden zunehmende Konzentrations- und Zentralisierungsprozesse sowohl medizinisch als auch wirtschaftlich langfristig zur Sicherung der Versorgungsstrukturen beitragen, aus diesem Grund ist die interkommunale Zusammenarbeit, gerade wenn es um die Abstimmung der Versorgungsstrukturen geht, von hoher Relevanz: „Die Versorgungsstrukturen müssen den regionalen, raumstrukturellen Anforderungen gerecht werden und nicht umgekehrt.“ (vgl. ebd.: 86).

Die Sichtweisen der fünf südwestfälischen Kreise zu ihren Handlungsmöglichkeiten im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wurden bereits in einem gesonderten Arbeitspaket innerhalb des Projekts analysiert.¹¹ Diese betonen die Handlungsspielräume des Kreises, wenn die Städte und Gemeinden sich beteiligen. Insbesondere im Bereich der Pflegeplanung und -beratung liegen bei den Kreisen einige Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten.¹² Allerdings gestaltet sich die Pflegeplanung vor allem bei größeren Kreisen schwierig, da die sozialräumliche Situation in den kreisangehörigen Städten und Gemeinden differiert. Die Konzentration auf die kreisangehörigen Städte und Gemeinden in der Befragung ermöglicht es nun, einen Beitrag zur aktuellen Debatte um die (neue) Rolle der Kommunen in der Gesundheitsversorgung zu leisten. Hier ist insbesondere der Widerspruch von Interesse, dass das Engagement der Kommunen immer wieder eingefordert wird, es aber demgegenüber, insbesondere bei der medizinischen Versorgung, wenig rechtliche Handlungsspielräume der Kommunen gibt. Ein Ziel der Befragung war es, den Umgang der Kommunen mit dieser Diskrepanz zu untersuchen.

¹⁰ Die Gesundheitsberichterstattung ist die empirische Grundlage für die nachfolgende Ziel- und Maßnahmenplanung. Die Erstellung ist verpflichtend vorgegeben und wird mittlerweile zumeist von den Öffentlichen Gesundheitsdiensten der kommunalen Gebietskörperschaften übernommen, die Durchführungsverantwortung kann jedoch auch bei den Gesundheitsministerien, den Krankenkassen, den Ärztekammern oder den Kassenärztlichen Vereinigungen liegen. Sie beinhaltet eine „Beschreibung aller gesundheitsrelevanten Faktoren einer definierten Region“. Sie richtet sich vornehmlich an kommunale Gesundheits- und Sozialpolitiker, kommunale Fachverwaltungen, Krankenkassen und die örtlich tätigen Leistungserbringer. (vgl. Luthé 2013a: 25) In Nordrhein-Westfalen obliegt die Erstellung der kommunalen Gesundheitsberichte den unteren Gesundheitsbehörden, d.h. den Kreisen und kreisfreien Städten (§ 21 ÖGDG NRW).

¹¹ Es wurden Experteninterviews mit je einem Vertreter/einer Vertreterin unterschiedlicher gesundheitsbezogener Dezernate bzw. Fachdienste der fünf Kreise geführt. Eine deskriptive Darstellung findet sich in Maylandt 2014.

¹² Beispielsweise nutzt der Hochsauerlandkreis seine Steuerungskompetenzen, um mithilfe des Projekts „Ambulant vor stationär“ die Unterbringungskosten des Kreises zu senken und zugleich dem Wunsch vieler älterer Menschen eines möglichst langen Verbleibs zuhause nachzukommen (vgl. Kemna 2015: 60).

3. Vorgehensweise und Beschreibung der Stichprobe

Im Steuerkreis des Projekts StrateG!N waren die für die Strategieentwicklung als maßgeblich erachteten Akteure¹³ (Landkreise, Klinikverbände, Wohlfahrtsverbände, Wirtschaftsförderungsgesellschaften und viele mehr) vertreten. Dieses Gremium befürwortete aufgrund des Stellenwerts der Kommunen eine Befragung der 59 südwestfälischen Städte und Gemeinden ausdrücklich (siehe Kap. 1). Dafür wollten sie ihre Kontakte zu den Städten und Gemeinden nutzen, um für die Teilnahme an der Befragung zu werben. Um die Rücklaufquote zu erhöhen, wurden auf Anraten des Steuerkreises die Bürgermeister/-innen, die offizielle Adressat/-innen des Fragebogens waren, explizit darauf hingewiesen, dass auch die zuständigen Verwaltungsmitarbeiter/-innen das Ausfüllen des Fragebogens übernehmen könnten.¹⁴ Zudem, so vermutete der Steuerkreis, hätten in einigen Themenbereichen die Verwaltungsmitarbeiter/-innen detailliertere Kenntnisse als die Bürgermeister/-innen, die sich mit dem gesamten Themenspektrum der lokalen Verwaltung zu befassen hätten. Des Weiteren empfahl der Steuerkreis, die Kenntnisnahme der Befragung durch den Städte- und Gemeindebund NRW zu erwirken und dies im Anschreiben zu erwähnen. Die Gutheißung der Befragung durch ihre verbandliche Repräsentanz auf Landesebene sollte das Vertrauen der Städte und Gemeinden in die Seriosität der Befragung weiter erhöhen.

Vorab wurde der Fragebogen einem Pretest unterzogen. Drei Mitarbeiter/-innen von Kommunalverwaltungen außerhalb Südwestfalens füllten den Fragebogen aus und machten Anmerkungen zur inhaltlichen Angemessenheit und Verständlichkeit der Fragen sowie der Handhabung des Fragebogens. Auf der Grundlage der Anmerkungen wurde der Fragebogen nochmals überarbeitet und für die Feldphase fertiggestellt.

Der Fragebogen gliedert sich in vier Blöcke: In einem ersten Schritt sollen eher deskriptiv die Veränderungen in der Versorgungslandschaft der Kommune erfragt werden, um dann eine Einschätzung der besonders problematischen Handlungsfelder (beispielsweise hausärztliche Versorgung) und der zukünftigen Herausforderungen vornehmen zu lassen (umfasst drei Fragen). Im zweiten Block wird daran anschließend die Sicht der Kommune auf ihre Rolle bei der Bewältigung dieser Problemlagen erfasst (sechs Fragen). Im dritten Block sollen auf dieser Grundlage konkrete Aktivitäten und Lösungsansätze zum Umgang mit Problemen bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung erhoben werden (zwölf Fragen). Besonders berücksichtigt werden dabei die Aktivitäten und Möglichkeiten der Kooperation und Vernetzung. Abschließend wird der Unterstützungsbedarf der Kommunen erfasst und gefragt, ob und in welchem Ausmaß das Projekt StrateG!N den Kommunen bekannt ist (drei Fragen).¹⁵

Die Befragung wurde als Vollerhebung aller 59 südwestfälischen Städte und Gemeinden konzipiert. Anfang September 2014 wurden die Befragungsunterlagen an die Bürgermeister/-innen versandt. Der Befragungszeitraum wurde nach hinten verlegt, um Überschneidungen der Befragung mit den Kommunal- und dazugehörigen Stichwahlen sowie den Sommerferien zu vermeiden. Innerhalb der

¹³ Interessant ist in diesem Zusammenhang die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff „relevante Akteure“ in der Projektförderung von Cormont und Frank (2015). So werden randständige Akteure oder radikale Innovationen aufgrund des als höher eingeschätzten Scheiterns- und Konfliktrisikos insbesondere in starren Projektstrukturen seltener einbezogen als Akteure, zu denen bereits etablierte Kooperationsbeziehungen bestehen.

¹⁴ Es ist im Nachhinein allerdings nicht nachvollziehbar, ob die Bürgermeister/-innen oder (ggf. mehrere) zuständige Mitarbeiter/-innen den Fragebogen ausgefüllt haben.

¹⁵ Unter den Fragen waren Rankings, dichotome Fragen, offene Fragen, Likert-Skalen und Mehrfach-Auswahl-Fragen (siehe Anhang). Soweit möglich, gab es bei einem Großteil der Fragen die Antwortmöglichkeit „Ich bin mir nicht sicher.“, da aufgrund des breiten Themenspektrums nicht zwangsläufig jede Fragestellung beurteilt werden kann.

Erhebungsphase wurde ein Erinnerungsschreiben versandt. Insgesamt konnte der Fragebogen in einem Zeitraum von etwas mehr als einem Monat ausgefüllt werden. Um die Güte der Erhebung zu steigern, wurden auch Fragebögen, die kurz nach der Beantwortungsfrist eingingen, in die Auswertung einbezogen.

Um die Angaben aus den Fragebögen mit den bereits vorhandenen Informationen zu den Städten und Gemeinden (z. B. Einwohnerzahl, aber auch den durch das IfG entwickelten Risikoindex) zu verbinden und gleichzeitig die Anonymität der Kommunen zu gewährleisten, wurde jeder Kommune per Online-Zufallszahlengenerator eine vierstellige Zahl zugewiesen. Diese Zufallszahlen wurden den 59 Städten und Gemeinden zugeordnet. Zur Verknüpfung der Fragebogenangaben und der vorhandenen Daten wurden die Zufallszahlen auf die Fragebögen gedruckt. Dann erfolgte der Versand an die zugehörigen Kommunen. In der Statistik-Software SPSS wurden die vorhandenen Daten mit den Zufallszahlen (Zuordnungsnummern) gespeichert und später die Angaben aus dem Fragebogen zugeordnet und eingegeben. Die Zuordnung der Zufallsnummern zu den jeweiligen Städten und Gemeinden wurde nicht elektronisch gespeichert; lediglich ein ausgedrucktes Exemplar wird getrennt aufbewahrt.

Ende Oktober 2014 wurde die Erhebungsphase abgeschlossen und mit 44 eingegangenen Fragebögen eine Ausschöpfungsquote von 75 % erreicht. Die Verteilung zentraler Strukturvariablen lässt den (bei einer Teilnahme von drei Vierteln der Grundgesamtheit nicht verwunderlichen) Schluss zu, dass die realisierte Stichprobe die Grundgesamtheit zufriedenstellend repräsentiert. Die gruppierten Einwohnerzahlen sind in Stichprobe und Grundgesamtheit nahezu gleich verteilt. Eine minimale Überrepräsentanz der einwohnerstarken Kommunen lässt sich an den Differenzen der Mediane und Mittelwerte erkennen (siehe Tab. 1). Die Verteilung der Städte und Gemeinden auf die Kreise weist eine Überrepräsentanz des Märkischen Kreises (mit einer Ausschöpfungsquote von 100 %) auf (siehe Tab. 2), was einen Bias darstellen könnte. Auch die Verteilung des Risikoindex für das Jahr 2020 zeigt eine weitgehende Übereinstimmung. Lediglich die Städte und Gemeinden, deren Indexwert im NRW-Durchschnitt liegt, sind leicht über- und jene, deren Indexwert stark erhöht ist, unterrepräsentiert (siehe Tab. 3).

Tabelle 1: Verteilung Einwohnerzahlen

Einwohnerzahl	Grundgesamtheit		Realisiertes Sample	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unter 5.000	1	1,7 %	1	2,3 %
5.000 -<20.000	34	57,6 %	25	56,8 %
20.000-<50.000	18	30,5 %	13	29,5 %
50.000-<100.00	5	8,5 %	4	9,1 %
100.000 und mehr	1	1,7 %	1	2,3 %
Gesamt	59	100 %	44	100 %
Arithmet. Mittel	24.142		24.869	
Median	17.551		17.914	

Tabelle 2: Verteilung Landkreise

Landkreise	Grundgesamtheit		Realisiertes Sample	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Märkischer Kreis	15	25,4 %	15	34,1 %
Kreis Soest	14	23,7 %	8	18,2 %
Hochsauerlandkreis	12	20,3 %	7	15,9 %
Kreis Olpe	7	11,9 %	6	13,6 %
Kreis Siegen-Wittgenstein	11	18,6 %	8	18,2 %
Gesamt	59	100 %	44	100 %

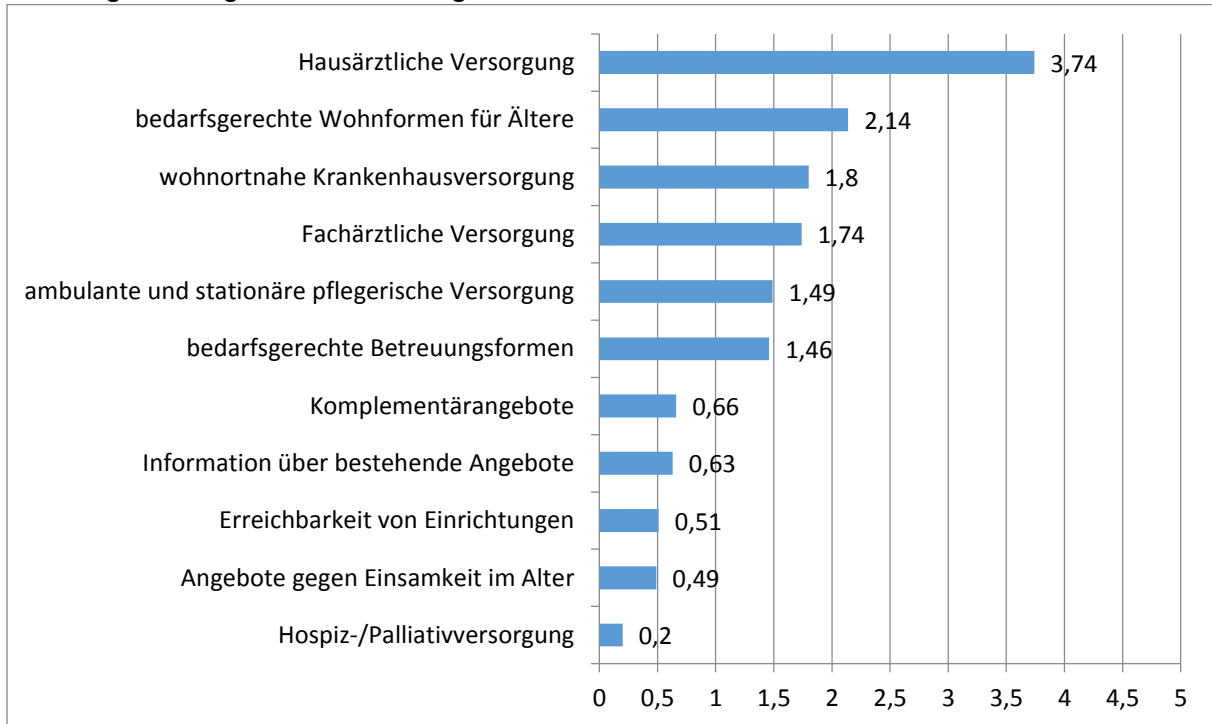
Tabelle 3: Verteilung Risikoindex 2020

Risikoindex 2020	Grundgesamtheit		Realisiertes Sample	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
Unter NRW \emptyset	8	13,6 %	5	13,6 %
Über NRW \emptyset , unter SW \emptyset	13	22 %	9	22,7 %
Im SW \emptyset	8	13,6 %	7	18,2 %
Leicht erhöht gegenüber SW \emptyset	20	33,9 %	14	31,8 %
Stark erhöht gegenüber SW \emptyset	10	16,9 %	5	13,6 %
Gesamt	59	100 %	40	100 %

4. Einschätzung und Herausforderungen der gegenwärtigen und zukünftigen Versorgung in Südwestfalen

Ein zentraler Aspekt der Befragung war die Einschätzung der künftigen Versorgungssituation durch die Städte und Gemeinden. Die Kommunen sollten dabei eine Bewertung der besonders problematischen Handlungsfelder (beispielsweise hausärztliche Versorgung) und der zukünftigen Herausforderungen vornehmen. Sie konnten dabei fünf Rangplätze für die Handlungsfelder, in denen die Herausforderungen besonders dringlich sind, vergeben. Dem als am dringlichsten benannten Handlungsfeld wurde in der Auswertung jeweils der Wert fünf zugewiesen; dem zweitwichtigsten der Wert vier usw. Danach wurde ein durchschnittlich vergebener Rangwert berechnet. Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung (3,74) stellt nach Einschätzung der befragten Städte und Gemeinden mit deutlichem Abstand (von 1,6 Rangpunkten) die bedeutendste Herausforderung dar (siehe Abb. 1). Es folgt die Schaffung von bedarfsgerechten Wohnformen, Wohnungen und Wohnumfeldern für ältere Menschen (2,14) und wiederum mit einigem Abstand eine wohnortnahe Krankenhausversorgung (1,8) sowie die Sicherstellung der fachärztlichen Versorgung (1,74). Insgesamt wird also die (ambulante und stationäre) Versorgung mit ärztlichen Leistungen als größte Herausforderung gesehen. Erstaunlicherweise wird die Versorgung mit (ambulanten und stationären) Pflege- und damit verbundenen Angeboten als vergleichsweise weniger große Herausforderung angesehen. In diesem Bereich wird lediglich der Schaffung von bedarfsgerechten Wohnformen, Wohnungen und Wohnumfeldern eine hohe Bedeutung beigemessen. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass diese Aufgabe direkt in den Aufgabenbereich der Städte und Gemeinden fällt, die im Rahmen ihrer Selbstverwaltungsaufgaben unter anderem die vorbereitende und verbindliche Bauleitplanung vornehmen. Die anderen pflegebezogenen Herausforderungen werden vor allem durch die Kreise im Rahmen der Pflegeplanung und -beratung bearbeitet. Im Bereich der ärztlichen Versorgung sind die Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten der Kommunen zwar sehr gering, jedoch fallen Lücken hierbei aufgrund der unmittelbaren Betroffenheit der gesamten Bevölkerung, die häufig in der Presse aufgegriffen werden (vgl. u. a. website WAZ), in den Zuständigkeitsbereich der Städte und Gemeinden zurück (siehe Kap. 2.2.1).

Abbildung 1: Wichtigste Herausforderungen für die Städte und Gemeinden



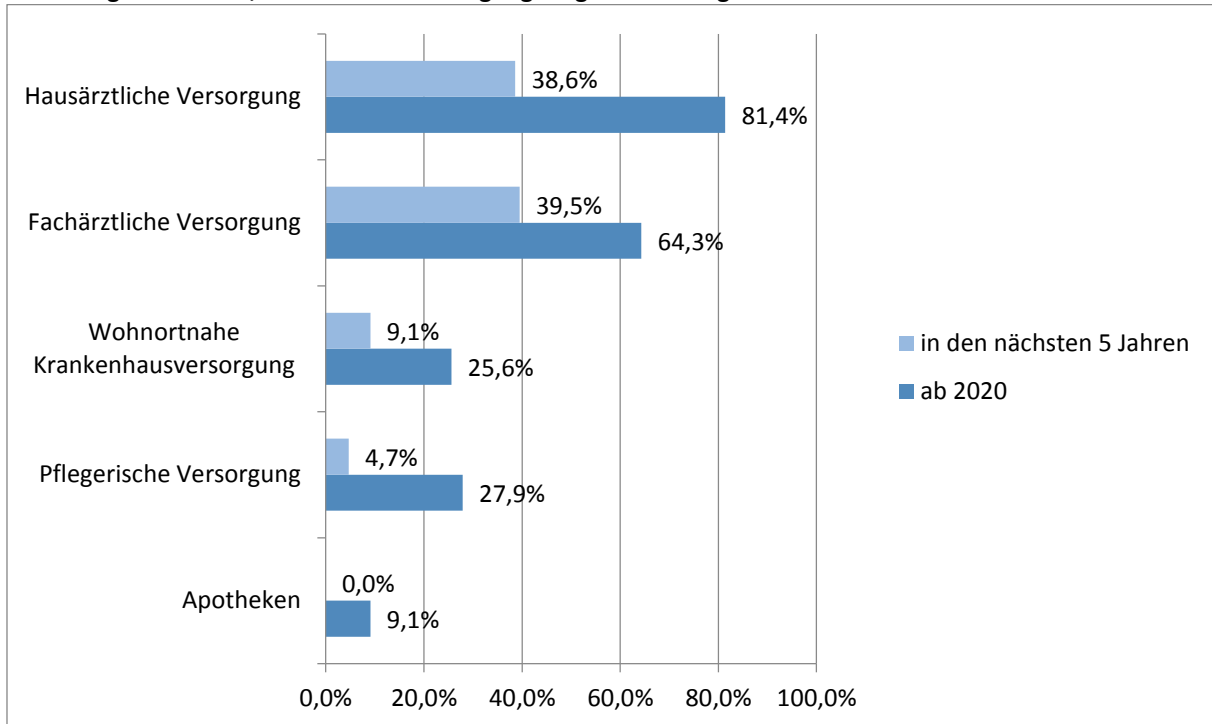
Durchschnittlicher Rang (n=35)¹⁶

Ähnliche Ergebnisse zeigt die Frage, welche Versorgungsbereiche in kurz- und langfristiger Perspektive gefährdet sind (siehe Abb. 2). In den nächsten fünf Jahren sehen (lediglich) knapp 40 % der befragten Städte und Gemeinden die hausärztliche Versorgung bedroht. Diese Sicht zeigt sich in allen südwestfälischen Kreisen außer dem Märkischen Kreis, wo bereits auf kurze Sicht neun von 15 Städten und Gemeinden die hausärztliche Versorgung gefährdet sehen (siehe Abb. 3). Für die Perspektive ab 2020 sieht in jedem Kreis mindestens die Hälfte der Städte und Gemeinden die hausärztliche Versorgung als gefährdet an: Im Märkischen Kreis und in Siegen-Wittgenstein sind es jeweils über 80 %, im Hochsauerlandkreis sogar alle Kommunen.

Die fachärztliche Versorgung erreicht für die kurzfristige Sicht ähnliche Werte wie die hausärztliche Versorgung – etwa 40 % sehen hier die Versorgung gefährdet. Und auch die fachärztliche Versorgung sieht eine deutliche Mehrheit ab 2020 als gefährdet an. Die weiteren abgefragten Versorgungsbereiche wie die wohnortnahe Krankenhausversorgung, die pflegerische Versorgung und die Versorgung mit Apotheken wird in der nahen Zukunft (in den nächsten fünf Jahren) nicht als gefährdet angesehen. Jeweils ein gutes Viertel der Städte und Gemeinden sieht die wohnortnahe Krankenhausversorgung und die pflegerische Versorgung ab 2020 als bedroht an.

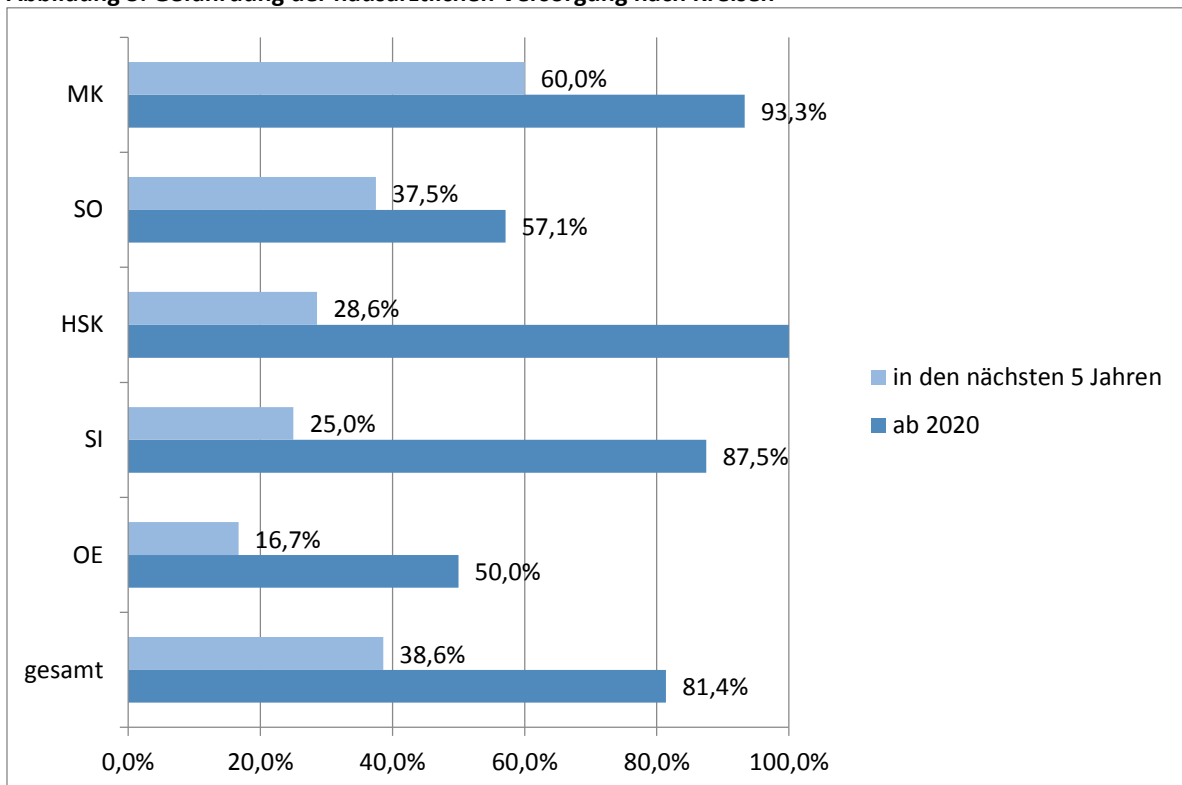
¹⁶ Die angegebene Fallanzahl (beispielsweise n=35) zeigt immer den geringsten Wert bei der jeweiligen Antwort an. Das heißt bei einzelnen, in der gleichen Grafik dargestellten Sachverhalten können die Fallzahlen durchaus höher liegen.

Abbildung 2: Bereiche, in denen die Versorgung als gefährdet angesehen wird



n=42

Abbildung 3: Gefährdung der hausärztlichen Versorgung nach Kreisen

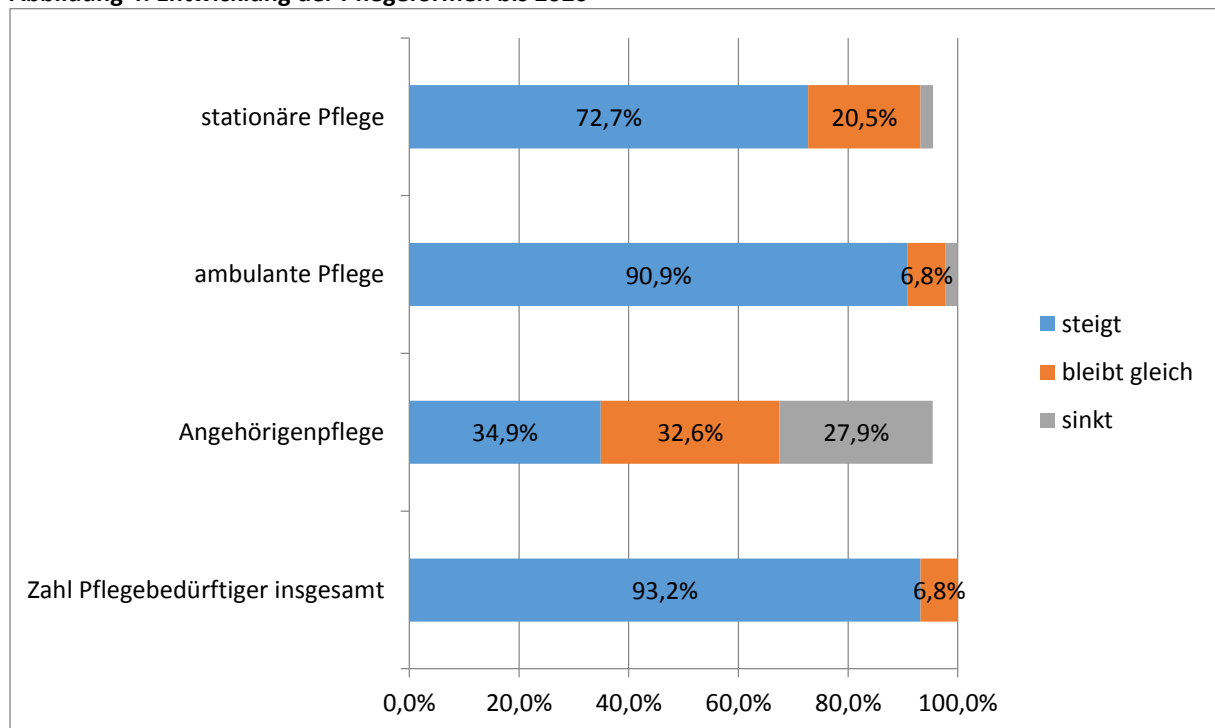


n=42

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund der folgenden Angaben erstaunlich (siehe Abb. 4, 5): Die angenommene Entwicklung in den unterschiedlichen Pflegeformen zeigt sowohl für den Zeitraum bis 2020 als auch für den Zeitraum von 2020 bis 2030 eine Zunahme der Anzahl der Pflegebedürftigen. Dabei gehen die Kommunen davon aus, dass der Anteil der Pflege durch Angehörige eher sinkt und

daher die Nachfrage nach professionellen ambulanten und stationären Pflegeangeboten steigt. Eine Mehrheit der Städte und Gemeinden geht davon aus, dass ambulante und stationäre Pflege in gleichem Maße stärker entwickelt werden müssen, um den steigenden Pflegebedarfen gerecht zu werden (60,5 %). Die restlichen Städte und Gemeinden geben an, dass lediglich die ambulante Pflege stärker entwickelt werden muss, um den Bedarfen zu entsprechen. In der eingehenderen Analyse¹⁷ zeigen sich keine Zusammenhänge, die die erstaunliche Bewertung der Pflege als nicht gefährdeten Versorgungsbereich erklären können. So bietet der im Rahmen des Projekts entwickelte Risikoindex keine Erklärung (siehe Kap. 1), warum die pflegerische Versorgung nur in wenigen Städten und Gemeinden als gefährdeter Versorgungsbereich angesehen wird. Das heißt die prognostizierte Versorgungslage erklärt nicht die von den Städten und Gemeinden wahrgenommene Problemlage. Ebenso wenig erklären der hausärztliche Versorgungsgrad¹⁸ und der Anteil der Hausärztinnen und -ärzte über 59 Jahren die wahrgenommene Gefährdung der hausärztlichen Versorgung und die Bewertung der Sicherstellung dieser als Herausforderung.

Abbildung 4: Entwicklung der Pflegeformen bis 2020¹⁹



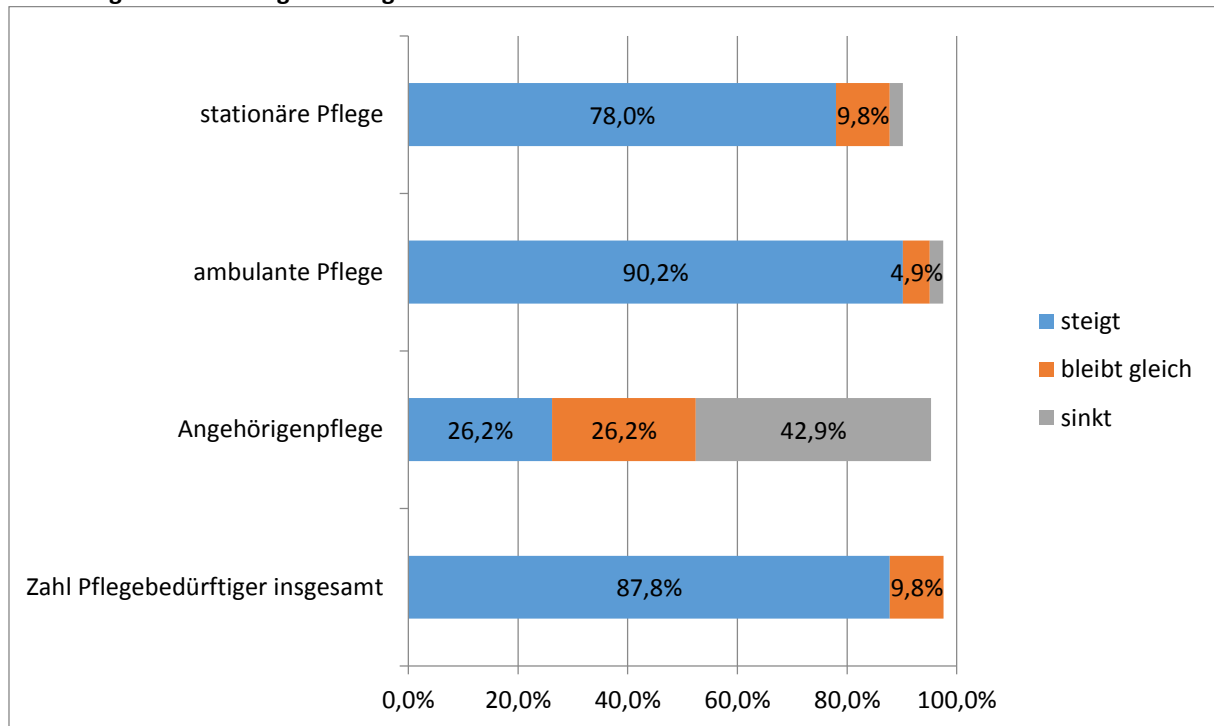
n=43

¹⁷ Verschiedene Aspekte (wie die Einwohnerzahl, Problemlage, prognostizierte Versorgungsrisiken, Demografiety, Haushaltsstatus) wurden mit der Bewertung der Herausforderungen kreuztabelliert, dabei zeigten sich keine Zusammenhänge. Die entsprechenden Kreuztabellen werden daher hier nicht dargestellt.

¹⁸ Mit dem hausärztlichen Versorgungsgrad ist die Relation von Hausärztinnen und -ärzten zur Anzahl der Einwohner/-innen gemeint. Er besagt damit, wie viele Hausärztinnen und -ärzte pro 1.000 Einwohner/-innen tätig sind.

¹⁹ Die Balken erreichen nicht allen Fällen 100 %, da die Antwortmöglichkeit „Ich bin mir nicht sicher.“ hier nicht dargestellt wird.

Abbildung 5: Entwicklung der Pflegeformen 2020-2030²⁰



n=41

Es lässt sich festhalten, dass die hausärztliche Versorgung von allen Versorgungsbereichen als am gefährdetsten und als bedeutendste Herausforderung für die Zukunft gesehen wird. Die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung wird trotz eines steigenden Anteils Pflegebedürftiger als weniger gefährdet betrachtet. Die wahrgenommene Problemlage und deren Bewertung unterscheiden sich zum Teil deutlich von den prognostizierten Versorgungsrisiken, ohne dass dafür systematische Erklärungen gefunden werden konnten. Allerdings decken sich diese Angaben mit den Ausführungen der Vertreter/-innen der Kreise: Auch von diesen wird die pflegerische Versorgung als nicht gefährdet angesehen; lediglich die komplementären Angebote und bedarfsgerechte Wohnangebote müssten ausgebaut werden. So kann hinsichtlich des Problembewusstseins ein geteiltes Fazit gezogen werden: Bei der medizinischen Versorgung ist ein sehr ausgeprägtes Problembewusstsein vorhanden, bei der pflegerischen Versorgung werden zukünftige Versorgungsrisiken von einigen Kommunen dagegen tendenziell unterschätzt. Hier wären weitere Untersuchungen unter anderem dazu nötig, herauszufinden, ob die festgestellte Diskrepanz auf einer Fehleinschätzung der Bevölkerungsstruktur oder einer möglicherweise zu positiven Einschätzung der Angebotskapazitäten beruht.

5. Aktivitäten und Handlungsspielräume

Im Folgenden werden auf der Grundlage der wahrgenommenen Problemlagen und Bewertungen die Aktivitäten und Handlungsspielräume der Städte und Gemeinden in Südwestfalen untersucht. Zunächst wird auf die wahrgenommenen Anforderungen eingegangen (siehe Kap. 5.1), um dann die Einstellungen, die Verantwortung und die konkreten Aufgaben in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen darzustellen (siehe Kap. 5.2). Im nächsten Schritt werden die Aktivitäten, die zur

²⁰ Siehe Fn 19.

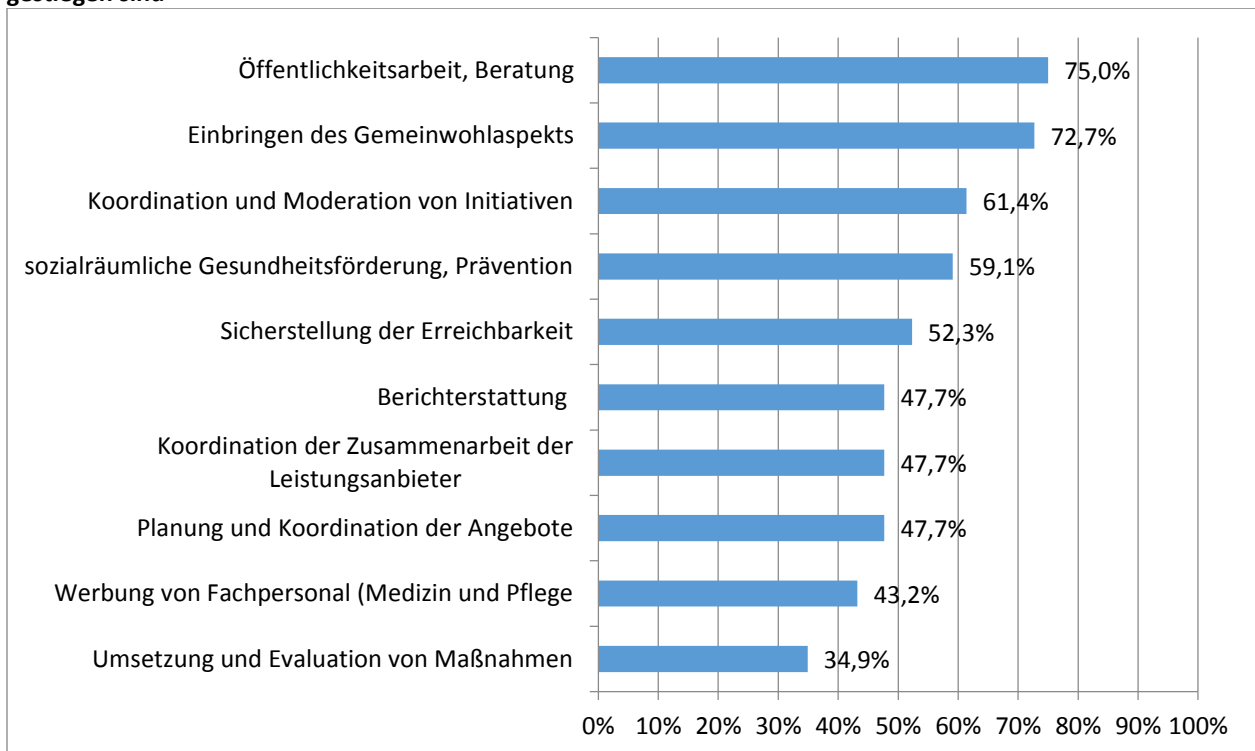
Schließung von Lücken bereits unternommen werden, vorgestellt (siehe Kap. 5.3). Abschließend werden die Hemmnisse für die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur Vermeidung und Verringerung der Versorgungsproblematiken vorgestellt (siehe Kap. 5.4).

5.1 Anforderungen

Die Städte und Gemeinden wurden befragt, in welchen Bereichen in den letzten zehn Jahren die Anforderungen an die Kommunen bei der Mitwirkung an der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung gestiegen sind. Dabei zeigt sich, dass in jedem der abgefragten Bereiche die Anforderungen gestiegen sind (siehe Abb. 6).²¹ Drei Viertel der Städte und Gemeinden geben an, dass bei ihnen die Anforderungen in puncto Öffentlichkeitsarbeit und Beratung zugenommen haben. Ein Grund dafür kann die steigende Bedeutung von Öffentlichkeitsarbeit im Allgemeinen sein, aber auch die engen Handlungsgrenzen bei der Strategie- und Maßnahmenentwicklung. Zudem wird die Sensibilisierung für demografische Prozesse und die Versorgungsrisiken als wesentlicher kommunaler Aufgabenbereich betrachtet (siehe Kap. 2.4). Einen nahezu ähnlich hohen Wert erreicht das Einbringen des Gemeinwohlaspekts, was vermutlich auf die Ökonomisierung des Gesundheitswesens zurückzuführen ist. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen wird die Kommune zum einzigen Akteur, der bei einer genauen Kenntnis der Situation vor Ort neutral die Bürger- und Patienteninteressen vertreten kann. In der Literatur werden die Interessenvertretung für die Bürger/-innen und der Interessenausgleich als zentrale Handlungsbereiche der Kommunen gesehen (siehe Kap. 2.4). Darüber hinaus sind bei über der Hälfte der befragten Städte und Gemeinden die Anforderungen in den Bereichen Koordination und Moderation von Initiativen, sozialräumliche Gesundheitsförderung und Prävention sowie bei der Sicherstellung der Erreichbarkeit von Einrichtungen gestiegen. In Bereichen, in denen die Städte und Gemeinden direkt Einfluss auf die Infrastrukturlandschaft nehmen würden, wie die Koordination der Zusammenarbeit der Leistungsanbieter, die Planung und Koordination der Angebote sowie die Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen, sind die Anforderungen lediglich bei einem Teil der Städte und Gemeinden gestiegen.

²¹ Hierbei ist jedoch zu beachten, dass eine Entwicklung in der retrospektiven Rekonstruktion oft deutlich positiver oder negativer ausfällt (vgl. Papastefanou 2009: 447). Wir gehen hier von einem positiven Retrospektionseffekt aus, also tendenziell einer zu positiven Einschätzung der Vergangenheit („Früher waren die Anforderungen geringer.“). Die Anforderungen in den einzelnen Bereichen müssen also nicht tatsächlich gestiegen sein, sie werden möglicherweise jedoch so wahrgenommen.

Abbildung 6: Bereiche, in denen die Anforderungen an die Städte und Gemeinden in den letzten zehn Jahren gestiegen sind



n=43

5.2 Verantwortungsbereiche und Aufgaben

Auf die wahrgenommenen Verantwortungsbereiche und Aufgaben wirken sich die Einstellungen der Städte und Gemeinden – und bei dieser Frage insbesondere die persönlichen Haltungen der antwortenden Person – zur Zukunft der Versorgung aus. Bei der medizinischen Versorgung sieht ein Großteil der Befragten starke Veränderungen und auch eine notwendige Anpassung und Modernisierung der Versorgungsstrukturen als notwendig an (siehe Tab. 4). So ist nach der Ansicht einer Mehrheit neben der genuin zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung auch die Stadt bzw. Gemeinde gefragt, wenn es darum geht, Ärztinnen und Ärzte für ländliche Regionen zu gewinnen. Hinzu kommt, dass eine ausreichende medizinische Versorgung in ländlichen Räumen mit dem klassischen Hausarztmodell nicht mehr zu gewährleisten ist. Dem stimmen ebenfalls mehr als die Hälfte der Städte und Gemeinden zu. Ein Grund dafür ist, dass sich das Berufsbild der jungen Mediziner/-innen in den letzten Jahren grundlegend gewandelt hat, so die einhellige Meinung der Kommunen. Aus den genannten Gründen ist eine stärkere Zentralisierung von medizinischen Einrichtungen, zum Beispiel in Medizinischen Versorgungszentren, unvermeidlich, auch dies ist Konsens der Befragten. Ein Krankenhaus der Regelversorgung stellt hier allerdings keine Lösung dar, da nach der Meinung der überwiegenden Mehrheit der Städte und Gemeinden nicht in jeder Gebietskörperschaft ein solches vorgehalten werden muss. Bei der pflegerischen Versorgung fallen die Einstellungen insgesamt differenzierter aus (siehe ebenfalls Tab. 4). Über die Hälfte der Befragten stimmt der Aussage zu, dass die Stadt bzw. Gemeinde sich bemühen sollte, den Anteil der ambulanten pflegerischen Versorgung zu erhöhen. Aber auch ein Drittel stimmt dem nur zum Teil zu. Die Schaffung von Komplementärangeboten für pflegebedürftige Menschen wird auch nur zum Teil als Handlungsfeld gesehen, das am besten durch die Kommunen koordiniert werden kann. Und auch um Pflegefachpersonal zu gewinnen, ist die Stadt bzw. Gemeinde nur teilweise mit einer Tendenz zu „eher nicht“ gefragt. Allerdings ist die überwältigende Mehrheit

der Städte und Gemeinden der Meinung, dass die Bürger/-innen in der Stadt bzw. Gemeinde eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen können. Dies lässt sich leicht fordern, da die Zuständigkeit für die Pflegeberatung in den Händen des Kreises liegt. Dementsprechend sind über 90 % der Städte und Gemeinden der Ansicht, dass eine enge Abstimmung zwischen Kreis und den kreisangehörigen Kommunen wichtig ist, um ein gutes flächendeckendes pflegerisches Versorgungsangebot zu gewährleisten.

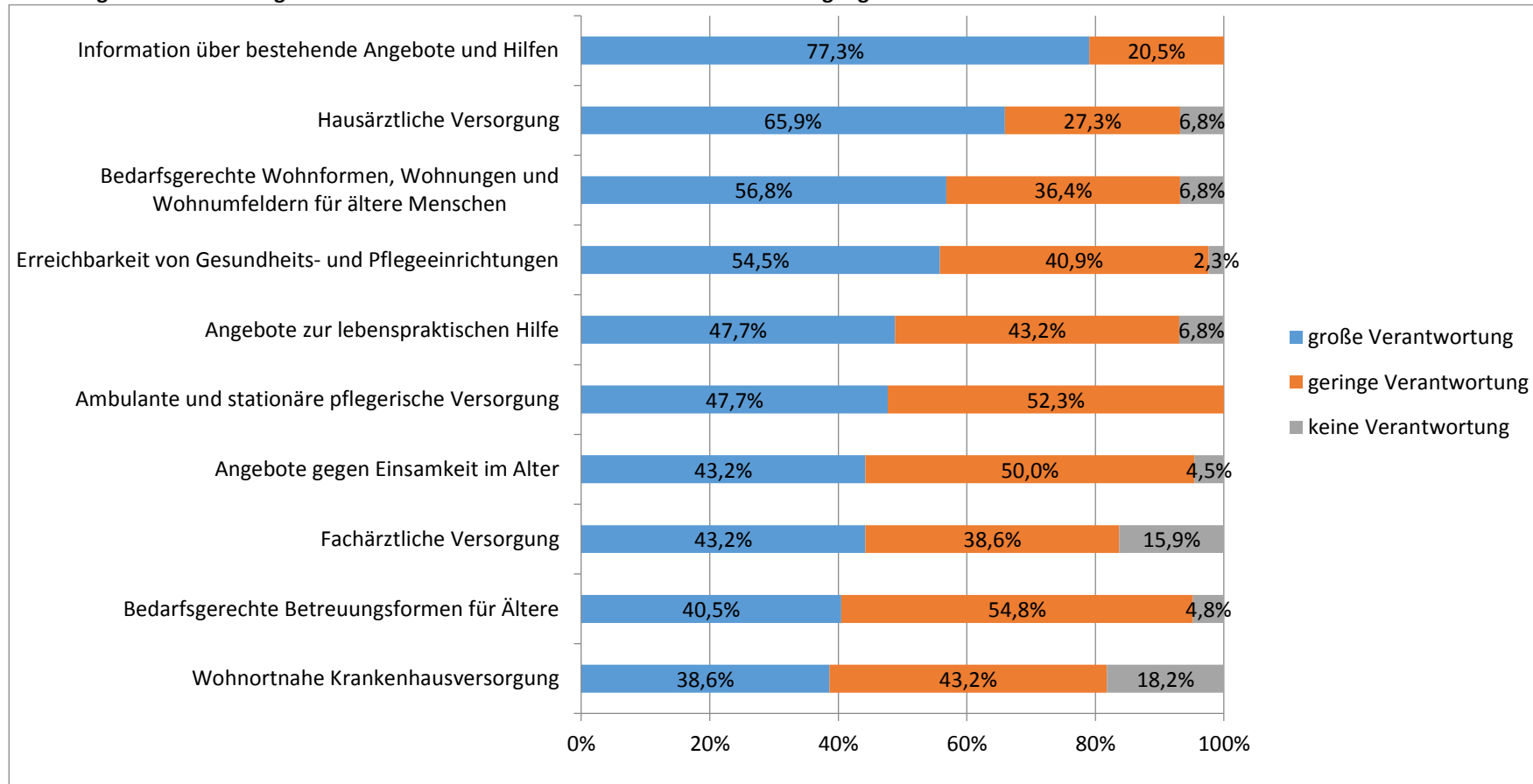
Tabelle 4: Einstellungen zur Zukunft der Versorgung

	Stimme voll zu	Stimme eher zu	Teils, teils	Stimme eher nicht zu	Stimme gar nicht zu
Um Ärztinnen und Ärzte für ländliche Regionen zu gewinnen, ist neben der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Stadt/Gemeinde gefragt. (n=44)	38,6 %	25,0 %	22,7 %	9,1 %	4,5 %
Eine ausreichende medizinische Versorgung in ländlichen Räumen ist mit dem klassischen Hausarztmodell nicht mehr zu leisten. (n=44)	27,3 %	36,4 %	15,9 %	18,2 %	2,3 %
Das Berufsbild der jungen Mediziner/innen hat sich in den letzten Jahren grundlegend gewandelt. (n=42)	33,3 %	38,1 %	26,2 %	-	2,4 %
Es muss in jeder Stadt/Gemeinde ein Krankenhaus zur Regelversorgung vorgehalten werden. (n=43)	9,3 %	7,0 %	11,6 %	39,5 %	32,6 %
Eine stärkere Zentralisierung von medizinischen Einrichtungen ist unvermeidlich (z. B. Medizinische Versorgungszentren). (n=44)	31,8 %	43,2 %	15,9 %	2,3 %	6,8 %
Unsere Stadt/Gemeinde sollte sich bemühen, den Anteil der ambulanten pflegerischen Versorgung zu erhöhen. (n=44)	11,4 %	43,2 %	34,1 %	9,1 %	2,3 %
Die Schaffung von Komplementärangeboten für pflegebedürftige Menschen (lebenspraktischen Hilfen wie haushaltsnahe Dienstleistungen, Mobilitätsservice, Freizeitbegleitung) kann am besten durch die Städte/Gemeinden koordiniert werden. (n=44)	15,9 %	22,7 %	40,9 %	18,2 %	2,3 %
Die Bürger/innen sollten in der Stadt/Gemeinde eine Pflegeberatung in Anspruch nehmen können. (n=44)	45,5 %	40,9 %	6,8 %	4,5 %	2,3 %
Eine enge Abstimmung zwischen dem Kreis und den kreisangehörigen Kommunen ist wichtig, um ein gutes flächendeckendes pflegerisches Versorgungsangebot zu gewährleisten. (n=44)	72,7 %	18,2 %	6,8 %	2,3 %	-
Um Pflegefachpersonal zu gewinnen, ist auch die Stadt/Gemeinde gefragt. (n=44)	18,2 %	15,9 %	31,8 %	31,8 %	2,3 %

Bei der Frage, wie die Städte und Gemeinden ihre Verantwortung zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung beurteilen, zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Anforderungen: Entsprechend der gestiegenen Anforderungen bei der Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sehen die Städte und Gemeinden zu über drei Vierteln bei der Information der Bevölkerung über bestehende Angebote und Hilfen. Bei der hausärztlichen Versorgung sehen sich ebenfalls nahezu zwei Drittel der Kommunen in großer Verantwortung, obwohl sie hier, wie bereits ausgeführt wurde, sehr geringe Steuerungskompetenzen und rechtliche Zuständigkeiten haben. Dies ist vermutlich auf die hohe unmittelbare Betroffenheit und die mediale Präsenz des Themas zurückzuführen, wenn sich der Hausärztemangel in der jeweiligen Kommune bemerkbar macht und das kommunale Engagement letztlich doch gefragt ist (siehe Kap. 4). Aufgrund ihrer Zuständigkeit sieht gut die Hälfte der Kommu-

nen eine große Verantwortung im Bereich der Schaffung von bedarfsgerechten Wohnformen, Wohnungen und Wohnumfeldern für ältere Menschen. Dieser Aspekt wurde bereits bei den Herausforderungen als dringend genannt. Die Sicherstellung der Erreichbarkeit von Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen fällt ebenfalls in den direkten Zuständigkeitsbereich der Städte und Gemeinden und wird dementsprechend auch von der gut der Hälfte der Befragten als große Verantwortung gesehen.

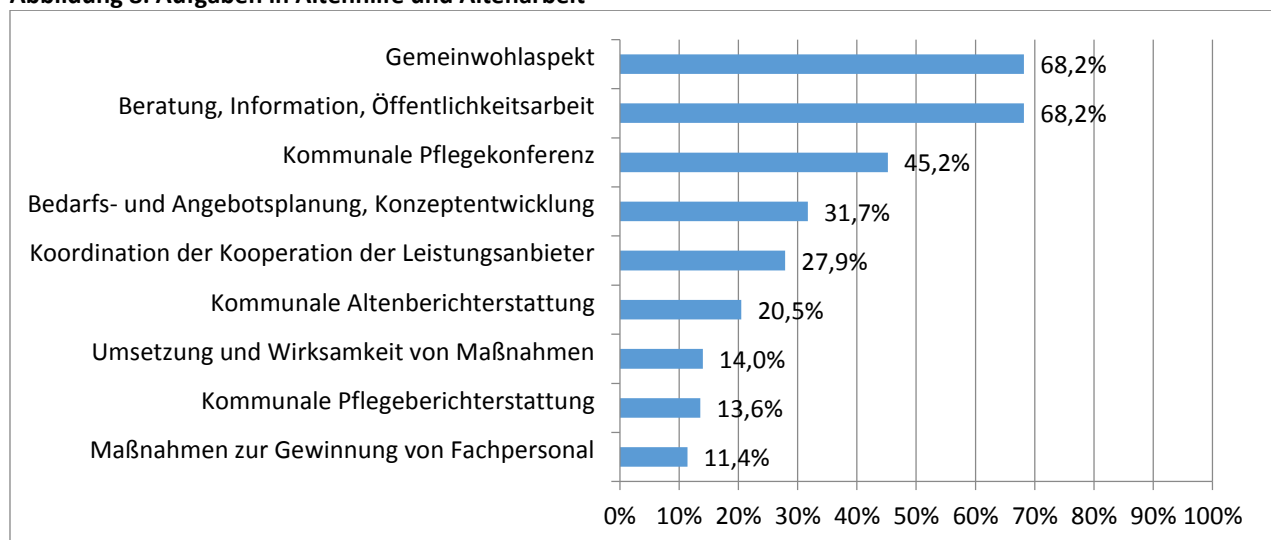
Abbildung 7: Verantwortung der Städte und Gemeinden in unterschiedlichen Versorgungsbereichen



n=42

In den konkreten Aufgaben, die von den Städten und Gemeinden in der Altenhilfe und Altenarbeit übernommen werden, spiegeln sich die bisherigen Ausführungen wider. Ein Großteil der Städte und Gemeinden bringt den Gemeinwohlaspekt in Planungs- und Entscheidungsprozesse ein und vertritt die Interessen der Senior/-innen (siehe Abb. 8). In diesem Bereich wurden bereits gestiegene Anforderungen an die Kommunen genannt (siehe Kap. 5.1). Außerdem übernimmt eine Mehrheit der Städte und Gemeinden die Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit in der Altenarbeit. Auch dies wurde als Bereich mit gestiegenen Anforderungen benannt und ist der Aufgabenbereich, in dem die meisten Kommunen eine große Verantwortung ihrerseits sehen. Dagegen übernehmen lediglich einige wenige Städte und Gemeinden Maßnahmen zur Gewinnung von Fachpersonal, die kommunale Pflegeberichterstattung sowie die Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen. Immerhin ein gutes Viertel der kommunalen Gebietskörperschaften gibt an, an der Koordination der Dienste und Dienstleistungen sowie der Kooperation der Leistungsanbieter mitzuwirken.

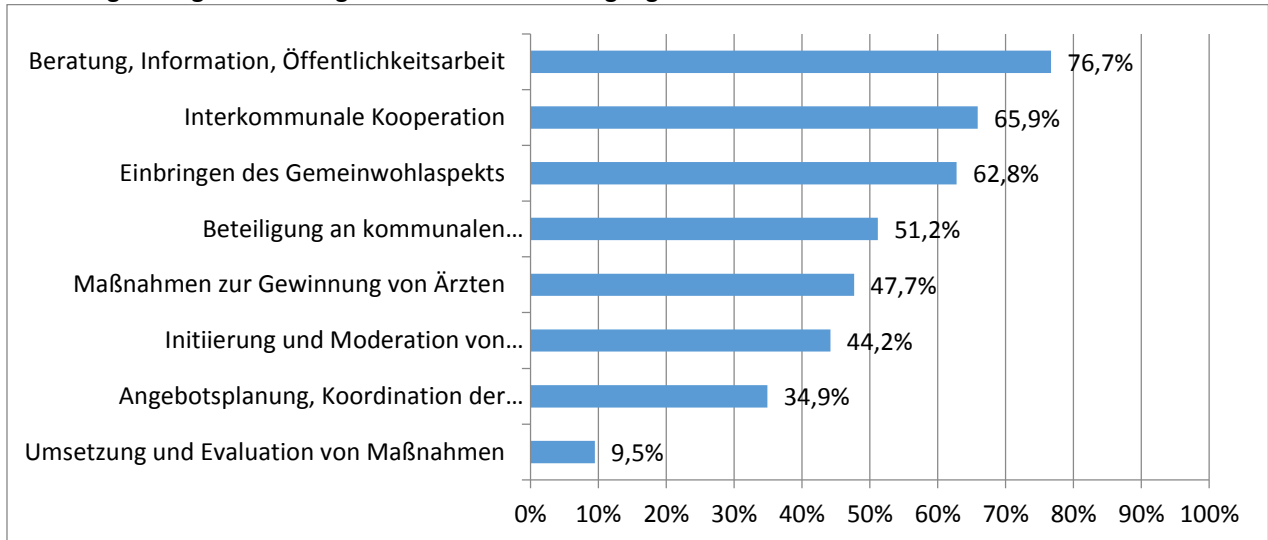
Abbildung 8: Aufgaben in Altenhilfe und Altenarbeit



n=41

In der gesundheitlichen Versorgung übernehmen wieder drei Viertel der befragten Städte und Gemeinden die Beratung, Information und Öffentlichkeitsarbeit und auch das Einbringen des Gemeinwohls übernimmt hier ein Großteil (siehe Abb. 9). Als Aufgabe kommt im Bereich der gesundheitlichen Versorgung im Vergleich mit der Altenhilfe und -arbeit noch die interkommunale Zusammenarbeit hinzu, die von nahezu zwei Drittel der Städte und Gemeinden als Aufgabe im Bereich der gesundheitlichen Versorgung übernommen wird. Maßnahmen zur Gewinnung von Fachpersonal (hier Ärztinnen und Ärzte) werden in diesem Versorgungsbereich deutlich häufiger als Aufgabe wahrgenommen als in der Altenarbeit. Dies ist möglicherweise auf die deutlich stärker problematisierte Lage in diesem Versorgungsbereich zurückzuführen (siehe Kap. 4). Der Ärztemangel wurde auch im Verlauf des Projekts in stärkerem Maße thematisiert als der Mangel an Fachkräften in der Pflege. Auch in der gesundheitlichen Versorgung übernehmen nur einige wenige Städte und Gemeinden die Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen.

Abbildung 9: Aufgaben in der gesundheitlichen Versorgung



n=42

5.3 Strategien und Aktivitäten

Im vorliegenden Kapitel werden die von den Städten und Gemeinden bereits praktizierten Strategien und Aktivitäten vorgestellt. Dabei wird zunächst auf integrierte Strategien und Aktivitäten (siehe Kap. 5.3.1), dann auf Anstrengungen in den Bereichen haus- und fachärztliche Versorgung (siehe Kap. 5.3.2) sowie Krankenhausversorgung (siehe Kap. 5.3.3) geschaut.

5.3.1 Übergreifende Strategien und Aktivitäten

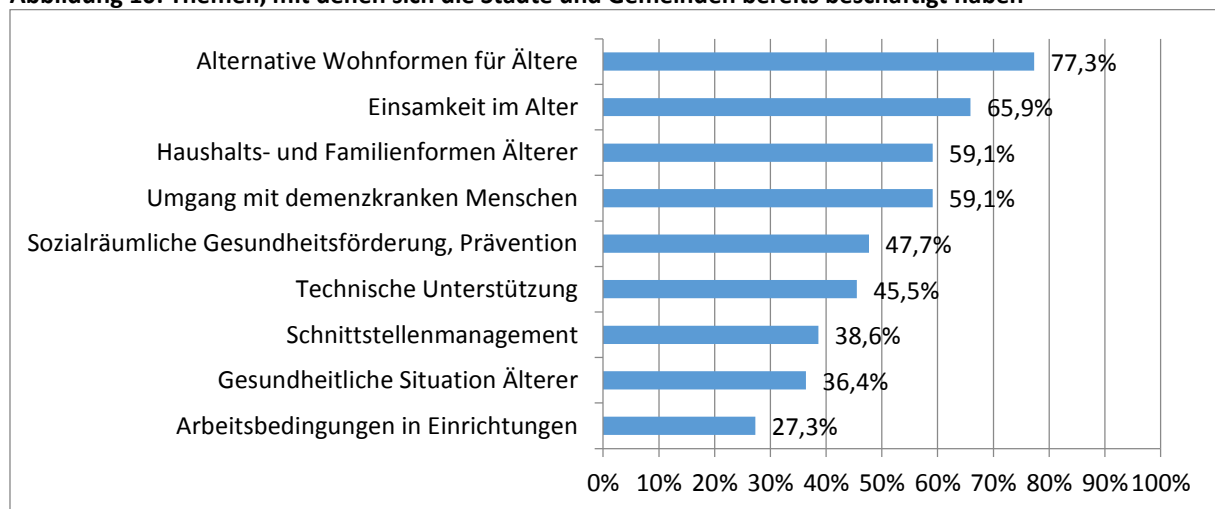
Über drei Viertel der Städte und Gemeinden geben an, dass es in ihrer Kommune Strategien oder Konzepte gibt, um den Herausforderungen des demografischen Wandels zu begegnen. Interessanterweise sind sich 7 % der Befragten nicht sicher, ob es in ihrer Stadt bzw. Gemeinde solche Strategien bzw. Konzepte gibt. Die Angaben zur Frage, was für Strategien und Konzepte dies sind, unterscheiden sich sehr stark. Diese Angaben wurden sortiert und folgenden Kategorien zugeordnet: geförderte Projekte, integrierte Strategien, Einzelthemen, dialogische Formate und Aspekte, die nicht zugeordnet werden können. Die geförderten Projekte umfassen insbesondere Projekte, die von der Bertelsmann-Stiftung unterstützt wurden und Bewerbungen oder Förderungen im Rahmen der LEADER-Programme²²; diese beinhalten zwingend die Zusammenarbeit mehrerer Städte und/oder Gemeinden. Ein Viertel der genannten Strategien wurde im Rahmen geförderter Projekte entwickelt bzw. umgesetzt. Dies zeigt den hohen Stellenwert der Drittmittelförderung bei der Erarbeitung und Umsetzung integrierter Strategien auf kommunaler Ebene. Allerdings sind ein Drittel der genannten Strategien bzw. Konzepte auch eigenständig entwickelte, kommunale Strategien bzw. Konzepte, die

²² LEADER (Liaison entre actions de développement de l'économie rurale, dt. Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft) ist ein Programm im Rahmen der ELER-Förderung (Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums) der Europäischen Union zur Entwicklung der ländlichen Räume und ihrer Potenziale. Zugrunde liegt ein methodischer Ansatz der Regionalentwicklung, der es lokalen Akteuren ermöglichen soll, regionale Prozesse mit zu gestalten. So sollen die Potenziale einer Region besser genutzt werden und zu ihrer Entwicklung beitragen. Zentrales Gremium sind die sogenannten Lokalen Aktionsgruppen (LAGs). Wesentlich sind folgende Merkmale: Bottom-up-Ausarbeitung und Umsetzung von Strategien, lokale öffentlich-private Partnerschaften, integrierte und multisektorale Aktionen, Innovation, Kooperation, Vernetzung sowie territoriale lokale Entwicklungsstrategien. (vgl. website Netzwerk Ländlicher Raum)

in der Regel mehrere Handlungsfelder integriert bearbeiten. Die Bearbeitung von einzelnen Themen, ohne die Einbindung in eine übergreifende Strategie, umfasst knapp ein Viertel der Angaben. Dialogische Formate, wie Runde Tische und ähnliches, die ebenfalls nicht Teil eines übergreifenden Konzepts sind, machen gut 10 % der Angaben aus. Daneben waren einige Angaben nicht zuzuordnen bzw. bezeichnen Formate wie Berichte und Bauleitplanung, die im eigentlichen Sinne nicht als integrierte Strategie der Kommunalentwicklung zu verstehen sind.

Bei der Frage, mit welchen Themen sich die Städte und Gemeinden bereits beschäftigt haben, war insbesondere das Thema der alternativen Wohnformen für ältere Menschen von Bedeutung (siehe Abb. 10): Drei Viertel der Städte und Gemeinden haben sich bereits damit beschäftigt.²³ Dies deckt sich mit den Angaben zu den wichtigsten Herausforderungen für die Städte und Gemeinden und ihrer Verantwortung (siehe Kap. 4, 5.2). Ein wichtiger Grund dafür wird die Zuständigkeit und damit die Steuerungskompetenz über die städtebauliche Planung sein. Darüber hinaus wurde sich mit vielfältigen das Alter betreffenden Themen wie Einsamkeit im Alter, Haushalts- und Familienformen älterer Menschen und dem Umgang von Menschen mit Demenzerkrankungen befasst.

Abbildung 10: Themen, mit denen sich die Städte und Gemeinden bereits beschäftigt haben



n=44

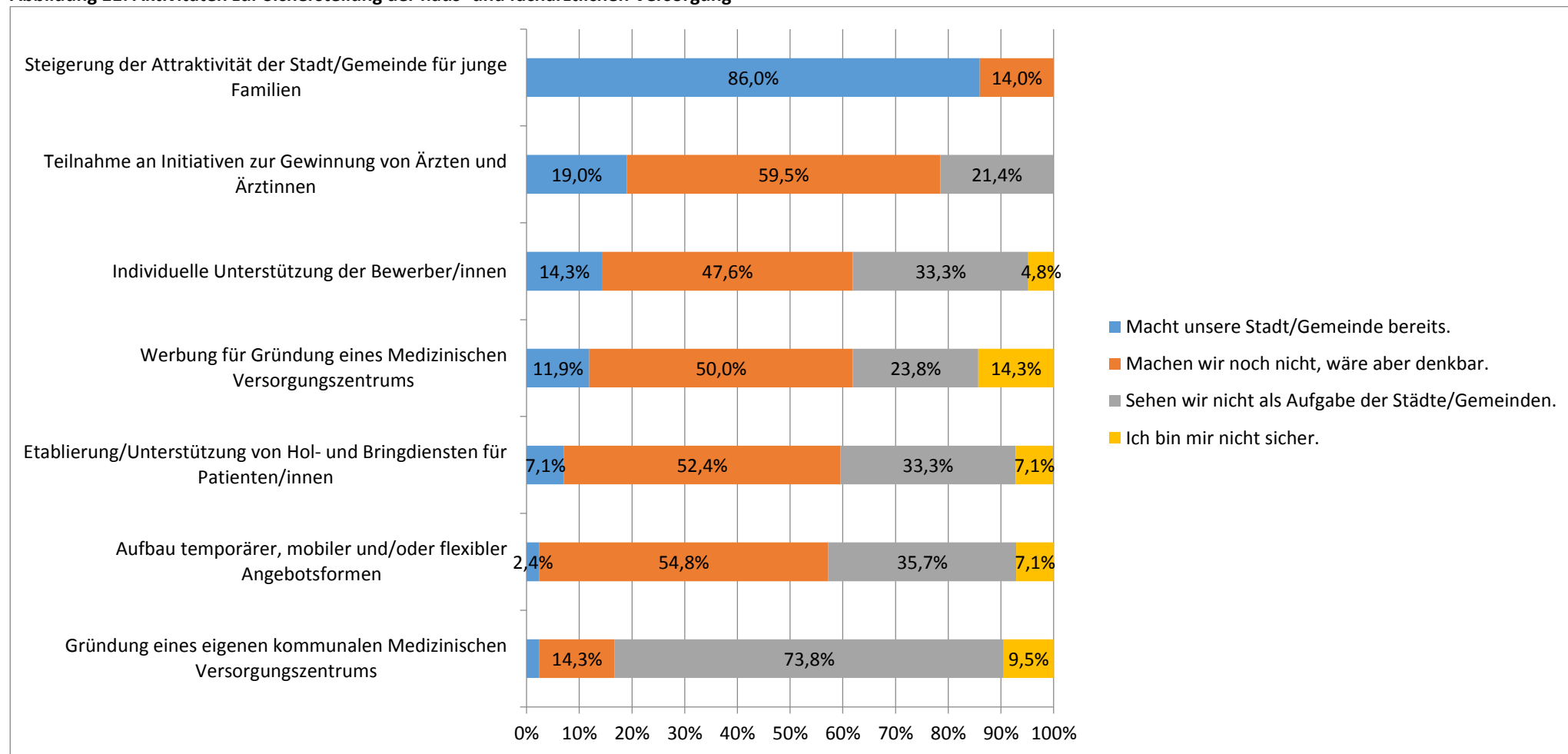
5.3.2 Haus- und fachärztliche Versorgung

Bei der Betrachtung der tatsächlich durchgeführten Aktivitäten zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung zeigt sich, dass die beschriebenen Einstellungen, die wahrgenommenen Problemlagen und die Verantwortung sich nicht in den konkreten Aktivitäten widerspiegeln (siehe Abb. 11). Lediglich die Steigerung der Attraktivität der Stadt bzw. Gemeinde für junge Familien wird von nahezu allen Kommunen als Maßnahme zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung angegeben. Allerdings ist dies eine Aktivität, die in der Konkurrenz um Einwohner/-innen nahezu jede Kommune verfolgt. So ist die Ausweisung neuer Baugebiete eine Standardantwort kommunaler Demografiepolitik, deren Wirksamkeit zumindest zweifelhaft ist (vgl. Strünck 2013: 142). Diese Strategie kann zudem in einem ruinösen Überbietungswettbewerb der Kommunen münden, da bei einer schrumpfenden Bevölkerung Binnenwanderungsgewinne zunehmend unwahrscheinlich werden und die Neuausweisungen die kommunalen Haushalte zusätzlich belasten (vgl. Bogumil et al. 2013: 264). Noch fast ein Fünftel der Städte und Gemeinden nimmt bereits an Initiativen zur Gewinnung von Ärztinnen und

²³ Da der Fragebogen von einer oder mehreren Personen für die gesamte Stadt bzw. Gemeinde beantwortet wurde, ist nicht auszuschließen, dass sich bereits andere Mitarbeiter/-innen mit einem oder mehreren der Themen beschäftigt haben, ohne dass die antwortende Person davon Kenntnis hat. Die Anteile des Items „Ich bin mir nicht sicher.“ bewegen sich allerdings im Durchschnitt des Fragebogens.

Ärzten teil. Die individuelle Unterstützung von Bewerber/-innen, die Werbung für die Gründung eines MVZ, die Einrichtung von Hol- und Bringdiensten sowie der Aufbau temporärer, mobiler Angebotsformen wären für jeweils über die Hälfte der Städte und Gemeinden denkbar. Die Gründung einer kommunalen Eigeneinrichtung sehen allerdings fast drei Viertel der Städte bzw. Gemeinden nicht als ihre Aufgabe an, obwohl dies unter bestimmten Voraussetzungen möglich wäre (siehe Kap. 2.2.1). Die Städte und Gemeinden stehen also vor dem Dilemma, für die Sicherstellung der ärztlichen verantwortlich gemacht zu werden, ohne dabei allerdings über eigene Steuerungskompetenzen zu verfügen und wenige Aktivitäten für eine Kommune tatsächlich denkbar zu halten.

Abbildung 11: Aktivitäten zur Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung

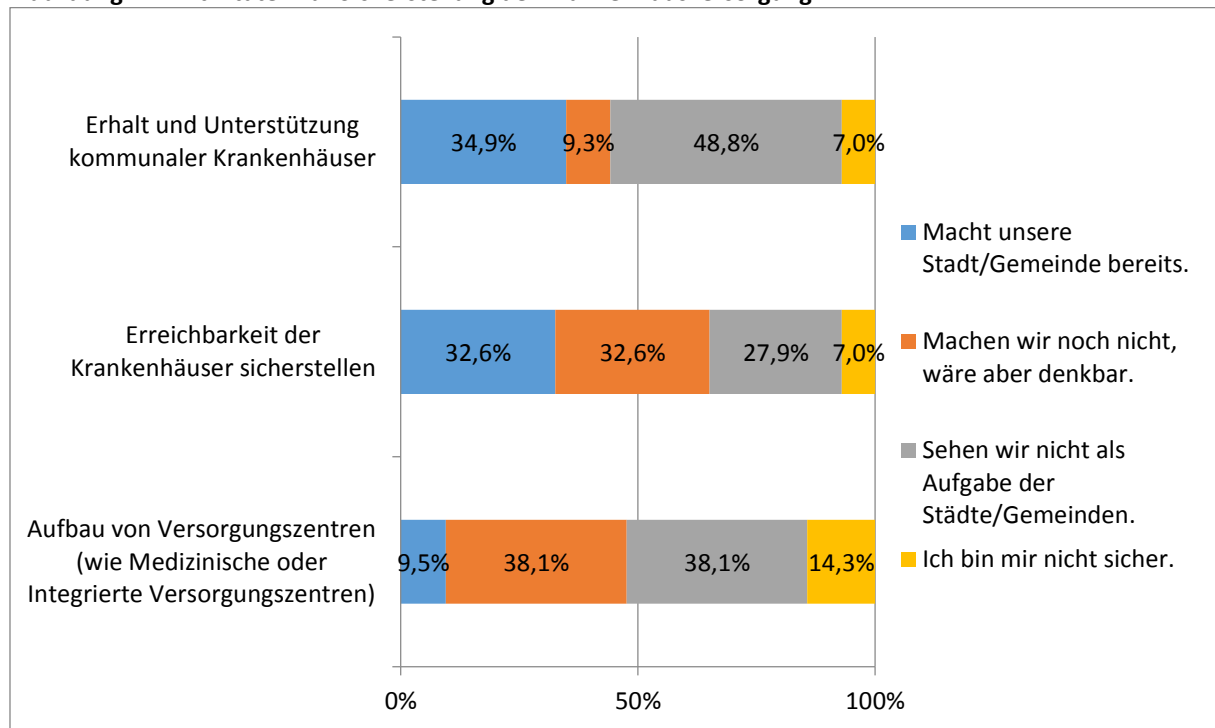


n=42

5.3.3 Krankenhausversorgung

Die Sicherstellung einer wohnortnahen Krankenhausversorgung wird tendenziell nicht als Aufgabe der Städte und Gemeinden gesehen. Für die Kommunen, die noch kommunale Krankenhäuser betreiben, spielen der Erhalt und die Sicherstellung ihrer Erreichbarkeit allerdings eine große Rolle – dies betrifft etwa ein Drittel der befragten Kommunen (siehe Abb. 12). Auf der anderen Seite sieht es fast die Hälfte der Kommunen nicht als ihre Aufgabe an. Der Aufbau von Versorgungszentren in unterschiedlicher Ausgestaltung wäre für 38,1 % der befragten Städte und Gemeinden eine Option zur Sicherstellung der Versorgung in der Zukunft. Weitere 38,1 % sehen dies nicht als kommunale Aufgabe.

Abbildung 12: Aktivitäten zur Sicherstellung der Krankenhausversorgung

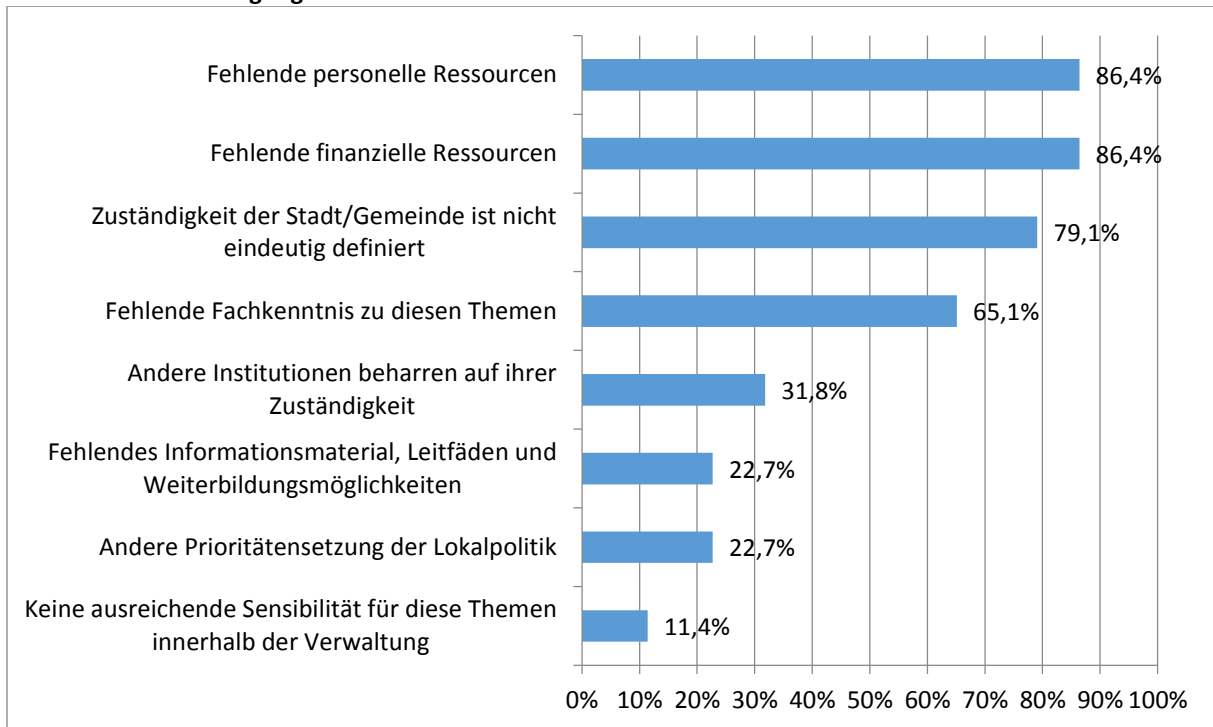


n=42

5.4 Hemmnisse

Als zentrale Hemmnisse für die Übernahme einer größeren Verantwortung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung werden – und dies war zu erwarten – fehlende personelle und finanzielle Ressourcen gesehen (siehe Abb. 13, jeweils 86,4 %). Die schwierige finanzielle Situation einiger Kommunen schränkt ihre Handlungsmöglichkeiten deutlich ein (vgl. Bogumil et al. 2013: 260; MIK 2014). Aber auch die nicht eindeutig geklärten bzw. fehlenden Zuständigkeiten der Städte und Gemeinden sind für über drei Viertel der Städte und Gemeinden ein zentrales Hemmnis, um stärker bei der Sicherstellung der Versorgung mitzuwirken. Auch dies war aufgrund der mangelnden Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten zu erwarten. Zum Teil beharren auch andere Institutionen (möglicherweise entsprechend der rechtlichen Vorgaben) auf ihrer Zuständigkeit (31,8 %). Die fehlende Fachkenntnis zu den entsprechenden Themen stellt in fast zwei Drittel aller Städte und Gemeinden ein zentrales Hemmnis dar. Ein Mangel an Informationsmaterial, Leitfäden und Weiterbildungsmöglichkeiten ist allerdings nur in gut einem Fünftel der Städte und Gemeinden ein zentrales Hemmnis. Positiv ist, dass eine andere Prioritätensetzung der Lokalpolitik und mangelnde Sensibilität für Versorgungsthemen in der Verwaltung nicht als zentrale Hemmnisse gesehen werden.

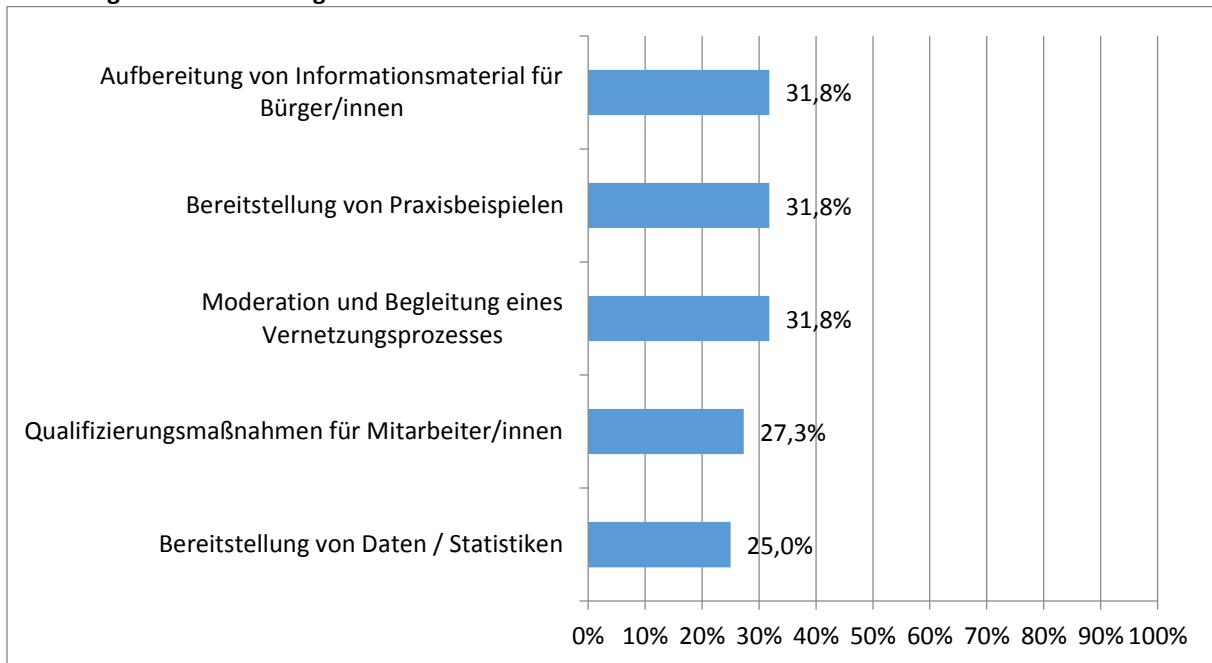
Abbildung 13: Hemmnisse bei der Übernahme einer größeren Verantwortung bei der Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung



n=43

Dementsprechend sehen auch etwas über die Hälfte der Städte und Gemeinden Unterstützungsbedarf bei ihren Bemühungen, die gesundheitliche und pflegerische Versorgung sicherzustellen (52,3 %). Ein nennenswerter Anteil ist unsicher, ob es in dieser Hinsicht Unterstützungsbedarf gibt (27,3 %). Jeweils fast ein Drittel der Städte und Gemeinden sieht Unterstützungsbedarf bei der Aufbereitung von Informationsmaterial für die Bürger/-innen, bei der Aufbereitung von Praxisbeispielen und bei der Moderation und Begleitung von Vernetzungsprozessen (siehe Abb. 14).

Abbildung 14: Unterstützungsbedarf der Städte und Gemeinden



n=44

5.5 Zwischenfazit

Die Städte und Gemeinden sehen gestiegene Anforderungen, ihre Verantwortlichkeiten und ihre Aufgaben eher in den „weichen“ Bereichen wie Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sowie des Einbringens des Gemeinwohlaspekts. In den „harten“ Handlungsfeldern wie einer Koordination der Leistungsanbieter und der Angebotsplanung sehen sie dagegen keine Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche. Dies entspricht ihren Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten. Allerdings sind die Städte und Gemeinden damit in den Handlungsfeldern aktiv, die angesichts der Einschränkungen als wesentliche kommunale Handlungsfelder gesehen werden: der Sensibilisierung für demografische Problemlagen sowie der Interessenvertretung für die Bürger/-innen (siehe Kap. 2.4). Die pflegerische Versorgung wird als Aufgabenfeld gesehen, was vornehmlich durch den Kreis zu bearbeiten ist. Dagegen wird die medizinische Versorgung, insbesondere die hausärztliche Versorgung, als Bereich mit hoher kommunaler Verantwortung (sowohl der Kreise als auch der kreisangehörigen Städte und Gemeinden), aber geringen Steuerungskompetenzen gesehen. In Aufgabenfeldern, die die städtebauliche Planung als hoheitliche Aufgabe der Städte und Gemeinden berühren, wie der Sicherstellung von Erreichbarkeiten und der Gestaltung von Wohnangelegenheiten und Wohnumfeldern, schätzen die Städte und Gemeinden ihre Verantwortlichkeit und Steuerungsmöglichkeiten höher ein. Die Entwicklung von Strategien zum Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels ist stark projektförmig geprägt, z. T. abhängig von finanzieller Förderung und richtet sich teilweise lediglich auf einzelne Themen oder Formate. Gründe für eine wenig aktive Gestaltung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen in fehlenden Ressourcen und Zuständigkeiten, aber weniger in einer fehlenden Sensibilität für das Thema.

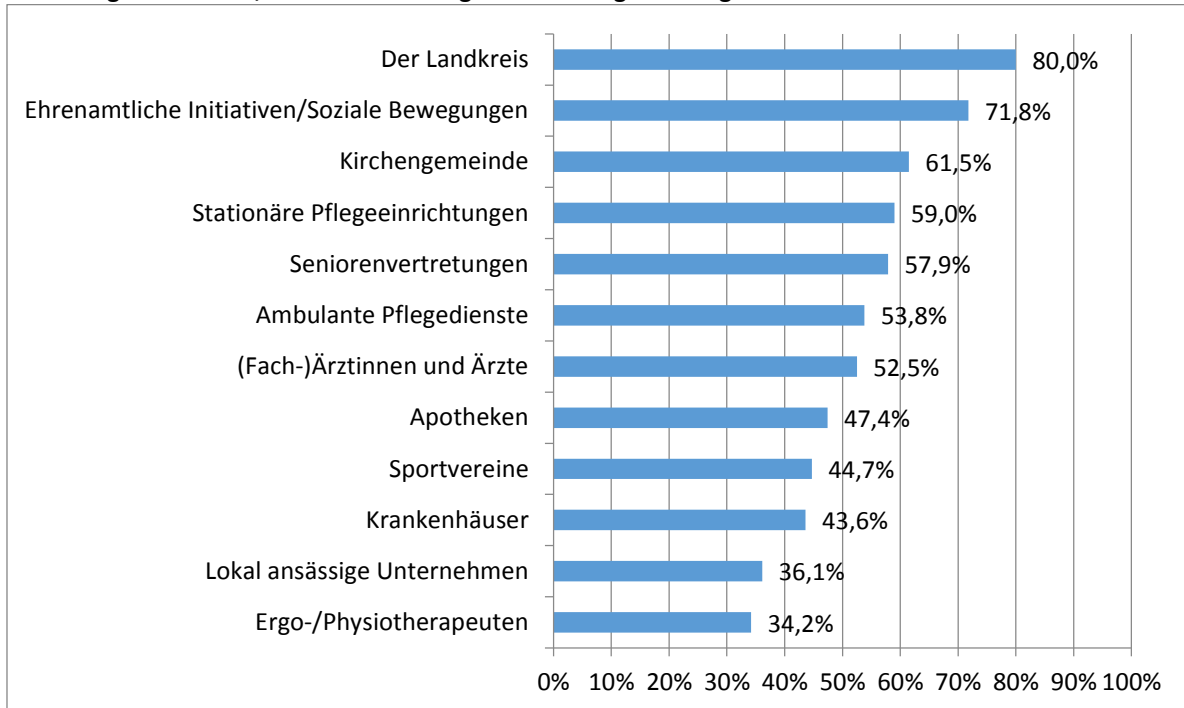
6. Kooperation und Vernetzung

Kernthese des Projekts StrateG!N ist es, dass die komplexen Problemlagen im demografischen Wandel nicht mehr von einzelnen Organisationen, sondern nur noch in der Zusammenarbeit mehrerer Organisationen gelöst werden können. Dahinter steht einerseits die Annahme, dass ein strategisches Konzept das Zusammenwirken und Ineinandergreifen unterschiedlicher Handlungsfelder und -räume (und der jeweils zuständigen Akteure) mitdenken muss (siehe Kap. 2.3). Darüber hinaus können Städte und Gemeinden aufgrund ihrer beschränkten Steuerungskompetenzen nur in Zusammenarbeit mit den genuin zuständigen Akteuren (wie zum Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung) an der Sicherstellung der Versorgung arbeiten. Eine in Kooperation mit weiteren Akteuren entwickelte Strategie erreicht zudem eine höhere Akzeptanz und erhöht damit die Umsetzungschancen. Vor diesem Hintergrund werden im folgenden Kapitel die Kooperationsaktivitäten und -potenziale der Städte und Gemeinden betrachtet.

In die Planung und Umsetzung neuer Vorhaben zur Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung wird regelmäßig insbesondere der Kreis einbezogen (siehe Abb. 15, 80,0 %). Weitere Akteure, die von vielen Kommunen regelmäßig einbezogen werden, sind ehrenamtliche Initiativen, soziale Bewegungen und die Kirchengemeinden. Die Möglichkeit, das Ehrenamt und die Kirchen stark einbeziehen zu können, ist ein Potenzial ländlicher Räume, da hier häufig noch intakte dörfliche Strukturen mit stabilen Vereinskulturen und einer etablierten Gemeindefarbeit der Bürger/-innen vorzufinden ist (vgl. Bogumil et al. 2013: 269ff.; Künzel 2011: 20). Dennoch ist es von großer Bedeutung, darauf zu achten, dass das Ehrenamt nicht überfordert wird (vgl. Merchel 2011: 37) und nicht alle nicht-finanzierten Aufgaben an Ehrenamtliche weitergereicht werden können. Die professionellen Akteure wie stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste sowie (Fach-)Ärztinnen und Ärzte werden von über der Hälfte der Städte und Gemeinden in die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Vorhaben einbezogen. Damit werden bereits zahlreiche (zivilgesellschaftliche wie professionelle) Akteure von der Mehrheit der Städte und Gemeinden in die Strategieentwicklung einbezogen.

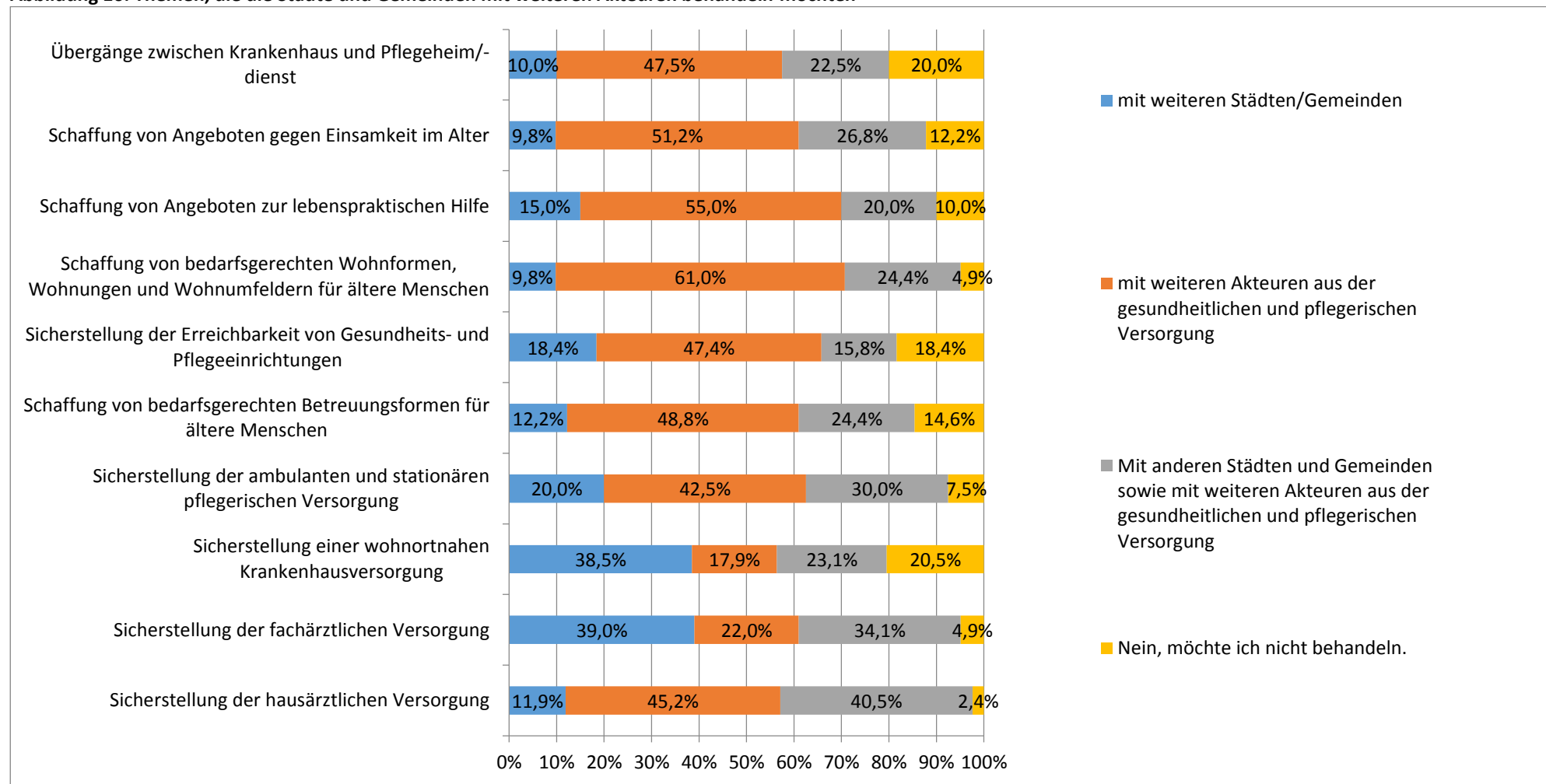
Insgesamt arbeiten etwas mehr als die Hälfte der befragten Städte und Gemeinden bei der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung mit anderen Städten und Gemeinden zusammen (51,2 %). Wieder ist sich ein recht hoher Anteil von 16,3 % nicht sicher, ob solche Kooperationsbeziehungen bestehen.

Abbildung 15: Akteure, die bei der Strategieentwicklung einbezogen werden



n=36

Abbildung 16: Themen, die die Städte und Gemeinden mit weiteren Akteuren behandeln möchten

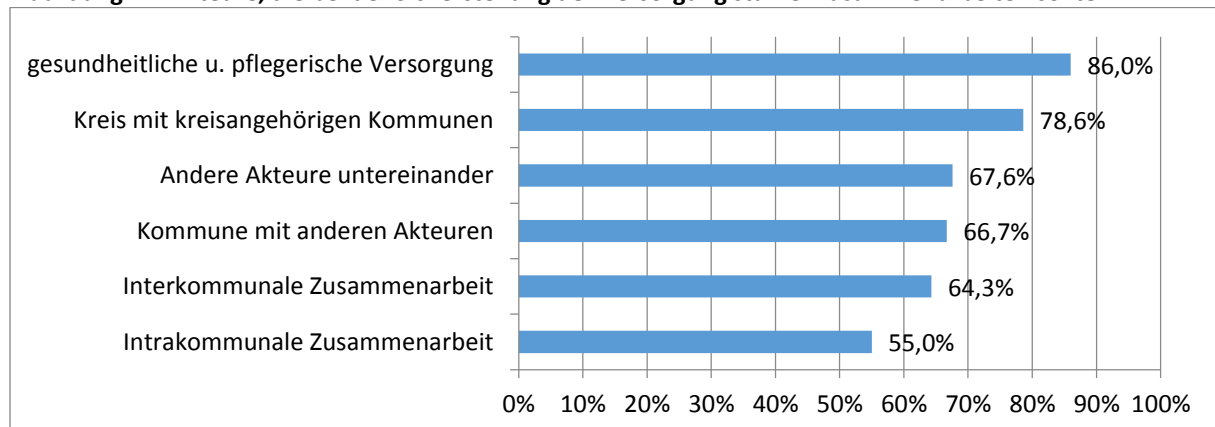


n=38

Aus der Frage, welche Themen die Städte und Gemeinden mit welchen anderen Akteuren gemeinsam bearbeiten möchten, wird jedoch weiterer Kooperationsbedarf erkennbar (siehe Abb. 16). Auch hier ist die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung das drängendste Thema; lediglich einige wenige Kommunen möchten es gar nicht oder nicht in Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren behandeln. Bei diesem Thema wird zum großen Teil eine stärkere Zusammenarbeit mit Akteuren aus der Versorgung gewünscht und zum Teil auch mit anderen Kommunen. In den direkt mit der Altenhilfe und -arbeit verbundenen Handlungsfeldern wie soziale Integration im Alter, Komplementärangebote, Wohnbedarfe bei Älteren und bedarfsgerechten Betreuungsformen soll insbesondere in Kooperation mit Akteuren aus der Versorgung gearbeitet werden. Und auch die Übergänge zwischen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen bzw. -diensten sollen vornehmlich mit Akteuren aus der Versorgung behandelt werden. Die fachärztliche und die Krankenhausversorgung sollen dagegen eher in interkommunaler Zusammenarbeit (zum Teil ergänzt durch die Versorgungsakteure) bearbeitet werden. Etwa ein Fünftel der Städte und Gemeinden sieht allerdings keinen Handlungs- und/oder Kooperationsbedarf bei der Optimierung der Übergänge zwischen Krankenhaus und Pflege sowie der wohnortnahen Krankenhausversorgung. Die Zuständigkeit für die wohnortnahe Krankenhausversorgung wird seitens der Kommunen kontrovers gesehen (siehe Kap. 5.3.3), wie auch an dieser Stelle wieder deutlich wird.

Die befragten Städte und Gemeinden sehen darüber hinaus zwischen externen Akteuren weiteren Kooperationsbedarf. So sollten insbesondere die unterschiedlichen Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung stärker zusammenarbeiten, um die Sicherstellung der Versorgung zu gewährleisten, so die einhellige Meinung der Städte und Gemeinden (siehe Abb. 17, 86,0 %). Darüber hinaus sieht ein Großteil der kreisangehörigen Städte und Gemeinden, dass auch sie selbst stärker kooperieren sollten: insbesondere mit ihrem Kreis, aber auch mit externen Akteuren, mit den (Nachbar-)Kommunen und auch innerhalb der Stadt bzw. Gemeinde zwischen den unterschiedlichen Fachbereichen bzw. Dezernaten.

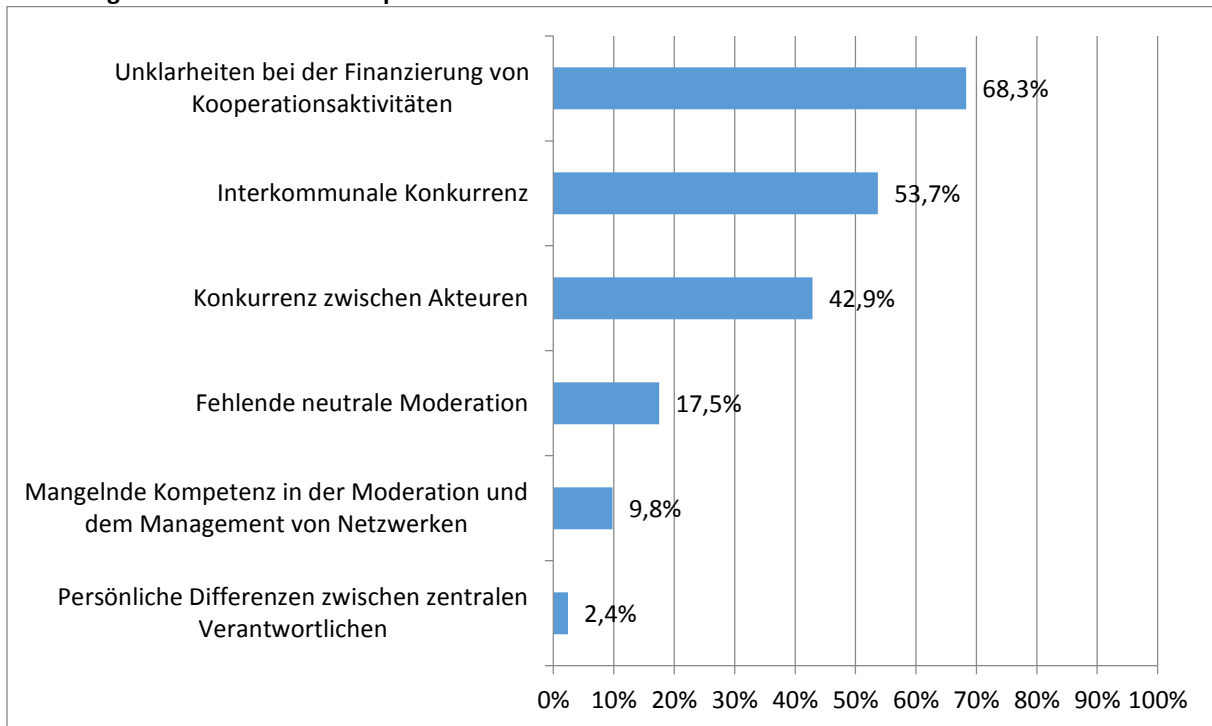
Abbildung 17: Akteure, die bei der Sicherstellung der Versorgung stärker zusammenarbeiten sollten



n=40

Ähnlich wie bei den zentralen Hemmnissen für eine größere Übernahme von Verantwortung – dabei sind es die fehlenden personellen und finanziellen Ressourcen – ist eins der zentralen Hemmnisse für eine stärkere Kooperation die Unklarheit bei der Finanzierung dieser Kooperationsaktivitäten, so sagen über zwei Drittel der Städte und Gemeinden (siehe Abb. 18). Immerhin etwas über die Hälfte der befragten Städte und Gemeinden betrachtet die Konkurrenz der Kommunen untereinander als ein Hemmnis für Kooperation. Kaum eine Rolle spielen mangelnde Kompetenz in der Moderation und dem Management von Netzwerken sowie persönliche Differenzen zwischen verantwortlichen Personen als Kooperationshemmnisse.

Abbildung 18: Hemmnisse für Kooperation



n=41

Die Städte und Gemeinden zeigen bereits eine starke Kooperationstätigkeit und -bereitschaft mit verschiedenen Akteuren. Darüber hinaus sehen sie weiteren Kooperationsbedarf mit dem Kreis, externen Akteuren, weiteren Städten und Gemeinden sowie innerhalb der eigenen Stadt bzw. Gemeinde zwischen unterschiedlichen Dezernaten/Fachbereichen. Aber auch die externen Akteure aus der medizinischen und pflegerischen Versorgung müssten stärker zusammenarbeiten. Hemmnisse für die Kooperation der Städte und Gemeinden liegen in der unklaren Finanzierung von Kooperationsaktivitäten und der interkommunalen Konkurrenz.

7. Schlussbetrachtung

Die hausärztliche Versorgung wird von den Städten und Gemeinden als am stärksten gefährdet und als dringendste Herausforderung der Zukunft gesehen. Dagegen wird die ambulante und stationäre pflegerische Versorgung trotz eines steigenden Anteils Pflegebedürftiger als weniger gefährdet betrachtet. Für die Diskrepanz zwischen dem prognostizierten Versorgungsrisiko und der wahrgenommenen Problemlage sowie deren Einschätzung auf der anderen Seite konnten keine objektiven Erklärungen gefunden werden.

Zudem sehen die Städte und Gemeinden gestiegene Anforderungen, Verantwortlichkeiten und Aufgaben für Kommunen eher in den „weichen“ Bereichen wie Öffentlichkeitsarbeit und Beratung sowie der Vertretung der Interessen der Bürger/-innen in einem zunehmend ökonomisierten Handlungsfeld. In den „harten“ Handlungsfeldern, die direkte Folgen für die Versorgungslandschaft hätten, sehen sie dagegen keine Verantwortlichkeiten und Aufgabenbereiche, obwohl sie insbesondere in der medizinischen Versorgung einer Anpassung und Modernisierung der Versorgungsstrukturen zustimmen. Die Konzentration auf die weichen Handlungsfelder entspricht ihren geringen Steuerungskompetenzen und Zuständigkeiten. Zudem sind die Städte und Gemeinden damit in den Handlungs-

feldern aktiv, die angesichts der Einschränkungen als wesentliche kommunale Handlungsfelder gesehen werden: der Sensibilisierung für demografische Problemlagen sowie der Interessenvertretung für die Bürger/-innen (siehe Kap. 2.4). Dies kann als positives Zeichen dafür gedeutet werden, dass die Städte und Gemeinden ihre wenigen Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten zumindest nutzen. Weitere mögliche, aber hier nicht erhobene Handlungsfelder für die Städte und Gemeinden innerhalb ihrer Kompetenzen sind die differenzierte Berücksichtigung der sozialräumlichen Gegebenheiten, die interkommunale Zusammenarbeit, um stärker an funktionalen Räumen orientiert zu arbeiten, und die Moderation und Initiierung von Aktivitäten.

Bei der Betrachtung der einzelnen Versorgungsbereiche zeigt sich, dass die pflegerische Versorgung insgesamt als Aufgabenfeld gesehen wird, was vornehmlich durch den Kreis zu bearbeiten ist. Im Gegensatz dazu wird die medizinische Versorgung, insbesondere die hausärztliche Versorgung, als Bereich mit hoher kommunaler Verantwortung, aber geringen Steuerungskompetenzen gesehen. In den Aufgabenfeldern, die hoheitliche Aufgaben der Städte und Gemeinden berühren, wie die Sicherstellung von Erreichbarkeiten und die Gestaltung des kommunalen Wohnungswesens, schätzen die Städte und Gemeinden ihre Verantwortlichkeit und ihre Steuerungsmöglichkeiten naturgemäß höher ein.

Die Entwicklung von Strategien oder Konzepten zum Umgang mit den Herausforderungen des demografischen Wandels ist bei den befragten Städten und Gemeinden stark verbreitet. Die inhaltliche Ausgestaltung und Qualität der Strategien oder dessen, was als Strategie angegeben wurde, differiert. Zu einem nicht unerheblichen Teil sind die strategischen Konzepte als Projekte konzipiert und zum Teil abhängig von externer finanzieller Förderung. Zudem werden teilweise lediglich Einzelthemen oder bestimmte Formate adressiert. Bei der Entwicklung der Strategien werden von den Städten und Gemeinden zahlreiche weitere Akteure einbezogen, insbesondere jedoch ehrenamtliche und kirchliche Akteure, stationäre Pflegeeinrichtungen sowie der zuständige Kreis. Die weiteren professionellen Akteure der Versorgung werden dagegen etwas seltener von den Städten und Gemeinden einbezogen. Hier sehen die Kommunen eher den Bedarf, dass die professionellen Akteure der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung untereinander stärker kooperieren sollten. Insgesamt ist die Kooperationsbereitschaft und -tätigkeit der Städte und Gemeinden Südwestfalens bereits sehr hoch. Dennoch sehen sie weiteren Kooperationsbedarf mit kommunalen (wie dem Kreis, weiterem Städten und Gemeinden und innerhalb der eigenen Stadt bzw. Gemeinde) und externen Akteuren. Der Kreis als wichtiger Ansprech- und Kooperationspartner sollte stärker daran arbeiten, die wichtige interkommunale Zusammenarbeit zu initiieren und zu unterstützen, da diese aufgrund der Konkurrenz zwischen den Städten und Gemeinden erschwert wird.

Hemmnisse für eine wenig aktive Gestaltung der Sicherstellung der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung liegen in fehlenden Ressourcen und Zuständigkeiten, aber weniger in einer fehlenden Sensibilität für das Thema. Auch im Hinblick auf Kooperationsaktivitäten ist die mangelnde oder ungeklärte Finanzierung von solchen Aktivitäten ein zentrales Hemmnis. Hier zeigt sich, dass die Handlungsmöglichkeiten einiger Städte und Gemeinden aufgrund finanzieller Schwierigkeiten eingeschränkt sind. Zudem ist die Konkurrenz (z. B. um Einwohner/-innen) ein wesentliches Hemmnis für die stärkere interkommunale Zusammenarbeit.

Die praktischen Erfahrungen aus StrateG!N und die hier vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die Kommunen trotz beschränkter rechtlicher Kompetenzen willens sind, sich der demografischen Herausforderungen zu stellen und teilweise bereits entsprechende Strategien entwickeln und umsetzen. Künftig sollten sich weitere Forschungs- und Praxisprojekte damit befassen, wie diese Potenziale, insbesondere im Rahmen der interkommunalen Kooperation, ausgeschöpft und ausgebaut werden können. Weiterer Forschungsbedarf besteht darin, den Umgang mit den unzureichenden rechtlichen Handlungsspielräumen an Fallbeispielen unter einer Governance-Perspektive zu untersuchen.

Darüber hinaus ist zu bemerken, dass die dargestellten Ergebnisse alle in eine Richtung weisen; Widersprüche zwischen den einzelnen ausgewerteten Merkmalen ergeben sich nicht. Dies spricht für die Validität des Erhebungsinstruments.

Literaturverzeichnis

- Amelung, Volker (2007): Integrierte Versorgung – von Pilotprojekten zur „wirklichen“ Regelversorgung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 2007(1-2), S. 10-13.
- Beetz, Stephan (2009): Regionale Dimensionen des Alterns und der Umbau der kommunalen Daseinsvorsorge. Entwicklungen am Beispiel der ländlichen Räume. In: Neu, Claudia (Hg.): Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 114-132.
- Beivers, Andreas; Spangenberg, Martin (2008): Ländliche Krankenhausversorgung im Fokus der Raumordnung. In: Informationen zur Raumentwicklung, 2008(1/2), S. 91-99.
- Blotevogel, Hans Heinrich (2005): Zentrale Orte. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hg.): Handwörterbuch der Raumordnung. Hannover: Verlag der ARL, S. 1307-1315.
- Bogumil, Jörg; Gerber, Sascha; Schickentanz, Maren (2013): Handlungsmöglichkeiten kommunaler Demografiepolitik. In: Hüther, Michael; Naegele, Gerhard (Hg.): Demografiepolitik. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 259-308.
- Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (2010): Standardvorgaben der infrastrukturellen Daseinsvorsorge. (= BMVBS-Online-Publikation, Nr. 13/2010). Berlin (online verfügbar unter http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BMVBS/Online/2010/DL_ON132010.pdf;jsessionid=B1700C83017412094DA96B7A777DA3AB.live2052?__blob=publicationFile&v=2, zuletzt abgerufen am 24.02.2014).
- Bundesregierung (2013): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. Berlin. (online verfügbar unter <https://www.cdu.de/sites/default/files/media/dokumente/koalitionsvertrag.pdf>, zuletzt abgerufen am 10.06.2015).
- Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung. Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht. Baden-Baden: Nomos-Verlagsgesellschaft.
- Cormont, Pascal; Frank, Susanne (2015): Netzwerk-Governance und Projektförderung. Widerstrebende Logiken und unterminierte Anpassungsziele. In: Knieling, Jörg; Roßnagel, Alexander (Hg.): Governance der Klimaanpassung. Akteure, Organisation und Instrumente für Stadt und Region. (= Klimawandel in Regionen zukunftsfähig gestalten, Bd. 6). München: oekom, S. 403-417.
- Elkeles, Thomas (2007): Infrastrukturpolitik bei gesundheitlicher Versorgung im ländlichen Raum. In: Beetz, Stephan (Hg.): Die Zukunft der Infrastrukturen im ländlichen Raum. Materialien der Interdisziplinären Arbeitsgruppe „Zukunftsorientierte Nutzung ländlicher Räume – LandInnovation- (= Materialien, Nr. 14). Berlin: Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften, S. 49-67.
- Faller, Bernhard (2014): Probleme der Hausarztversorgung im ländlichen Raum. In: vhw FWS, 2014(1), S. 7-10.
- Fischer, Tatjana (2008): Alt sein im ländlichen Raum – eine raumwissenschaftliche Analyse. In: Ländlicher Raum. Online-Fachzeitschrift des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, 2008, S. 1-19.
- Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V.(FfG)/Institut für Gerontologie an der TU Dortmund (IfG) (2013): Demografische Entwicklungen in Südwestfalen. Eine Studie im Rahmen des Projekts „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – Innovative Strategien durch Vernetzung“ (StrateGIN). Dortmund (online abrufbar unter http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/Demografische_Analyse_Part_1.pdf, zuletzt abgerufen am 12.12.2013).
- Gerling, Vera (2013a): Vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung: Regionale Unterschiede in der demografischen Entwicklung (Reader 1). Dortmund (online ab-

- rufbar unter
http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/1_Reader_Web.pdf, zuletzt abgerufen am 09.06.2015).
- Gerling, Vera (2013b): Vorliegende Untersuchungsergebnisse zu den Folgen der demografischen Veränderungen in ländlichen Gebieten für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung: Infrastrukturelle Daseinsvorsorge im demografischen Wandel und Handlungsansätze von Ländern, Regionen und Kommunen (Reader 3). Dortmund (online abrufbar unter http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/fileadmin/user_upload/3_Reader_Infrastrukturelle_Daseinsvorsorge_17.05.pdf, zuletzt abgerufen am 09.06.2015).
- Gerling, Vera; Giesecking, Anja (2015): Eine demografiegestützte Bewertung gesundheitlich-pflegerischer Versorgungsrisiken und Lösungsansätze am Beispiel innovativer Kooperationsnetzwerke im Gesundheitswesen im Rahmen des Projekts StrateG!N. In Becke, Guido; Bleses, Peter; Frerichs, Frerich; Goldmann, Monika; Hinding, Barbara; Schweer, Martin (Hg.): Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 53-70.
- Gerling, Vera; Giesecking, Anja; Joo, Bohye (2013): Gesundheitliche und pflegerische Versorgung. Kommunalprofile der 59 Kommunen Südwestfalen. Analysen im Rahmen des Projekts „Demografiesensible Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum“. Dortmund (online abrufbar unter: http://www.gesundheitswirtschaft.net/_neu/home/aktivitaeten-projekte/bmbf-projekt-strategin/downloads/).
- Gesundheitsministerkonferenz der Länder (GMK) (2007): Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung in Deutschland. Die Primärversorgung in Deutschland im Jahr 2020.
- Greß, Stefan; Stegmüller, Klaus (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – Ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung. Wiesbaden: Landesbüro Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Herdt, Jürgen; Winkel, Rainer (2008): Sonderexpertise: Gesundheitsversorgung. MORO-Forschungsvorhaben: Sicherung der Daseinsvorsorge und Zentrale-Orte-Konzepte – gesellschaftspolitische Ziele und räumliche Organisation in der Diskussion. Im Auftrag des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR) und des Bundesministeriums für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS). Wiesbaden.
- Hoffer, Heike (2013): Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 399-414.
- Huster, Stefan; Kaltenborn, Markus (2010): Krankenhausrecht. 1. Auflage 2010. München: C. H. Beck.
- Klie, Thomas; Pfundstein, Thomas (2010): Kommunale Pflegeplanung zwischen Wettbewerbsneutralität und Bedarfsorientierung. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 43(2), S. 91-97.
- Kemna, Kirsten (2015): Alter und Pflege im ländlichen Raum – Eine Fallstudie. Eine empirische Untersuchung der kommunalen Steuerungsinstrumente und -maßnahmen am Beispiel des Projekts ‚ambulant vor stationär‘ im Hochsauerlandkreis. Unveröffentlichte Masterarbeit an der Ruhr-Universität Bochum.
- Kubis, Alexander; Schneider, Lutz (2007): „Sag mir, wo die Mädchen sind ...“ Regionale Analyse des Wanderungsverhaltens junger Frauen. In: Wirtschaft im Wandel, 2007(8), S. 298-307.
- Künzel, Gerd (2011): Brauchen wir eine kommunale Pflegepolitik neben der Pflegeversicherung? – Ein Plädoyer für menschenfreundliche Pflegelandschaften und kommunale Gestaltung. In: Gesundheits- und Sozialpolitik, 2011(5-6), S. 18-23.
- Libbe, Jens (2012): Medizinische Versorgung als Teil der Infrastrukturplanung. In: Böhme, Christa; Kliemke, Christa; Riemann, Bettina; Süß, Waldemar (Hg.): Handbuch Stadtplanung und Gesundheit. Bern: Verlag Hans Huber, S. 117-128.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013a): Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 3-36.

- Luthe, Ernst-Wilhelm (2013b): Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 55-66.
- Maylandt, Jens (2014): Deskriptive Aufbereitung der Interviews mit Mitarbeiter/innen der Kreisverwaltungen in Südwestfalen. Internes Diskussionspapier aus dem BMBF-Verbundprojekt StrategieG!N. Dortmund.
- Maylandt, Jens; Goldmann, Monika (2013): Sektorenübergreifende Vernetzung als Beitrag zur Bewältigung demografiebedingter Versorgungsrisiken in einer ländlichen Gesundheitsregion. In: Jeschke, Sabina (Hg.): Innovationsfähigkeit im Demografischen Wandel. Beiträge der Demografietagung des BMBF im Wissenschaftsjahr 2013. Frankfurt a.M.: Campus, S. 267-277.
- Merchel, Joachim (2011): Wohlfahrtsverbände, Dritter Sektor und Zivilgesellschaft. In: Evers, Adalbert; Heinze, Rolf; Olk, Thoms (Hg.): Handbuch Soziale Dienste. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 245-264.
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2013): Krankenhausplan 2015. Düsseldorf (online verfügbar unter <https://broschueren.nordrheinwestfalendirekt.de/broschuerenservice/mgepa/krankenhausplan-nrw-2015/1617>, zuletzt abgerufen am 28.04.2014).
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (MGEPA NRW) (2014): Fragen und Antworten zum GEPA. Düsseldorf. (online verfügbar unter: http://www.mgepa.nrw.de/pflege/rechtsgrundlagen_2014/FAQ_GEPA/index.php, zuletzt abgerufen am 20.01.2015).
- Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen (MIK NRW) (2014): Haushaltsstatus der Gemeinden in Nordrhein-Westfalen. Stand: 31. Dezember 2014. Düsseldorf. (online verfügbar unter: http://www.mik.nrw.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/Dokumente/Themen_und_Aufgaben/Kommunales/kommunale_finanzen/hhsstatus31122014.pdf, zuletzt abgerufen am 29.04.2015).
- Naegele, Gerhard (2014): 20 Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht. Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung. WISO-Diskurs. Bonn.
- Papastefanou, Georgios (2009): Ambulatorisches Assessment: Eine Methode (auch) für die Empirische Sozialforschung. In: Weichbold, Martin; Bacher, Johann; Wolf, Christof (Hg.): Umfrageforschung. Herausforderungen und Grenzen. (=Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Sonderheft 34(9)). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 443-468.
- Simon, Michael (2010): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. 3., überarbeitete und aktualisierte Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Sozialforschungsstelle, Zentrale wissenschaftliche Einrichtung der Technischen Universität Dortmund; Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund (2015): Perspektiven für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Südwestfalen. Roadmap und Memorandum. Dortmund.
- Staatskanzlei des Landes Nordrhein-Westfalen, Landesplanungsbehörde (2013): LEP NRW. Landesentwicklungsplan Nordrhein-Westfalen. Entwurf Stand 25.6.2013. Düsseldorf (online verfügbar unter http://www.nrw.de/web/media_get.php?mediaid=28696&fileid=94615&sprachid=1, zuletzt abgerufen am 25.04.2014).
- Stein, Axel (2013): Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum. In: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hg.): Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck. Wie reagieren auf den demografischen Wandel? Bonn: Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung, S. 17-20.
- Strünck, Christoph (2013): Kommunale Kernaufgabe ohne Kompetenzen? Wie demografischer Wandel vor Ort gestaltet wird. In: Bäcker, Gerhard; Heinze, Rolf (Hg.): Soziale Gerontologie in gesellschaftlicher Verantwortung. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 133-144.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin.
- Wabnitz, Reinhard Joachim (2013): Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 337-350.
- Weth, Claus (2013a): Kommunale Gesundheitsverwaltung. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 303-315.
- Weth, Claus (2013b): Lokale Gesundheitsplanung. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Wiesbaden: Springer VS, S. 87-101.
- Wiechmann, Elke; Kißler, Leo (2010): Kommunale Demografiepolitik. Antworten auf den soziodemografischen Wandel in den Rathäusern. Berlin: edition sigma.
- Zibell, Barbara; Revilla Diez, Javier; Heineking, Ingrid; Reuß, Petra; Bloem, Hendrik; Sohns, Franziska (2015): Zukunft der Nahversorgung in ländlichen Räumen: bedarfsgerecht und maßgeschneidert. In: Fachinger, Uwe; Künemund, Harald (Hg.): Gerontologie und ländlicher Raum. Wiesbaden: Springer Fachmedien, S. 141-165.
- Ziemer, Bernhard; Grunow-Lutter, Vera (2007): Lokale Gesundheitspolitik und Gesundheitsplanung aus der Sicht der EntscheidungsträgerInnen des kommunalen politisch-administrativen Systems. In: Das Gesundheitswesen, 69(10), S. 534-540.

1. Internetquellen

- website BBSR (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung):
http://www.bbsr.bund.de/cIn_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/Mittelbereiche/Mittelbereiche.html (zuletzt abgerufen am 12.05.2014)
- website Fachhochschule Dortmund:
<http://www.soziales.fh-dortmund.de/weth/material/spezSoz/speSoz3.htm> (zuletzt abgerufen am 16.12.2013)
- website KVWL (Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe):
<https://www.kvwl.de/arzt/sicherstellung/niederlassung/index.htm> (zuletzt abgerufen am 12.05.2014)
- website Netzwerk Ländlicher Raum:
<http://www.netzwerk-laendlicher-raum.de/regionen/leader/leader-methode/> (zuletzt abgerufen am 28.04.2015)
- website WAZ (Westdeutsche Allgemeine Zeitung):
<http://www.derwesten.de/wp/staedte/warstein/laendlichem-raum-droht-aerztemangel-id8149077.html> (zuletzt abgerufen am 27.04.2015)

2. Rechtsquellen

- Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (ÖGDG NRW) in der Fassung vom 25. November 1997
- Gesetz zur Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes (Landespfleugesetz Nordrhein-Westfalen - PFG NW) in der Fassung vom 19. März 1996
- Gesetz zur Weiterentwicklung des Landespflerechtes und Sicherung einer unterstützenden Infrastruktur für ältere Menschen, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige – Alten- und Pflegegesetz Nordrhein-Westfalen (APG NRW) in der Fassung vom 02. Oktober 2014.

Anhang: Grundauszählung der Befragung

7. Dezember 2015

Notfallsanitäter-Ausbildung nicht auf Kosten der Träger des Rettungsdienstes

Im Bereich des Rettungswesens soll mit dem neugeschaffenen Berufsbild des Notfallsanitäters das nichtärztliche Rettungspersonal auf ein fachlich hohes Niveau und den aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik gebracht werden. Bis Ende 2026 sind alle Notfallrettungs-Fahrzeuge mit diesen neugeschaffenen Notfallsanitätern zu besetzen.

Nach Aussagen des Landes und der kommunalen Spitzenverbänden wurden bereits Mitte 2015 die rechtlichen Voraussetzungen geschaffen, um die Ausbildung und Prüfung der Notfallsanitäter vor Ort durchführen zu können. Damit haben nun die örtlichen Träger des Rettungsdienstes die Aufgabe, durch Anpassung der Bedarfspläne, die Einstellung von Auszubildenden und die Ergänzungsausbildung der vorhandenen Rettungssanitäter die neuen gesetzlichen Anforderungen umzusetzen. Die hierfür entstehenden Kosten sind von den Kostenträgern über die Rettungsdienstgebühren zu finanzieren.

In den Verhandlungen der Träger der Rettungsdienste mit den örtlichen Verbänden der Kostenträger vertreten letztere allerdings die Auffassung, dass insbesondere die Kosten der Ergänzungsprüfung keine Ausbildungskosten darstellen und somit nicht in die Gebührens kalkulation einfließen dürfen. Sie lehnen deshalb sowohl entsprechende örtliche Bedarfsplanänderungen als auch Gebührens kalkulationen ab, wenn diese die Kosten der Ergänzungsprüfungen enthalten. Sie verweisen auf entsprechende Gutachten und Gesprächsbedarf auf Landesebene, dass die Kosten der Ergänzungsprüfungen keine Ausbildungskosten gemäß § 14 RettG NRW sind. Sie zwingen die Träger der Rettungsdienste in Erörterungsverfahren mit den Bezirksregierungen und kündigen ggfs. rechtliche Schritte gegen Ersatzentscheidungen der Bezirksregierungen an.

Im Hinblick auf die Ausbildungsplanung verhalten sich die Kostenträger nicht ganz so restriktiv und stehen entsprechenden Vereinbarungen für zwei Jahre offen gegenüber.

Im Endergebnis führt die dargestellte Haltung der Kostenträger zu einer ernsthaften Gefährdung der Umsetzung der rechtlichen Vorgaben für das Rettungswesen innerhalb der vorgegebenen Zeitspanne. Dies gilt insbesondere für die auf den Zeitraum bis 2020 begrenzten Ergänzungsprüfungen. Aufgrund der teilweise bis zu sechs Monaten dauernden Ergänzungslehrgänge gefährden weitere Verzögerungen wegen des Personalausfalls auch kurzfristig die Einsatzfähigkeit der Rettungsdienste. Langfristig stellen Sie sogar die für die Besetzung der Rettungsfahrzeuge erforderlichen Personalkapazitäten infrage. Dabei können vor Ort keine zielführenden Vereinbarungen getroffen werden, weil die Kostenträger eine Klärung auf höherer politischer Ebene erwarten.

Der Regionalrat Arnsberg fordert deshalb die Landesregierung bzw. das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGEPA) auf, zusammen mit den Kommunalen Spitzenverbänden die von den Verbänden der Kostenträger aufgeworfenen Rechtsfragen zeitnah abschließend zu klären, um damit weitere zeitliche Verzögerungen zu vermeiden, die geforderte Qualität der rettungsdienstlichen Versorgung in Südwestfalen sicherzustellen und finanzielle Belastungen für die Träger des Rettungswesens zu vermeiden.



Guido Niermann

Fraktionsvorsitzender

Sitzung des Regionalrates Arnsberg am 8. Dezember 2015 in Arnsberg

TOP 2:

Schwerpunkttthema

Strategische Ansätze zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung in Südwestfalen

Medizinische Versorgung für Südwestfalen sichern! – Medizinische Fakultät an der Universität Siegen errichten

Die Sicherung der medizinischen Versorgung entwickelt sich in immer mehr Städten und Gemeinden Südwestfalens zu einer wachsenden Herausforderung. Im Generationswechsel freiwerdende Hausarztstellen sind in kleinen Orten und Ortsteilen immer schwerer neu zu besetzen. Das Angebot an Fachärzten nimmt zunehmend ab und auch die südwestfälischen Krankenhäuser melden immer häufiger Probleme bei der Nachbesetzung von Ärztepositionen. Hinzu kommt die Ausdünnung der Krankenhausinfrastruktur durch die Schließung von Fachabteilungen oder gar ganzen Krankenhäusern in Südwestfalen.

Diese Entwicklung, die schon längst nicht mehr auf Einzelfälle beschränkt ist, wird zu einem immer größeren Negativfaktor für die Region Südwestfalen. Denn ein Mangel in der medizinischen Versorgung wird als Verschlechterung der Lebensqualität empfunden. Dies gilt in besonderem Maße für die älteren Menschen in der Region, weil diesen die Überwindung größerer Distanzen in einem weitmaschiger werdenden Versorgungsnetz wegen abnehmender Mobilität mehr Schwierigkeiten bereitet. Im Extremfall erzwingt das Wegbrechen der hausärztlichen Versorgung im Nahbereich eine Aufgabe des von den meisten älteren Menschen favorisierten Lebensmodells eines Altwerdens in den eigenen vier Wänden.

Eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung bedeutet aber auch einen negativ wirkenden Standortfaktor. Südwestfalen hat ein gutes Angebot zukunftsfähiger Arbeitsplätze, vergleichsweise geringe Miet- und Wohnungseigentumskosten, eine deutlich geringere Kriminalitätsrate und ein hohen Freizeitwert direkt vor der Haustür. Das sind gute Argumente beim Wettbewerb um Fachkräfte. Diese Vorteile können aber durch eine sich zunehmend verschlechternde medizinische Versorgung in ihrer Wirkung konterkariert werden.

Die Städte und Gemeinden Südwestfalens haben längst erkannt, welche Folgen eine Verschlechterung der medizinischen Versorgung für die Zukunftsfähigkeit Südwestfalens hat. So ergibt sich aus der vorgelegten Untersuchung der Sozialforschungsstelle an der TU Dortmund, dass in nicht weniger als 21 südwestfälischen Kommunen eine Gefährdung der hausärztlichen Versorgung droht; in weiteren elf Gemeinden wird demnach die gleiche Situation mittelfristig eintreten. Die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung stellt deshalb auch nach Einschätzung der Städte und Gemeinden Südwestfalens die bedeutendste Zukunftsherausforderung mit Blick auf das Gesundheitswesen dar.

Die südwestfälischen Kommunen beschränken sich aber nicht nur auf eine Problemanalyse. Sie arbeiten zusammen mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens auch an unterschiedlichen Lösungsmodellen zumeist auf Kommunal- tlw. auch auf Kreisebene, mit denen einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung in Südwestfalen entgegengewirkt wird.

Es ist ein besonderer Verdienst der Roadmap, für deren Vorlage der Regionalrat Arnsberg der Sozialforschungsstelle ausdrücklich dankt, diese Lösungsansätze nicht nur vorzustellen, sondern auch hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu bewerten und daraus und aus den anderen Erkenntnissen der Untersuchung konkrete Handlungsempfehlungen für Südwestfalen zu entwickeln.

Der Regionalrat fordert Kommunen, Kreise und alle anderen relevanten Akteure im Gesundheitswesen auf, sich vor dem Hintergrund dieser Handlungsempfehlungen gemeinsam um eine Weiterentwicklung bereits bestehender und neuer Lösungsansätze zur Begrenzung negativer Auswirkungen auf die medizinische Versorgung in Südwestfalen zu bemühen.

Der Regionalrat begrüßt es, wenn die durch die Untersuchung erreichte Transparenz über die kommunalen und regionalen Aktivitäten nicht nur eine "Momentaufnahme" bleibt, sondern in der Region Mechanismen etabliert werden, die auch weiterhin einen Informations- und Erfahrungsaustausch hierzu sicherstellen. Neben den fünf südwestfälischen Kreisen kann sich wegen der Strukturelevanz des Themas "medizinische Versorgung" der Regionalrat auch die Bezirksregierung als zusätzlichen Akteur bei dieser Koordinierungsaufgabe vorstellen.

Trotz dieser Bemühungen in und aus der Region bleibt es leider ein Fakt, dass es zunehmend schwieriger wird, Ärzte sowohl im Haus- und Facharztbereich, aber auch für den Krankenseinsatz in Südwestfalen zu gewinnen.

Ursächlich hierfür ist zum einen, dass die Zahl der Medizin-Studenten deutlich rückläufig (von WS 92/93 bis WS 11/12 -21,5 Prozent) ist, sondern gleichzeitig der Ärztebedarf durch verbindliche Arbeitszeitregelungen, höheren Frauenanteil bei den Ärzten etc. schon bei der Aufrechterhaltung des bisherigen Versorgungsniveaus deutlich steigt. Gleichzeitig wächst aber infolge des demographischen Wandels der Bedarf an Leistungen aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich.

Der Regionalrat stellt vor diesem Hintergrund fest, dass sich trotz gegenteiliger Aussagen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Landesregierung deutlich zu wenig Studenten in der Medizinausbildung befinden, um den erkennbaren Ersatzbedarf für ausscheidende Ärzte zu decken.

Ein weiteres Problem ergibt sich für Südwestfalen aus der räumlichen Ferne der Universitätsstandorte mit Medizinausbildung zu Südwestfalen. Von 34 Hochschulstandorten mit Medizinausbildung bundesweit befinden sich sieben staatliche Universitäten in NRW, davon fünf im Rheinland (Aachen, Bonn, Düsseldorf, Essen, Köln) und nur zwei in Westfalen (Bochum, Münster). Hinzu kommt die private Hochschule Witten-Herdecke.

Die räumliche Ferne dieser Studienorte erschwert die Anwerbung von Jungmedizinerinnen für Südwestfalen erheblich. Deshalb unterstützt der Regionalrat Arnsberg nachdrücklich die Forderung aus der Region, an der Universität Siegen eine medizinische Fakultät einzurichten.

Mit der Einrichtung einer medizinischen Fakultät an der Universität Siegen würde nicht nur dem bisher bestehenden Ungleichgewicht der medizinischen Studiengänge zwischen den Universitätsstandorten im Rheinland und in Westfalen, sondern auch der durch die bisherigen Studienorte induzierten Vorprägung der in Ausbildung befindlichen Mediziner auf großstädtische Arbeitsstandorte entgegengewirkt. Zudem ergäbe sich speziell für Südwestfalen die Chance, durch eine medizinische Ausbildung in Siegen einen "Klebeffekt" für eine spätere berufliche Tätigkeit in der Region zu erzielen.

Für die Einrichtung eines medizinischen Studiengangs in Siegen setzt sich nicht nur die Universität selbst ein. Auch bei der Ärztekammer Westfalen-Lippe, den Krankenhäusern und den Kommunen in der Region findet ein solcher Gedanke deutliche Unterstützung. Ebenso ist die Landesregierung aufgefordert, diese Aktivitäten vorbehaltlos zu unterstützen!

Der Regionalrat erwartet von der Bezirksregierung Arnsberg im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine Unterstützung bei den Bemühungen um die Einrichtung eines Medizin-Studiengangs an der Universität Siegen.

4. Dezember 2015

Antrag zu der Stellungnahme zur zweiten Entwurfsfassung des LEP NRW

Der Regionalrat Arnsberg begrüßt grundsätzlich den von der Bezirksregierung Arnsberg vorgelegten Entwurf der Stellungnahme zum zweiten Entwurf des Landesentwicklungsplans (LEP). In den vorgelegten Entwurf der Stellungnahme sind allerdings einige Korrekturen bzw. Ergänzungen einzuarbeiten:

Zu Ziel 2-3

In den Erläuterungen zu diesem Ziel wird folgender Satz aus der ersten LEP-Entwurfsfassung (6.2-3) aufgenommen: „Zur Sicherung dieses vorhandenen Angebots an öffentlichen und privaten Dienstleistungs- und Versorgungseinrichtungen in möglichst kurzweiger Entfernung können bei der Anpassung der Bauleitplanung nach § 34 LPlG ausnahmsweise in diesen Ortsteilen einzelne Außenbereichsflächen als neue Bauflächen zugelassen werden.“

Begründung:

Grundsätzlich ist die Aussage, dass sich auch in Ortsteilen die im Freiraum liegen, eine Siedlungsentwicklung vollziehen kann, zu begrüßen. Der o.g. Satz konkretisiert die in Ziel 2-3 formulierte Zielsetzung und hilft bei der Interpretation.

Zu Grundsatz 6.1-1:

Die Forderung nach einer Zurückführung von Wohnbauflächenreserven in Streitfällen ist zunächst auszusetzen. Dies Moratorium gilt solange, bis eine Überprüfung der aktuellen Bevölkerungsprognosen von IT.NRW erfolgt ist. Die neue Prognose hat insbesondere die Flüchtlings- und Zuwanderungsbewegungen nach NRW (rund 300.000 Menschen in 2015) zu berücksichtigen.

Begründung:

Siehe Ausführungen zu Abschnitt 1.2 im Entwurf der Stellungnahme.

Zu Grundsatz 6.1-9:

Die Vorschriften zur Berücksichtigung der Infrastrukturkosten sind zu streichen.

Begründung:

Die in der Neufassung des LEP-E enthaltene Vorschrift zur Berücksichtigung von Infrastrukturkosten ist in der Ausgestaltung überdimensioniert und grundsätzlich geeignet, die Genehmigung von Planungen zusätzlich bürokratisch zu befrachten. Dies gilt umso mehr, als Infrastrukturkosten schon heute in die Bewertung von Projekten einfließen.

Zu Ziel 8.1-6:

Die Differenzierung in regional- und landesbedeutsamen Flughäfen ist zu streichen. Stattdessen ist in den LEP eine Formulierung aufzunehmen, die eine bedarfsgerechte Entwicklung der beiden für Südwestfalen bedeutsamen Verkehrsflughäfen Paderborn/Lippstadt und Dortmund ohne politisch motivierte Beschränkungen gewährleistet.

Begründung:

Auch die zweite LEP-Entwurfssfassung hält an der Unterscheidung zwischen landesbedeutsamen und regionalbedeutsamen Verkehrsflughäfen in NRW fest. Zwar wurde die in der 1. Entwurfssfassung noch erhobene Forderung aufgegeben, die Entwicklung der regionalbedeutsamen Flughäfen sei von der Zustimmung der landesbedeutsamen Flughäfen abhängig zu machen. Allerdings ist die Entwicklung regionalbedeutsamer Flughäfen auch nach der neuen Entwurfssfassung des LEP nur dann zulässig, wenn diese mit der schon etliche Jahre alten Luftverkehrskonzeption des Landes NRW in Einklang steht. Eine Neufassung der NRW-Luftverkehrskonzeption wurde zwar angekündigt, ohne dass bisher Konkretes über deren Inhalt bekannt geworden ist. Aufgrund öffentlicher Äußerungen von Koalitionspolitikern muss allerdings bezweifelt werden, dass die neue Luftverkehrskonzeption dem Entwicklungsbedarf auch kleinerer Flughäfen gerecht wird.

Zu Grundsatz 10.2-3:

Die Festschreibung von konkreten Flächengrößenangaben für Windvorranggebiete (18.000 ha für Südwestfalen) als Grundsatz ist zu streichen. Stattdessen ist auf die Aufgabe der Kommunen hinzuweisen, unter Beachtung der geltenden Gesetze und Erlasse der Windkraft "substantiell Raum" zu geben.

Begründung:

Der heftigen Kritik aus Südwestfalen an der im 1. LEP-Entwurf enthaltenen Vorgabe des Umfangs der Vorranggebiete für die Windenergienutzung für Südwestfalen in einer Größenordnung von 18.000 ha als landesplanerisches Ziel wurde auf den ersten Blick dadurch entsprochen, dass die bisherige Zielvorgabe in einen der Abwägung unterliegenden Grundsatz abgewandelt wurde.

Allerdings enthalten die Erläuterungen zu diesem Grundsatz so viele ergänzende, für die Regionalplanungsbehörde quasi verbindliche Festlegungen, dass die Erwartung des Regionalrats und auch der Kommunen, auf diesem Weg zu einer flexibleren Handhabung der Flächenvorgabe des Landes auf der regionalen Ebene zu gelangen, letztendlich enttäuscht wurde.

Ohnehin haben die Kommunen schon jetzt die Aufgabe, der Windkraft "substantiell Raum" zu geben. Die Vorgaben hierfür sind in der jüngeren Vergangenheit weiter konkretisiert und spezifiziert worden (z.B. Windkrafteerlass und aktuelle Rechtsprechung).



Guido Niermann
Fraktionsvorsitzender

I. Gemeinsame Stellungnahme der drei westfälischen Regionalräte Arnsberg, Detmold und Münster und der drei Bezirksregierungen zur überarbeiteten Fassung des Entwurfes des Landesentwicklungsplanes NRW

Die drei westfälischen Regionalräte Arnsberg, Detmold und Münster und die drei Bezirksregierungen haben eine gemeinsame Position zu Kapitel 5 Regionale und grenzübergreifende Zusammenarbeit, Grundsatz 5-2 Europäischer Metropolraum Nordrhein-Westfalen des geänderten LEP-Entwurfes erarbeitet. Der Bedeutung Westfalens muss im LEP-Entwurf Rechnung getragen werden, daher wird folgende Formulierung für den Grundsatz 5-2 vorgeschlagen (Ergänzungen im Text unterstrichen):

5-2 Grundsatz Europäischer Metropolraum Nordrhein-Westfalen

Der Metropolraum Nordrhein-Westfalen soll durch verstärkte regionale Kooperationen entwickelt werden. Dies betrifft insbesondere die internationalen Standortvoraussetzungen in den Bereichen Infrastruktur, Dienstleistungen, Forschung und Entwicklung, Wirtschaft, Wissenschaft, Umwelt-, Klima- und Naturschutz sowie Kultur, Erholung, Sport, Freizeit und Tourismus.

Im gesamten Land sollen vorhandene Ansätze internationaler Metropolfunktionen in regionalen, z.T. grenzübergreifenden Kooperationen aufgegriffen und entwickelt werden. Das Land wird aus Sicht des Landes besonders wichtige Kooperationen besonders unterstützen.

Kooperation und funktionale Arbeitsteilung sollen insbesondere in den Metropolregionen Ruhr und Rheinland sowie in der mittelstandsgeprägten Wachstumsregion Westfalen-Lippe Synergien ausschöpfen und dazu beitragen, die metropolitanen Funktionen im gesamten Metropolraum Nordrhein-Westfalen gezielt auszubauen. Bei internationalen Darstellungen und Wettbewerben soll die Stärke und Leistungsfähigkeit des gesamten Metropolraums Nordrhein-Westfalen präsentiert werden.

Erläuterungen

In ihren Leitbildern und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland gliedert die Ministerkonferenz für Raumordnung (MKRO) das Bundesgebiet in elf Metropolregionen von europäischer Bedeutung, um damit Kooperations- und Verantwortungsgemeinschaften zu initiieren und die ökonomische Leistungsfähigkeit von Regionen stärker in den Fokus der Raumentwicklung zu rücken. Metropolregionen sind dabei ausdrücklich nicht auf Verdichtungsräume begrenzt sondern stellen auch „Partnerschaften zwischen Stadt und Land“ bzw. großräumige Verantwortungsgemeinschaften unter Einbeziehung ländlicher Räume dar. Solche Verantwortungsgemeinschaften

meinschaften haben sich im Umfeld der Oberzentren mit metropolitanen Teilfunktionen bereits herausgebildet.

Der Metropolraum Nordrhein-Westfalen verfügt dabei über den bevölkerungsreichsten deutschen Verdichtungsraum und weist auch in dessen weiterem, z. T. über die Landesgrenzen hinausreichenden Verflechtungsraum hohe Standortqualitäten und Wachstumspotentiale auf. Hinsichtlich seiner Metropolfunktionen liegt Nordrhein-Westfalen dadurch an der Spitze aller deutschen Regionen. Es liegt im Interesse des ganzen Landes, die Metropolfunktionen Nordrhein-Westfalens zu stärken, sinnvolle Vernetzungen von Funktionsstandorten innerhalb und außerhalb von Metropolregionen zu fördern und so die Position Nordrhein-Westfalens im Wettbewerb mit anderen führenden Wirtschaftsräumen Europas auszubauen.

Nordrhein-Westfalen versteht sich dabei einerseits als „ein“ Wirtschaftsstandort, dessen Leistungsfähigkeit durch landesweite Kooperation ausgebaut und auf internationaler Ebene präsentiert werden soll. Andererseits ist angesichts der Größe des Landes nicht zu erwarten, dass alle Akteure alle Aufgaben in „einer“ wirksamen Zusammenarbeit bündeln können. Insofern liegt die Etablierung effektiver Kooperationsstrukturen zwar im Interesse des ganzen Landes, doch sind dafür in erster Linie die Akteure vor Ort verantwortlich und müssen bestehende Ressourcen hierfür effizient einsetzen. Das Land wird solche regionalen Kooperationen besonders unterstützen; das gilt auch für grenzüberschreitende Kooperationsansätze und Städtenetzwerke. Es muss hierbei aber auch aus Landessicht Schwerpunkte setzen. Alle Kooperationsräume haben einen gleichberechtigten Zugang auf Unterstützung ihrer Kooperationen bzw. Funktionen von besonderer strukturpolitischer Bedeutung mit Fördermitteln.

Neben der schon seit Jahrzehnten als Kommunalverband verfassten „Metropole Ruhr“ hat sich die „Metropolregion Rheinland“ zur Stärkung ihrer Metropolfunktionen kooperativ zusammengeschlossen. In beiden Regionen können vermehrte Kooperation und funktionale Arbeitsteilung noch bei verschiedenen Aufgaben Synergien ausschöpfen. In diesen interkommunalen Kooperationen entwickelte Konzepte können ggf. in der Regionalplanung aufgegriffen werden. In den westfälischen Teilräumen Münsterland, Ostwestfalen-Lippe und Südwestfalen haben sich regionale Kooperationsräume erfolgreich etabliert, die i.d.R. eine enge Übereinstimmung mit den im LPIG vorgegebenen regionalen Planungsgebieten aufweisen, so dass auch hier eine Verknüpfung der informellen, kooperativen Regionalentwicklung mit der verbindlichen Regionalplanung erleichtert ist.

II. Ergänzende Stellungnahme des Regionalrates Arnsberg zur überarbeiteten Fassung des Entwurfes des Landesentwicklungsplanes NRW

1 Einleitung

1.2 Demographische Entwicklung

Die allgemeine Beschreibung der demographischen Entwicklung in NRW sollte vor dem Hintergrund der fortwährend starken Einreise von Flüchtlingen um einen entsprechenden Absatz ergänzt werden. Im Vergleich zur vorherigen Bevölkerungsvorausberechnung zeichnet sich in der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung zwar eine zeitliche Verschiebung des Bevölkerungsrückgangs in NRW ab, welcher auch auf Wanderungsgewinne der Vergangenheit zurückzuführen ist, jedoch konnte eine Berücksichtigung des aktuellen Zustroms asylsuchender Menschen bereits auf Grund des Zeitpunktes der Neuberechnung nicht umfassend erfolgen. Daher ist in Kapitel 1.2 klarzustellen, dass zumindest in den kommenden Jahren Abweichungen von den Berechnungsergebnissen wahrscheinlich sind. In der Konsequenz sind damit u.a. Auswirkungen auf die Flächenentwicklung auf kommunaler, wie regionaler Ebene zu erwarten. Ebenso sind Auswirkungen auf wesentliche Angebote der Daseinsvorsorge zu erwarten. Eine Berücksichtigung dieser Entwicklungen in der planerischen Abwägung lässt die sich abzeichnende „Mengenkontingentierung“ bei der Siedlungsflächenentwicklung hingegen nicht zu (vgl. Anregungen zu Ziel 6.1-1).

1.3 Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung ermöglichen

Die Ergänzung der Einleitung um wesentliche Aspekte der Wirtschaftsentwicklung, insbesondere der Standortgebundenheit der kleinen und mittleren Unternehmen, welche auch die Wirtschaftsstruktur in Südwestfalen prägen, wird ausdrücklich begrüßt. Auch die Bedeutung des Tourismus für die Wirtschaft und seine Ausgleichsfunktion für die Bevölkerung wird richtigerweise hervorgehoben. Durch seine naturräumlichen Ausprägungen verfügt Südwestfalen bereits heute über ein breites Angebot an touristischen Nutzungen, welches es in Zukunft weiterzuentwickeln gilt. Das Beteiligungsverfahren zum Sachlichen Teilplan „Energie“ des Regionalplans Arnsberg hat allerdings deutlich gemacht, dass eine Vielzahl von Bürgerinnen und Bürgern sowie Betreiber von Hotels und Gastbetrieben in Südwestfalen einen erheblichen Konflikt im Zusammenhang mit dem von der Landesregierung geforderten Ausbau der Windenergie sehen. Dieser Themenkomplex wird im vorliegenden Entwurf lediglich in den Erläuterungen zu Ziel 10.2-1 in der Form angesprochen, dass eine Nutzung von Halden und Deponien zum Zwecke des Tourismus und der Erholung die ergänzende Nutzung der Erneuerbaren Energien nicht grundsätzlich ausschließen. Vor dem Hintergrund der Bedeutung Südwestfalens für den Tourismus und für die landschaftsbezogene Erholung sowie der Ausbauziele für die Windenergie, die für das Gelingen der Energiewende erforderlich sind, sollte sich der Landesentwicklungsplan auch mit den daraus resultierenden Fragestellungen und möglichen Konflikten auseinandersetzen.

2 Räumliche Struktur des Landes

zu Ziel 2.3 Siedlungsraum und Freiraum

In den Erläuterungen zu diesem Ziel wird folgender Satz aus der ersten LEP-Entwurfssfassung (6.2-3) aufgenommen: „Zur Sicherung dieses vorhandenen Angebots an öffentlichen und privaten Dienstleistungs- und Versorgungseinrichtungen in möglichst kurzwegiger Entfernung können bei der Anpassung der Bauleitplanung nach § 34 LPlG ausnahmsweise in diesen Ortsteilen einzelne Außenbereichsflächen als neue Bauflächen zugelassen werden.“

Begründung:

Grundsätzlich ist die Aussage, dass sich auch in Ortsteilen die im Freiraum liegen, eine Siedlungsentwicklung vollziehen kann, zu begrüßen. Der o.g. Satz konkretisiert die in Ziel 2-3 formulierte Zielsetzung und hilft bei der Interpretation.

6 Siedlungsraum

6.1 Festlegungen für den gesamten Siedlungsraum

zu Ziel 6.1-1 Flächensparende und bedarfsgerechte Siedlungsstruktur

Die Zusammenfassung der Ziele 6.1-1, 6.1-2, 6.1-10 und 6.1-11 in Ziel 6.1-1 und die dabei erfolgte Neustrukturierung werden ausdrücklich begrüßt. Die Anwendung in der Praxis wird hierdurch deutlich erleichtert. Es wird verdeutlicht, dass die Steuerung der „Siedlungsentwicklung“ alle Planungsebenen umfasst, und die Träger von Regional- und Bauleitplanung werden als Adressaten angesprochen. Dies erfolgt allerdings noch nicht durchgängig. In Abs. 2 sollte daher ein Satz ergänzt werden, der die Bauleitplanung ausdrücklich anspricht (in Ergänzung zu Ziel 2-3 Abs. 2). Auch Absatz 3 (ehemaliges Ziel 6.1-10) bedarf in dieser Hinsicht einer Klarstellung, dass ebenfalls die Bauleitplanung bei der Darstellung von Siedlungsflächen ggf. das Instrument des Flächentausches nutzen kann, wenn auf ihrer Ebene bereits bedarfsgerecht Siedlungsflächen gesichert sind. Dies scheint durch den letzten Satzteil „oder eine gleichwertige Baufläche im Flächennutzungsplan in eine Freifläche umgewandelt wird“ auch Intention des Plangebers zu sein, sollte aber deutlicher herausgearbeitet werden.

„Die Forderung nach einer Zurückführung von Wohnbauflächenreserven in Streitfällen ist zunächst auszusetzen. Dies Moratorium gilt solange, bis eine Überprüfung der aktuellen Bevölkerungsprognosen von IT.NRW erfolgt ist. Die neue Prognose hat insbesondere die Flüchtlings- und Zuwanderungsbewegungen nach NRW (rund 300.000 Menschen in 2015) zu berücksichtigen.“

Begründung:

Siehe Ausführungen zu Kapitel 1.2.

Die Erläuterungen stellen zu Recht auf die Bedeutung der Bedarfsprüfung ab. Es wäre hilfreich, hierzu allgemeine und methodische Anforderungen an die von den Regionalplanungsbehörden angewandte (besser: zu wählende) Methode zu formulieren.

Für den Fall, dass an den detaillierten Regelungen zur Bedarfsprüfung in den Erläuterungen zu Ziel 6.1-1 festgehalten werden soll, werden in zahlreichen Einzelpunkten Korrekturen angeregt, dies gilt sowohl für die Ermittlung der Wohnbedarfe wie der Gewerbebedarfe. Diese Einzelanregungen sind in einer synoptischen Tabelle zum LEP-Entwurf zusammengestellt, die der Staatskanzlei ergänzend zu dieser Stellungnahme übermittelt wird.

Ein generelles Problem der Bedarfsermittlung für die ASB ergibt sich aus ihrer Eigenschaft als planerische „Sammelkategorie“ für die verschiedensten städtischen Nutzungen. Nur für die Nutzungskategorie Wohnen lässt sich eine generelle Prognose nach einer standardisierten Methode überhaupt sinnvoll durchführen. Die verschiedenen anderen Nutzungskategorien, die in ASB zu verstandorten sind, können jedoch ebenso zu erheblichen, zusätzlichen Flächenbedarfen führen, für die dann vorhabenbezogen eine Bedarfsprüfung durchzuführen ist.

Nicht zuletzt soll ein wesentlicher Teil des Gewerbeflächenbedarfs künftig in den ASB verstandortet werden, da die GIB – soweit möglich – emittierenden Gewerbebetrieben vorbehalten bleiben sollen. Angesichts der wachsenden Raumkonflikte bei der Entwicklung von Standorten für emittierendes Gewerbe wird diese Neuorientierung begrüßt. Für die Bedarfsprüfung von Gewerbeflächen ergeben sich aus der notwendigen Aufteilung des Gewerbebedarfs und der Gewerbereserven jedoch noch ungelöste Probleme sowohl auf der Ebene der Regionalplanung wie auf der Ebene der Bauleitplanung. In den Erläuterungen sollte klargestellt werden, dass sich aus dieser Neuorientierung auch Umplanungen von GIB in ASB ergeben müssen.

Für die Ermittlung des Gewerbeflächenbedarfs sieht der LEP künftig einen Methodenwechsel vor. Die künftig anzuwendende Trendfortschreibung der in einem vergangenen Referenzzeitraum – mind. 6 Jahre – realisierten Flächeninanspruchnahmen hat zwar gegenüber des bisher verwendeten GIFPRO-Modells den Vorteil der methodischen Vereinfachung. Wie alle Trendfortschreibungen enthält diese Methode aber zwei gravierende Nachteile: Je kürzer der Referenzzeitraum und je kleiner der Bezugsraum, desto größer ist der Einfluss von kurzzeitigen Besonderheiten und Zufallereignissen. Und sie legt die Gemeinden quasi auf eine Fortsetzung des Entwicklungspfad fest, der sich im Trend der Vergangenheit ausdrückt. Aufgrund der Einführung des neuen, landesweit harmonisierten Siedlungsflächen-Monitorings im Jahre 2014 kann die neue Methode bei der Bezirksregierung Arnsberg erst ab 2020 angewandt werden. Die Regelungen müssten daher zumindest für diesen Übergangs-

zeitraum den Regionalplanungsbehörden die Weiterführung einer eigenen, abweichenden Methode erlauben.

Im letzten Absatz der Erläuterungen wird zutreffend auf die erforderliche Bilanzierung von Flächenbedarf und Flächenreserven eingegangen. Problematisch ist dabei die vorgesehene – quantitative – Berücksichtigung auch von Brachflächen, die noch nicht im FNP als Wohn- oder Gewerbeflächen gewidmet sind, und deshalb im Siedlungsflächen-Monitoring – bislang – nicht erfasst werden können. Auch die vorgesehene Addition von ASB- und GIB-Bedarf sowie der in beiden liegenden Reserven in einer Gesamtbilanz für die weitere Siedlungsentwicklung ist nicht sachgerecht: Erstens sind die Bedarfe und Reserven der beiden Siedlungsraum-Kategorien ASB und GIB weder quantitativ noch qualitativ substituierbar. Zweitens sind – wie oben angemerkt – wesentliche Nutzungskategorien in den ASB in der Ermittlung des Wohnbedarfs gar nicht abgebildet. Drittens kann die Bedarfsermittlung nur einen Orientierungswert für die planerische Entscheidung liefern; eine strikt quantitative Bilanzierung kann aus verschiedenen Gründen rechnerisch richtig, im Einzelfall jedoch planerisch „falsch“, d.h. nicht bedarfsgerecht, sein – und zwar in beide Richtungen, das Ergebnis kann zu hoch oder zu niedrig ausfallen. Mit der geplanten strikten Obergrenze würde an die Stelle einer Bedarfsorientierung künftig letztlich eine Mengenkontingentierung der Siedlungsentwicklung treten. Dieser Wechsel wird abgelehnt, nicht zuletzt, weil er erkennbar die Planungsregion Arnberg benachteiligen würde.

zu Grundsatz 6.1-6 Vorrang der Innenentwicklung

Der Vorrang der Innenentwicklung als wichtiger Baustein der flächensparenden Siedlungsentwicklung sollte im Landesentwicklungsplan nicht ausschließlich in Anlehnung an das BauGB definiert werden. Vielmehr sollte ein gestufter raumordnerischer Begriff der Innenentwicklung in den Erläuterungen eingeführt werden, der alle Planungsebenen einbezieht. Der aktuelle Entwurf des Regionalplans Düsseldorf zeigt, wie eine erweiterte Definition auf Ebene der Regionalplanung aussehen kann, indem er den Begriff der Innenentwicklung in Kapitel 3.2.1 Ziel 2 als eine mehrstufige Priorisierung bei der Mobilisierung von Bauland ausformuliert.

zu Grundsatz 6.1-9 Vorausschauende Berücksichtigung von Infrastrukturkosten und Infrastrukturfolgekosten

Die Vorschriften zur Berücksichtigung der Infrastrukturkosten sind zu streichen.

Begründung:

Die in der Neufassung des LEP-E enthaltene Vorschrift zur Berücksichtigung von Infrastrukturkosten ist in der Ausgestaltung überdimensioniert und grundsätzlich geeignet, die Genehmigung von Planungen zusätzlich bürokratisch zu befrachten. Dies gilt umso mehr, als Infrastrukturkosten schon heute in die Bewertung von Projekten einfließen.

6.3 Ergänzende Festlegungen für Bereiche für gewerbliche und industrielle Nutzungen

zu Ziel 6.3-3 Neue Bereiche für gewerbliche und industrielle Nutzungen

Im überarbeiteten Entwurf des LEP wurde eine zusätzliche Ausnahme für isoliert im Freiraum liegende Brachen als mögliche Standorte für GIB aufgenommen. Die geforderten Beschränkungen, nach welchen ausschließlich auf bereits versiegelten Flächen eine bauliche Nutzung ermöglicht werden darf, können nicht durch die Regionalplanung im Sinne einer Zweckbindung festgelegt werden. Hierzu ist das Instrumentarium der Bauleitplanung erforderlich, beispielsweise über die Festlegung überbaubarer Grundstücksflächen in einem Bebauungsplan. Ungeachtet des fehlenden raumordnerischen Instrumentariums widerspricht der Ausschluss künftiger Erweiterungen solcher Standorte grundlegenden planerischen Erwägungen. So kann die Weiterentwicklung eines bestehenden Standortes sowohl aus wirtschaftlichen als auch aus umweltschutzfachlichen Belangen planerisch vorzugswürdig gegenüber der Entwicklung eines gänzlich neuen Standortes sein. Entsprechend muss der Regionalplanung ein ausreichender Spielraum für die Abwägung und eine mögliche Weiterentwicklung solcher Standorte belassen werden.

6.6 Einrichtungen für Erholung, Sport, Freizeit und Tourismus

zu Ziel 6.6-2 Standortanforderungen

Auf Grund der hohen Bedeutung des Tourismus für die Region Südwestfalen wird an der Anregung zu Ziel 6.2-2 aus der Stellungnahme zum ersten Entwurf des Landesentwicklungsplanes festgehalten. Obgleich in der Erwidern der Landesplanungsbehörde für bestehende Einrichtungen Erweiterungsmöglichkeiten nicht ausgeschlossen werden, wird die Weiterentwicklung des touristischen Angebotes in Südwestfalen voraussichtlich auch zu einem Bedarf an neuen Einrichtungen führen. Ein hohes touristisches Potential besteht aber, wie bereits in der Stellungnahme zum ersten Entwurf angeführt, dort, wo die Siedlungsstrukturen eher schwach ausgeprägt sind. Ein unmittelbarer Anschluss an bestehende ASB für Ferien- und Wochenendhausgebiete bzw. zusätzlich an GIB für andere neue raumbedeutsame, überwiegend durch bauliche Anlagen geprägte Erholungs-, Sport-, Freizeit- und Tourismuseinrichtungen würde die touristische Entwicklung Südwestfalens erheblich einschränken.

7 Freiraum

7.3 Wald und Forstwirtschaft

zu Ziel 7.3-1 Walderhaltung und Waldinanspruchnahme

Die Kopplung der Waldinanspruchnahme an die vorherige Prüfung von Planungsalternativen ist in Nordrhein-Westfalen geübte Praxis. Die neuen Ausformulierungen in

den Erläuterungen führen hingegen zu erheblichen Einschränkungen bei der Auslegung des Ziels. Der Begriff der zumutbaren Alternative wird so weit gefasst, dass er auch deutlich schlechteren Standortalternativen den Vorrang einräumt. Damit wird vielerorts eine Waldinanspruchnahme kaum mehr zu begründen sein. Dies insbesondere in einer Region wie Südwestfalen, mit Waldanteilen von über 70 % in einigen Kommunen, in welcher den verbleibenden Offenlandbereichen eine erhebliche Bedeutung zukommt, so dass Offenlandstandorte nicht per se vorzugswürdig sind. Insbesondere die an den Bedarfen der Wirtschaft auszurichtende Bereitstellung von Siedlungsflächen wird hiermit in einigen Teilräumen Südwestfalens weitgehend ausgeschlossen. Gleiches gilt für die Festlegung von Bereichen für die Sicherung und den Abbau oberflächennaher Bodenschätze, welche bei den in Südwestfalen vorkommenden Festgesteinen für einen Versorgungszeitraum von 35 Jahren zu sichern sind. Dieses Problem stellt sich bei der regionalplanerischen Sicherung von Lockergesteinsvorkommen noch gravierender dar, da bei Lockergesteinsabgrabungen weniger in die Tiefe gegangen werden kann, als bei Festgesteinen.

Die in den Erläuterungen getroffene Definition zu zumutbaren Alternativen steht damit in deutlichem Widerspruch zu den in der Einleitung formulierten Entwicklungsperspektiven Nordrhein-Westfalens als Wirtschaftsstandort („... zum weitaus größten Teil aus kleinen und mittleren Unternehmen besteht. ... Flächenangebot unter Berücksichtigung der teilräumlichen Gegebenheiten in NRW ein Ziel der Landesregierung.“).

7.4 Wasser

zu Ziel 7.4-3 Sicherung von Trinkwasservorkommen

In den Erläuterungen wird für die Regionalplanung der Auftrag formuliert, innerhalb der Gebiete für den Schutz des Wassers, eine Sicherung von Bereichen für den Grundwasser- und Gewässerschutz (BGG) gemäß den differenzierten Anforderungen der Wasserschutzzonen I - III A vorzunehmen. Bereits in der Stellungnahme zum ersten Entwurf des LEP wurde um nähere Erläuterungen gebeten, was unter einer differenzierten Sicherung zu verstehen ist, da eine innergebietliche Ausdifferenzierung der BGG in jedem Fall einen erheblichen Mehraufwand für die Regionalplanung bedeuten würde. Zum Beispiel müsste über Regionalplanänderungen auf Änderungen der Wasserschutzgebiete und ihrer Untergliederung reagiert werden. Es wird daher vorgeschlagen, an der bisherigen und bewährten Praxis einer einheitlichen Sicherung entsprechend der Außengrenzen der Wasserschutzgebietszone III A festzuhalten und dies in den Erläuterungen zu Ziel 7.4-3 klarzustellen.

zu Grundsatz 7.4-5 Talsperrenstandorte zur Energieerzeugung und -speicherung

Wie bereits in den letzten Stellungnahmen der Bezirksregierung Arnsberg und des Regionalrates angeführt, geht weder aus der Formulierung des Grundsatzes selbst,

noch aus den Erläuterungen hervor, ob mit der Festlegung ein Prüfauftrag für die Regionalplanung verbunden ist. Zudem stellt sich die Frage, wie die Festlegung im Zusammenhang mit etwaigen Studien des Landes zu den Möglichkeiten der Pumpspeicherung in NRW zu sehen ist. Auf diese bislang nicht veröffentlichte Studie wurde die Regionalplanungsbehörde durch die Stellungnahme des LANUV im Beteiligungsverfahren zum Sachlichen Teilplan „Energie“ und den 3. Änderungen der räumlichen Teilabschnitte verwiesen. Die Regionalplanungsbehörde weist nochmals daraufhin, dass eine Beurteilung der Talsperren hinsichtlich ihrer Eignung als Pumpspeicherkraftwerke und der Frage möglicher Standorte von Oberbecken ihrerseits nicht möglich ist.

7.5 Landwirtschaft

zu Grundsatz 7.5-2 – Erhalt landwirtschaftlicher Nutzflächen und Betriebsstandorte

Der Grundsatz wurde um die Anforderung ergänzt, dass „bei der Umsetzung von regionalplanerischen Festlegungen auf der Ebene der Fach- oder Bauleitplanung agrarstrukturverträgliche Lösungen [...] entwickelt“ werden sollen. Es fehlt jedoch jegliche Erläuterung, was mit agrarstrukturverträglich gemeint ist. Die Literatur bietet ein sehr breit gefächertes Spektrum, was unter Agrarstruktur zu verstehen ist. In der Agrarökonomie werden hierbei beispielsweise unterschiedliche Aspekte im Zusammenhang mit den natürlichen, wirtschaftlichen und sozialen Gegebenheiten im ländlichen Raum betrachtet. Eine Klarstellung in den Erläuterungen würde die in der Abwägung der Bauleitplanung zu berücksichtigenden Belange verdeutlichen.

8 Verkehr und technische Infrastruktur

8.1 Verkehr und Transport

zu Ziel 8.1-6 Landesbedeutsame bzw. regionalbedeutsame Flughäfen in Nordrhein-Westfalen

„Die Sicherung und Entwicklung der internationalen Flughäfen erfolgt im Einklang mit der Luftverkehrskonzeption des Landes. Bei der Neuformulierung dieser Konzeption muss für alle internationalen Verkehrsflughäfen in NRW eine bedarfsgerechte Entwicklung ohne Einschränkungen und Wettbewerbsverzerrungen ermöglicht werden. Daher ist im LEP Ziel 8.1-6 eine Differenzierung der Flughäfen in landes- und regionalbedeutsam aufzugeben.“

9 Rohstoffversorgung

9.2 Nichtenergetische Rohstoffe

zu Ziel 9.2-2 Versorgungszeiträume und Ziel 9.2-3 Fortschreibung

Bei den Festlegungen zu nicht energetischen Rohstoffen erfolgt eine Unterscheidung nach Lockergesteinen und Festgesteinen, welche sich zum Beispiel in unterschiedlichen Versorgungszeiträumen niederschlägt. Auf Seiten der Lockergesteine bestehen zum Teil auf Grund spezieller Anforderungen der Industrie hohe Anforderungen an Qualität und Reinheit. Hierbei handelt es sich um Tone, Kaolin, Bentonit etc. sowie Spezialsande (hochreine Quarzsande), die nicht nur als Baustoff sondern als hochqualitativer und existenziell bedeutender Rohstoff für bestimmte industrielle Produktionsprozesse dienen. Diese Rohstoffvorkommen erfordern aufgrund ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung eine besondere Betrachtung und planerische Rohstoffsicherung, daher sollten für diese Rohstoffvorkommen dieselben größeren Versorgungszeiträume wie für Festgesteine gelten.

9.3 Energetische Rohstoffe

zu Ziel 9.3-2 Nachfolgenutzung für Standorte des Steinkohlenbergbaus

In den Erläuterungen zu Ziel 9.3-2 wird ausgeführt, dass eine bauliche Folgenutzung bei isoliert im Freiraum liegenden Standorten ausscheidet. Die Festlegungen zur Darstellung von Bereichen für gewerbliche und industrielle Nutzungen in Ziel 6.3-3 sehen für Brachflächen eine Ausnahme vor, auf welche unter Ziel 9.3-2 zur Klarstellung verwiesen werden sollte.

10 Energieversorgung

10.1 Energiestruktur

zu Grundsatz 10.1-3 Neue Standorte für Erzeugung und Speicherung von Energie

In Zusammenhang mit den Ausführungen zur Nutzung von Kavernen als Energiespeicher in den Erläuterungen zu Grundsatz 9.2-5, sollte diese Speichermöglichkeit ebenfalls in den Erläuterungen zu Grundsatz 10.1-3 angeführt werden – dies besonders wegen ihrer Bedeutung für die Energiewende und der vorgenommenen Ergänzung der Druckluftspeicherung in den Erläuterungen zu Grundsatz 9.2-5.

10.2 Standorte für die Nutzung erneuerbarer Energien

zu Grundsatz 10.2-3 Umfang der Flächenfestlegungen für die Windenergienutzung

„Die Festschreibung von konkreten Flächengrößenangaben für Windvorranggebiete (18.000 ha für Südwestfalen) als Grundsatz ist zu streichen. Stattdessen ist auf die Aufgabe der Kommunen hinzuweisen, unter Beachtung der geltenden Gesetze und Erlasse der Windkraft "substantiell Raum" zu geben.“

Begründung:

Der heftigen Kritik aus Südwestfalen an der im 1. LEP-Entwurf enthaltenen Vorgabe des Umfangs der Vorranggebiete für die Windenergienutzung für Südwestfalen in einer Größenordnung von 18.000 ha als landesplanerisches Ziel wurde auf den ersten Blick dadurch entsprochen, dass die bisherige Zielvorgabe in einen der Abwägung unterliegenden Grundsatz abgewandelt wurde.

Allerdings enthalten die Erläuterungen zu diesem Grundsatz so viele ergänzende, für die Regionalplanungsbehörde quasi verbindliche Festlegungen, dass die Erwartung des Regionalrats und auch der Kommunen, auf diesem Weg zu einer flexibleren Handhabung der Flächenvorgabe des Landes auf der regionalen Ebene zu gelangen, letztendlich enttäuscht wurde.

Ohnehin haben die Kommunen schon jetzt die Aufgabe, der Windkraft "substantiell Raum" zu geben. Die Vorgaben hierfür sind in der jüngeren Vergangenheit weiter konkretisiert und spezifiziert worden (z.B. Windkrafterlass und aktuelle Rechtsprechung).

10.3 Kraftwerksstandorte und Fracking

zu Ziel 10.3-4 Ausschluss von Fracking in unkonventionellen Lagerstätten

Es bestehen Zweifel an der Rechtmäßigkeit dieses generellen Ausschlusses, welcher sich pauschal auf mögliche und (noch) nicht abschätzbare Risiken und einen Schutz- und Risikovorsorgeauftrag der Landesentwicklungsplanung stützt. Eine vertiefende Prüfung der Auswirkungen sowie möglicher Risiken und ihrer Beherrschbarkeit, wie sie auf der fachrechtlichen Ebene der Vorhabensgenehmigung erfolgt, wird damit bereits im Vorfeld ausgeschlossen. Dies, obwohl in den Erläuterungen von möglichen Umweltfolgen und weiterem Untersuchungsbedarf die Rede ist. Im Gegensatz dazu implizieren die Ausführungen unter Kapitel 1.4 (letzter Absatz), dass die Gewinnung von Erdgas aus unkonventionellen Lagerstätten immer mit (negativen) Umweltfolgen verbunden ist.

Neben diesen grundsätzlichen rechtlichen Bedenken, wird im Ziel 10.3-4 auch nicht klar zwischen Gewinnungsvorhaben in unkonventionellen Erdgaslagerstätten, die nur mit Fracking möglich sind (in Schiefergaslagerstätten), und solchen in Flözgaslagerstätten, die möglicherweise auch ohne Anwendung des Fracking auskommen, diffe-

renziert. Die Formulierung des Ziels geht davon aus, dass jegliche Gewinnung von Erdgas, welches sich in sogenannten unkonventionellen Lagerstätten befindet, nur mittels Fracking-Technologie gewonnen werden kann. Dies trifft jedoch nicht zu. Das Ziel 10.3-4 sollte unter Berücksichtigung der angeführten inhaltlichen Anregungen weiter ausdifferenziert werden, auch um künftigen technologischen Entwicklungen Rechnung zu tragen.

Kapitelübergreifende Anregung zu Fachbeiträgen

zu Grundsatz 3-2 (Erläuterungen), Grundsatz 4-3 (Festlegung und Erläuterung), Grundsatz 6.1-5 (Erläuterungen), Ziel 7.2-2 (Erläuterungen) und Ziel 8.1-9 (Erläuterungen)

An den oben genannten Stellen werden verschiedene Fachbeiträge benannt, die von der Regionalplanung zu berücksichtigen sind oder Inhalte des Entwurfes des Landesentwicklungsplanes begründen. Einzelne Fachbeiträge wie der forstliche Fachbeitrag werden hingegen lediglich in den Fachgesetzen benannt. In § 8 Landesforstgesetz NRW sind zusätzlich auch die Inhalte des forstlichen Fachbeitrags festgeschrieben. Das Landesplanungsgesetz NRW spricht in § 12 Abs. 3 dagegen nur abstrakt von vorliegenden Fachbeiträgen. Eine zusammenfassende Auflistung der wesentlichen von der Regionalplanung zu berücksichtigenden Fachbeiträge, der für die Erarbeitung zuständigen Stellen, sowie der Kerninhalte der jeweiligen Fachbeiträge, fehlt bislang. Diese wäre für die Erarbeitung der Regionalpläne wünschenswert und könnte beispielsweise in die Durchführungsverordnung zum Landesplanungsgesetz aufgenommen werden.



Bundesministerium
für Verkehr und
digitale Infrastruktur

Deutscher Bundestag
Ausschuss für Verkehr
und digitale Infrastruktur
Ausschussdrucksache
18(15)284

Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur • 11030 Berlin

Herrn
Martin Burkert MdB
Vorsitzender des Ausschusses für Verkehr und
digitale Infrastruktur
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Alexander Dobrindt MdB
Bundesminister

HAUSANSCHRIFT
Invalidenstraße 44
10115 Berlin

POSTANSCHRIFT
11030 Berlin

TEL +49 (0)30 18-300-0
FAX +49 (0)30 18-300-1920

poststelle@bmvi.bund.de
www.bmvi.de

Betreff: Bundesverkehrswegeplan 2015: Weiteres Vorgehen

Datum: Berlin, *20. 11. 15*
Seite 1 von 2

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

eine leistungsfähige Verkehrsinfrastruktur ist das Rückgrat des Industriestandortes Deutschland. Investitionen in die Verkehrsinfrastruktur müssen daher dorthin gelenkt werden, wo sie den größten Nutzen für Bürger und Unternehmen generieren. Ein wichtiges Steuerungsinstrument ist hier der Bundesverkehrswegeplan. Das BMVI arbeitet derzeit an der Aufstellung des neuen Bundesverkehrswegeplans.

Der Deutsche Bundestag hat auf Vorschlag der Koalitionsfraktionen die Bundesregierung aufgefordert, mit dem neuen Bundesverkehrswegeplan eine neue Priorisierungsstrategie für die Verkehrsinvestitionen für die Jahre bis 2030 vorzulegen. Zukünftig werden innerhalb der Laufzeit des neuen BVWP mindestens 65% der Investitionsmittel in den Erhalt der Verkehrswege fließen.

Aufgrund der Bedeutung des BVWP für die Steuerung der Investitionsentscheidungen in unsere Verkehrsinfrastruktur bis 2030 wird die Erstellung des BVWP von der Öffentlichkeit aufmerksam verfolgt.

Die sorgfältige Prüfung und Bewertung der ca. 2.000 angemeldeten Projekte ist im Wesentlichen abgeschlossen. Für die Finalisierung des Entwurfs des BVWP laufen derzeit die abschließenden Arbeiten für die gesetzlich erforderliche Strategische Umweltprüfung (SUP). Die SUP wird erstmals für den BVWP nach den Vorschriften des Gesetzes über die Umweltverträglichkeitsprüfung durchgeführt werden.

Bereits in einem frühen Planungsstadium vor der Projektgenehmigung wollen wir damit sicherstellen, dass Umwelterwägungen bei der Ausarbeitung von Plänen und Programmen angemessen Berücksichtigung finden. Wichtiges Element für eine Beurteilung des Gesamtentwurfes





Seite 2 von 2

des BVWP und Voraussetzung für die sechswöchige Behörden- und Öffentlichkeitsbeteiligung im Rahmen der SUP ist der Umweltbericht. Er enthält u.a. Aussagen zu den gesamtnetzbezogenen Umweltauswirkungen des BVWP.

Da vor diesem Hintergrund eine fundierte Beurteilung des Entwurfs des BVWP nur gemeinsam mit dem Umweltbericht sinnvoll ist, haben wir uns nach Abstimmung mit den Koalitionsfraktionen entschieden, den Entwurf des BVWP zusammen mit dem Umweltbericht vorzustellen. Die strategische Umweltprüfung dauert noch an und wird einige Wochen in Anspruch nehmen.

Wir stellen sicher, dass alle Ergebnisse der Projektbewertungen in einem Projektinformationssystem (PRINS) im Internet dargestellt werden.

Mit freundlichen Grüßen

Alexander Dobrindt