

Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen

Endbericht
für das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und
Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung

Rabea Bieckmann M.A.
Prof. Dr. Rolf G. Heinze
Dr. Anna-Lena Schönauer

Unter Mitarbeit von:
Prof. Dr. Rainer Danielzyk
Ramona Drossner M.A.

InWIS Forschung und Beratung GmbH
Springorumallee 20a
44795 Bochum

Tel.: 0234 - 890 34-20

Fax: 0234 - 890 34-49

Email: info@inwis.de

Internet: www.inwis.de

© InWIS, Bochum. Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk ist ausschließlich für die/den als Auftraggeber/in benannte/n natürliche/n oder juristische/n Person/en bestimmt. Es ist nicht für eine Veröffentlichung vorgesehen. Eine Veröffentlichung (komplett oder auszugsweise, in Print- oder Onlinemedien sowie als Download auf Webseiten o.Ä.) bedarf der Zustimmung von InWIS Forschung & Beratung GmbH bzw. InWIS GmbH.

Inhalt

1. Einleitung: Herausforderungen für die regionale Daseinsvorsorge	7
2. Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen	17
2.1. Differenzierte Regionalentwicklung	17
2.2. Bedarfe, Lösungsansätze und Good Practice Beispiele	22
3. Evaluationskonzept und Methodik	39
3.1. Evaluationskonzept	39
3.2. Methodik	41
4. Modellprojekte Regionale Versorgungszentren	43
4.1. RVZ Wurster Nordseeküste, LK Cuxhaven	47
4.1.1 Ausgangssituation	48
4.1.2 Ziele und Konzept	52
4.1.3 Aufbau und Struktur	54
4.1.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit	58
4.1.5 Zwischenfazit	59
4.2. RVZ Nordenham, LK Wesermarsch	61
4.2.1 Ausgangssituation	62
4.2.2 Ziele und Konzept	65
4.2.3 Aufbau und Struktur	67
4.2.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit	70
4.2.5 Zwischenfazit	71
4.3. RVZ Leinebergland	73
4.3.1 Ausgangssituation	74
4.3.2 Ziele und Konzept	78
4.3.3 Aufbau und Struktur	81
4.3.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit	83
4.3.5 Zwischenfazit	84
4.4. RVZ Auetal, LK Schaumburg	86
4.4.1 Ausgangssituation	87
4.4.2 Ziele und Konzept	90
4.4.3 Aufbau und Struktur	91
4.4.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit	94
4.4.5 Zwischenfazit	95
4.5. RVZ Baddeckenstedt, LK Wolfenbüttel	97
4.5.1 Ausgangssituation	98
4.5.2 Ziele und Konzept	100
4.5.3 Aufbau und Struktur	102
4.5.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit	105
4.5.5 Zwischenfazit	106
5. Befragung der BürgerInnen vor Ort	108
5.1. Medizinische Versorgungsbedarfe der Befragungspersonen und Bewertung der vorhandenen Angebote	109
5.2. Bekanntheit und Bewertung der geplanten RVZ	112
6. Resümee und Ausblick	119
7. Literatur	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Felder der Daseinsvorsorge	7
Abbildung 2: Schematische Darstellung des Abgrenzungs- und Typisierungsansatzes ländlicher Räume	18
Abbildung 3: Evaluationskonzept „Modellphase Regionale Versorgungszentren“	40
Abbildung 4: Idealtypischer Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)	44
Abbildung 5: Geographische Verortung der Modellvorhaben	45
Abbildung 6: Lage des Standortes im Landkreis Cuxhaven	47
Abbildung 7: Medizinische Versorgungsangebote an der Wurster Nordseeküste (Stand 2020).....	50
Abbildung 8: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden der Wurster Nordseeküste (Stand 2020)	52
Abbildung 9: Aufbau RVZ Wurster Nordseeküste	55
Abbildung 10: Lage des Standortes im Landkreis Wesermarsch	61
Abbildung 11: Medizinische Versorgungsangebote in Nordenham (Stand 2020).....	63
Abbildung 12: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden von Nordenham (Stand 2020).....	64
Abbildung 13: Aufbau RVZ Nordenham	67
Abbildung 14: Lage des Standortes und Mitgliedskommunen im Verein Region Leinebergland.....	73
Abbildung 15: Medizinische Versorgungsangebote in Alfeld (Stand 2020).....	76
Abbildung 16: Medizinische Versorgungsangebote in der Region Leinebergland (Stand 2020).....	77
Abbildung 17: Aufbau RVZ Leinebergland	81
Abbildung 18: Lage des Standortes im Landkreis Schaumburg	86
Abbildung 19: Medizinische Versorgungsangebote in Auetal (Stand 2021).....	88
Abbildung 20: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden von Auetal (Stand 2021)	89
Abbildung 21: Aufbau RVZ Auetal.....	92
Abbildung 22: Lage des Standortes im Landkreis Wolfenbüttel	97
Abbildung 23: Medizinische Versorgungsangebote der Gemeinde Baddeckenstedt (Stand 2021)	99
Abbildung 24: Medizinische Versorgungsangebote in den weiteren Gemeinden der Exklave Samtgemeinde Baddeckenstedt (Stand 2021)	100
Abbildung 25: Aufbau RVZ Baddeckenstedt.....	103
Abbildung 26: Wie zufrieden sind Sie mit... (Angaben in %).....	109
Abbildung 27: Wie bewegen Sie sich im Alltag bei Besorgungen und Erledigungen fort? (Angaben in %).....	110

Abbildung 28: Wie häufig gehen Sie durchschnittlich zum Hausarzt? (Angaben in %)	110
Abbildung 29: In Ihrer Gemeinde soll ein regionales Versorgungszentrum mit einem Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Versorgung eröffnet werden. Haben sie bereits davon gehört? – Wohnort (Angaben in %)	112
Abbildung 30: In Ihrer Gemeinde soll ein regionales Versorgungszentrum mit einem Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Versorgung eröffnet werden. Haben sie bereits davon gehört? – Alter (Angaben in %)	113
Abbildung 31: Was halten Sie von dem Aufbau eines derartigen regionalen Versorgungszentrums vor Ort? (Angaben in %).....	114
Abbildung 33: Nordenham – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %).....	115
Abbildung 32: Wurster Nordseeküste – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %).....	115
Abbildung 35: Auetal – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %).....	116
Abbildung 34: Leinebergland – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %).....	116
Abbildung 36: Baddeckenstedt – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %).....	117
Abbildung 37: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit des RVZ? (Skala: 1 = Sehr schlecht erreichbar – 4 = Sehr gut erreichbar).....	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anteil älterer Menschen im Landkreis Cuxhaven (Stand 2019)	48
Tabelle 2: Ziele RVZ Wurster Nordseeküste (Nordholz)	54
Tabelle 3: Anteil älterer Menschen im Landkreis Wesermarsch (Stand 2019)	62
Tabelle 4: Ziele RVZ Nordenham	66
Tabelle 5: Anteil älterer Menschen in der Region Leinebergland (Stand 2019)	74
Tabelle 6: Überblick über medizinische Angebote in der Region Leinebergland (Stand 2020)	76
Tabelle 7: Überblick Pflegeangebote in der Region Leinebergland (Stand 2020)	78
Tabelle 8: Ziele RVZ Leinebergland	79
Tabelle 9: Anteil älterer Menschen im Landkreis Schaumburg (Stand 2020)	87
Tabelle 10: Ziele RVZ Auetal	90
Tabelle 11: Anteil älterer Menschen im Landkreis Wolfenbüttel (Stand 2020)	98
Tabelle 12: Ziele RVZ Baddeckenstedt	101
Tabelle 13: Zufriedenheit nach Gebieten (Skala. 1 = Ganz und gar nicht zufrieden – 10 = Ganz und gar zufrieden)	109
Tabelle 14: Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen und gesundheitlichen Versorgung in ihrer Gemeinde in Bezug auf .. (Skala: 1 = Sehr unzufrieden – 5 = Sehr zufrieden)	111

1. Einleitung: Herausforderungen für die regionale Daseinsvorsorge

In Deutschland übernehmen Staat und Kommunen eine Gewährleistungsverantwortung für die flächendeckende und nachhaltige Daseinsvorsorge. Diese umfasst technische wie soziale Dienstleistungen und wird möglichst sozialverträglich und vor Ort angeboten. Aus den neueren wissenschaftlichen Diskussionen zur Daseinsvorsorge kann folgende Definition zugrunde gelegt werden: „Daseinsvorsorge bezeichnet die Übernahme einer Erbringungs-, Gewährleistungs- und/oder Auffangverantwortung für die flächendeckende Versorgung mit bestimmten, von der Gesellschaft als lebenswichtig eingestuftem Dienstleistungen zu allgemein tragbaren (= sozial verträglichen) Preisen und in zumutbaren Entfernungen durch Staat und Kommunen“ (Stielike 2018, 90 f.; vgl. auch Steinführer/Küpper 2020). Daseinsvorsorge setzt sich aus einer Vielzahl an verschiedenen Bereichen zusammen (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: Felder der Daseinsvorsorge



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Krajewski/Steinführer 2020.

Da sich auf regionaler Ebene unterschiedliche Entwicklungsverläufe vollziehen, sind die jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und Daseinsvorsorgestrategien differenziert zu betrachten. Dennoch gibt es gemeinsame Herausforderungen; in letzter Zeit etwa die breite Digitalisierungswelle, die alle Daseinsvorsorgeeinrichtungen erfasst. Dazu gehört auch gerade mit Blick auf die soziale Infrastruktur die Gesundheitsversorgung, die durch den demografischen Wandel stark berührt wird und in einzelnen Regionen und Bereichen zu Unterversorgungen führen kann. Der steigende Anteil der älteren und hochaltrigen Bevölkerung geht mit spezifischen Bedarfen in der Daseinsvorsorge einher und führt zu einer wachsenden Nachfrage nach einer sozialen und medizinisch-pflegerischen Versorgung vor Ort. Diese Aussage gilt über die älter werdende Bevölkerung hinaus für mehrere soziale Gruppen, die möglichst kurze Wege zu den zentralen Infrastruktureinrichtungen haben möchten (sei es eine wohnortnahe Lebensmittelversorgung, gesundheitliche Einrichtungen oder kulturelle und sportliche Angebote).

Vor diesem Hintergrund gehört die niedersächsische Landesregierung und konkret das Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung mit zu den ersten Landesregierungen, die auf lokaler Ebene Zentren der regionalen Daseinsvorsorge fördern. Ein wesentlicher Baustein ist die hausärztliche Versorgung und die Schaffung medizinischer Versorgungszentren (MVZ), welche sich in kommunaler Trägerschaft befinden: „Die MVZ sollen einen Beitrag zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung der Region leisten. Sie sollen modern aufgestellt sein und die Möglichkeiten nutzen, die sich über Teleangebote bieten. Ein weiterer und ebenso wichtiger Baustein sind die unter einem Dach oder in unmittelbarer Nähe mit dem MVZ gebündelten Angebote der Daseinsvorsorge“ (Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung 2021, 5).

Die Alterung der Gesellschaft und damit verbundene Herausforderungen in den einzelnen Regionen trifft Bundesländer wie Niedersachsen vergleichsweise stärker. „In den westlichen Flächenländern wird die Zahl der Menschen im Rentenalter in den nächsten 15 Jahren mit einem Plus von 25 % besonders stark zunehmen [...]. Im Jahr 2035 werden infolge dieser Entwicklungen in den westlichen Flächenländern zwischen 23 und 24 % der Bevölkerung 67 Jahre und älter sein“ (Statistisches Bundesamt 2021). Für Niedersachsen wird im aktuellen Wohnungsmarktbeobachtungsbericht bis 2040 ein Bevölkerungsrückgang um minus 4,3 % prognostiziert – allerdings mit großen regionalen Unterschieden. „Diese Verringerung ist ungleich verteilt. So werden Gemeinden im Osten und Südosten sowie an der Nordseeküste des Landes hohe Rückgänge verzeichnen. Für die Städte und die umliegenden Gemeinden werden geringfügige Abnahmen oder sogar leichte Zunahmen prognostiziert. Insbesondere die Städte Hannover, Lüneburg, Oldenburg und Osnabrück können mit einem durchgängigen Bevölkerungswachstum rechnen“ (NBank 2021, 12). Dies bedeutet nicht, dass im gleichen Ausmaß die Zahl der privaten Haushalte zurückgehen wird; bis 2025 steigt die Zahl sogar aufgrund der Individualisierung Singularisierung wie bislang und wird sich dann langsam verringern (bis 2040 um minus 1,7 %). In Niedersachsen wird es trotz der insgesamt rückläufigen Einwohnerzahlen bis 2020 weiterhin zu einem weiteren Anstieg der Ein- und Zweipersonenhaushalte kommen, was insbesondere auf die Zunahme an älteren Menschen im Alter von über 75 Jahren zurückzuführen ist (vgl. NBank 2021, 42).

Deutlich wachsen wird die Gruppe der älteren Menschen, die gerade in ländlichen Regionen oft im Eigenheim leben (Niedersachsen ist traditionell ein „Eigenheim-Land“, in dem 58 % aller Wohnungen sich in Ein- oder Zweifamilienhäusern befinden). Die meisten dieser Eigenheime sind nicht altersgerecht gestaltet und deshalb kommt im Rahmen einer kommunalen Daseinsvorsorgestrategie dem bedarfsgerechten Wohnen im Alter eine wichtiger werdende Rolle zu. Vor dem Hintergrund, dass die weitaus größte Zahl älterer Menschen zuhause leben möchte, sei es im Eigenheim oder zur Miete, ist von einem relativ hohen Anpassungsbedarf zur Reduzierung von Barrieren in den Immobilien auszugehen und auch alternative Wohnformen bei Pflegebedürftigkeit sind anzustoßen. Die Ergebnisse des Mikrozensus (Zusatzbefragung „Wohnen“) weisen darauf hin, dass nur etwa 2,4 % aller Wohnungen in Deutschland annähernd barrierefrei sind. Dieses Qualitätsmerkmal bezieht sich vor allem auf ausreichende Bewegungsfreiheit, die Abwesenheit von Schwellen oder Stufen und eine bodengleiche Dusche. Auch bei den Neubauten der letzten Jahre ist nur jedes fünfte Haus weitgehend barrierefrei (vgl. Statistisches Bundesamt 2019).

In Deutschland waren 2019 rund 4,18 Mio. Menschen pflegebedürftig, von denen fast 80 % zu Hause durch Angehörige versorgt wurden. In Niedersachsen liegt die Pflegequote mit 5,7 % etwas höher als auf Bundesebene (5,0 %); real sind es nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2021a) gut 456.255 Personen (vgl. hierzu auch die Beiträge in GKV-Spitzenverband 2021). Auch die Pflegebedürftigkeit verändert in den meisten Fällen zunächst nichts an dem Wunsch, weiter in der eigenen Wohnung oder dem Eigenheim zu leben. So wurden 74 % der Pflegebedürftigen ab 80 Jahre zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2021). Seit vielen Jahren gilt demzufolge der Grundsatz „ambulant vor stationär“ als zukunftsweisend auch mit Blick auf die Unterbringung älterer und auf Unterstützung angewiesener Personen. Dies wirkt sich auch auf den Bedarf an entsprechend geeigneten Wohnungen in Deutschland aus – die Wohnung wird zum „dritten Gesundheitsstandort“, da dort eben zunehmend therapeutische und pflegerische Leistungen erbracht werden, sofern die (baulichen) Voraussetzungen es erlauben und auf lokaler Ebene soziale Infrastrukturen vorhanden sind. Hier sind auch die Kommunen gefordert, denn die Sicherung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung allein über die Kassenärztlichen Vereinigungen zu organisieren, stößt insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen auf Probleme.

Hier bemühen sich deshalb immer mehr Kommunen, infrastrukturelle Rahmenbedingungen für eine eigene ärztliche Versorgung zu schaffen und gründen auch kommunale MVZ. Diese Daseinsvorsorgestrategie dürfte weiter an Bedeutung gewinnen, zumal die Bedingungen für kommunale MVZ laut dem Koalitionsvertrag der „Ampelkoalition“ erleichtert werden sollen. Deshalb kommt den Aktivitäten der Landesregierung in Niedersachsen und der Evaluation der ersten kommunalen MVZ in den Regionen eine besondere Bedeutung zu.

Der Deutsche Städte- und Gemeindebund hat in den letzten Jahren bereits mehrfach auf die Probleme von unterversorgten Regionen und auf die Notwendigkeit, kommunale Konzepte zu entwickeln, hingewiesen. Auch der Aufbau neuer Organisationsstrukturen und eine Stärkung der sektorenübergreifenden Vernetzung wird empfohlen. „Gerade in ländlichen Regionen sind Gemeinschaftspraxen, Ärzthäuser oder lokale Gesundheitszentren

dahingehend weiterzuentwickeln, dass Hausärzte und Fachärzte, medizinische Fachangestellte oder Arztassistenten und Pflegekräfte gemeinsam Leistungen anbieten [...]. Die medizinische Versorgung muss gemeinsam mit der Pflege- und Altenhilfe sozialräumlich ausgerichtet und besser abgestimmt werden. Dies setzt voraus, dass bestehende Grenzen in den einschlägigen Sozialgesetzbüchern überwunden und die Verantwortung der Kommunen bei der Steuerung gestärkt werden“ (DStGB /Landsberg 2019). Kommunen könnten bspw. die regionalen Herausforderungen der Daseinsvorsorge im Feld des altersgerechten Wohnens aufgreifen und die „Mischung vor Ort forcieren und wichtige Umzugsketten anstoßen. Ältere Menschen finden so in direkter Umgebung bedarfsgerechte Wohnangebote und ziehen Bestandsobjekte im Eigenheimsegment für die nachfolgende Generation früher frei. Diese lokalen Umzugsketten zu aktivieren, ist eine langfristige Aufgabe der Gemeinden“ (NBank 2021, 42; vgl. auch Hämel/Wolter 2020). Einzelne Kommunen in Niedersachsen (wie bspw. Vrees im Emsland und Werlte) haben sich in dieser Angelegenheit auch schon gut positioniert und national beachtete und ausgezeichnete Aktivitäten entwickelt (etwa ein Haus der Begegnung mit Tagespflege und Beratungen, verknüpft mit weiteren Dienstleistungen für alle Generationen und speziellen Wohnangeboten für Ältere mit Pflegebedarf) (vgl. u. a. Reuter et al. 2021, insbes. 87 ff.).

Die häufig eingeschränktere Mobilität primär älterer Menschen (nicht nur Pflegebedürftiger) bedingt die Notwendigkeit einer wohnortnahen Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs. Neben Einkaufsmöglichkeiten fallen hierunter ärztliche und medizinische Versorgungsangebote (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser oder PhysiotherapeutInnen), haushaltsnahe Dienstleistungen, ambulante PflegeanbieterInnen sowie Freizeit- und Begegnungsangebote. Aufgrund des altersstrukturellen Wandels wird die Gruppe der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren in Deutschland weiter ansteigen. „Für 2030 werden 988.000 beziehungsweise 967.000 Pflegebedürftige im Pflegeheim und 1,17 Millionen beziehungsweise 1,15 Millionen Pflegebedürftige mit ambulanter Pflege projiziert“ (Rothgang/Müller 2021, 18).

Dies trifft auch Niedersachsen als Flächenstaat und dort vor allem auch die ländlichen Regionen. Folgende Altersgruppenverteilung der Pflegebedürftigen zeigt sich hier: „In den Altersklassen bis 60 Jahre sind insgesamt 15,7 Prozent der Pflegebedürftigen und damit ein relativ geringer Anteil auszumachen. Die größte Anzahl ist in der Altersgruppe der hochaltrigen Personen von 80- bis 85-Jährigen zu verzeichnen (21,3 Prozent). Insgesamt entfällt auf die Gruppe der über 75-Jährigen ein Anteil von 68,2 Prozent aller Pflegebedürftigen in Niedersachsen im Jahr 2019“ (Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021, 29). Vor diesem Hintergrund muss der politische Fokus auf eine regional differenzierte Daseinsvorsorge gerichtet werden. „Diese gilt es umso nachdrücklicher voranzutreiben, als sich der Zugang zur Versorgung mancherorts umgekehrt zur Bedarfsentwicklung verhält. Angesprochen ist die Situation in ländlichen und strukturschwachen Regionen, in denen der Anteil älterer, häufiger von chronischen Krankheiten, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit betroffenen Menschen wächst, während die Versorgungslandschaft lückenhafter wird und weiter auszudünnen droht“ (Hämel 2016, 15). Explizit hat deshalb auch die Enquetekommission des Niedersächsischen Landtages auf die damit verbundenen „Engpässe bei der medizinischen Versorgung insbeson-

dere in ländlichen Regionen“ (Niedersächsischer Landtag, Enquetekommission 2021, 8) hingewiesen. Dabei wurde zentral auf die Rolle der HausärztInnen für die Daseinsvorsorge vor Ort aufmerksam gemacht, denn die PatientInnen wünschen sich kurze Wege bei der gesundheitlichen Versorgung: „Insbesondere die hausärztliche Versorgung sowie die Versorgung im ländlichen Raum sollen zudem durch die Verbesserung von Rahmenbedingungen sowie die Stärkung der Rolle von Hausärztinnen und -ärzten in der Versorgung optimiert werden“ (a. a. O., 10). Eine regionale Daseinsvorsorgestrategie wird deshalb zu einem zentralen Thema der Politik. Daseinsvorsorgeleistungen „sind einerseits Vorleistungen für eine prosperierende Wirtschaft (Straßen, Bildung der Arbeitskräfte). Andererseits produzieren sie in erheblichem Maße Lebensqualität (wohnnah Grundversorgung, Kultur) und sorgen für die soziale Integration. Fehlt es an diesen Angeboten und Leistungen wie medizinischer Versorgung, Schulen oder Freizeiteinrichtungen, verschlechtern sich nicht selten die Zugangschancen zu erstrebenswerten Gütern wie Gesundheit oder Bildung und die Teilhabechancen am gesellschaftlichen Leben“ (Kersten et al. 2015, 9; vgl. auch dies. 2019 sowie Ragnitz/Thum 2019).

Die Ende 2021 gebildete neue Bundesregierung setzt vor diesem Hintergrund auf den Ausbau integrierter Gesundheitszentren. „Wir stellen gemeinsam mit den KVen die Versorgung in unterversorgten Regionen sicher. Wir heben die Budgetierung der ärztlichen Honorare im hausärztlichen Bereich auf. Die Gründung von kommunal getragenen Medizinischen Versorgungszentren und deren Zweigpraxen erleichtern wir und bauen bürokratische Hürden ab. Entscheidungen des Zulassungsausschusses müssen künftig durch die zuständige Landesbehörde bestätigt werden“ (Koalitionsvertrag 2021, 85). In diesem Kontext werden auch andere Aspekte der sozialen Infrastruktur vor Ort angesprochen, bspw. der Ausbau haushaltsnaher Dienstleistungen, die ebenfalls in den regionalen Versorgungszentren in Niedersachsen ein Thema sind: „Durch die Förderung haushaltsnaher Dienstleistungen unterstützen wir die Vereinbarung von Familie und Beruf, die Erwerbsbeteiligung von Ehe- und Lebenspartnern und schaffen gleichzeitig mehr sozialversicherte Arbeitsplätze. Die Inanspruchnahme familien- und alltagsunterstützender Dienstleistungen erleichtern wir durch ein Zulagen- und Gutscheinsystem und die Möglichkeit für flankierende steuerfreie Arbeitgeberzuschüsse. Die Zulagen und die bestehende steuerliche Förderung werden verrechnet. Sie dient der Förderung sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung im Haushalt. Profitieren sollen zunächst Alleinerziehende, Familien mit Kindern und zu pflegenden Angehörigen, schrittweise alle Haushalte“ (Koalitionsvertrag 2021, 70).

Die konkrete Umsetzung solcher Konzepte auf lokaler Ebene ist aber eine große Herausforderung für alle Kommunen. Diese sind primär verantwortlich für die soziale Infrastruktur und die Daseinsvorsorge. So fällt die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und nachhaltigen Angebots an sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen in ihre Verantwortung. Die Daseinsvorsorge umfasst abstrakt die öffentlichen Güter und Dienstleistungen, die dem Gemeinwohl dienen. Vielfach wird die Daseinsvorsorge als Aufgabe der Kommunen definiert, da bei ihnen die sozialpolitische Zuständigkeit liegt und sie deshalb verantwortlich sind für die Bereitstellung einer Wasser- und Elektrizitätsversorgung, der Müllabfuhr, aber auch von Bildungs- und Kultureinrichtungen, Friedhöfen, der Feuerwehr oder Altenhilfeeinrichtungen.

Gerade in der Corona-Pandemie wurde deutlich, dass ganz zentral zur Daseinsvorsorge auch die Erbringung von Gesundheitsdiensten gehört, insbesondere die Vorhaltung von Krankenhäusern und Heimen für Alte und Pflegebedürftige sowie von Bildungseinrichtungen aller Art (Kindergärten, Schulen etc.). In den sozialpolitischen Diskursen der letzten Jahre ist auch eine verstärkte Hinwendung zur kommunalen Steuerung im Bereich der Pflege und medizinischen Versorgung zu beobachten. Allerdings müssen die Kommunen hierzu vom Bund und den Ländern sowohl ermächtigt als auch befähigt werden (insbesondere finanzielle Ressourcen sind dafür erforderlich) (vgl. Schulz-Nieswandt 2020 sowie Braeseke et al. 2021).

Auf lokaler Ebene ist vor allem die hausärztliche Versorgung ein zentrales Thema, das auch die Politik immer stärker beschäftigt, weil es nicht nur um die Daseinsvorsorge, sondern auch um die allgemeinen Zukunftschancen der Kommunen geht. „Die Bewertung der medizinischen Versorgung, insbesondere in ländlichen Regionen, ist in der Regel von der Erreichbarkeit des nächsten Hausarztes abhängig. Ein kurzer Weg zum Arzt ist ein wichtiges Stück Lebensqualität. Als erste und zentrale Ansprechpartner in der ambulanten Versorgung haben Hausärzte eine Schlüsselfunktion. Gerade im ländlichen Raum wird es jedoch schwieriger die hausärztliche Versorgung sicherzustellen. Immer häufiger schließen Hausärzte aufgrund fehlender Nachfolgereglungen ihre Praxen. Nicht nur das medizinische Versorgungssystem als Ganzes, sondern auch die kommunale Daseinsvorsorge wird dadurch auf eine Bewährungsprobe gestellt. Neue Wege bei der Gewinnung von Ärzten für den ländlichen Raum, zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung, sind notwendig. Denn eine funktionierende medizinische Versorgung ist ein wichtiger Faktor für eine nachhaltige Kommunalentwicklung“ (Helms/Frischkorn 2021, 354; vgl. auch Mettenberger/Küpper 2021, bes. 29 ff.).

Im Koalitionsvertrag der amtierenden Bundesregierung wird die Ertüchtigung der Kommunen in Fragen der Daseinsvorsorge und der sozialen Infrastruktur explizit angesprochen. Es ist unstrittig, dass für die Lebensqualität und die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse die lokale Infrastrukturausstattung von hoher Bedeutung ist. „Die Bereiche der sozialen und der technischen Daseinsvorsorge sind zentral für die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen, unabhängig ihres jeweiligen Wohnortes. Die flächendeckende Bereitstellung dieser Dienste und Infrastrukturen bildet die Grundlage für die Gewährleistung der räumlichen Chancengerechtigkeit. Bildung, Gesundheit, Mobilität und Verkehr, digitale Infrastruktur, aber auch weitergehende Bereiche wie Wohnen, die Nahversorgung für den Einkauf des täglichen Bedarfs und Geldautomaten fallen hierunter. Auch die Kommunalfinanzen, zur Abbildung der kommunalen Handlungsfähigkeit, sollte Betrachtung finden, da Kommunen die Bereitstellung der Daseinsvorsorge oftmals verantworten“ (BBSR 2020, 66; vgl. auch BMVI 2016, BMI 2020a und BMI 2020b).

Wenngleich die Kommunen in Deutschland eine Gesamtverantwortung für die Daseinsvorsorge vor Ort haben, spielen in verschiedenen Feldern der Daseinsvorsorge zivilgesellschaftliche Organisationen eine große Rolle. So stellen bspw. Genossenschaften günstigen Wohnraum zur Verfügung und kümmern sich um weitere soziale Aufgaben wie auch die Vielzahl von Wohlfahrtsorganisationen die soziale Dienste vor Ort anbieten. Die Daseinsvorsorge wird in Deutschland generell durch eine nach dem Subsidiaritätsprin-

zip organisierte Struktur von Staat, Zivilgesellschaft und privatwirtschaftlichen Einrichtungen erbracht. Dabei haben insbesondere die Wohlfahrtsverbände und Kirchen einen Vorrang gegenüber den Kommunen, denen aber der Gewährleistungsauftrag zukommt. Die hier stattfindende öffentliche Dienstleistungsproduktion wird in der Literatur oft auch als „Dritter Sektor“ bezeichnet. Dieser unterscheidet sich vom Marktsektor durch eine von der Gewinnorientierung abweichende Handlungsorientierung, vom Staatssektor durch seine partielle finanzielle Unabhängigkeit aufgrund des Zugriffs auf Spenden und von der Familie bzw. anderen Gemeinschaften durch die professionelle Dienstleistungserstellung. Insgesamt werden bspw. rund drei Viertel der sozialen Dienste in Deutschland von Wohlfahrtsverbänden angeboten, allerdings in großem Umfang öffentlich oder durch Träger der Sozialversicherung finanziert (vgl. Heinze 2020a sowie die Beiträge in Freise/Zimmer 2019).

In der Bundespolitik hat sich der Schwenk in Richtung Daseinsvorsorge vor Ort als zentrale Staatsaufgabe insbesondere durch die Folgen der Corona-Pandemie deutlich niedergeschlagen. Alle politischen Parteien weisen auf die Bedeutung der Daseinsvorsorge für unsere Gesellschaft hin. Insbesondere die Lebensqualität vor Ort hängt entscheidend von der Qualität kommunaler Daseinsvorsorge ab, wobei die Daseinsvorsorge weit über die Bereitstellung von Strom und Trinkwasser hinausgeht. Es geht um Schulen, Kitas und Sporthallen, um den öffentlichen Nahverkehr und die medizinisch-pflegerische Versorgung. In die gleiche Richtung haben sich auch die kommunalen Spitzenverbände (der Deutsche Städtetag, der Deutsche Städte- und Gemeindebund und der Deutsche Landkreistag) positioniert und sie betonen nachdrücklich, wie wichtig soziale Infrastrukturen sind, die vor Ort Lebensqualität und gesellschaftlichen Zusammenhalt sichern, aber auch die regionale Wirtschaftskraft stärken. Sowohl die Herausforderungen durch die Corona-Pandemie als auch der immer raschere demografische Wandel sowie der Klimaschutz und die Digitalisierung verweisen auf den Beitrag der Daseinsvorsorge, um die Zukunftsfähigkeit der Gesellschaft abzusichern. Insbesondere die unvorhergesehene Pandemie scheint für grundlegende Fragen der Gesellschaftsgestaltung und die Rolle des Staates sensibilisiert zu haben, der als Gewährleistungsstaat verstärkt in die Pflicht genommen wurde.

Im Vergleich zum urbanen Raum ist der ländliche Raum deutlich stärker vom demografischen Wandel und neuen Anforderungen an die soziale Infrastruktur betroffen. Während die jungen Generationen für die Ausbildung, zum Studium oder aufgrund eines Arbeitsplatzangebotes in die Städte ziehen, bleiben die älteren Generationen in den Dörfern und kleinen Gemeinden zurück. Dort begegnen sie dann häufig der doppelten Herausforderung einer nicht ausreichenden und schwer erreichbaren Versorgungsinfrastruktur und einer zunehmend fehlenden familiären Unterstützung durch die eigenen Kinder. Wenngleich diese Entwicklung nicht in allen ländlichen Räumen auftritt und zudem die Herausforderungen je nach Region unterschiedlich stark ausgeprägt sind, so kann in der Tendenz dennoch von einer Peripherisierung ländlicher Räume (vgl. Dünkel et al. 2019) gesprochen werden. „Als Flächenland mit einer vergleichsweise geringen Bevölkerungsdichte von 168 Einwohnerinnen und Einwohnern je km² (Bundesdurchschnitt: 233 Einwohnerinnen und Einwohner je km²) steht Niedersachsen vor spezifischen Herausforderungen im Bereich Mobilität. Das Land besteht zu einem nicht unbedeutenden Teil aus ländlichen und mitunter strukturschwachen

Regionen. Eine Clusteranalyse im Rahmen der Handlungsorientierten Sozialberichterstattung Niedersachsen aus dem Jahr 2018 teilte die 406 niedersächsischen Einheits- und Samtgemeinden in sieben Cluster. Dabei wurden 29,56 % der Gemeinden als überwiegend ländliche Gebiete mit großstädtischem Umland, 12,56 % als ländliche strukturschwache Gebiete, 12,32 % als überwiegend ländliche strukturstarke Gebiete und 13,55 % als weitere überwiegend ländliche Gebiete identifiziert. Die ländlichen strukturschwachen Gebiete liegen vor allem im Osten des Landes, insbesondere in „Südniedersachsen“ (Niedersächsischer Landtag, Enquetekommission 2021, 194; vgl. auch Danielzyk 2020 sowie die Beiträge in Herbst et al. 2016, Lange 2017 und Danielzyk et al. 2019).

Die betroffenen Gemeinden und Kreise unternehmen auch zahlreiche Bemühungen, um die infrastrukturelle Versorgung ihrer BürgerInnen zu verbessern. Dies geschieht nicht selten vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen, welche die Handlungsspielräume der politischen AkteureInnen einschränken. Dennoch gibt es verschiedene Versuche und Projekte, innovative Lösungen und Instrumente zur Sicherung der Daseinsvorsorge insbesondere für ländliche Regionen zu entwickeln und umzusetzen.

In einer Befragung zur ambulanten Versorgungssituation in den niedersächsischen Kommunen wurden 411 BürgermeisterInnen und 38 LandrätInnen im September 2015 befragt (Rücklaufquote: 72 %) und es stellte sich heraus:

- Niedersächsische Kommunen sehen verbreitet Probleme bei der Nachbesetzung von lokalen Arztpraxen und einen Bedarf für flankierende kommunale Unterstützung.
- Maßnahmen zur Steigerung der Familienfreundlichkeit sowie kommunale Beratungsleistungen für Ärzte werden von der Mehrzahl für umsetzbar eingeschätzt oder bereits durchgeführt.
- Die Umsetzung direkter finanzieller Förderung wird zwar überwiegend abgelehnt, ist jedoch bei bereits umgesetzten kommunalen Unterstützungsleistungen verbreitet“ (Kuhn et al. 2018, 717).

Konkret gefragt nach dem Modell eines MVZ in kommunaler Trägerschaft, hielten dies nur ein Drittel für geeignet, was aber auch darauf zurückgeführt werden kann, dass solche lokalen Versorgungszentren zum damaligen Zeitpunkt als alternative Lösung in westdeutschen Bundesländern kaum bekannt waren. Zudem sind in den letzten Jahren die Probleme insbesondere mit der hausärztlichen Versorgung in den Kommunen größer geworden. In neueren Veröffentlichungen wird deshalb ein wachsendes Interesse der Kommunen an verschiedenen Formen der gesundheitlichen Versorgung konstatiert: „Immer mehr Bürgermeister:innen übernehmen notgedrungen die Aufgabe, die Infrastruktur für eine zukunftsgemäße medizinische Versorgung vor Ort zu unterstützen“ (Becker 2021, 23).

Seit 2015 ist es den Kommunen nach dem in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (§ 95 Abs. 1a S. 1 Sozialgesetzbuch V) ermöglicht, eigene MVZ zu gründen. „Kommunen sind mögliche Gründer eines MVZ. Dieses MVZ muss ärztliche Leistungen ‚unter einem Dach‘ anbieten und in

medizinischen Fragen durch einen ärztlichen Leiter geführt werden, der wenigstens zur Hälfte, sinnvollerweise aber in Vollzeit im MVZ ärztlich tätig ist. Alle im MVZ tätigen Ärzte müssen die Voraussetzungen für die Eintragung ins Arztregister erfüllen, also ein Medizinstudium und eine Weiterbildung zum Facharzt absolviert haben“ (Kingreen/Kühling 2018, 78). Allerdings haben erst relativ wenige Kommunen davon Gebrauch gemacht; 2020 waren es zusammengenommen bundesweit unter 5 % (vgl. Ladurner et al. 2020, 25 ff.).

Die derzeitige Bundesregierung hat sich explizit für die Förderung solcher integrierter, sektorenübergreifender Konzepte ausgesprochen: „Durch den Ausbau multiprofessioneller, integrierter Gesundheits- und Notfallzentren stellen wir eine wohnortnahe, bedarfsgerechte, ambulante und kurzstationäre Versorgung sicher und fördern diese durch spezifische Vergütungsstrukturen. Zudem erhöhen wir die Attraktivität von bevölkerungsbezogenen Versorgungsverträgen (Gesundheitsregionen) und weiten den gesetzlichen Spielraum für Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern aus, um innovative Versorgungsformen zu stärken. In besonders benachteiligten Kommunen und Stadtteilen (5 Prozent) errichten wir niedrighschwellige Beratungsangebote (z.B. Gesundheitskioske) für Behandlung und Prävention. Im ländlichen Raum bauen wir Angebote durch Gemeindeschwestern und Gesundheitslotsen aus. Die ambulante Bedarfs- und stationäre Krankenhausplanung entwickeln wir gemeinsam mit den Ländern zu einer sektorenübergreifenden Versorgungsplanung weiter“ (Koalitionsvertrag 2021, 84; vgl. auch Hilbert/Rambow-Bertram 2021).

Ein besonderes Problem stellt die Versorgung ländlicher Räume mit ÄrztInnen dar, weshalb dieser Aspekt in regionalen Daseinsvorsorgestrategien im Blickpunkt steht. Immer mehr Hausarztsitze sind in diesen Regionen unbesetzt und die Prognosen sehen schlecht aus. Nicht nur, dass es immer schwerer gelingt, junge ÄrztInnen für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu gewinnen, viele der noch praktizierenden ÄrztInnen werden aus Altersgründen in den nächsten Jahren selbst in den Ruhestand gehen. Diese Situation setzt einen Abwärtstrend in Gang, da in ländlichen Regionen aufgrund der drohenden Unterversorgung ÄrztInnen ohnehin stark überlastet sind, wodurch die Attraktivität einer Niederlassung für neue ÄrztInnen sinkt. Gerade junge ÄrztInnen sind zunehmend weiblich und haben nicht selten einen gestiegenen Anspruch an einen guten Ausgleich zwischen Arbeits- und Privatleben. Das klassische Hausarzt-Modell, bei dem der Arzt oder die Ärztin rund um die Uhr für die PatientInnen zur Verfügung steht, hat mittlerweile ausgedient. Deshalb gewinnt die Diskussion um kommunale medizinische Versorgungszentren, die sich auch mit der durch die Alterung der Bevölkerung hervorgerufenen wachsenden Versorgungsproblematik beschäftigen, an Bedeutung. Eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Ziel jeder Daseinsvorsorgestrategie, um „der Bevölkerung weitgehend unabhängig von ihrem Wohnort einen raschen Zugang zur medizinischen Grundversorgung zu verschaffen. Als Grund ist die zentrale Rolle anzuführen, die der Hausarzt aufgrund seiner eigenen wie auch der von ihm veranlassten Leistungen im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung spielt“ (Ried 2016, 14).

Mit dem Modellvorhaben Regionale Versorgungszentren (RVZ) möchte das Land Niedersachsen den Herausforderungen für die Daseinsvorsorge in

ländlichen Räumen aktiv begegnen und eine bedarfsgerechte Versorgungsinfrastruktur aufbauen. Den Kern der kommunalen RVZ bildet ein kommunales medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) mit angestellten ÄrztInnen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Ergänzend werden in den Modellprojekten in Niedersachsen zum MVZ weitere Angebote der Daseinsvorsorge in ein RVZ integriert. Hierzu zählen neben medizinischen DienstleisterInnen (Apotheken, Physio- und ErgotherapeutInnen, Hebammen etc.), Beratungsangebote (bspw. für Familien und bei Betreuungs- und Pflegefragen) oder Begegnungsmöglichkeiten z. B. in Form eines Cafés. In verschiedenen Kommunen wird mit neuen Beratungs- und Präventionsangeboten im Bereich Gesundheit und Pflege experimentiert, wobei diese zu meist mit weiteren Angeboten, wie einer Kindertagesstätte und weiteren sozialen Dienste verbunden werden. Die verschiedenen Angebote der RVZ sollen in den niedersächsischen Modellkommunen an einem zentralen und gut erreichbaren Ort gebündelt werden. Mobilitätsaspekte spielen also ebenfalls eine zentrale Rolle, denn gerade für ältere Menschen ist soziale Daseinsvorsorge nur dann gewährleistet, wenn sie gut erreichbar ist. Evaluieren wurden die fünf Modellvorhaben in den Landkreisen (LK) Cuxhaven (Gemeinde Wurster Nordseeküste) und Wesermarsch (Stadt Nordenham) sowie in der Region Leinebergland (Stadt Alfeld), im LK Schaumburg (Gemeinde Auental) und im LK Wolfenbüttel (Samtgemeinde Baddeckenstedt). Die Modellvorhaben folgen dabei alle dem skizzierten Grundmodell MVZ plus ergänzenden Angeboten der Daseinsvorsorge. Die jeweilige konzeptionelle Ausgestaltung und die geplanten Maßnahmen unterscheiden sich jedoch in Abhängigkeit von den spezifischen Rahmenbedingungen in den Modellregionen.

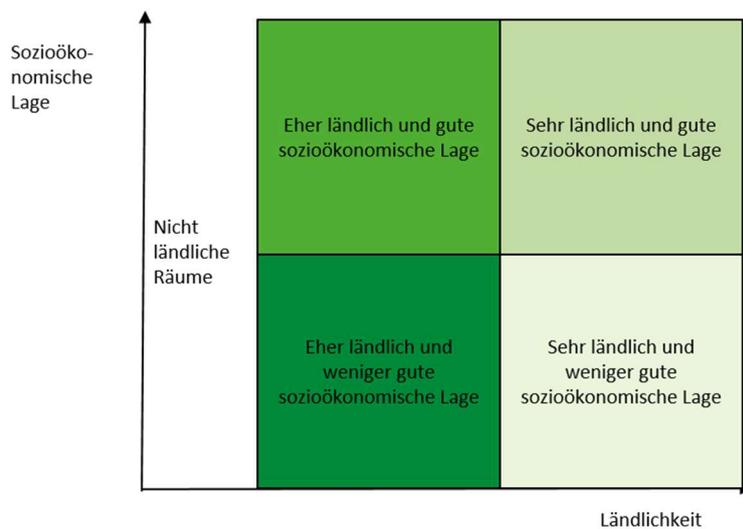
2. Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen

2.1. Differenzierte Regionalentwicklung

Im internationalen Vergleich sind die sozioökonomischen Ungleichheiten auf räumlicher Ebene in Deutschland zwar nicht extrem, dennoch zeigen sich auch in Niedersachsen unterschiedliche regionale Entwicklungsprozesse, so dass die Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse ein zentrales Thema ist. Die wachsende Verschiedenartigkeit der Regionen kann durch traditionelle Raumabgrenzungen wie etwa „Stadt“ und „Land“ nicht mehr adäquat abgebildet und interpretiert werden. Sowohl die allgemeine Bezeichnung Land als auch Stadt sagen immer weniger etwas über die konkreten Lebensverhältnisse vor Ort aus. Die teilräumlichen Differenzierungen haben sich vertieft; zudem wachsen die „halbstädtischen“ Gebiete im Umland größerer Städte. Es entstehen urbanisierte ländliche Räume, auch manche Städte auf dem Land wachsen, während andere ländliche Regionen vom demografischen Wandel negativ betroffen sind und sich weiter peripherisieren. Im ländlichen Raum wachsen folglich soziale und ökonomische Ungleichheiten und Regionen werden einander immer unähnlicher und erfordern unterschiedliche politische Handlungsstrategien. Allerdings treten bei den Typisierungen durchaus unterschiedliche Interpretationen auf. Selbst renommierte Forschungseinrichtungen kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Frage, was unter „ländlichen Räumen“ zu verstehen ist. So ordnen das Thünen-Institut und das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) z. T. dieselben Landkreise (in Abhängigkeit von der Indikatoren- und Methodenwahl) unterschiedlich ein. Niedersachsen weist neben Nordrhein-Westfalen die größte Vielfalt in den ländlichen Regionen auf und deshalb sind regionalpolitische Strategien gut beraten, sich raumtypisch auszurichten, wenn Ankerpunkte der Daseinsvorsorge aufgebaut werden sollen.

Folgt man der Typisierung des Thünen-Instituts, können zum Beispiel durch die Kombination der beiden Dimensionen „Ländlichkeit“ und „Sozioökonomische Lage“ vier Typen ländlicher Räume identifiziert werden (Abbildung 2). Demnach gibt es die eher ländlichen Räume mit guter sozioökonomischer Lage, die eher ländlichen Räume mit weniger guter sozioökonomischer Lage, die sehr ländlichen Räume mit guter sozioökonomischer Lage sowie die sehr ländlichen Räume mit einer weniger guten sozioökonomischen Lage. Die fünf untersuchten Kommunen lassen sich ebenfalls unterschiedlichen ländlichen Raumtypen zuordnen (siehe auch <https://karten.landatlas.de/app/landatlas/>).

Abbildung 2: Schematische Darstellung des Abgrenzungs- und Typisierungsansatzes ländlicher Räume



Quelle: Darstellung nach Küpper 2016, 4

Der Landkreis Cuxhaven, inklusive der Wurster Nordseeküste, fallen dabei in den Typ „Sehr ländlich, weniger gute sozioökonomische Lage“. Dies trifft auch auf den Landkreis Wesermarsch und die Stadt Nordenham zu. Der Landkreis Hildesheim, wo das RVZ Leinebergland verortet ist, der Landkreis Schaumburg und der Landkreis Wolfenbüttel werden dem Typ „Eher ländlich, weniger gute sozioökonomische Lage“ zugeordnet.

Auch bei der Einordnung der demografischen Entwicklung in den Kommunen ist ein Vergleich spannend. Mit Blick auf die demografische Entwicklung hat die Bertelsmann Stiftung in ihrem „Wegweiser Kommune“ elf verschiedene Typen der Demografie von Städten und Gemeinden unterschieden:

- Demografietyt 1:** Stark schrumpfende und alternde Gemeinden in strukturschwachen Regionen
- Demografietyt 2:** Alternde Städte und Gemeinden mit sozioökonomischen Herausforderungen
- Demografietyt 3:** Kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung
- Demografietyt 4:** Stabile Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen
- Demografietyt 5:** Moderat wachsende Städte und Gemeinden mit regionaler Bedeutung
- Demografietyt 6:** Städte / Wirtschaftsstandorte mit sozioökonomischen Herausforderungen
- Demografietyt 7:** Großstädte und Hochschulstandorte mit heterogener sozioökonomischer Dynamik
- Demografietyt 8:** Wohlhabende Städte und Gemeinden in wirtschaftlich dynamischen Regionen

Demografietyyp 9: Wachsende familiengeprägte ländliche Städte und Gemeinden

Demografietyyp 10: Wohlhabende Städte und Gemeinden im Umfeld von Wirtschaftszentren

Demografietyyp 11: Sehr wohlhabende Städte und Gemeinden in Regionen der Wissensgesellschaft¹

Hiernach können einzelne Kommunen in Niedersachsen diesen Typen zugeordnet werden. Beispielsweise lässt sich die Wurster Nordseeküste dem Demografietyyp 4 zuordnen, wonach sie zu den „stabile Städten und Gemeinden in ländlichen Regionen“ zählt. Nordenham entspricht dem Typ 2, wonach die Kommune zu den „alternden Städten und Gemeinden mit sozioökonomischen Herausforderungen“ gezählt wird. Alfeld wird nach dieser Typisierung dem Typ 1 zugeordnet und fällt so unter die „stark schrumpfenden und alternden Gemeinden in strukturschwachen Regionen“. Auetal und Baddeckenstedt finden sich im Rahmen dieser Typisierung bei Typ 3 wieder, welcher „kleine und mittlere Gemeinden mit moderater Alterung und Schrumpfung“ inkludiert. Obwohl viele Indikatoren zur Typisierung generiert wurden, lässt sich aus den Daten und der Kategorisierung nicht unmittelbar eine Daseinsvorsorgestrategie ableiten. Zur Einordnung der unterschiedlichen regionalen Entwicklungsprozesse, im Vergleich zu weiteren Städten und Kommunen, sind sie jedoch hilfreich.

Die Relevanz der differenzierten Betrachtung der Regionen spiegelt sich auch in der regional unterschiedlichen Erreichbarkeit medizinischer Leistungserbringer, was auch Studien in Bezug auf Niedersachsen zeigen: „Zur Erreichbarkeit von Krankenhäusern zeigen Daten aus dem Jahr 2016, dass der Großteil der niedersächsischen Bevölkerung (99,69 % in städtischen Regionen, 99,63 % in Regionen mit Verstärkeransätzen, 97,11 % in ländlichen Regionen) das jeweils nächstgelegene Krankenhaus mit Fachabteilung der Basisversorgung in bis zu 30 Pkw-Minuten erreichen kann. Eine Erreichbarkeit in bis zu 15 PKW-Minuten ist für einen geringeren Anteil der Bevölkerung gegeben: In städtischen Regionen können 75,08 %, in Regionen mit Verstärkeransätzen 73,49 % und in ländlichen Regionen 58,32 % das Krankenhaus in dieser Zeitspanne erreichen. Überblicksdaten zu den Erreichbarkeitszeiten im Flächenland Niedersachsen bei Nutzung des ÖPNV liegen nicht vor“ (Niedersächsischer Landtag, Enquetekommission 2021, 195). Rein statistisch betrachtet können auch HausärztInnen gut erreicht werden – aber auch hier gibt es Probleme in strukturschwachen ländlichen Räumen und insbesondere gilt dies nur, wenn ein PKW verfügbar ist. „Eine niedergelassene Hausärztin oder einen niedergelassenen Hausarzt erreichen 97 % der niedersächsischen Bevölkerung innerhalb von zehn Minuten, der Mittelwert für die Erreichbarkeit liegt bei fünf Minuten. Die restlichen 3 % der niedersächsischen Bevölkerung, die eine hausärztliche Praxis nicht innerhalb von zehn Minuten erreichen können, benötigen dafür zwischen elf und 20 Minuten. Dies ist vorwiegend im ländlichen Raum der Fall. Zu beachten ist, dass sich auch diese Zahlen auf den motorisierten Individualverkehr beziehen. Es ist davon auszugehen, dass vor allem in strukturschwachen Gebieten deutlich längere Wegezeiten in Anspruch genommen

¹ Siehe zur Typisierung der Kommunen: <https://www.wegweiser-kommune.de/demografietyypen/>.

werden müssen, wenn nicht auf den motorisierten Individualverkehr zurückgegriffen werden kann“ (a. a. O., 196).

Viele HausärztInnen in ländlichen Regionen scheiden zudem in den nächsten Jahren aus Altersgründen aus und bereits heute gibt es Schwierigkeiten, dort ÄrztInnen zu finden. In den nächsten Jahren ist insbesondere bei den AllgemeinmedizinerInnen mit einem überproportionalen altersbedingten Rückgang zu rechnen und diese Entwicklung trifft strukturschwache ländliche Räume besonders hart. Nach Daten der Ärztestatistik waren bereits Ende 2015 über 30 % der berufstätigen AllgemeinmedizinerInnen 60 Jahre und älter. Stellt man die jährlichen Gebietsanerkennungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin den jährlichen Praxisaufgaben gegenüber, so ergibt sich schon daraus ein rechnerisches Defizit von jährlich ca. 1.000 qualifizierten HausärztInnen. Dieses Defizit wird noch dadurch verschärft, dass bei (jungen) ÄrztInnen ein Trend zur Arbeitszeitverkürzung deutlich erkennbar ist und von daher Hausarztpraxen in metropolenfernen Regionen vor besonderen Herausforderungen stehen. In Niedersachsen drohen in verschiedenen Regionen bei den HausärztInnen „bis 2035 aufgrund der demografischen Entwicklung und aufgrund des Trends zur Facharztausbildung eine Unterversorgung. Es müssten rund 5.000 Hausärzte im Jahr 2035 tätig sein, um die Bevölkerung zu versorgen. Tatsächlich werden es nur rund 3.750 sein. Es werden rund 1.250 Hausärzte fehlen. Jede sechste benötigte Hausarztstelle wird nicht besetzt sein“ (KVN 2021, 26).

Der Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen forderte bereits 2014 lokale Gesundheitszentren, um den demografischen Herausforderungen aktiv zu begegnen: Durch die Corona-Krise haben regionale Versorgungszentren einen „Push“ bekommen, allerdings besteht schon länger ein Konsens, dass der demografische Wandel den Aufbau neuer integrierter Versorgungsstrukturen gerade in ländlichen Räumen erfordert. Traditionelle Sektorengrenzen sind dabei keine unüberwindbaren Gräben, integrierte Konzepte werden benötigt. Die drohende Unterversorgung insbesondere in strukturschwachen ländlichen Regionen hat auch die VertreterInnen der Kommunen aktiv werden lassen (etwa den Deutschen Städte- und Gemeindebund), die dem Sicherstellungsauftrag durch die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht mehr überall vertrauen und ergänzende Maßnahmen fordern.

Gerade ländliche Räume im demografischen Umbruch müssen stärker im Feld der gesundheitlichen Infrastrukturen unterstützt werden, was sich die niedersächsische Landesregierung explizit vorgenommen hat. Regionalspezifische Stärken sind in diesem Kontext zu aktivieren und weiterzuentwickeln (z. B. durch Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsinstitutionen vor Ort). Dabei müssen die ausgeprägten Fragmentierungen („Silos“) im deutschen Versorgungsmodell überwunden werden. Stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung sind strikt getrennt und diese Abschottungen werden erst langsam aufgelöst (vgl. Robert Bosch Stiftung 2022). Das System, mit Blick auf Krankheitsbilder und Behandlungsketten integrativ zu organisieren, fällt schwer – auch wenn das Bundesgesundheitsministerium auf die Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung setzt und vor Ort sektorenübergreifende Versorgungskonzepte gefördert werden, die nicht nur „Leuchtturmprojekte“

sein sollen, sondern auf die Regelversorgung zielen. Versorgung sollte unabhängig von Sektorengrenzen dort geleistet werden, wo sie gebraucht wird.

Von der Politik wird verstärkt erwartet, dass die Schnittstellen unterschiedlicher Versorgungssysteme im Sozialraum besser vernetzt werden. Sowohl Kommunen als auch die gemeinnützigen Sozialorganisationen sind in dieser Frage gefordert, zumal in den letzten Jahren die Herausforderungen an die öffentliche Daseinsvorsorge erheblich angestiegen sind. Dies kann am gestiegenen (und weiter steigenden) medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf durch den demografischen Wandel aufgezeigt werden. Im Siebten wie auch im Achten Altenbericht der Bundesregierung wird auf die lokale Ebene und den integrativen Gestaltungsauftrag der Kommunen explizit hingewiesen (vgl. BMFSFJ 2016 und 2020).

Repräsentative Befragungen von Personen über 18 Jahren in Deutschland bestätigen die „Sesshaftigkeit“: Ohne weiteres wechseln Menschen ihren Wohnort nicht und deshalb sind die Kommunen gefordert, für eine gute Daseinsvorsorge zu sorgen. 80 % aller Deutschen und sogar 90 % der Über-65-Jährigen wohnen schon länger als fünf Jahre in ihrem Quartier. Zusammen genommen sagen über 90 % der Befragten, dass sie sich in ihrem Quartier wohl fühlen und von der Politik erwarten, dass sie öffentliche Formen der Daseinsvorsorge insbesondere auch im medizinischen Bereich bereithält (vgl. zusammenfassend Heinze 2020 sowie Neu/Nikolic 2015, ARL 2020). Es ist deshalb eine wichtige Aufgabe der Kommunen, im Sinne der Daseinsvorsorge den öffentlichen Raum so zu gestalten, dass Begegnungen zwischen den dort lebenden Menschen gestärkt werden und sie möglichst lange dort verbleiben können. Gefragt sind nicht nur temporäre Förderungen und Leuchtturmprojekte, sondern langfristig angelegte kooperative Lösungen und neue Finanzierungsmodelle. Als Initiator und Moderator von Steuerungsprozessen kommt den Ländern und Kommunen gerade mit Blick auf integrierte ambulante Versorgungsformen eine entscheidende Rolle zu. Hinsichtlich der Betreuung und Versorgung von in stärkerem Maße auf Unterstützungsleistungen angewiesenen Menschen steht für die Kommunen insbesondere die Aufgabe im Vordergrund, die Verfügbarkeit und Vernetzung professioneller Dienste zu ermöglichen und zu sichern. Kommunale hausärztliche medizinische Versorgungszentren haben allerdings einen beachtlichen Finanzierungsbedarf und stoßen deshalb bei den kommunalen Finanzverantwortlichen teilweise auf Vorbehalte. Aus solchen und ähnlichen Gründen ist zu erklären, dass es in Deutschland noch relativ wenige kommunal getragene medizinische Versorgungszentren gibt. Diesen Herausforderungen werden die Kommunen folglich nur begegnen können, wenn sie Kompetenzen und vor allem finanzielle Ressourcen bekommen, die sie in die Lage versetzen, eine derartige Unterstützung sicherzustellen.

2.2. Bedarfe, Lösungsansätze und Good Practice Beispiele

Mit der fortschreitenden Alterung der Gesellschaft entstehen neue Herausforderungen an die Sicherstellung und Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, wobei die Gewährleistung einer leistungsfähigen medizinischen Versorgung ein wesentlicher Teil staatlicher Daseinsvorsorge ist. Dies gilt für alle Bevölkerungsgruppen und deshalb müssen gerade ländliche Räume auch eine gute medizinische-pflegerische Infrastruktur vorhalten, damit sie auch als Wohnort attraktiv bleiben. Infolge des demografischen Wandels ist speziell eine Zunahme (altersverbundener) Erkrankungen zu beobachten und zukünftig weiter zu erwarten. So wird zum Beispiel die Zahl demenziell erkrankter Personen deutlich steigen. Parallel dazu wird auch die Zahl von Personen mit einem differenzierten und multiplen Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen zunehmen. Ebenso sind immer mehr Menschen von (chronischen) Herz-Kreislauf-Beschwerden betroffen.

„Der sozio-demographische Wandel, das Altern der Bevölkerung, eine Gesellschaft des langen Lebens, der Wandel in den Haushaltsstrukturen, der Wertewandel in der Bevölkerung mit einem stark steigenden Interesse an Dienstleistungen und Produkten für Gesundheit und Lebensqualität und auch der medizinisch-technische wie gesundheitswissenschaftliche Fortschritt lassen den Bedarf und die Nachfrage nach Gesundheit, Medizin, Pflege und Medical Wellness steigen – und ermöglichen ihn gleichzeitig! Politik und Wirtschaft sind gut beraten, nicht nur auf eine notdürftige Sicherung der gesundheitsbezogenen Daseinsvorsorge, sondern darüber hinaus auf einen Ausbau der Gesundheitsangebote in einem ganzheitlichen Verständnis zu setzen“ (Fischer/Hilbert 2021, 80 f.). Vor dem Hintergrund einer zunehmenden Singularisierung (insbesondere) hochaltriger Personen werden Konzepte benötigt, wie auch bei Krankheit oder Pflegebedürftigkeit im Alter die Teilhabe an gesellschaftlichen Prozessen sowie ein möglichst hohes Maß an Selbständigkeit gewährleistet werden können. Es steigen somit die Anforderungen und Ansprüche sowohl an die Daseinsvorsorge als auch die Wohnqualität, vor allem in den Bereichen Sicherheit, Komfort, Bedienbarkeit von technischen Geräten und auch Bezahlbarkeit. Schätzungen gehen davon aus, dass unter 5 % des gesamten Wohnungsbestands in Deutschland altersgerecht ausgestattet sind. Eine Quantifizierung sowohl des Bestands als auch des Bedarfs an barrierefreien bzw. -armen Wohnungen ist aber schwierig. Konsens besteht darin, dass sehr viele Wohnungen incl. des kommunalen Umfeldes altersgerecht zu gestalten sind und auf lokaler Ebene eine Bündelung der regionalen Daseinsvorsorge anzustreben ist.

Die Haushalte in Deutschland sind aber nicht nur kleiner und älter geworden, die primären sozialen Netzwerke sind auch instabiler geworden, weil die traditionellen Großfamilien immer seltener zusammenleben. Wenn auch Erosionserscheinungen hinsichtlich der traditionellen Familie unübersehbar sind, heißt dies jedoch nicht, dass es zwischen den Generationen keine Bindungen mehr gibt. Die meisten erwachsenen Familienangehörigen leben zwar nicht unter demselben Dach, sind aber räumlich zumeist nicht weit

voneinander entfernt und können deshalb vielfältige Unterstützungsleistungen erfahren. Die überwiegende Zahl der Älteren ist noch gut vernetzt und relativ stark sozial engagiert.

Auch die Nachbarschaft kann als ein Identitätsanker wirken, was sich auch im derzeitig viel diskutierten Begriff „Heimat“ widerspiegelt. Angesichts einer komplexer und für den Einzelnen oft schwerer nachvollziehbar werdenden Welt (Globalisierung, Migration, Klimawandel), konzentrieren sich viele Menschen wieder stärker auf das nähere soziale Umfeld, um dort dem Bedürfnis nach Sicherheit gerecht zu werden. Daseinsvorsorge kann aber nicht nur verstanden werden als die Erbringung von Gütern und Dienstleistungen, mit denen die Menschen als passive Empfangende mit Leistungen versorgt werden. Daseinsvorsorge in einem modernen Verständnis ist darauf ausgerichtet, Menschen zu befähigen, ein gutes Leben eigenständig zu führen, am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben und dieses mitzugestalten. Die Kommunen haben in diesem Verständnis die besondere Verantwortung, Akteure und Institutionen zu vernetzen und Teilhabe zu ermöglichen (vgl. ausführlich BMFSFJ 2016).

Die sozialräumliche Fokussierung erfordert auf kommunaler Ebene eine ressortübergreifende Querschnittspolitik. Hier sind alle tangierten Organisationen (von den Kommunen bis zu den Wohlfahrtsverbänden) aufgefordert, der in Deutschland ausgeprägten Gefahr des „Silodenkens“ aktiv zu begegnen, um sowohl Doppelstrukturen zu vermeiden als auch neue Kooperationsformen mit Akteuren aus anderen Handlungsfeldern aufzubauen. Benötigt wird dafür ein Schnittstellenmanagement, in dem z. B. die Kommune mit den zentralen Organisationen (im Bereich der Pflege etwa mit den sozialen Diensten, der Wohnungswirtschaft und den Pflegekassen) eine wichtige Moderations- und Koordinationsfunktion übernehmen könnte. Dabei sollten sowohl die traditionellen Nachbarschaften als auch die neu entstandenen Engagementformen mit einbezogen werden (ein erneuerter „Wohlfahrtsmix“). In diesem Kontext sind in den letzten Jahren viele Modellprogramme aufgelegt worden, allerdings bestehen weniger Wissens- denn Umsetzungsdefizite. Gefragt ist deshalb ein konsistenter Politikansatz, der ressort- und politikfeldübergreifend organisiert sein muss und die lokale Politik zu einem Labor für eine experimentell ausgerichtete Sozialpolitik macht. Die Stärken der traditionellen Wohlfahrtspolitik können genutzt werden, es müssen aber die bestehenden Fragmentierungen etwa in Kostenträger und Leistungserbringer oder Prävention in Richtung einer integrierten Versorgung auf lokaler Ebene mit mehr Durchlässigkeit zwischen den Versorgungsformen überwunden werden.

Bislang dominieren in vielen regionalen und lokalen Projekten zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung jedoch noch immer sektorale Denk- und Handlungsstrategien. „Es werden Teil-Interessen und weniger Gesamt-Interessen mit Gemeinwohldominanz bearbeitet. Einzelne Berufsgruppen, Leistungsanbieter oder Gesundheitsreformer bearbeiten ihre innovativen Leuchttürme, ohne dass die Mit-Gestaltungsmöglichkeiten der gesetzlich und politisch Verantwortlichen in den Regionen zuvor ausgelotet wurden. Auch bei der Konzeptentwicklung und dessen Umsetzung werden oder waren sie in der Regel nicht beteiligt“ (Lang 2021, 116). Der insbesondere aus demografischen Gründen notwendige Aufbau einer neuen Versorgungsinfrastruktur auf kommunaler Ebene muss auch vor dem Hintergrund gewan-

delter Sozialstrukturen betrachtet werden. Ohne quartiersnahe Versorgungskonzepte und einen Welfare-Mix wären hilfs- und pflegebedürftige Ältere oft alternativlos auf eine Heimunterbringung angewiesen. Da sich die Möglichkeitsräume mit steigendem Lebensalter zusehends verringern, braucht es in den Quartieren kleinteilige Versorgungsstrukturen, die es älteren Menschen ermöglichen, Versorgungs- und Dienstleistungen in für sie erreichbaren Distanzen zu erhalten und im Nahbereich um ihre Wohnung herum soziale Kontakte zu erleben und zu pflegen (vgl. u. a. die Beiträge in Jacobs et al. 2021).

Es steigen also die Herausforderungen für die medizinische und soziale Versorgung, insbesondere für die kommunale Ebene. Durch die Corona-Krise wurde deutlich, wie wichtig eine gesundheitliche Versorgung vor Ort ist. Der Blick sollte dabei nicht nur auf die Krankenhauslandschaft gerichtet sein, vielmehr gilt es auch, insgesamt vor Ort die medizinische Daseinsvorsorge zu stärken. Als Treiber in dieser Richtung wirken die ohnehin sich abzeichnende Ambulantisierung und Personalisierung der Medizin sowie der Trend zu einer integrierten (sektorenübergreifenden) Versorgung. In diese Richtung gehen auch die Forderungen und Empfehlungen vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA). „Eine effiziente, bedarfsgerechte und auf den Sozialraum hin ausgerichtete pflegerische Versorgung muss die bisher dominanten System- und Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung überwinden. Insofern gilt es, die Leistungen aus unterschiedlichen Sektoren aufeinander zu beziehen, eine übergreifende Hilfeplanung zu institutionalisieren und auf diese Weise eine effiziente, personenzentrierte Versorgung zu ermöglichen“ (Klie et al. 2021, 4).

Dass den Kommunen zunehmend eine wichtige Koordinierungsaufgabe in der Gesundheitsversorgung zukommt, wird in wissenschaftlichen Beiträgen schon seit Jahren gefordert. „Die Kommunen können beinahe schon als eine Art Spinne innerhalb des Netzes der Gesundheitsversorgung angesehen werden; möchte man, dass das Netz immer dichter gesponnen wird, dass also immer mehr Koordinierung stattfindet, so erscheint es naheliegend, damit (um in diesem Bilde zu bleiben) die Spinne zu betrauen“ (Burgi 2013, 102). Für die Bereitstellung und Gewährleistung ärztlicher Leistungen auf kommunaler Ebene sind formalrechtlich die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des Öffentlichen Rechts zuständig (die „Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten“ nach Par. 75 Abs. 1 S. 1 Sozialgesetzbuch V). Die KVen erfüllen ihr Sicherstellungsmonopol durch die zugelassenen VertragsärztInnen, wobei diese Zwangsmitglieder der jeweiligen KV sind. Da sich aber Versorgungsengpässe in vielen Kommunen zeigen, ist ein kooperatives Miteinander der AkteurInnen und eine Kultur der Zusammenarbeit gefragt.

Eine regional und lokal integrierende gesundheitspolitische Strategie wird auch explizit von der durch das Land Niedersachsen gegründeten Expertenkommission „Niedersachsen 2030“ empfohlen, die die integrierte Versorgung gerade in ländlichen Regionen als Regelversorgung priorisiert. „Ziel ist es, eine fragmentierte Gesundheitsversorgung in Zukunft zu vermeiden, da diese die heutigen ökonomischen und gesundheitspolitischen Anforderungen nicht mehr erfüllt. Ein Nebeneinander der Leistungen von Krankenhäusern, Fach- und Hausärztinnen bzw. -ärzten sowie anderer Leistungs-

erbringer wird den aktuellen demografischen Entwicklungen nicht mehr gerecht und ist nicht effizient: Diskontinuität in der Behandlung, Trennung der ambulanten und stationären Versorgung, mangelnder Informationsaustausch zwischen Behandlungssettings sowie Unübersichtlichkeit der Behandlungsangebote und deren Kostenübernahme erweisen sich als besonders ineffektiv. Zur Bewältigung gegenwärtiger gesellschaftlicher Herausforderungen sind vielmehr eine Spezialisierung der Leistungserbringer sowie die Ausarbeitung intrasektoral und sektorenübergreifend abgestimmter Behandlungskonzepte, eine personalisierte Medizin, eine stärkere Digitalisierung sowie die Nutzung telemedizinischer Konzepte erforderlich. Die Integrierte Versorgung muss zur Regelversorgung für Regionen weiterentwickelt werden“ (Kommission Niedersachsen 2030 2021, 59; vgl. auch die Beiträge in Brandhorst et al. 2017 sowie Lange 2020).

In diesem Kontext sind auch explizit und wie erwähnt die Chancen einer digitalen Daseinsvorsorge zu betrachten, die in den letzten Jahren und insbesondere durch die Corona-Krise einen Schubs in allen Lebensbereichen bekommen haben. Im Feld der sozialen Daseinsvorsorge wurden dadurch neue Voraussetzungen für soziale und kulturelle Teilhabe geschaffen. „Zum Beispiel kann die Digitalisierung helfen, dem Problem des Landarztmangels zu begegnen und durch telemedizinische Angebote und eine bessere Vernetzung des ambulanten und des Pflegesektors die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen weiterzuentwickeln. Schließlich kann digitale Daseinsvorsorge auch die Bildungs- und Arbeitsbedingungen der lokalen Bevölkerung verbessern, indem freies WLAN im Stadtkern, Co-Working-Spaces mit digitalem Anschluss und digitale Multifunktionshäuser geschaffen werden, die verschiedene Angebote der Daseinsvorsorge bündeln (z.B. Bildung und Weiterbildung, Kita- und sonstige Betreuung, Beratung, Mütter- und Jugendzentren und Dorfgemeinschaftsräume). Solche öffentlichen Räume mit digitalem Anschluss werden insbesondere für den ländlichen Raum als Möglichkeit gesehen, die Chancen der Digitalisierung möglichst vielen Bürger:innen zukommen zu lassen und sozial-, wirtschafts- und strukturpolitische sowie umweltpolitische Ziele gleichermaßen zu realisieren“ (Klenk 2021, 160; vgl. auch Buhr/Frankenberger 2021).

Gerade mit Blick auf eine gleichwertige Daseinsvorsorge in den unterschiedlichen Teilräumen in Niedersachsen wird die integrierte medizinische Versorgung als Zukunftsmodell gesehen. In diesem Rahmen wird auf Bundesebene die Einrichtung eines „Zukunftsfonds für regionale Gesundheit“ gefordert, um insgesamt die Vernetzung im Gesundheitssystem zu stärken. In die gleiche Richtung argumentiert die vom Niedersächsischen Landtag in der 18. Wahlperiode eingesetzte Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“ (Drucksache 18/8650 vom 22.02.2021). Das Land hat sich hierzu u. a. durch die regionalen Versorgungszentren als Modellprojekte zur Verbesserung der medizinischen Daseinsvorsorge deutlich positioniert.

Die kommunale Verantwortung für ein soziales Miteinander und für alle Generationen und Gruppen wird zwar oft proklamiert, deren konkrete Umsetzung ist aber eine große Herausforderung für alle Kommunen. „Trotz der Tendenz einer Verlagerung sozialpolitischer Aufgaben auf die zentralstaatliche Ebene (so durch die Einführung der Pflegeversicherung und durch die gemeinsam mit dem Bund getragene Grundsicherung für Arbeitsuchende)

sind immer noch die Kommunen hauptzuständig für die soziale Infrastruktur der Gesellschaft und für die Daseinsvorsorge. In ihre Verantwortung fällt die Sicherstellung eines bedarfsgerechten und bürgernahen Angebots an sozialen Einrichtungen und Dienstleistungen. Zugleich sind sie örtliche Träger der Sozialhilfe und der Jugendhilfe. Die Kommunen – kreisfreie Städte, (Land)Kreise und kreisangehörige Städte – regeln in Selbstverwaltung alle Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, soweit nicht Bund oder Länder zuständig sind. Zu den wichtigsten Aufgaben zählen soziale Leistungen, Kultur, Gesundheit, Sport und Erholung, Straßenbau und Verkehrswesen, Energie- und Wasserversorgung, Stadtreinigung, öffentliche Ordnung, Bau- und Wohnungswesen sowie Wirtschaftsförderung“ (Bäcker et al. 2020, 97).

Allerdings scheuen sich aufgrund fehlenden Personals und auch Kompetenzen bislang viele Kommunen, stärker in die medizinische und pflegerische Versorgung mit eigenen Angeboten einzusteigen. Dies gilt nicht nur in Niedersachsen, sondern bundesweit. „Bislang sind die Kommunen vor allem präsent als Krankenträger (also im stationären Bereich) und über Angebote in den Bereichen Prävention und Rehabilitation. Hinzu kommt die ihnen auf Kreis- bzw. Stadtkreisebene zugewiesene Funktion als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (der Gesundheitsämter). Im ambulanten Bereich der kurativen Medizin verfügen sie im Grunde über keine relevanten Kompetenzen. Teilweise wird versucht, eine Koordinierungskompetenz aufzubauen“ (Burgi/Igl 2021, 163; vgl. auch Lang 2021). Es ist deshalb erforderlich, „das Interesse der kommunalen Entscheidungsträger für diese Thematik zu wecken und ihre Kompetenzen und ihr Wissen zu erweitern. Hieraus kann zumindest eine bessere Verknüpfung der Angebote von Primärversorgungszentren mit kommunalen Dienstleistungen bzw. Diensten erwachsen. So kann die Arbeit der Zentren unterstützt werden – beispielsweise durch eine kooperative Ausrichtung kommunaler Hilfs- und Beratungsangebote, eine Öffnung von Kindertagesstätten für Zentrumsangebote zur Gesundheitsförderung, eine intensiviertere Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine derartige Ausgestaltung der Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs, dass eine gute Erreichbarkeit der Primärversorgungszentren auch für die Bevölkerung aus weiter entfernten Orten oder Ortsteilen gegeben ist. Überlegungen, die Rechte und Kompetenzen der kommunalen Ebene im SGB V bspw. im Hinblick auf Planungs- und Zulassungsentscheidungen im ambulanten Versorgungsbe- reich zu erweitern, können unabhängig davon verfolgt werden“ (Robert Bosch Stiftung 2021, 71 f.).

In allen europäischen Ländern gewinnt die lokale Ebene als gesundheitliche und pflegerische Versorgungsinstanz an Bedeutung. In verschiedenen vergleichbaren Ländern sowohl mit einer langen Erfahrung in einer stärkeren Ausrichtung des Gesundheitssystems an Primärversorgungsstrukturen vor Ort (wie bspw. in Finnland oder Kanada) als auch in anders strukturierten Versorgungsstrukturen (wie in Österreich oder Frankreich) sind in den letzten Jahren intensive Entwicklungsaktivitäten in dieser Richtung zu konstatieren. Diese neuen Primärversorgungsmodelle in den Kommunen werden auf Basis der OECD durch „folgende vier Merkmale charakterisiert:

- multidisziplinäre oder interprofessionelle Verfahren mit einem Mix unterschiedlicher primärversorgender Berufe, unterschiedlicher Modelle der Teamarbeit und unterschiedlicher Zielgruppen.

- umfassende Gesundheitsleistungen in der Gemeinde mit vielfältigen Dienstleistungen, die von Leistungen der Prävention und Gesundheitsförderung über die Kuration, die Rehabilitation und das Management chronischer Erkrankungen bis hin zur Unterstützung des Selbstmanagements reichen.
- bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmanagement, welches üblicherweise auf Risikostratifizierungen durch EDV basiert.
- Einbindung der Patienten im Rahmen von Shared Decision-Making“ (Robert Bosch Stiftung 2021, 23 nach OECD 2020; vgl. zu Schweden auch Evers et al. 2018).

Gerade weil die Steuerungsressourcen zunehmend regional ungleich verteilt sind, stehen in Deutschland der Bund und die Länder in der Verpflichtung, den Kommunen Unterstützung zu leisten, um die Ausgestaltung der medizinischen Daseinsvorsorge zu aktivieren. Gerade in ländlichen Regionen, die nicht die Nähe zu Großstädten haben, ist es gegenwärtig außerordentlich schwierig, freierwerdende Hausarztpraxen zu besetzen. Manche Kommunen bieten deshalb „Handgelder“ sowie mietfreie Räume an. Trotzdem gehen einzelne Kommunen bislang leer aus, da die Attraktivität der Städte stärker wirkt. Die Robert Bosch Stiftung präferiert deshalb als zukunftsfähiges Versorgungsmodell patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung auf kommunaler Ebene (bspw. im Rahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes), in denen neben dem ärztlichen Personal auch qualifizierte Pflegefachpersonen in der Primärversorgung tätig werden. Diese „Community Health Nurses“ können in einem Medizinischen Versorgungszentrum oder direkt bei einer Kommune beschäftigt sein (vgl. ausführlich Burgi/Igl 2021).

Bezogen auf die Bundesländer ergibt sich mit Blick auf die Hausarztversorgung für die nächsten Jahre folgendes Bild: „Insgesamt ergibt sich eine Bandbreite von einem Rückgang von bis zu 60 % (z. B. in Teilen Niedersachsens und Sachsens) bis hin zu einer Zunahme von bis zu 40 % (vorrangig in Teilen Brandenburgs und Sachsen-Anhalts). Zu einer kräftigen Zunahme der Hausarztichte kommt es, wenn in einer Region gegenwärtig viele Hausarztstühle unbesetzt sind, die bis 2035 besetzt werden, und relativ wenige Hausärzte altersbedingt ausscheiden. Der durchschnittliche hausärztliche Versorgungsgrad in Deutschland sinkt von 102 % (2019) auf 90 % (2035). 75 der 401 amtlichen Kreise (das sind 19 %) wären dann im Jahr 2035 hausärztlich unterversorgt, da sie einen Versorgungsgrad von unter 75 % aufwiesen. Sie verteilen sich über fast alle KV-Regionen bzw. Bundesländer“ (Robert Bosch Stiftung 2021, 41; vgl. zu Niedersachsen auch Reimann 2021).

Die medizinische Versorgung ist auch in Niedersachsen räumlich sehr unterschiedlich und pauschal kann man nicht von „den“ ländlichen Regionen sprechen. In der Umgebung von größeren Städten oder auch kleineren wachsenden Städten (z. B. Universitätsstädte) sieht die Ärzteversorgung besser aus als in eher strukturschwachen Räumen. Allgemein haben regionale Disparitäten (auch in Niedersachsen) in den letzten Jahren zugenommen und zu den „Verlierern“ zählen strukturschwache ländliche Räume ohne starke Industrien oder Wissensinfrastrukturen. „Dazu zählen insbesondere Südniedersachsen (außer der Stadt Göttingen), weite Bereiche von

Nord-Ost (insbesondere die zentrumsfernen Kreise Uelzen, Lüchow-Danzenberg) und der niedersächsische Küstenraum (insbesondere Wilhelmshaven, Cuxhaven)“ (Brandt/Jung 2020, 36).

Dies spiegelt sich auch in Niedersachsen in der Ausstattung mit Dienstleistungen wider. „Einzelne ländlich-periphere Regionen drohen bei der Versorgung mit ÖPNV, Gesundheitsdienstleistungen oder Einzelhandel den Anschluss zu verlieren“ (dies., 37). Deshalb müssen dort Ankerpunkte der Daseinsvorsorge aufgebaut werden. Daher arbeitet die niedersächsische Landesregierung, allen voran das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europangelegenheiten und Regionale Entwicklung, gezielt daran, in diesen von der wirtschaftlichen Dynamik eher zurückhängenden Regionen verstärkt sowohl die „harten“ als auch die „weichen“ Standortfaktoren zu stärken (vgl. Honé 2020 sowie Beckmann 2020). Zur Attraktivitätssteigerung gehören zentral die gesundheitlichen Infrastrukturen, d. h. allen voran eine gute medizinische und pflegerische Versorgung vor Ort sowie gute Kinderbetreuungsmöglichkeiten zu schaffen bzw. abzusichern.

Konkret bezogen auf Niedersachsen wurde im Herbst 2020 eine Studie vorgelegt, die für einzelne Regionen die Hausärzteversorgung prognostiziert. „Der hausärztliche Versorgungsgrad wird im Jahr 2035 in fast allen Planungsbereichen die Marke von 100 % unterschreiten. Wie bereits im Jahr 2019 wird die Versorgung in ländlichen Mittelbereichen im Durchschnitt schlechter sein als in städtisch geprägten Mittelbereichen. Ein Großteil dieser ländlichen Mittelbereiche wird von Unterversorgung bedroht sein (<75 %). Die Regionen Bremen/Oldenburg, Hannover, Göttingen sowie der Nordosten Niedersachsens werden hingegen eine vergleichsweise bessere hausärztliche Versorgung aufweisen. Aufgrund unterschiedlicher regionaler Dynamiken ist die Entwicklung in den einzelnen Mittelbereichen jedoch durchaus heterogen“ (Thomsen et al. 2020, 16 f.).² Während die vorliegende Studie für Niedersachsen einen Rückgang der Hausarztichte bis 2035 um 26 % gegenüber 2019 prognostiziert, kommen andere Untersuchungen bei isolierter Betrachtung von Niedersachsen auf einen zwar etwas geringeren Rückgang (22 %), dennoch verbleiben die Rückgangsprognosen über 20 % für die nächsten Jahre und skizzieren damit eine große Herausforderung für die hausärztliche Versorgung in ausgewählten Regionen. Über die bislang favorisierten Gegenstrategien, wie die Erhöhung der Zahl der Medizinstudieneplätze und die Einführung von Landarztquoten, werden wegen der langen Ausbildungszeiten in den nächsten fünf bis acht Jahren allerdings keine spürbaren Entlastungen gerade bei der medizinischen Primärversorgung durch HausärztInnen eintreten.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass sich die Stimmen mehren, die eine Stärkung der medizinischen Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene fordern. Diese Forderungen kommen von den schon jetzt betroffenen Kommunen und aus der dort ansässigen Bevölkerung, die in den allermeisten Fällen „sesshaft“ sind und auch im Alter in der lokalen Umgebung verweilen wollen. Dies bestätigen neue empirische Forschungsergebnisse aus dem Datenreport 2021: „Aber auch die Qualität der Wohnumgebung ist für ältere Menschen ein wichtiger Faktor bei der Bewertung ihrer Wohnsituation. Eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr ging

² Thomsen et al. (2020) zeigen auch die voraussichtlichen Veränderungen des hausärztlichen Versorgungsgrades von 2019 zu 2035 eindrücklich auf (vgl. das Schaubild auf S. 40).

mit einer besseren Bewertung einher. Umgekehrt führte ein Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Apotheken in der näheren Wohngegend zu einer schlechteren Bewertung“ (Hoffmann et al. 2021, 92). Um diese medizinische Daseinsvorsorge vor Ort auch in den oft schrumpfenden Regionen aufrechtzuerhalten, wird es einerseits auf günstige kommunale und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen ankommen. Andererseits müssen aber auch die zentralen „Player“, die ÄrztInnen, dafür begeistert werden, in diese Orte zu gehen. Hier wird in einer Studie der Robert Bosch Stiftung durchaus eine positive Resonanz bei dieser Gruppe gesehen. Vielen ist bewusst, dass die klassischen hausärztlichen Versorgungsstrukturen mit einer Einzelpraxis sich in immer mehr Regionen bereits aufgelöst haben – auch weil die NachfolgerInnen nicht mehr sieben Tage in der Woche quasi rund um die Uhr zur Verfügung stehen wollen. „Die teilweise Weiterentwicklung der primären Versorgungsstrukturen in Gesundheitszentren mit lokaler Verwurzelung, teambasierten Arbeitsmodellen und Angeboten auch für die Arbeit in Anstellung und/oder in Teilzeit o. Ä. wird insbesondere auch von den Medizinstudierenden begrüßt. Diese Gruppe wird letztlich den Ausschlag geben, wenn es darum geht, ob es in Deutschland gelingt, tradierte Rollenmodelle aufzubrechen, teambasierte Arbeitsformen zu leben und die Vorstellungen von einer modernen Primärversorgung auch in der Kommune und bei anderen lokalen Akteuren zu verankern. Der moderne Primärversorgungsansatz ist auch inhaltlich attraktiv. Es liegt im originären Interesse auch der jungen Ärzte, ihr Arbeitskontingent zu entlasten und sich intensiver der Versorgung und der adäquaten Koordination medizinisch besonders anspruchsvoller Patienten widmen zu können“ (dies. 2021, 61; vgl. auch Lubbe 2021 sowie mit konkretem Bezug auf Niedersachsen Schneider et al. 2021).

Um die Defizite im Feld einer integrierten gesundheitlichen Versorgung vor Ort zu mildern, können in Deutschland seit 2004 auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) helfen, die an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung eingerichtet werden. Hier arbeiten ÄrztInnen und weitere Heilberufe zumeist im Angestelltenmodell miteinander und bieten medizinische Versorgung an. Viele MVZ sind in „Kleinstädten und Grundzentren und damit in der Fläche verankert. Wesentlich ist zudem nicht nur der Beitrag, der direkt für die Regionen geleistet wird. Vielmehr sind professionelle Kooperationen allgemein attraktiver für den Ärztenachwuchs und bieten durch die Verbindung mehrerer Ärzte und Fachrichtungen interessante Weiterbildungsstellen und Arbeitsplätze. Schließlich heißt es nicht umsonst, dass die jungen Ärzte vor allem nicht mehr Einzelkämpfer sein wollen. In der Konsequenz gelingt es MVZ-Strukturen auch auf dem Land oft leichter, junge Mediziner und medizinische Fachangestellte anzuziehen und damit auch für die Zukunft Fachkräfte in der Region zu halten“ (Müller 2020, 55; vgl. zu Praxismodellen integrierter medizinischer Versorgungszentren Weatherly et al. 2007).

Mittlerweile haben sich zugelassene medizinische Versorgungszentren auch in westdeutschen Ländern ausgeweitet. Während 2005 nur knapp 700 angestellte ÄrztInnen in MVZ tätig waren, sind es Ende 2020 bundesweit knapp 22.000 (die Gesamtzahl der MVZ ist von 70 auf rund 3.500 Ende 2019 gestiegen) und auch die Eigentumsverhältnisse haben sich ausdifferenziert. „Von den heute ca. 3.500 zugelassenen MVZ sind 10% bis maximal 15% MVZ mit Kapitalbeteiligung. Dies bedeutet keine monopolistische Marktstellung. In MVZ mit Kapitalbeteiligung sind nur etwa 1,4% bis 2,0% aller in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzte beschäftigt“ (Neubauer et

al. 2020, 85; vgl. auch Gerlinger 2021, 198 ff.). Wie eine Studie zu MVZ im Bereich der KV Bayern zeigt, erzielen MVZ im Eigentum von FinanzinvestorInnen im Vergleich höhere Honorarumsätze. Nach den Autoren der Studie stützt dies „die These einer stärkeren Ausrichtung an ökonomischen Motiven“ (Tisch/Nolting 2021, 119), was weiter kritisch beobachtet werden muss und implizit auch ein Argument für die Ausweitung kommunal getragener MVZ darstellt. In einer weiteren Expertise der Robert Bosch Stiftung wird auch explizit auf die Rolle der Kommunen für die ärztlichen Niederlassungen im ländlichen Raum hingewiesen. Zwar sind demnach einige Kommunen derweil noch nicht bereit, sich im Bereich der ambulanten Versorgungen einzubringen, da noch immer grundlegendes Wissen darüber fehlt, „[m]it zunehmender Unterversorgung wird diese Zurückhaltung [aber] aufgegeben werden, da die Primärversorgung als Standortvorteil und regionale Entwicklungsvoraussetzung erkannt wird“ (Robert Bosch Stiftung 2022, 22).

Durchschnittlich arbeiten in jedem der MVZ 6,2 ÄrztInnen, wobei fast zwei Drittel der angestellten ÄrztInnen in Teilzeit tätig sind (KBV 2020). In Niedersachsen existierten im Herbst 2021 „341 MVZ. 171 davon sind in der Trägerschaft von Krankenhäusern, 113 in der Trägerschaft von Vertragsärzten und 57 werden von sonstigen Trägern betrieben. 2.002 Ärzte arbeiten in MVZ – davon 61,1 Prozent in Krankenhaus-MVZ, 25,9 Prozent in Vertragsarzt-MVZ und 13 Prozent in MVZ sonstiger Träger“ (KVN 2021, 15). Kommunen und Kreise können ebenfalls Träger dieser Gesundheitseinrichtungen sein, allerdings gibt es nur wenige und wenn, dann sind sie zumeist indirekt als Träger von Krankenhäusern dabei. Hervorzuheben ist bei direkter Trägerschaft der Landkreis Darmstadt-Dieburg, der mehrere MVZ betreibt. „Die anderen bisherigen kommunalen Gründungen – etwa zwei Handvoll – gehen von Kleinstgemeinden aus, die auf diese Weise versuchen, lokale Versorgungsengpässe zu verhindern. [...] Durch die wachsenden Versorgungsprobleme in ländlichen Räumen können dort verortete MVZ auch schneller mit Konzepten, wie beispielsweise Agnes2, Moni oder VERAH, also der Durchführung von Hausbesuchen durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal reagieren. Zentral geführte MVZ-Netzwerke können mit Zweigpraxen die ambulante Versorgung in den umliegenden Dörfern koordinieren und dadurch oft flexibel auf lokale Engpässe reagieren. Grundsätzlich lassen sich auch technische Neuerungen im Team besser stemmen, rechnen sich dort schneller und können gegebenenfalls auch professioneller gepflegt werden. Diese Themen sollten/könnten MVZ als Kompetenzbereich künftig stärker ausbauen. Ihre Stärke liegt klar in der Strukturstabilität“ (Müller 2020, 57).

Oft wird im Rahmen kommunal betriebener medizinischer Versorgungszentren das Ärztezentrum Büsum gGmbH in Schleswig-Holstein genannt, das 2015 als bundesweit erste kommunale Eigeneinrichtung mit dem Ziel der medizinischen Versorgung der BürgerInnen und der UrlauberInnen gegründet wurde. Derzeit arbeiten sechs ÄrztInnen im kommunalen medizinischen Versorgungszentrum und kooperieren mit anderen GesundheitsdienstleisterInnen, um in Büsum eine integrierte Gesundheitsversorgung zu bieten. Auch in anderen „alten“ Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen) sind inzwischen MVZ eingerichtet worden und es gibt weitere Initiativen zur Gründung von kommunalen medizinischen Versorgungszentren insbesondere in ländlichen Regionen: bspw. im hessischen Landkreis Darmstadt-Dieburg (vgl. Schellhaas 2020), der mit seinen kommunalen MVZ ebenfalls Facharztsitze aufkauft. Zudem entstehen auch

erste interkommunale medizinische Versorgungszentren. Wie auch in den niedersächsischen Modellprojekten zielt das interkommunale MVZ Vogelsberg mit zwei Betriebsstätten auf eine Vernetzung mit den lokalen AkteurInnen der Medizin, der Pflege und des Sozialen, um einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zu den angebotenen Leistungen zu ermöglichen. Mittelfristiges Ziel ist ein lokales Gesundheitszentrum, in dem vielfältige Beratungs- und Hilfeleistungen gebündelt angeboten werden.

Auf die sich ausbreitende Unterversorgung mit Haus- und FachärztInnen in verschiedenen ländlichen Regionen wird in den meisten Fällen zunächst mit Werbekampagnen und Ansiedlungsangeboten für MedizinerInnen reagiert. So auch im hessischen Rheingau-Taunus-Kreis, wo man sich insbesondere um AllgemeinmedizinerInnen (bspw. mit Stipendien, um sie auf das Land zu „locken“) bemüht. Hintergrund ist der in Umfragen festgestellte Wunsch in der Bevölkerung nach einer zukunftsfähigen ambulanten hausärztlichen Versorgung vor Ort (bspw. auch in medizinischen Versorgungszentren). „Eine Bürgerumfrage hatte zu Beginn des Jahres ergeben, dass fast drei Viertel der Befragten den größten Handlungsbedarf bei der Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung sehen. Für mehr als die Hälfte war zudem die Gewinnung von Pflegefachkräften vorrangig, und knapp 50 Prozent erhoffen sich kürzere Wartezeiten, wenn es um einen Termin beim Facharzt geht. Auch deshalb plädierte jeder dritte Befragte für den Ausbau sogenannter Medizinischer Versorgungszentren“ (Bock 2021, 43).

In Baden-Württemberg wurde Ende 2021 das erste kommunal betriebene medizinische Versorgungszentrum in Bad Säckingen (Landkreis Waldshut) eröffnet. Es sieht sich – so der Bürgermeister – sowohl als Antwort auf das Problem der alternden Bevölkerung als auch als neues Arbeitsmodell für ÄrztInnen, die auch in Teilzeit tätig sein können und von Verwaltungstätigkeiten entlastet werden (vgl. Guhl 2022). Strategisch werden kooperative, sektorenübergreifende Versorgungsformen angezielt (ambulante ärztliche Versorgung, Pflege, Therapie und Beratung unter einem Dach). Die Alterung der Bevölkerung wird nicht nur an diesem Ort die Nachfrage nach einer sicheren Gesundheitsversorgung in den kommenden Jahren weiter ansteigen lassen. Grundsätzlich steigt der Bedarf an medizinischen Leistungen, auch wenn die Gesamtbevölkerung abnimmt, da die Zahl älterer Menschen ansteigt. Gerade mit Blick auf die hausärztliche Versorgung werden zukünftige Probleme erwartet und Handlungsbedarf konstatiert. „Aus Sicht der Raumordnung mit ihrem Anspruch zur Wahrung und Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse in allen Teilräumen müssen die bereits bestehenden und die sich durch künftige Schließungen abzeichnenden Versorgungsdefizite sehr kritisch betrachtet werden. Viele dünn besiedelte Regionen haben bereits mit Entleerungsproblemen zu kämpfen. Erreichbarkeitsdefizite hinsichtlich der Einrichtungen des Gesundheitssystems, wie zum Beispiel der pädiatrischen Versorgung und der Geburtshilfe, führen hier zu einem weiteren Attraktivitätsverlust, vor allem für junge Familien. Diese Räume sind zusehends mit einer Negativspirale der Raumentwicklung konfrontiert, in der eine Abnahme und Überalterung der Bevölkerung zunächst zu einer schlechteren Auslastung der Infrastruktur, dann zu einem Abbau von Infrastruktur, zu Attraktivitätsverlust und schließlich zu weiterer Abwanderung führt“ (Lackmann/Pütz 2020, 48).

Niedersächsische Kommunen bemühen sich ebenfalls seit einiger Zeit um die Besetzung von Hausarztstellen und richten sich auch an Studierende

der Medizin, um ihren Ort anzupreisen. Die Palette ist vielfältig und reicht von Stipendien für Studierende der Humanmedizin bis hin zu einer einmaligen Niederlassungsförderung. Da dies inzwischen viele Kommunen machen, bleiben die Anreize zumeist ohne große Wirkungen und deshalb haben einzelne Kommunen selbst medizinische Versorgungszentren eingerichtet. So beschloss der Rat der Stadt Werlte 2016 die Gründung eines MVZ in eigener Trägerschaft, das 2018 eröffnet wurde. Ein Garant für den Erfolg des ersten niedersächsischen medizinischen Versorgungszentrums in kommunaler Trägerschaft war „ein großes gesellschaftliches Engagement in Werlte. Mit Blick auf ein über die allgemeinmedizinische Versorgung hinausgehendes und sektorenübergreifendes Leistungsangebot des Gesundheitswesens entschied sich die in Werlte ansässige Hümmlinger Volksbank eG parallel zu den vom Stadtrat beschlossenen MVZ-Gründungsabsichten, eine Immobilie in zentraler und gut erreichbarer Lage als Gesundheitszentrum zu errichten, in der die MVZ-Werlte (kAöR) inzwischen als Mieter die benötigten Räumlichkeiten gefunden hat. Im Gesundheitszentrum Werlte (GZW) sind daneben eine Zahnarztpraxis, eine Praxis für Psychotherapie, eine Praxis für Physiotherapie, eine Praxis für Logopädie, ein Sanitätshaus sowie ein Fachgeschäft für Augenoptik und Optometrie beheimatet“ (Rüve 2019; sh. auch www.mvz-werlte.de) Zur Samtgemeinde Werlte gehört auch die Gemeinde Vrees mit über 1.800 Einwohnern, die sich bundesweit durch ein integratives gesundheits- und altersbezogenes Projekt vor Ort auszeichnet. Hier entstand mitten im Ortskern „ein Bürgerhaus als Multifunktionshaus für Jung und Alt mit einer Tagesbetreuung. Ergänzend dazu sind in zentraler Lage barrierefreie Wohnungen für ältere Menschen, die gerne mit anderen zusammenleben möchten, entstanden. Der soziale Zusammenhalt, die Nachbarschaftshilfe sowie ein generationsübergreifender Dialog und die Stärkung und Förderung sozialer Netzwerke gehören heute schon zu festen Bestandteilen der lokalen Aktivitäten“ (Projekt Netzwerk Ländliche Räume o. J.). Hinzugekommen ist 2021 ein ambulantes Pflegehaus mit zwölf Wohneinheiten, das auch über eine speziell für ältere Menschen entwickelte digitale Kommunikationsplattform verfügt (siehe dazu: <https://www.arl-we.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/pflegehaus-in-vrees-eingeweiht-202418.html>).

In diesem Best-Practice-Beispiel liegt der Schwerpunkt auf dem Altwerden und pflegerischen Versorgungsaspekten in einer ländlich geprägten Gemeinde und weist auf die Wirkung eines koordinierten politischen Handelns und effizienter Kooperation mit allen Partnern vor Ort hin. Insofern gelten die Erfolgsfaktoren auch für regionale Daseinsvorsorgezentren. Bei den medizinischen Versorgungszentren in ländlichen Regionen kommt aber derzeit hinzu, dass es allgemein schwierig ist, ÄrztInnen zu finden. Es entscheiden sich generell immer weniger Medizinstudierende für die hausärztliche Tätigkeit in nicht-urbanen Regionen, vor allem wegen ausgeprägter Arbeitszeiten und geringeren Verdienstmöglichkeiten. Deshalb bedarf es besonderer Anreize, um junge ÄrztInnen in ländliche Hausarztpraxen zu bekommen, wobei bislang noch nicht hinreichend erforscht ist, welche Kausalfaktoren bestehen. Allein über monetäre Verdienstmöglichkeiten wird die Rekrutierung aber wohl nicht gelingen; hinzukommen müssen bspw. flexible Arbeitszeitmodelle und Kinderbetreuungsmöglichkeiten. Aus Experimenten wurde abgeleitet, „dass Kommunen durch eine Verbesserung des Schul- und Betreuungsangebots die Niederlassungsbereitschaft auf dem Land wesentlich steigern können. Die Herausforderungen der Kinderbetreuung erklären zu-

mindest teilweise den Trend zur Kooperation mit anderen Ärzten als Entscheidungskriterium einer Niederlassung weg von der Einzelpraxis. Eine geringere Anzahl an Rufbereitschaften bzw. die Möglichkeit, diese (gegen Bezahlung) abzutreten, wurde ebenfalls als Entscheidungsfaktor hervorgehoben“ (Thomsen et al. 2020, 20). Ebenfalls gibt es positive Hinweise auf die Rolle von Praktika in ländlichen Arztpraxen, weil hierüber ein für die angehenden ÄrztInnen realistisches Bild über das Landleben und die zukünftige Tätigkeit vermittelt werden kann.

Es wird immer wieder hervorgehoben, dass in den regionalen Versorgungszentren von Anfang an eine Kooperation mit Trägern aus anderen Bereichen der gesundheitlichen Versorgung angestrebt werden sollte (z. B. Pflegeeinrichtungen, Präventions- und Physiotherapieeinrichtungen etc.), was auch in den Modellvorhaben in Niedersachsen schon im Gründungsstadium praktiziert wird. Dazu gehört ebenfalls eine Vernetzung mit stationären medizinischen Einheiten (Krankenhäusern), um Versorgungssicherheit für die Bevölkerung und den Bestand der medizinischen Infrastruktur insbesondere für ländliche Regionen zu sichern.

Hier kann die Telemedizin auch verstärkt genutzt werden, die durch die Corona-Pandemie ohnehin bedeutungsvoller geworden ist und ihre Potentiale jetzt auch real beweisen konnte (bspw. sind telemedizinische Komponenten wie etwa Videosprechstunden ohne Probleme möglich). 2015 wurden auf Bundesebene mit dem Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen E-Health-Optionen wesentlich erweitert bzw. abgesichert. Hierin sind u. a. die Einführung des elektronischen Medikationsplans, des elektronischen Arztbriefes und des Patientenfaches sowie Videosprechstunden geregelt. Seit 2019 können sich PatientInnen (durch das Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation) digitale Gesundheits-Apps wie Arzneimittel von ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen auf Kassenkosten verschreiben lassen. Ebenfalls können Videosprechstunden nun leichter genutzt werden, wovon während der Corona-Pandemie stark Gebrauch gemacht wurde. „Daten und Informationen können ausgetauscht, zusammengeführt und für Patient*innen in der Versorgung genutzt werden. So schafft die Digitalisierung die Voraussetzung, um die Kluft zwischen der hausärztlichen, fachärztlichen und Krankenhausversorgung zu überbrücken und ebenfalls andere Gesundheitsberufe wie z.B. Physiotherapeuten, Pflegekräfte, Logopäden usw. in ganzheitliche Versorgungskonzepte einzubeziehen. Sie baut sogar Brücken und gewährleistet den Austausch zwischen Wissenschaft, Versorgungspraxis Gesundheitswirtschaft und Gesellschaft. Die Digitalisierung eröffnet Wege zur Neuaufstellung der Versorgung und zur Integration innovativer Lösungen für Gesundheit in das Versorgungsgeschehen“ (Fischer/Hilbert 2021, 81 f.).

In Niedersachsen haben sich bspw. infolge der Corona-Pandemie die Videosprechstunden nach Angaben der KVN im zweiten Quartal 2020 sechsfacht. Spitzenreiter sind die PsychotherapeutInnen, gefolgt von HausärztInnen.³ 2022 ist die Einführung des elektronischen Rezepts geplant, so dass insgesamt telemedizinische Anwendungen auch in Deutschland eine stärkere Rolle spielen. ExpertInnen (auch in den verschiedenen Kommissi-

³ Vgl. dazu die Pressemitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen: <https://www.kvn.de/Presse/Boom+der+Videosprechstunde+ +Video+Chat+statt+Wartezimmer+press-7645-p-7645.html> (Stand: 28. August 2020).

onen des Landes Niedersachsen) sind sich aber einig, dass die Überführung digitaler Angebote in die Regelversorgung der Gesetzlichen Krankenversicherung noch an manchen Stellen geleistet werden muss. „Die deutsche Sozialpolitik hat aber auch insgesamt noch ein Kulturproblem: Sie ist Weltmeister in der Zahl und Dynamik von Modellprojekten. Wir brauchen aber innovativ veränderte Regelversorgungslandschaften als Grundierung der Sozialraumentwicklungen“ (Schulz-Nieswandt et al. 2021, 34). Gerade für ältere und/oder chronisch Erkrankte sind die Potenziale digitaler Technologien nicht nur in Krisenphasen wie in Zeiten der Corona-Pandemie interessant. Primäre AdressatInnen sind diejenigen Menschen, die ihre Selbstständigkeit erhalten wollen, jedoch durch chronische Krankheiten und/oder altersbedingte Beeinträchtigungen gefährdet und auf eine ständige Überwachung und eine schnelle Hilfe in Notfallsituationen angewiesen sind. Deshalb sollte die von vielen Sachverständigen schon länger geforderte funktionale Einbeziehung von Telemedizin (vorzugsweise im ländlichen Raum) in die gesundheitliche Daseinsvorsorge umgesetzt werden, wozu auch sowohl der Breitbandausbau in ganz Niedersachsen als auch edukative Maßnahmen für die PatientInnen gehören.

Die in Deutschland bis zur Corona-Pandemie nicht offensiv genutzten Potentiale der Telemedizin und generell „E-Health“ können als Beleg dienen, wie schwer bereits nur geringfügige Pfadwechsel zu realisieren sind. Externe Schocks wie die Corona-Pandemie, die wie im Brennglas auf verpasste Innovationen hinweisen, können jedoch als Treiber für einen „Sprung nach vorn“ wirken, was derzeit nachdrücklich anhand der verschiedenen Einsatzfelder für digitale Technologien im Gesundheitswesen zu beobachten ist (vgl. Fleisch et al. 2021, Schulz 2018 sowie die Beiträge in Elmer/Matusiewicz 2019). Gerade für ältere und/oder chronisch Erkrankte sind die Potenziale digitaler Technologien nicht uninteressant. Primäre Adressaten sind diejenigen Menschen, die ihre Selbstständigkeit erhalten wollen, jedoch durch chronische Krankheiten und/oder altersbedingte Beeinträchtigungen gefährdet und auf eine ständige Überwachung und eine schnelle Hilfe in Notfallsituationen angewiesen sind. So werden bspw. auch in Niedersachsen über 75 % der Pflegebedürftigen zuhause versorgt (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021, 29).

Interesse müssten auch die Kommunen daran haben, möglichst lange ältere Menschen in der eigenen Immobilie verweilen zu lassen, da bei stationärer Unterbringung zunehmend Mehrkosten anfallen. Die Kosten für Hilfen zur Pflege sind in den Kommunen in den letzten Jahren bereits kontinuierlich angestiegen und machen inzwischen eine beträchtliche Größenordnung im Kommunalhaushalt aus (vgl. u. a. Lang 2021). Da die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und zudem bei einer wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen eine zunehmende Diskrepanz zwischen Pflegebedarfen und aus eigenen Mitteln zu finanzierenden Pflegeleistungen besteht, wird das Interesse der Kommunen an Optionen zur Kostenreduzierung anwachsen. Hinsichtlich dieser Frage gibt es aber in Niedersachsen beträchtliche Unterschiede zwischen den einzelnen Kommunen (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021, 32 ff.) so dass eindeutige Trendaussagen schwer zu treffen sind.

Wenn sich die Kommunen in diesem Handlungsfeld stärker engagieren, kämen allerdings neue Aufgaben auf sie zu, auf die die meisten bislang nicht

vorbereitet sind. Sie müssten das Engagement vor Ort anstoßen, ggf. sogar organisieren und die Vernetzung der Dienste ermöglichen und sichern. Zudem muss eine Infrastruktur bereitgestellt werden, die eine selbstverantwortliche Alltagsgestaltung unterstützt, etwa einen möglichst barrierefreien Zugang zu Geschäften und Behörden, öffentlichen Verkehrsmitteln, aber auch zu Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten. Explizit wird diese Sicht sowohl im Siebten als auch im Achten Altenbericht der Bundesregierung vorgetragen. Dort heißt es mit Blick auf die Nutzungspotenziale der Digitalisierung für die Verbesserung der lokalen öffentlichen Infrastruktur: „Basale Infrastrukturen der kommunalen Daseinsvorsorge (Energie- und Verkehrsnetze) bilden die Basis für Nachbarschaftsplattformen, die vielfältige lokale Akteure (kommunale Einrichtungen, Unternehmen, bürgerschaftlich Engagierte) und deren Angebote vernetzen und sichtbar machen. Der Abruf von Angeboten kann über den eigenen Internetzugang (z. B. über Smartphones) erfolgen, manche Quartiere nutzen auch digitale Anzeigen im öffentlichen Raum (als „digitales Schwarzes Brett“), um Informationsflüsse sichtbar zu machen“ (BMFSFJ 2020, 50 f.).

Die Digitalisierung hat im Gesundheitswesen sowohl durch die gesetzlichen Vorstöße als auch ganz praktisch durch die Corona-Pandemie einen erheblichen „Schubs“ bekommen und kann auch die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe in ländlichen Regionen wesentlich verbessern (vgl. die Beiträge in Langkafel/Matusiewicz 2021). Dies gilt auch für die medizinische Notfallversorgung, wobei in Niedersachsen auch Modellprojekte mit telemedizinischen Bausteinen laufen. Die Zusammenarbeit innerhalb des Gesundheitswesens und mit weiteren VersorgerInnen in der Region kann durch telemedizinische Anwendungen allgemein gefördert und erleichtert werden. Diese Gesichtspunkte werden auch in der Zukunftskommission „Niedersachsen 2030“ der niedersächsischen Landesregierung hervorgehoben: „Eine Vernetzung ambulanter, stationärer, rehabilitativer und pflegerischer Versorgungsangebote wird nicht nur von den Kostenträgern gewünscht, sondern auch vom Gesetzgeber gefordert und entsprechend unterstützt. Für die Entwicklung integrativer Versorgungsmodelle wurden gesetzliche Rahmenbedingungen geschaffen. Niedersachsen sollte die kommunalen Gesundheitskonferenzen ausbauen, die Gesundheitsregionen stärken und sich auf Bundesebene für einen ‚Zukunftsfonds innovative Gesundheitsregionen‘ einsetzen, standardisierte Basisverträge zur regionalen Integrierten Versorgung entwickeln und abschließen sowie ein ‚Public Performance Reporting‘, d. h. ein dauerhaftes Monitoring, über die regionalen Gesundheitsregionen installieren“ (Kommission Niedersachsen 2030 2021, 59; vgl. aus rechtswissenschaftlicher Sicht auch Burgi 2013 sowie aus räumlicher Perspektive Stinn 2017).

Die Corona-Pandemie hat nun ein Fenster geöffnet für die Ausbreitung solcher Vernetzungsformen, die jedoch eine Kultur der Kooperation erfordern, was für die meisten AkteurInnen im Gesundheitssystem auf einen deutlichen Organisationswandel hinausläuft. Ausschließlich individuelle Aktivitäten greifen hinsichtlich einer integrierten Versorgung zu kurz. Gefragt sind GestaltungsakteurInnen, die die disruptiven Potentiale als Katalysator für ein Changemanagement auffassen und umsetzen. Eine sozialintegrierte Versorgung setzt deshalb ein strategisches Umdenken der zentralen AkteurInnen und neue Kooperationen zwischen sozialen Diensten, Netzwerken, Kommunen und anderen Trägern voraus. Im Krisenmodus geschah dies oft zwangsweise – aufgrund dieser Erfahrungen besteht aber Hoffnung, dass

vor dem Hintergrund vielfältiger gesundheitlicher und sozialer Herausforderungen integrierte und mit digitaler Technik gestützte Problemlösungen in der Daseinsvorsorge nicht mehr nur als abstrakte Zielprogrammatik, sondern auch als konkrete Gestaltungschance und -verantwortung aufgegriffen werden. „Nur mit integrierten Konzepten und einer Intensivierung der Wissensströme zwischen den verschiedenen Akteuren können diese Herausforderungen gemeistert werden. Da sich sowohl soziale Innovationen als auch wirtschaftlich nutzbare Innovationen immer stärker aus der Verknüpfung unterschiedlicher Themenfelder ergeben, müssen demnach interaktive Lernprozesse systemisch vernetzter Akteure angestoßen werden. Aus der Perspektive vieler sozialpolitischer Akteure vor Ort gelten eben nicht unbearbeitete Probleme, sondern mangelnde Koordination in der Problembearbeitung als das Hauptproblem“ (Grohs 2018, 97 f.).

Diese Aufgaben werden die Kommunen aber nur erfüllen können, wenn sie Kompetenzen und vor allem finanzielle Ressourcen bekommen, die sie in die Lage versetzen, eine derartige Unterstützung von Netzwerken sicherzustellen. Insgesamt muss den Kommunen ein größerer Einfluss bei der Ausgestaltung der Daseinsvorsorge eingeräumt werden: sie sollten verstärkt Koordinationsaufgaben bei Planungsverfahren zugewiesen bekommen.

Generell sind für die Unterstützung einer zukunftsfähigen Gesundheitsversorgung in den Regionen integrative Perspektiven und sektorenübergreifende Vernetzungen erforderlich. Es gibt auf Bundes- und Landesebene zahlreiche sektorale Förderprogramme und eine Fülle von Einzelprojekten, vermutlich europaweit in einzigartiger Weise. Zukunftsfähigkeit gerade mit Blick auf soziale und gesundheitliche Daseinsvorsorge verlangt den integrativen, querschnittsorientierten Ansatz. Es wäre deshalb sinnvoll, die verschiedenen AkteurInnen in diesem Handlungsfeld (Kommunen, ÄrztInnen, Wohlfahrtsverbände, Pflege- und Krankenkassen, Wohnungswirtschaft, aber auch ggf. Telekommunikationsanbieter, Bildungseinrichtungen etc.) an einen „Tisch“ zu bitten, einen Erfahrungsaustausch hinsichtlich der neuen demografischen Herausforderungen zu organisieren und daraus abgeleitet konkrete Umsetzungsprojekte zu starten. In diese Richtung zielt auch eine Initiative einer Gruppe um den Gesundheitsforscher und -unternehmer Helmut Hildebrandt: „Es geht darum, Verantwortlichkeit für das Gemeinwohl aller herzustellen: Wichtige Elemente sind die Einbeziehung der Zivilgesellschaft, die Versorgungssicherung inklusive einer würdevollen Unterstützung gerade auch für vulnerable Gruppen. Es geht um die Verknüpfung von Gesundheitsförderung und Prävention mit den vielfältigen Versorgungsleistungen und um Fachkräftesicherung sowie Attraktivitätssteigerung für die Gesundheits- und Sozialberufe durch neue Rollenverteilungen. Es geht um regionale Wirtschaftsentwicklung, die Kosteneffizienz bezüglich tragbarer Krankenkassenbeiträge und um die Reduktion der Zusatzbedarfe an Arbeitskräften bei einem zunehmend begrenzten Arbeitskräfteangebot aufgrund des demografischen Wandels“ (Hildebrandt et al. 2020, 19; vgl. auch Hildebrandt 2021 und Borchers et al. 2021).

Um insbesondere die hausärztliche Versorgung abzusichern, wurden auch (wie bereits angesprochen) in Niedersachsen Werbekampagnen („Ärztlich willkommen“ in den Landkreisen Diepholz, Nienburg und Verden gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen) durchgeführt, die die Niederlassung von HausärztInnen fördern wollen. Das regionale

Marketing ist ein Weg, dem drohenden Mangel insbesondere an HausärztInnen aktiv zu begegnen, es wird allerdings inzwischen in vielen Regionen in Deutschland bereits durchgeführt und ist deshalb von der Wirkung her begrenzt, obgleich aufgrund der Altersstruktur der noch praktizierenden ÄrztInnen der hohe Nachbesetzungsbedarf in den kommenden Jahren bereits seit einiger Zeit klar zu erkennen ist.

Ende 2019 startete mit dem Projekt „ReKo – Regionales Pflegekompetenzzentrum“ ein regionales Modellprojekt zur integrierten Versorgung in der Grafschaft Bentheim/Landkreis Emsland. Das gemeinsame Projekt von DAK-Gesundheit, Gesundheitsregion EUREGIO e.V. und der Universität Osnabrück wird bis 2023 mit rund zehn Mio. Euro durch den Innovationsfonds gefördert. Ziel des Vorhabens ist es, ein Regionales Pflegekompetenzzentrum zu entwickeln, um Versorgungsengpässen in strukturschwachen und unterversorgten Regionen entgegenzuwirken. „Unsere besondere Aufmerksamkeit gilt den pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen, einen selbstbestimmten Lebensabend in der eigenen Häuslichkeit unterstützend zu ermöglichen. Dabei nutzen wir auch die Vorteile der Digitalisierung über die Telematikinfrastruktur (TI)“ (Nerlinger 2022). Das erste Regionale Pflegekompetenzzentrum wird in der Gemeinde Nordhorn realisiert und versteht sich als Case-Management-Organisation, die je nach bestehender Infrastruktur bzw. bestehenden Infrastrukturdefiziten und der damit verbundenen Bedarfslage unterschiedliche Angebote und Einrichtungen von der Langzeitpflege bis hin zur Beratung, Weiterbildung und medizinischen Versorgung unter einem Dach vereint (vgl. DAK Gesundheit 2019 sowie zum Konzept Klie/Monzer 2018).

Eine zusammenfassende Betrachtung der Handlungsansätze macht deutlich, dass es jenseits von Einzelprojekten zum jetzigen Zeitpunkt bislang jedoch nicht gelungen ist, ein dauerhaft tragfähiges Geschäftsmodell im Sinne einer „Muster-Lösung“ zu entwickeln, die sich problemlos auf weitere Orte übertragen und somit in die Regelversorgung integrieren lässt. Eine grundlegende Gemeinsamkeit der vorgestellten Projekte und Modelle ist, dass es sich stets um stark regionalisierte bzw. lokalspezifische Konstellationen handelt. Das bedeutet: Vorgehensweisen und Strukturen können trotz ähnlicher Ausgangssituation nicht direkt auf andere Kommunen übertragen werden. Nichtsdestotrotz können die Modellprojekte herangezogen werden, um daraus Lehren zu ziehen und Anregungen für mögliche Organisations- und Finanzierungsmodelle mitzunehmen.

In den niedersächsischen Kommunen ist das Thema der Daseinsvorsorge also angekommen und wird inzwischen breit diskutiert, u. a. gibt es in der Region Weser-Ems ein „Bündnis Innovation in der Daseinsvorsorge“ und dort steht die medizinische und pflegerische Versorgung vor Ort zentral im Blickpunkt. Im Abschlussbericht von 2020 wird auf die Entwicklung von medizinischen Versorgungszentren in Kooperation mit den Kommunen verwiesen. Insgesamt wird explizit auf mehr Kooperation zwischen den verschiedenen AkteurlInnen im Gesundheits- und Pflegewesen und die Stärkung funktionsfähiger kommunaler Gesundheitsstrukturen gesetzt. Unter dem Schwerpunkt Versorgungseinrichtungen und -angebote werden auch medizinische Versorgungszentren vor Ort explizit angesprochen: „Hier ist die Entwicklung regionaler ärztlicher Grundzentren eine Option. Der Ansatz ‚Medizinisches Versorgungszentren‘ (MVZ) sollte an geeigneten Standorten im Verbund mit den Kommunen weiterentwickelt werden. Innovative Pflege-

Modelle können auch in Verbindung mit häuslichen Strukturen und Ehrenamt weiterentwickelt werden, zum Beispiel in Verbindung mit neuartigen Pflegestrukturen vor Ort. Telemedizinische Lösungen sollen weiterentwickelt und in der Region umgesetzt werden (zum Beispiel Arzt-Patienten-Systeme mit Pfleger vor Ort und Arzt in der Praxis am Bildschirm). Auch hier ist noch stärker zu nutzen, dass Weser-Ems eine bundesweite Spitzenstellung im Bereich E-Health hat“ (<https://www.weser-ems.eu/wissensregion/de/innovation-in-der-daseinsvorsorge/handlungsfelder/handlungsansatz-gesundheit-und-pflege/>).

Neben der Einbeziehung telemedizinischer Optionen in die Regelversorgung gilt es, die Gesundheitsversorgung als Querschnittsaufgabe zu begreifen. Hier können Best-Practice-Beispiele, in denen die Kommunen als „Spinne“ im Netz der integrierten Versorgung wirken, Anregungen für die Verbreitung in weitere Regionen schaffen.

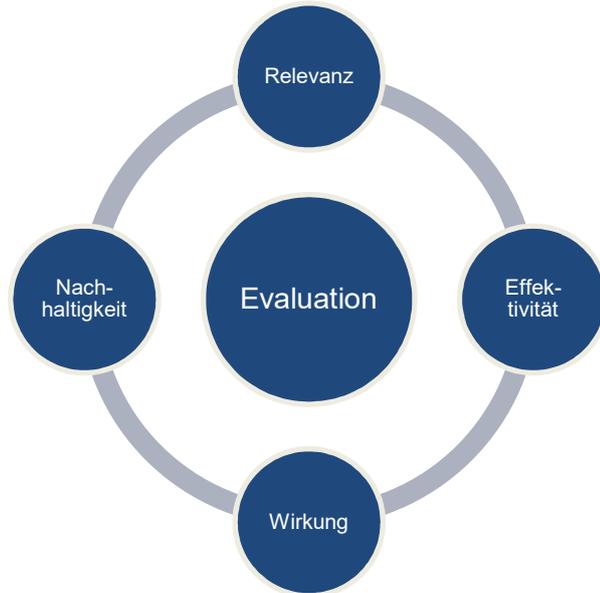
3. Evaluationskonzept und Methodik

Mit der Evaluation der Modellphase RVZ wird das Ziel verfolgt, den Aufbau und die Umsetzung der RVZ an den fünf Modellstandorten Wurster Nordseeküste, Nordenham, Region Leinebergland, Auetal und Baddeckenstedt systematisch zu begleiten und zu bewerten. Das Gesamtprojekt ist angesiedelt im Niedersächsischen Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, in dem auch die Geschäftsstelle Versorgungszentren untergebracht ist. Mit der Durchführung der Evaluation wurde mit InWIS Forschung & Beratung und Prof. Dr. Rainer Danielzyk ein externes Team beauftragt, welches eine unabhängige Beurteilung des Projektverlaufs sicherstellt. Die Evaluation erstreckt sich auf den Zeitraum von Dezember 2020 bis Mitte 2022. Der Betrieb des RVZ Wurster Nordseeküste in Nordholz wurde im März 2022 aufgenommen. Die weiteren Modellprojekte planen die Eröffnungen im weiteren Verlauf des Jahres 2022. Es handelt sich bei der Evaluation der Modellphase somit um eine *Ex-Ante Evaluation*, bei der auf Basis der Planungen, des Aufbaus und der Umsetzung der fünf Modellvorhaben die zukünftige Performanz der Projekte bewertet wird.

3.1. Evaluationskonzept

Die Gesamtevaluation des Projektes teilt sich in eine Mikro- und eine Meta-betrachtung der Modellphase auf. Auf der Mikroebene erfolgt die Betrachtung des jeweiligen Modellstandortes. Im Dezember 2020 haben drei Kommunen einen offiziellen Förderbescheid durch das Land Niedersachsen erhalten. Hierbei handelt es sich um den Landkreis Cuxhaven, den Landkreis Wesermarsch und die Stadt Alfeld in der Region Leinebergland e.V. Ende 2021 kamen auch der Landkreis Wolfenbüttel sowie der Landkreis Schaumburg hinzu. Im Anschluss an die Betrachtung und Bewertung der RVZ an den einzelnen fünf Standorten (*Mikro-Evaluation*), wird eine *Meta-Evaluation* des Gesamtprojektes durchgeführt, in der die Erkenntnisse der Modellvorhaben gebündelt und das übergeordnete Konzept „Regionale Versorgungszentren“ einer Bewertung unterzogen wird. Die Evaluation erfolgt entlang der vier Kriterien: Relevanz, Effektivität, Wirkung und Nachhaltigkeit (vgl. Abbildung 3).

Abbildung 3: Evaluationskonzept „Modellphase Regionale Versorgungszentren“



Quelle: Eigene Darstellung

Durch die Berücksichtigung des Kriteriums der **Relevanz** soll in einem ersten Schritt überprüft werden, inwieweit die geplanten RVZ zur Lösung und Verbesserung der Probleme und Herausforderungen der (medizinischen) Versorgung in ländlichen Räumen beitragen. Konkret geht es darum zu analysieren, inwieweit die formulierten Ziele der RVZ die Bedarfe und Herausforderungen vor Ort adressieren und zielgruppengerecht, d. h. insbesondere auf BürgerInnen mit eingeschränkter Mobilität, zugeschnitten sind.

Die **Effektivität** der Modellvorhaben ist dann gegeben, wenn durch die RVZ die verfolgten Ziele erreicht werden. Dies betrifft sowohl die Qualität und Quantität der Umsetzung von geplanten Instrumenten und Maßnahmen als auch die Frage, inwieweit die Instrumente und Maßnahmen im RVZ einen Beitrag zur Erreichung der übergeordneten Ziele leisten. Insgesamt wird in dieser Kategorie die zukünftige Umsetzung der RVZ beurteilt. Hierunter fallen auch die Fragen, ob die RVZ den BürgerInnen bekannt sind und wie die geplante organisatorische und fachliche Umsetzung und Steuerung der RVZ zu bewerten sind. In Anlehnung an das St. Galler Managementmodell werden die Ziele des Projektes unterteilt in normative, strategische und operative Ziele. Das normative Ziel stellt das Leitziel bzw. die Vision dar, welche das Projekt auf der übergeordneten Ebene verfolgt. Die strategischen Ziele übersetzen die normativen Ziele bzw. die Vision in langfristig angelegte Unterziele und unterteilen sich wiederum in die operativen Ziele. Die operativen Ziele sind kurz- bis mittelfristig angelegt und stärker konkretisiert bzw. spezifischer (und damit häufig auch deutlich besser messbar und terminierbar) als die strategischen Ziele. Die operativen Ziele sind gerade im Rahmen von Evaluationen von zentraler Bedeutung, da deren Erreichung einfacher überprüft werden kann als die Erreichung der strategischen und normativen Ziele. Hinzu kommt, dass sich die operativen Ziele an den strategischen und die strategischen an den normativen Zielen orientieren. Im Sinne dieses Zusammenspiels kann die Umsetzung der operativen Ziele Rückschlüsse für die Erreichung der strategischen und normativen Ziele liefern.

In der Kategorie **Wirkung** erfolgt die Überprüfung von intendierten und nicht-intendierten Folgen der Modellvorhaben. In der Evaluation wird eine

Bewertung der Wirkungen des Betriebes der fünf RVZ nur prognostisch möglich sein. Neben einer Einschätzung der möglichen Folgewirkungen der RVZ bei laufendem Betrieb wird im Rahmen dieser Evaluationskategorie auch danach geschaut, inwieweit sich bereits in der Vorbereitungs- und Um- bauphase regionale Wirkungen zeigen.

Abschließend erfolgt die Beurteilung der Kategorie **Nachhaltigkeit**. Die Nachhaltigkeit des Projektes bemisst sich an seiner Dauerhaftigkeit und Zu- kunftsfähigkeit über den Zeitraum der Förderung hinaus. Ein Projekt kann dann als nachhaltig bewertet werden, wenn es gelingt resiliente Strukturen finanzieller, personeller und organisatorischer Art zu schaffen, die ein Fort- bestehen der RVZ mittel- bis langfristig sicherstellen.

3.2. Methodik

Die Überprüfung der verschiedenen Kriterien ist nur auf Basis einer umfas- senden Informationsgrundlage möglich. Im Rahmen der Evaluation werden die verschiedenen Informationen erhoben mittels der:

- (1) vorhandenen Dokumente, u. a. Antragsunterlagen, Konzeptpa- piere, Presseartikel, Förderbescheide, Protokolle etc.,
- (2) Aufbereitung standortspezifischer statistischer Daten, Desktop-Re- cherchen zur Dienstleistungs- und Angebotsstruktur,
- (3) ExpertInnengespräche mit dem Auftraggeber, den Verantwortlichen aus den lokalen Projektgruppen sowie weiterer lokaler und regiona- ler ExpertInnen,
- (4) Analysen der Organisationsstrukturen sowie der beteiligten Akteu- rInnen,
- (5) Befragung der BürgerInnen an den fünf Standorten zur Bekanntheit und Bewertung der geplanten Vorhaben.

Die Informationen zu den RVZ an den fünf Standorten werden in Kapitel 4 systematisch aufbereitet und dargestellt. Im ersten Zwischenber- richt sind Informationen zur Ausgangssituation an den drei Standorten Landkreis Cuxhaven, Landkreis Wesermarsch und der Stadt Alfeld in der Region Leinebergland e.V. sowie zu den Zielsetzungen und Konzepten der RVZ aufbereitet und einer ersten Bewertung unterzogen worden. Hierzu sind vor allem Dokumente, Statistiken und Ergebnisse von Desktop-Recher- chen sowie die Interviews mit den Projektkoordinatoren in den drei Modell- vorhaben in die Auswertungen eingeflossen. Im Frühjahr 2021 wurde die Evaluation fortgesetzt. Dazu wurden neun Interviews mit Vertretern aus den drei lokalen Projektgruppen sowie drei Interviews mit regionalen ExpertIn- nen aus dem Bereich Gesundheitsversorgung durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Interviews bilden die Basis für die Informationen und Auswertungen im zweiten Zwischenbericht. Die Darstellung der drei Modellvorhaben wurde im Zuge des zweiten Zwischenberichtes weiter ausdifferenziert und der Pro- jektstand kritisch analysiert. Im Fokus stand vor allem die Bewertung der Effektivität der drei Projekte im Landkreis Cuxhaven, im Landkreis Weser- marsch und in der Stadt Alfeld in der Region Leinebergland e.V. zum Früh- jahr 2021. Im Laufe des Jahres 2021 erhielten auch die Modellprojekte

Schaumburg und Wolfenbüttel Förderbescheide zur Implementierung eines RVZ. Diese wurde im Rahmen des zweiten erweiterten Zwischenberichtes im Winter 2021 aufgearbeitet und ergänzt.

Im vorliegenden Endbericht folgt die Abschlussevaluation der fünf Modellprojekte. Auf Basis von Interviews mit den zentralen AkteurInnen sowie einer aktualisierten Literaturrecherche und einer quantitativen Telefonbefragung der BürgerInnen in den jeweiligen Kommunen, erfolgt die abschließende Durchführung der Evaluation entlang der dargestellten vier Kriterien Relevanz, Effektivität, Wirkung und Nachhaltigkeit.

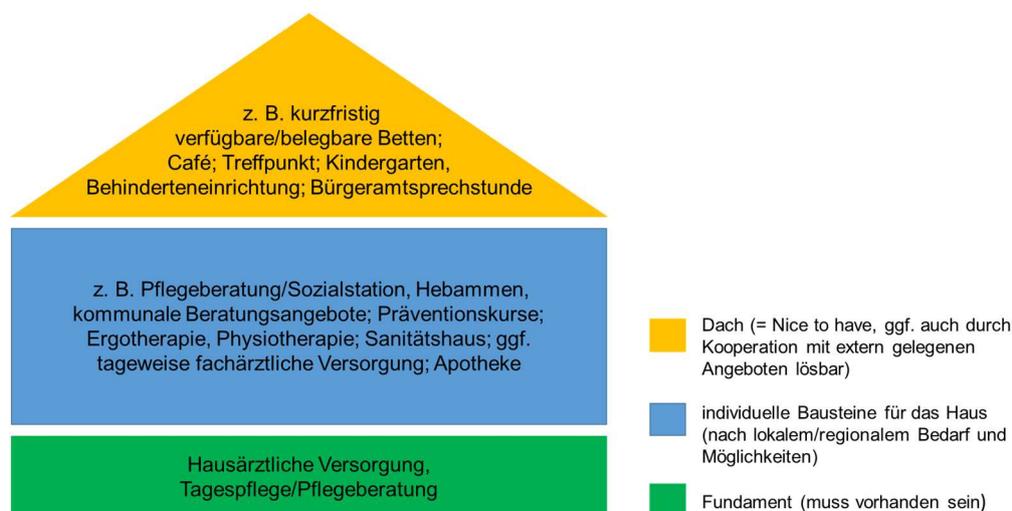
4. Modellprojekte Regionale Versorgungszentren

Das Bundesland Niedersachsen ist in vielen Regionen ländlich geprägt. Gerade werden die Herausforderungen des demografischen Wandels und einer zugleich zunehmend schlechteren Versorgungslage, vor allem hinsichtlich der ärztlichen Versorgung, aber auch im Bereich Einzelhandel, Schulen etc. immer stärker spürbar. Hinzu kommt, dass vorhandene Angebote nicht selten räumlich verstreut und in Teilen schlecht erreichbar sind. Die Idee der RVZ soll dazu beitragen, den multiplen Problemlagen im ländlichen Raum aktiv zu begegnen. Dabei werden vorrangig die folgenden Zielsetzungen verfolgt:

- Überwindung der Versäulung verschiedener Angebote durch integrierte Lösungen zur Verbindung verschiedener Bereiche (Pflege, ärztliche Versorgung, ÖPNV-Anbindung, Treffpunkte für die Dorfgemeinschaft etc.),
- Ausweitung der hausärztlichen Versorgung durch die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze für junge ÄrztInnen im Angestelltenverhältnis (flexiblere Arbeitszeiten, Verbesserung der Work-Life-Balance),
- Räumliche Bündelung der Angebote zur Steigerung der Attraktivität der Gemeinden,
- Verankerung in die örtliche Gemeinschaft,
- Bewältigung von Vereinsamungstendenzen bspw. über gemeinschaftlich organisierte Angebote,
- Sicherstellung der Erreichbarkeit insbesondere über den ÖPNV.

In die RVZ sollen möglichst viele verschiedene Angebote integriert werden. Der idealtypische Aufbau eines RVZ ist in Abbildung 4 dargestellt:

Abbildung 4: Idealtypischer Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)



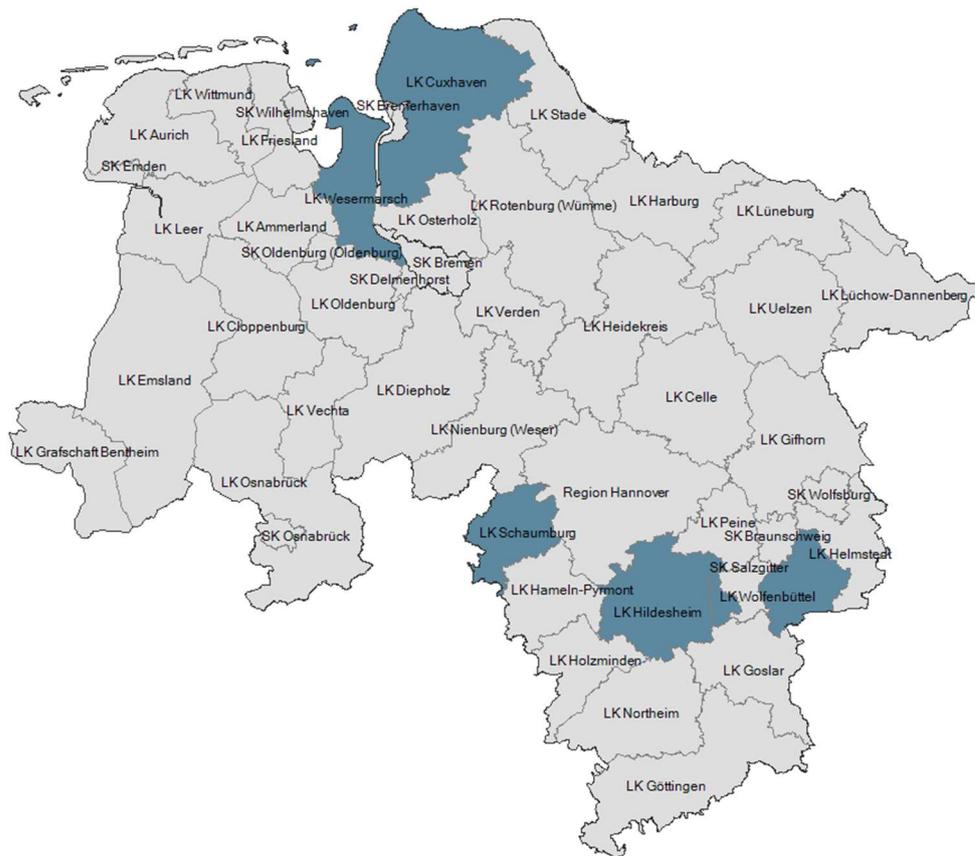
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung

Über die Bausteine hinaus ist die Einbindung digitaler Angebote vorgesehen. So kann bspw. durch Telemedizin die ärztliche Versorgung auch für solche Menschen sichergestellt werden, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Die Integration der unterschiedlichen Angebote in das RVZ geht mit der Herausforderung einher, dass verschiedene AkteurInnen in die Projektentwicklung und -umsetzung miteingebunden werden müssen. Während die Sicherstellung der lokalen Daseinsvorsorge eine kommunale Aufgabe ist, fällt die ärztliche Versorgung in den Zuständigkeitsbereich der KVN. In dem auf Landesebene angesiedelten Lenkungskreis sowie in die lokalen Projektgruppen sind daher sowohl die Kommunen und Kreise als auch die KVN sowie weitere AkteurInnen (bspw. Ämter für regionale Entwicklung in den lokalen Projektgruppen) eingebunden.

Gefördert werden in der Modellphase, die 2020 begonnen hat und 2023 vorerst enden wird, zunächst die drei Modellvorhaben in der Gemeinde Wurster Nordseeküste (LK Cuxhaven), der Stadt Nordenham (LK Wesermarsch) und der Stadt Alfeld (Leine) (Region Leinebergland e.V.). Darüber hinaus wurde im Jahr 2021 auch den Landkreisen Wolfenbüttel und Schaumburg eine Förderung zugesprochen. (vgl. Abbildung 5). Hier beläuft sich der Zeitraum der Modellphase und so auch der Förderung auf die Jahre 2021 bis 2023. Die Projekte enden parallel zu den bereits laufenden Vorhaben und haben somit eine verkürzte Laufzeit.

Abbildung 5: Geographische Verortung der Modellvorhaben



Quelle: Eigene Darstellung

Die Auswahl der Modellvorhaben erfolgte anhand regionaler und nach fachlichen Kriterien. Regional decken die fünf Vorhaben alle vier Amtsbezirke im Bundesland Niedersachsen ab. Der Landkreis Wesermarsch liegt im Amtsbezirk Weser-Ems, der Landkreis Cuxhaven im Amtsbezirk Lüneburg und die Region Leinebergland sowie der Landkreis Schaumburg sind Amtsbezirk Leine-Weser verortet. Der Landkreis Wolfenbüttel gehört zum Amtsbezirk Braunschweig.

Fachlich sind drei Auswahlkriterien entscheidend gewesen. Das erste Kriterium beinhaltet eine schwierige Lage bei der hausärztlichen Versorgung. In allen fünf Regionen gab bzw. gibt es freie Hausarztsitze. Insbesondere in den Kreisen Cuxhaven und Wesermarsch ist die Situation sehr defizitär, sodass es schon zuvor Fördermöglichkeiten der KVN für Hausarztsitze gab. Zudem ist nach Prognosen der KVN in allen fünf Regionen in den nächsten Jahren von einer Unterversorgung im hausärztlichen Bereich auszugehen. Das zweite Auswahlkriterium ist die demografische Entwicklung. Alle fünf Modellvorhaben liegen in Regionen, in denen die Bevölkerungsalterung schneller voranschreitet als im Landesdurchschnitt. Ferner wurde als Kriterium angesetzt, dass die Modellregionen unterschiedliche Rollen in den niedersächsischen Gesundheitsregionen spielen sollen. Der Landkreis Wesermarsch ist eine solche Region; gemeinsam mit Wilhelmshaven und Friesland bildet der Landkreis Wesermarsch die Gesundheitsregion Jade Weser. Im Landkreis Wesermarsch sind bislang aber noch keine Projekte gefördert worden. Gegenteilig stellt sich die Situation im Landkreis Cuxhaven dar. Dieser ist zwar nicht Teil einer Gesundheitsregion, hat aber im Rahmen des

Programms Zukunftsräume ein Demografie-Projekt umgesetzt. In der Region Leinebergland ist nur der Landkreis Holzminden Gesundheitsregion. Der Landkreis Hildesheim, in dem die meisten Gemeinden des Vereins Leinebergland liegen, ist wie der Landkreis Cuxhaven keine Gesundheitsregion, jedoch hat sich der Verein in den letzten Jahren sehr intensiv mit dem Thema der Hausarztversorgung auseinandergesetzt. Auch der Landkreis Schaumburg sowie der Landkreis Wolfenbüttel sind als Gesundheitsregionen ausgewiesen.

Insgesamt erfüllen alle fünf Regionen die Eignungskriterien. Zugleich sind die Rahmen- und Ausgangsbedingungen in den Modellregionen durchaus unterschiedlich ausgestaltet. Dies trifft auch auf die konkreten Zieleetzungen und Konzepte für die geplanten RVZ zu. Hierdurch eröffnet sich im Rahmen des Modellvorhabens die Möglichkeit, unterschiedliche Ausrichtungen parallel zu erproben. Im Folgenden findet sich eine ausführliche Darstellung der Ausgangssituation in den Regionen sowie eine Beschreibung der Ziele und (geplanten) Umsetzung der RVZ Wurster Nordseeküste, Nordenham, Leinebergland, Auetal und Baddeckenstedt. Zudem wird nachgezeichnet, inwiefern sich die Pläne und Ziele im Laufe des Projektes angepasst haben und welche Herausforderungen es zu bewältigen gab und weiterhin gibt.

4.1. RVZ Wurster Nordseeküste, LK Cuxhaven

Im Landkreis Cuxhaven soll das RVZ in der Ortschaft Nordholz in der Gemeinde Wurster Nordseeküste entstehen (vgl. Abbildung 66). Nordholz liegt im Norden der Gemeinde angrenzend zur Stadt Cuxhaven und der Gemeinde Wanna. Neben der Gemeinde Wurster Nordseeküste soll das RVZ auch die Versorgung der angrenzenden Gebiete sicherstellen. Hierzu zählen vor allem die Stadt Cuxhaven, der westliche Teil der Gemeinde Geestland und die Gemeinden Nordleda und Wanna, die beide zu der Samtgemeinde Land Hadeln gehören.

Abbildung 6: Lage des Standortes im Landkreis Cuxhaven



Quelle: Eigene Darstellung

Die Gemeinde Wurster Nordseeküste erfüllt die vier Entscheidungskriterien, welche für die Auswahl der Modellvorhaben ausschlaggebend waren (vgl. Abschnitt 4). Nachdem bereits im Jahr 2020 Konzepte, Überlegungen und erste Schritte vorangetrieben und durch das Land Niedersachsen anteilig gefördert worden sind, stellte der Landkreis Cuxhaven im November 2020 beim Niedersächsischen Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung einen Antrag zum Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums im Landkreis Cuxhaven.

Der Kreis erhielt Mitte Juli 2020 und Mitte Dezember 2020 zwei Förderbescheide für die Prozesskoordinierung und den Aufbau eines RVZ. Darüber hinaus wurde Ende 2021 eine Verlängerung bewilligt und die Zuwendung für die Prozesskoordinierung aufgestockt. Insgesamt wird der Aufbau des RVZ in der Gemeinde Wurster Nordseeküste mit ca. 1,38 Mio. Euro gefördert. Die Gesamtkosten des Projektes belaufen sich auf ca. 1,5 Mio. Euro und werden über die Landesförderung hinaus u. a. durch die Gemeinde Wurster Nordseeküste und den Landkreis Cuxhaven finanziert. Das RVZ Wurster Nordseeküste wurde als erstes RVZ der Modellregionen bereits zum 1. März 2022 eröffnet.

Das erste Interview zum Projekt wurde mit der Leiterin des Amtes für Strategische Sozialplanung des Landkreises Cuxhaven und der Prozessbegleiterin des RVZ geführt. Darüber hinaus sind im Frühjahr 2021 Interviews mit verschiedenen Vertretern der lokalen Projektgruppe durchgeführt worden. Zu Beginn des Jahres 2022 wurden abschließende Interviews mit den zentralen AkteurlInnen geführt. Die Ergebnisse der Interviews sowie die Informationen aus den Antragsdokumenten, Presseberichten und statischen Analysen bilden die Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen.

4.1.1 Ausgangssituation

Der demografische Wandel ist im LK Cuxhaven bereits deutlich vorangeschritten. Dies wird insbesondere mit Blick auf die Bevölkerungsalterung deutlich, die signifikant über dem Bundeslanddurchschnitt liegt (vgl. Tabelle 1). Die Kennziffern in der Gemeinde Wurster Nordseeküste gestalten sich demgegenüber etwas positiver. Im Vergleich zum gesamten Bundesland Niedersachsen liegen sie nur leicht über dem Durchschnitt. Ähnlich positiv stellt sich die Situation in den Gemeinden Nordleda und Wanna dar. Der Altenquotient ist in diesen Gemeinden für die Samtgemeinde Land Hadeln ausgewiesen, zu denen die beiden Gemeinden gehören. Deutlich über dem Durchschnitt liegt die Bevölkerungsalterung in der Stadt Cuxhaven. Diese grenzt im Süden direkt an die Ortschaft Nordholz, in der das neue RVZ entstehen soll (vgl. Abbildung 77).

Tabelle 1: Anteil älterer Menschen im Landkreis Cuxhaven (Stand 2019)

	Anteil über 65-Jährige	Anteil über 80-Jährige	Alten- quotient
Niedersachsen	22 %	7 %	37,5
LK Cuxhaven	26 %	8 %	45,4
Wurster Nordseeküste	23 %	6 %	39,6
Cuxhaven, Stadt	30 %	9 %	55,3
Geestland	25 %	8 %	44,4
Nordleda	23 %	5 %	46,1*
Wanna	21 %	6 %	46,1*

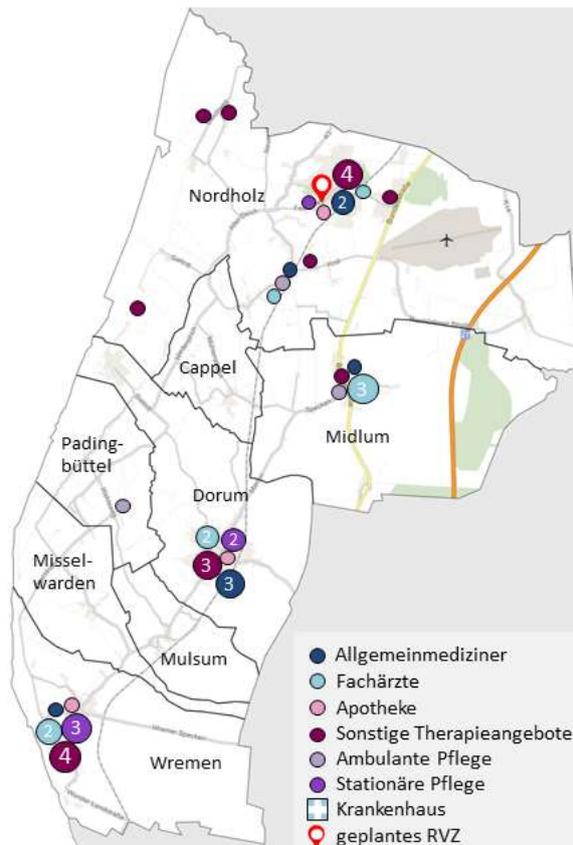
Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landesamtes für Statistik Niedersachsen, 2021
 *Die Altenquotienten der Gemeinden Nordleda und Wanna basieren auf dem Durchschnittswert für die Samtgemeinde Land Hadeln, zu der die beiden Gemeinden zählen.

Laut Prognosen der amtlichen Statistik wird sich die Alterung der Bevölkerung in den nächsten Jahren weiter verschärfen. Demnach soll im Bundesland Niedersachsen der Anteil der über 65-Jährigen bis 2030 auf 29 % steigen, im Landkreis Cuxhaven sogar auf 33,6 %. Diese Entwicklung verläuft parallel zu einer zunehmend defizitären hausärztlichen Versorgungssituation. Laut KVN sind im Gebiet Bremerhaven Nord, zu dem die Wurster Nordseeküste zählt, derzeit zehn Hausarztsitze frei. Im KVN-Gebiet Cuxhaven sind es 5,5 Sitze. Während die KVN-Prognosen für 2030 im Gebiet Cuxhaven jedoch noch von einem hausärztlichen Versorgungsgrad von 75 bis 100 % ausgehen, sind es im Gebiet Bremerhaven unter 75 %. Insgesamt weist die Region um Bremerhaven die rechnerisch geringste Versorgungsdichte im Bundesland Niedersachsen auf (vgl. KVN 2019).

Die Erreichbarkeit und räumliche Verteilung von HausärztInnen an der Wurster Nordseeküste kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. Nach Angaben der KVN erreichen die EinwohnerInnen der Gemeinde den nächsten Hausarzt bzw. die nächste Hausärztin in vier bis sechs Minuten mit motorisiertem Individualverkehr (Durchschnitt in Niedersachsen: fünf Minuten). Einzige Ausnahme ist die Ortschaft Padingbüttel, in der die durchschnittliche Fahrzeit bei sieben bis neun Minuten liegt (vgl. KVN 2019). Abbildung 77 veranschaulicht die räumliche Lage der medizinischen Versorgungsangebote im Gemeindegebiet. Zum Ende des Jahres 2020 und somit zum Start des Modellvorhabens gibt es für die ca. 17.000 EinwohnerInnen folgende ärztliche Versorgungsangebote:

- Acht hausärztliche Praxen
- Neun fachärztliche Praxen (ZahnärztIn (5), InternistIn (3), KinderärztIn (1), NeurologIn (1))

Abbildung 7: Medizinische Versorgungsangebote an der Wurster Nordseeküste (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche⁴, eigene Darstellung

Ein Krankenhaus ist in der Gemeinde nicht angesiedelt. Es existieren aber verschiedene weitere Versorgungsangebote: Apotheken (3), physio- (7) und ergotherapeutische (1) Angebote, Logopädiepraxen (2), heilpraktische (3) und psychotherapeutische (3) Angebote sowie ein Podologe. Darüber hinaus sind in der Gemeinde auch ambulante (3) und stationäre (6) Pflegeangebote vorhanden. Die Angebote an der Wurster Nordseeküste sind vor allem auf die beiden Ortschaften Nordholz im Norden und Wremen im Süden konzentriert. Zwischen den beiden Ortschaften finden sich noch ein paar wenige medizinische Angebote in den Ortschaften Midlum, Padingbüttel und Dorum. In den übrigen vier Ortschaften Cappel, Misselwarden und Mulsum konnten keine Angebote identifiziert werden.

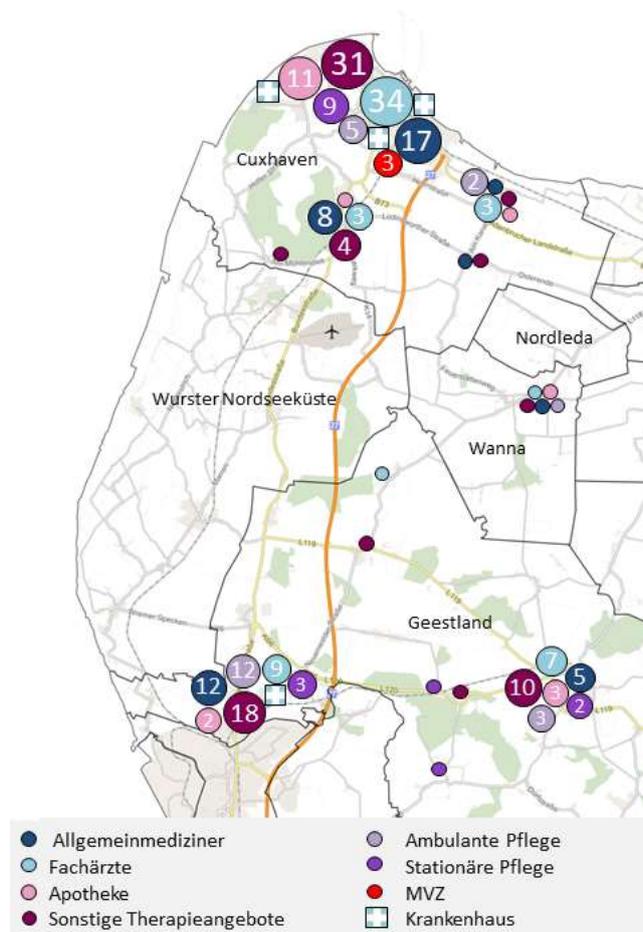
Der Blick auf die umliegenden Gemeinden und die Stadt Cuxhaven zeigt, dass gerade nördlich und südlich der Wurster Nordseeküste zahlreiche Angebote bestehen. Im Westen hingegen ist die medizinische Versorgungslage deutlich schlechter ausgeprägt (vgl. Abbildung 88). In der Stadt Cuxhaven mit ihren ca. 48.000 EinwohnerInnen gibt es derzeit 27 Hausarzt- und 40 Facharztpraxen. Ergänzt wird die ärztliche Versorgung in Cuxhaven durch die Helios Klinik Cuxhaven, das AEMOS Klinikum Cuxhaven, das Helios Seehospital Sahlenburg und durch drei bestehende MVZ, die sowohl eine hausärztliche als auch fachärztliche Versorgung anbieten. Zudem liegt zwischen Duhnen und Döse eine Mutter-Vater-Kind-Kurklinik. Die weiteren medizinischen Angebote umfassen 13 Apotheken und 38 sonstige Thera-

⁴ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

pieangebote, von denen die meisten in die Bereiche Physio- (20) und Psychotherapie (8) fallen. Im Bereich Pflege sind derzeit sieben ambulante und neun stationäre Pflegeanbieter in der Stadt ansässig. Die südlichen Angebote in der Stadt Cuxhaven liegen räumlich eng an der Ortschaft Nordholz, so dass diese auch von EinwohnerInnen der Gemeinde Wurster Nordseeküste genutzt werden können. Das umfangreiche Angebot in der Stadt Cuxhaven schlägt sich zudem auch in einer besseren Erreichbarkeit von HausärztInnen nieder. Diese liegt bei ca. anderthalb Minuten (vgl. KVN 2019).

Von der Gemeinde Geestland ist in Abbildung 88 nur ein Ausschnitt betrachtet worden. Grund dafür ist, dass sich die Gemeinde sehr weit nach Osten erstreckt (vgl. Abbildung 56) und nicht davon auszugehen ist, dass es zwischen diesen Gebieten und dem geplanten RVZ in Nordholz zu einem Austausch von PatientInnen kommen wird. Im betrachteten Ausschnitt zeigt sich, dass ein Großteil der Angebote in der Gemeinde Geestland südlich der Gemeinde Wurster Nordseeküste liegt (vgl. Abbildung 88). Hier sind jedoch zahlreiche haus- (17) und fachärztliche (17) Angebote sowie Apotheken (5) und sonstige Therapieangebote (30) vorhanden. Daneben finden sich in diesem Bereich sehr viele ambulante (15) und auch einige stationäre (7) PflegeanbieterInnen. Auffällig ist, dass sich im nord-westlichen Teil der Gemeinde Geestland kaum Angebote finden lassen und auch in den darüber liegenden Gemeinden Wanna und Nordleda gibt es nur wenige medizinische Versorgungsangebote.

Abbildung 8: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden der Wurster Nordseeküste (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche⁵, eigene Darstellung

Damit zeigt sich in der Region rund um die Wurster Nordseeküste ein geteiltes Bild – ebenso wie in der Gemeinde selbst. Die medizinische Versorgung ist im Norden und Süden besser ausgebaut als in der Mitte der Region und der Gemeinde. Die Zahlen zur Bedarfsplanung und Versorgung der KVN für die Region belegen den enormen Handlungsbedarf. Gepaart mit der demografischen Entwicklung und der zunehmenden Bevölkerungsalterung ist die Nutzung von innovativen Konzepten und Lösungen zwingend notwendig, um den aktuellen und sich zukünftig noch verschärfenden Herausforderungen begegnen zu können.

4.1.2 Ziele und Konzept

Die folgenden Ausführungen geben die Ziele und das Konzept wieder, wie sie in den Antragsunterlagen Ende 2020 ausformuliert worden sind. Demnach werden vom Kreis und der Gemeinde mit dem RVZ die Ziele verfolgt, dass erstens die notwendigen Kapazitäten gesundheitlicher Dienstleistungen gesichert, zweitens die Mobilitätsprobleme in der Region überwunden und drittens die stationären gesundheitlichen Dienstleistungen entlastet werden. Mit der Umsetzung dieser Ziele gehen verschiedene operative

⁵ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Ziele einher, die perspektivisch die Erreichung der übergeordneten Ziele ermöglichen sollen.

Das Ziel der Sicherung der notwendigen Kapazitäten gesundheitlicher Dienstleistungen setzt sich zusammen aus den beiden Bereichen der (haus-)ärztlichen Versorgung und der Integration und Bündelung weiterer Gesundheitsangebote, um versäulte Dienstleistungsstrukturen zu überwinden. Der Ausbau und die Sicherung der hausärztlichen Versorgung wird durch die Gründung und den Betrieb eines MVZ sichergestellt werden. In diesem MVZ sollte die Besetzung mindestens einer unbesetzten hausärztlichen Vollzeitstelle erfolgen. Umgesetzt werden sollte dies durch die Schaffung attraktiver Arbeitsplätze im Angestelltenverhältnis, welches eine flexiblere Arbeitszeiteinteilung und eine Verbesserung der Work-Life-Balance ermöglichen soll.

Neben der haus- und fachärztlichen Versorgung sollen im RVZ darüber hinaus auch weitere gesundheitliche Angebote räumlich oder auch virtuell integriert werden, wobei die Schaffung von Parallel- oder Doppelstrukturen mit bereits bestehenden Angeboten vermieden werden soll. Für die Bündelung der Angebote und des MVZ an einem zentral gelegenen Ort sollte eine Immobilie angemietet werden, die ausreichend Platz bietet. Für einen reibungslosen Ablauf im RVZ und die Koordination der verschiedenen Angebote sollte darüber hinaus ein Management eingerichtet werden.

Das zweite strategische Ziel – die Überwindung von Mobilitätsproblemen – setzte voraus, dass die Immobilie, in welcher das RVZ umgesetzt wird, nicht nur ausreichend Platz bieten sollte, sondern darüber hinaus auch zentral gelegen und gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden ist. Ferner ist im RVZ in Nordholz für die Sicherstellung dieses strategischen Zieles vorgesehen, ein innovatives Mobilitätsangebot zu integrieren, welches sowohl die PatientInnen zu den ÄrztInnen als auch andersherum die ÄrztInnen zu den PatientInnen kostenfrei transportiert. Ergänzt werden sollten diese Angebote durch den Einsatz von Telemedizin bspw. in Form telemedizinischer Sprechstunden und durch den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenzen, welche die Zeitkapazitäten der ÄrztInnen durch aufsuchende Heimbesuche entlasten, sollen.

Die Umsetzung dieser operativen Ziele dient darüber hinaus auch der Erreichung des strategischen Ziels, den Bedarf an stationären gesundheitlichen Dienstleistungen zu senken. Insbesondere der Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenzen und auch das Angebot telemedizinischer Sprechstunden können einen Beitrag dazu leisten, dass ältere Menschen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung leben können. Darüber hinaus sollte zur Erreichung dieses Zieles die Zusammenarbeit mit dem Senioren- und Pflegestützpunkt erfolgen sowie das Angebot der aufsuchenden Sozialarbeit implementiert werden. Ziel dieser Angebote ist es, Beratungen zu Themen wie Wohnen, Pflege, Hauswirtschaft oder Engagement anzubieten. Gerade ältere und pflegebedürftige Menschen sollen auf diesem Wege zu Unterstützungsangeboten beraten werden, die ein Leben in der eigenen Wohnung ermöglichen.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die strategischen und operativen Ziele des RVZ Wurster Nordseeküste.

Tabelle 2: Ziele RVZ Wurster Nordseeküste (Nordholz)

Strategische Ziele	Operative Ziele
Sicherung der notwendigen Kapazitäten gesundheitlicher Dienstleistungen	<ul style="list-style-type: none"> • Besetzung mindestens einer derzeit unbesetzten hausärztlichen Vollzeitstelle • Akquise neuer ÄrztInnen • Schaffung attraktiver Arbeitsplätze für ÄrztInnen • Zusammenführung versäulter Dienstleistungsstrukturen (räumlich und/oder virtuell) durch Einbindung weiterer gesundheitlicher Versorgungsangebote • Integration in die bestehenden Versorgungsstrukturen zur Vermeidung von Parallel- oder Doppelstrukturen • Anmietung/Erwerb einer Immobilie, die ausreichend Platz bietet • Einrichtung eines RVZ Managements
Überwindung der Mobilitätsprobleme in der Region	<ul style="list-style-type: none"> • Anmietung/Erwerb einer zentral gelegenen und gut erreichbaren Immobilie • Einsatz innovativer Mobilitätsangebote • Ausbau der telemedizinischen Versorgung • Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenzen (VERAH)
Bedarf an stationären gesundheitlichen Dienstleistungen senken	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der telemedizinischen Versorgung • Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenzen (VERAH) • Verknüpfung mit dem Senioren- und Pflegestützpunkt • Implementierung einer aufsuchenden Sozialarbeit

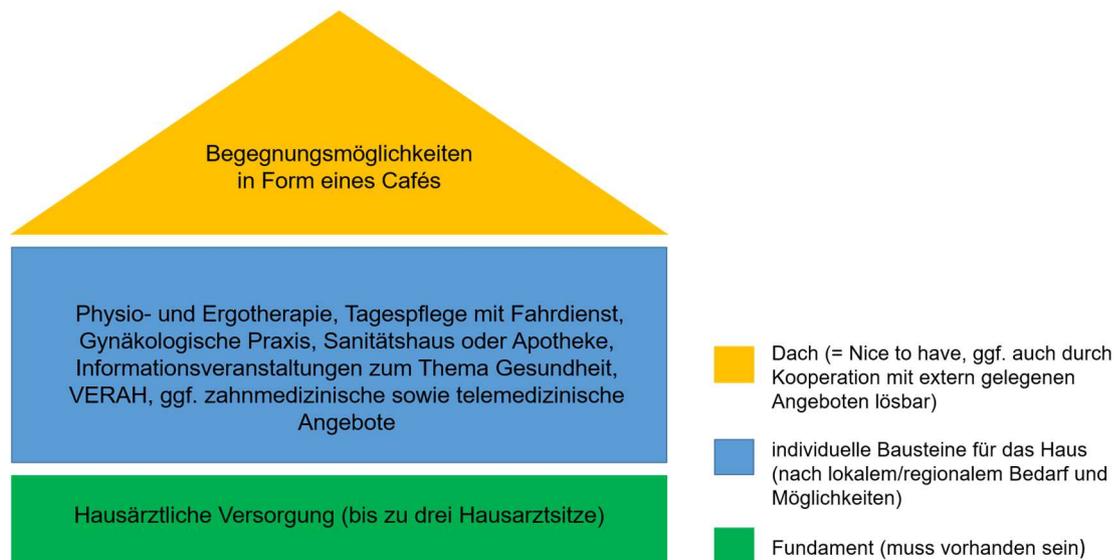
Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Tabelle 2 deutlich wird, sind die Ziele, die mit dem RVZ Wurster Nordseeküste umgesetzt werden sollen, vielfältig. In den nächsten Abschnitten wird ausgearbeitet, inwiefern diese Ziele bereits umgesetzt wurden, bzw. wo zukünftig noch Handlungsbedarf besteht.

4.1.3 Aufbau und Struktur

Der Aufbau und die Struktur des RVZ an der Wurster Nordseeküste orientieren sich am vorgegebenen Grundmodell (vgl. Einleitung Kapitel 4). Die Basis bildet das MVZ, welches zunächst mit zwei Arztsitzen eröffnet wurde. Ggf. soll zukünftig noch ein weiterer Arztsitz besetzt werden. Im mittleren Teil des RVZ sind an der Wurster Nordseeküste verschiedene medizinische Versorgungsangebote geplant, welche u. a. Physio- und Ergotherapie und eine Apotheke beinhalten. Darüber hinaus soll auch ein Café implementiert werden.

Abbildung 9: Aufbau RVZ Wurster Nordseeküste



Quelle: Eigene Darstellung, Stand März 2022

Im Folgenden werden der Aufbau und die Struktur des RVZ Wurster Nordseeküste sowie die rechtliche Form näher vorgestellt. Die Ausführungen basieren vor allem auf den Interviews mit den AkteurlInnen aus den lokalen Projektgruppen und geben den Stand des Projektes für März 2022 wieder.

Rechtsform

Als Rechtsform wurde eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) umgesetzt, deren Gesellschafter sich aus dem LK Cuxhaven und der Gemeinde Wurster Nordseeküste zusammensetzen. Zum 8. Oktober 2021 wurde die „Regionales und Medizinisches Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste gGmbH“ gegründet. Ursprünglich sollten für das RVZ und das MVZ jeweils eigene Gesellschaften gegründet werden. Um Kosten zu sparen (welche z. B. durch einen doppelten Jahresabschluss entstehen würden) wurde sich letztendlich für die Gründung einer gemeinsamen Gesellschaft entschieden.

Zu Beginn sollte die Bürgschaft der gGmbH an der Wurster Nordseeküste über eine Bankbürgschaft erfolgen. Entschieden wurde sich letztendlich für eine selbstschuldnerische Bürgschaft, die der Landkreis Cuxhaven ausgestellt hat. Rechtlich sei es zwar etwas schwierig eine selbstschuldnerische Bürgschaft in unbegrenzter Höhe auszugeben, jedoch sollten auch hier Gebühren bei der Bank etc. eingespart werden, um die Gesellschaft nicht zu belasten.

Regionales Versorgungszentrum und zusätzliche Versorgungsangebote

Medizinisches Versorgungszentrum

Das MVZ bildet die Basis für das RVZ. Das MVZ an der Wurster Nordseeküste startete zum Februar 2022 mit zwei ÄrztInnen – zunächst noch am ehemaligen Sitz des Hausarztes an der Wurster Nordseeküste. Zum Mai 2022 erfolgte der Umzug in die Räumlichkeiten des neuen MVZ. Der örtliche

Hausarzt hat auch die ärztliche Leitung des MVZ übernommen. Diese Situation wird in der lokalen Projektgruppe positiv bewertet, da er nicht nur Erfahrungen in der Leitung und Organisation einer Praxis mitbringt, sondern auch über einen lokalen Patientenstamm verfügt. Dadurch kann zum einen die Akzeptanz der BürgerInnen vor Ort und zum anderen direkt zu Beginn eine Umsatzgarantie sichergestellt werden. Daneben gab es für das MVZ bereits weitere Anfragen von InteressentInnen, die vor allem über Anzeigen im Ärzteblatt, in den regionalen Medien sowie über Mund-zu-Mund-Propaganda auf das MVZ aufmerksam geworden sind. Letztendlich wurde eine junge Ärztin dazugewonnen, die auch bereits angestellt wurde. Zudem gibt es einen Gynäkologen, der mit seiner Praxis zum MVZ gehört und bereits seit März 2022 in den Räumlichkeiten tätig ist.

Darüber hinaus gibt es einen Orthopäden, der ein großes Interesse daran hat, in das RVZ einzusteigen. Dabei besteht jedoch das Problem, dass in der Region kein freier Orthopädensitz zur Verfügung steht. Trotz zahlreicher Gespräche mit verschiedenen Institutionen, konnte bisher noch kein Sitz für den Orthopäden durchgesetzt werden.

Gleichwohl die ÄrztInnensuche an der Wurster Nordseeküste positiv verlaufen ist und es auch noch weitere InteressentInnen gibt, sehen sich die VertreterInnen der lokalen Projektgruppe zukünftig unter Druck, ÄrztInnen für das MVZ zu gewinnen. Die größten Herausforderungen werden dabei in der fehlenden Attraktivität der Region gesehen: bspw. aufgrund der Entfernung zu Großstädten und dem dort vorhandenen Kultur- und Freizeitangebot. Die Übergabe kaufmännischer und administrativer Aufgaben an einen Geschäftsführer, so wie es im MVZ an der Wurster Nordseeküste durch die Ärztegenossenschaft geschehen ist, bietet den ÄrztInnen zwar die Möglichkeit, sich auf die medizinische Versorgung ihrer PatientInnen zu konzentrieren, geht aber auch mit Kosten einher. Dabei wird das MVZ nach Berechnungen der ägnw im Rahmen des vorab erstellten Businessplans umso wirtschaftlicher, je mehr ÄrztInnen im MVZ tätig sind.

In der lokalen Projektgruppe gibt es verschiedene Ansätze, dieser Herausforderung zu begegnen. Besonders große Hoffnungen werden in die Akquise älterer ÄrztInnen über sogenannte Arztvermittlungsorganisationen gelegt. Nach Auskunft eines Vertreters aus der lokalen Projektgruppe melden sich bei diesen Agenturen viele ÄrztInnen, die im Alter zwischen 50 und 60 Jahren aus ihrem Beruf ausgeschieden sind, um in den Ruhestand zu wechseln, dann aber festgestellt haben, dass der Ausstieg zu früh erfolgt ist und sie gerne noch aktiv in ihrem Beruf weiterarbeiten möchten. Meist sind diese ÄrztInnen danach noch drei bis vier Jahre aktiv. An diese Vermittlungsagenturen will sich die lokale Projektgruppe wenden, um ÄrztInnen für das MVZ zu akquirieren. Darüber hinaus werden in den Gesprächen aber auch andere Instrumente diskutiert wie z. B. Stipendien für junge Erwachsene, die ein Medizinstudium aufnehmen, damit sie nach Beendigung wieder in ihre Heimat zurückkehren. Dabei gibt es jedoch den großen Nachteil, dass es einige Jahre dauert, bis die Stipendiaten ihre Ausbildung abgeschlossen haben und aktiv praktizieren können. Zudem gibt es die Idee, Fachkräftebündnisse zu bilden, um regional für ÄrztInnen zu werben.

Monetäre Anreize, das Angebot von Wohnungen oder Immobilien für interessierte ÄrztInnen sowie die Bereitstellung oder Organisation von Arbeits-

plätzen für potenzielle PartnerInnen der ÄrztInnen sind ebenfalls Instrumente, welche von den VertreterInnen in den Gesprächen erwähnt worden sind. Darüber hinaus wird von einem Vertreter der lokalen Projektgruppe auch die Nähe zur Helios Klinik erwähnt, über welche Kontakte zu interessierten ÄrztInnen aufgebaut werden könnten. Ferner besteht die Hoffnung, dass auch die Anstellung in einem MVZ für ÄrztInnen eine gewisse Attraktivität darstellt. Demnach scheuen viele gerade junge ÄrztInnen den Weg in die Selbständigkeit, so dass eine Anstellung interessant sein könnte. Zudem bietet das MVZ die Möglichkeit, sich auf die Behandlung von Menschen zu konzentrieren, da den angestellten ÄrztInnen organisatorische und administrative Aufgaben durch die medizinische Leitung und den kaufmännischen Geschäftsführer weitestgehend abgenommen werden. Zugleich wird dieses Anstellungsverhältnis von einem Vertreter der lokalen Projektgruppe aber auch kritisch gesehen. Demnach seien angestellte ÄrztInnen weniger engagiert und häufig nicht so stark an die Region gebunden, da sie vorab nicht wie ein niedergelassener Arzt bzw. eine niedergelassene Ärztin in die Einrichtung einer eigenen Praxis investiert hätten.

Weitere Versorgungsangebote

Neben der haus- und fachärztlichen Versorgung sollen im RVZ darüber hinaus auch weitere gesundheitliche Angebote räumlich oder auch virtuell integriert werden. Neben der bereits eröffneten Physiotherapie-Praxis, ist die Einbindung verschiedenster Versorgungsangebote geplant, die zum Teil aber noch konkreter ausgestaltet werden müssen. Diese reichen von einer Tagespflege mit Fahrdienst über aufsuchende Sozialarbeit und aufsuchendes Care- und Case-Management bis hin zu Besprechungs- und Schulungsangeboten, Beratungssprechstunden und der Einrichtung eines Cafés. Gerade in der Kombination der verschiedenen Angebote unterstützt durch die Einrichtung eines (sozialen) Case Managements sehen einige VertreterInnen der lokalen Projektgruppe einen großen Mehrwert, da hierdurch integrierte und patientenorientierte Versorgungsstrukturen geschaffen werden könnten, die kranken und/oder älteren Menschen Möglichkeiten bieten, länger in den eigenen vier Wänden leben zu können.

Ein wichtiger Partner des RVZ an der Wurster Nordseeküste ist das Deutsche Rote Kreuz (DRK). Dieses wird im Rahmen des RVZ verschiedene Angebote, wie z. B. die Tagespflege, übernehmen. Neben dem DRK gibt es für die Anmietung der Räumlichkeiten im RVZ bereits zahlreiche Interessenten. Laut Aussage der InterviewpartnerInnen wäre es mit Blick auf die Nachfrage möglich, die Räumlichkeiten zweimal zu belegen. Das geplante Sanitätshaus wird zunächst zurückgestellt, da durch den fehlenden Orthopäden ggf. die entsprechende Nachfrage ausbliebe. Derzeit werden Überlegungen angestellt, dafür eine Apotheke im RVZ zu eröffnen. Diese Entscheidung wurde jedoch noch nicht gefällt. Auch eine Entscheidung über zahnmedizinische Angebote soll erst im weiteren Verlauf des Projektes getroffen werden.

Ferner sollen in Zukunft die sozialen Dienstleistungen des RVZ um telemedizinische Angebote ergänzt werden. Hierzu sind bspw. telemedizinische Sprechstunden vorgesehen. Gerade im Bereich der fachärztlichen Versorgung wird hier ein großer Mehrwert durch die VertreterInnen der lokalen Projektgruppe gesehen. Zudem sollen für eine flächendeckende hausärztliche Versorgung nichtärztliche Praxisassistenten eingesetzt werden (VERAH), welche die Zeitkapazitäten der ÄrztInnen durch aufsuchende

Heimbesuche entlasten sollen. Ein Interviewpartner erwähnt in diesem Zusammenhang, dass der Einsatz telemedizinischer Versorgung im RVZ stärker vorangetrieben werden kann als bei niedergelassenen ÄrztInnen, da durch die Strukturen des RVZ Schulungen verpflichtend eingeführt und die notwendige Software angeschafft werden kann. Zum Angebot haushaltsnaher Dienstleistungen, welche über das RVZ bezogen werden können, liegen bisher keine konkreten Pläne vor. Diese Angebote, ggf. auch kombiniert mit einer Nachbarschaftshilfe, sollen weiter ausgearbeitet werden, sobald das Projekt insgesamt weiter vorangeschritten ist.

Die nächsten Schritte fokussieren sich auf die Umsetzung der Tagespflege und die Einrichtung des Cafés bzw. des Veranstaltungsbereiches. Es ist geplant, dass alle DienstleisterInnen bis Oktober 2022 im RVZ Wurster Nordseeküste starten.

Management

Das Management des RVZ wurde wie geplant durch die Ärztegenossenschaft ägnw übernommen, die in der ersten Förderphase im Jahr 2020 bereits den Businessplan für das RVZ an der Wurster Nordseeküste erstellt hatte. Die ägnw übernimmt sowohl die kaufmännische Leitung als auch die Geschäftsführung des RVZ. Der Arbeitsaufwand wird aus Sicht der ägnw als überschaubar bewertet. Es wird davon ausgegangen, dass in den ersten Jahren nach der Gründung mehr Managementaufgaben anfallen, sich diese Arbeiten im weiteren Verlauf aber auf ein bis zwei Tage in der Woche beschränken werden. Diese Einschätzung basiert insbesondere auf den Erfahrungen und dem Austausch mit MVZ aus Schleswig-Holstein.

Ein Vertreter der ägnw ist bereits aktiv in die lokale Projektgruppe eingebunden. Diese Einbindung wird von den VertreternInnen der lokalen Projektgruppe als große Hilfe wahrgenommen. Zudem ist man sich der Bedeutung des Managements für das RVZ bewusst. Die ägnw wird als kompetenter Partner wahrgenommen, da sie über eine umfangreiche Expertise verfügt und ein hohes Vertrauen in der Ärzteschaft genießt. Wenngleich die ägnw noch keine expliziten Erfahrungen in dem Management eines MVZ vorweisen kann, so ist sie seit vielen Jahren aktiv im Management von Arztnetzen, in welchen sich 70 bis 100 niedergelassene ÄrztInnen zusammengeschlossen haben. Für diese übernimmt die ägnw die verschiedenen Wirtschaftsaktivitäten einschließlich der Geschäftsführung.

4.1.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit

Für die Umsetzung des RVZ wurde eine denkmalgeschützte Immobilie am Feuerweg 6c in Nordholz angemietet. Diese Immobilie ist zentral in Nordholz gelegen. An der Immobilie steht ein großer Parkplatz zur Verfügung. Ferner liegt die Immobilie fußläufig vom Bahnhof entfernt. Hierdurch ist sie über den ÖPNV und das Anruf-Sammel-Taxi sehr gut angebunden. Im näheren Umkreis der Immobilie finden sich weitere Versorgungsangebote.

Die zentral gelegene Immobilie, ein ehemaliges Krankenhaus, bietet auf 1.450 qm und drei Etagen die Möglichkeit, die verschiedenen Angebote räumlich gebündelt unterzubringen. Derzeit übersteigt die Nachfrage für die Anmietung von Räumlichkeiten das Angebot. Möglichkeiten zur Erweiterung

der Immobilie sind grundsätzlich gegeben, werden aber nur langfristig umsetzbar sein. Aktuell wird daher geprüft, ob ein weiteres Gebäude neben dem RVZ angemietet werden könnte, bspw., um dort eine Zahnarztpraxis unterzubringen. Zudem wird an das Gebäude eine externe Fahrstuhlanlage angebracht, damit die oberen Etagen auch von Personen erreicht werden können, die in ihrer Mobilität eingeschränkter sind.

Die Immobilie wird als „Glücksfall“ für das gesamte Projekt hervorgehoben. Da die sehr große Liegenschaft schnell gefunden wurde, konnte mit der weiteren Ausgestaltung des Vorhabens zügig fortgeschritten werden. Momentan findet ein weiterer Umbau des Gebäudes statt. Aus baurechtlichen Gründen, muss dabei abschnittsweise vorgegangen werden. Herausforderungen werden in diesem Kontext vor allem bei dem Brandschutz und der Denkmalpflege gesehen.

Die Immobilie befindet sich in Privatbesitz und wurde für zunächst zwölf Jahre gemietet. Der Eigentümer kümmert sich nach Aussagen der Interviewpersonen auch um den Umbau der Immobilie. Da dieser selbst aus der Region stammt und an einer guten Umsetzung interessiert ist, läuft die Zusammenarbeit sehr gut.

4.1.5 Zwischenfazit

Die Einrichtung eines kommunalen RVZ an der Wurster Nordseeküste adressiert die Bedarfe zur Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung in der Region. Perspektivisch werden mehrere HausärztInnen in den Ruhestand gehen, so dass an dieser Stelle mit Versorgungslücken zu rechnen ist, was auch durch die Prognosen der KVN bestätigt wird. Durch die zentrale Lage der Immobilie in Nordholz, die Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr sowie eines ausreichend großen Parkplatzangebotes für Personen, die den Individualverkehr nutzen, ist eine gute Anbindung des Standortes auch für Personen aus dem umliegenden Ortschaften und Gemeinden sichergestellt. Ergänzt wird dies zudem künftig durch telemedizinische Angebote und VERAH.

Die Eröffnung im März 2022 zeigt, dass die Umsetzung des RVZ an der Wurster Nordseeküste bisher gut verlaufen ist. Bis Oktober 2022 sollen alle Betriebsteile eröffnet sein. Positiv hervorzuheben ist, dass ein Arzt aus der Region für die medizinische Leitung des MVZ gefunden werden konnte. Da dieser bereits vor Ort bekannt ist, bringt er einen bereits vorhandenen Patientenstamm mit, so dass bereits zu Beginn des Betriebes eine gewisse Umsatzgarantie des MVZ sichergestellt ist. Zudem wurde eine weitere Ärztin im MVZ angestellt. Zum aktuellen Zeitpunkt scheint auch die Besetzung weiterer Hausarztsitze im MVZ an der Wurster Nordseeküste als nicht unrealistisch. Für diesen Fall gibt es bereits verschiedene Überlegungen, wie dieser Herausforderung begegnet werden kann. Ein sehr erfolgsversprechendes Instrument scheint dabei die Akquise älterer ÄrztInnen durch Vermittlungsagenturen zu sein.

Ebenfalls positiv zu bewerten ist, dass mit der ägnw Management GmbH bereits ein kompetenter Partner für die kaufmännische Geschäftsführung gefunden und in die lokale Projektgruppe miteingebunden werden konnte. Die Verträge dafür sind bereits unterzeichnet und die Beteiligten sind bisher zufrieden mit der Zusammenarbeit.

Bei der Einrichtung der Gesellschaft kamen Diskussionen, insbesondere hinsichtlich der Bürgschaft auf, welche von der KVN verlangt wird und auch zu Diskussionen innerhalb der Projektgruppe geführt hat. Diese wurden jedoch überwunden und es wurde die „Regionales und Medizinisches Versorgungszentrum gGmbH“ gegründet. Die Bürgschaft wurde letztendlich in Form einer selbstschuldnerischen Bürgschaft erteilt.

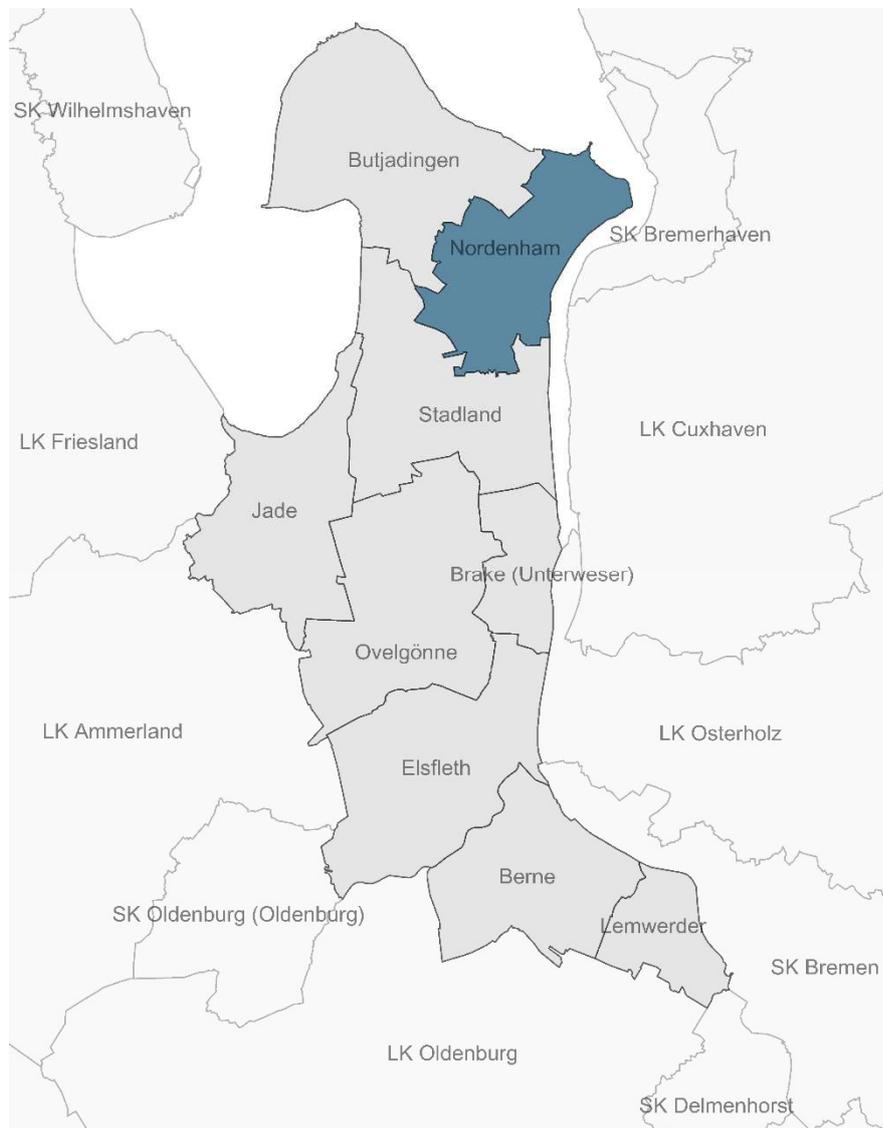
Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Ziele (siehe Kapitel 4.1.2), welche für das RVZ Wurster Nordseeküste formuliert wurden, bereits zu einem Großteil umgesetzt wurden. Manche operativen Ziele wie der Ausbau der telemedizinischen Versorgung oder der Einsatz der VERAH, sind derzeit zwar noch nicht nutzbar, werden aber im weiteren Verlauf des Projektes implementiert werden. Zum jetzigen Zeitpunkt befindet sich das RVZ kurz nach Eröffnung noch immer im Entwicklungsprozess und bietet Potenzial alle Ziele nachhaltig umzusetzen.

Das RVZ Wurster Nordseeküste hat bereits eine Homepage, über die aktuelle Informationen abgerufen werden können: <https://www.rvz-nordholz.de/>.

4.2. RVZ Nordenham, LK Wesermarsch

Das RVZ in der Wesermarsch soll im nördlichen Teil des Landkreises in der Stadt Nordenham (vgl. Abbildung 1010) angesiedelt werden. Das neue Versorgungsangebot soll neben der Stadt Nordenham auch die Versorgungsbedarfe der Gemeinde Butjadingen mitabdecken. Ferner ist davon auszugehen, dass auch Teile der südlichen Gemeinde Stadland mit durch das RVZ versorgt werden können – auch wenn die Gemeinde Stadland nach Einteilung der KVN nicht in das Versorgungsgebiet Nordenham, sondern in das Versorgungsgebiet Brake fällt.

Abbildung 10: Lage des Standortes im Landkreis Wesermarsch



Quelle: Eigene Darstellung

Der LK Wesermarsch ist vom Niedersächsischen Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung angefragt worden, ob Interesse bestünde, ein kommunales RVZ in Nordenham aufzubauen. Nach ersten Vorbereitungen und Planungen, die bereits vom Land Niedersachsen anteilig gefördert worden waren, stellte der LK Wesermarsch Ende 2020 einen Antrag auf Fördermittel zum Aufbau eines RVZ. Der Kreis erhielt Mitte Dezember 2020 einen Förderbescheid über ca. 1,18 Mio. Euro. Der

Förderzeitraum endet im Jahr 2023. Die Gesamtkosten des Projektes belaufen sich auf ca. 1,4 Mio. Euro und werden über die Landesförderung hinaus u. a. durch die Stadt Nordenham und den LK Wesermarsch finanziert. Das erste Interview zum Projekt wurde mit dem Ersten Kreisrat des Landkreises Wesermarsch geführt. Im Frühjahr 2021 sind zudem Interviews mit weiteren Vertretern aus der lokalen Projektgruppe durchgeführt worden. Im März 2022 wurden Abschlussgespräche mit den zentralen AkteurInnen durchgeführt und die BürgerInnen der Region telefonisch zur ärztlichen Versorgung und dem Vorhaben befragt. Die Ergebnisse der Interviews sowie die Informationen aus der Dokumentenanalyse und der Desktop-Recherche sind die Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen.

4.2.1 Ausgangssituation

Der LK Wesermarsch und insbesondere die nördlichen Kommunen sind durch den demografischen Wandel stark betroffen. Vor allem in der Gemeinde Butjadingen ist der Anteil der älteren Bevölkerung auf einem überdurchschnittlich hohen Niveau. Aber auch in der Stadt Nordenham und der Gemeinde Stadland belegen die Zahlen, dass der demografische Wandel im nördlichen Teil des Landkreises im Vergleich zum Landkreis insgesamt sowie zum Bundesland Niedersachsen stärker vorangeschritten ist. Diese Entwicklungen werden sich in den kommenden Jahren voraussichtlich fortsetzen. Die Bevölkerungsvorausberechnung der amtlichen Statistik für den LK Wesermarsch geht von einem Anstieg des Anteils der über 65-Jährigen auf über 30 % im Jahr 2030 aus.

Tabelle 3: Anteil älterer Menschen im Landkreis Wesermarsch (Stand 2019)

	Anteil über 65-Jährige	Anteil über 80-Jährige	Altenquotient
Niedersachsen	22 %	7 %	37,5
LK Wesermarsch	24 %	7 %	40,8
Nordenham	24 %	8 %	41,6
Butjadingen	30 %	9 %	53,3
Stadland	25 %	7 %	43,8

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landesamtes für Statistik Niedersachsen, 2021

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung im nördlichen Teil des LK Wesermarsch trifft auf eine defizitäre hausärztliche Versorgungslage. Nach Angaben der KVN sind im Jahr 2019 in Nordenham und Butjadingen 5,5 Hausarztsitze unbesetzt (vgl. KVN 2019).

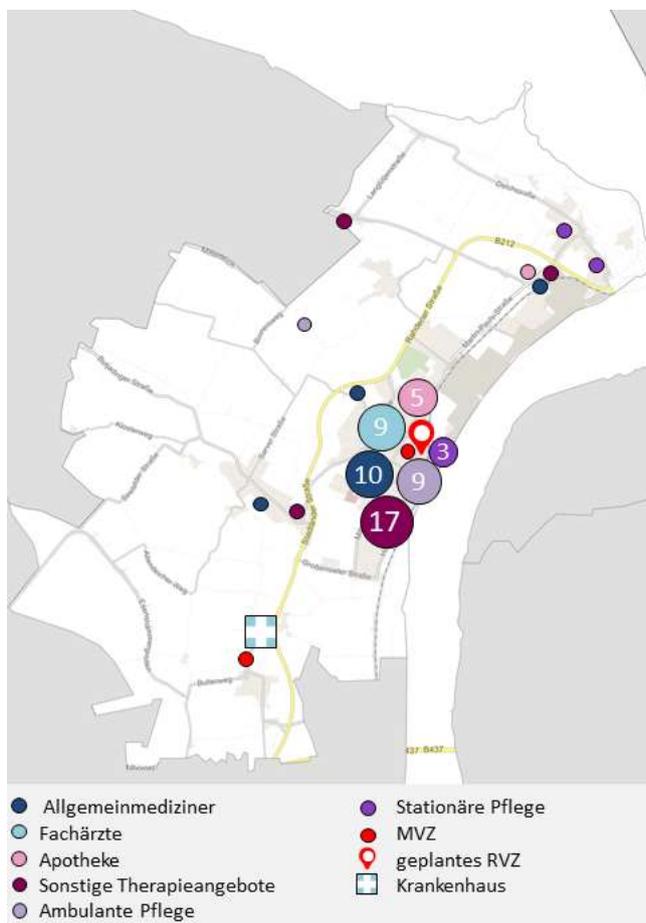
Abbildung 111 zeigt die vorhandenen medizinischen Versorgungsangebote der Stadt Nordenham. Demnach gibt es für die ca. 26.000 EinwohnerInnen folgende ärztliche Versorgungsangebote:

- 13 hausärztliche Praxen
- Neun fachärztliche Praxen (InternistIn (4), ZahnärztIn (2), HNO-ÄrztIn (1), GynäkologIn (1) und OrthopädIn (1))

- Zwei MVZ (Helios MVZ Wesermarsch mit Schwerpunkt Chirurgie, MVZ.Nordenham u. Brake Dres. Bodammer & Ceskel GbR mit Schwerpunkt Kardiologie)
- Ein Krankenhaus (Helios Klinik)

Daneben gibt es eine Vielzahl an weiteren Angeboten wie Apotheken (6), physio- (9), ergo- (3) und psychotherapeutische (4) Angebote sowie eine Logopädiepraxis, ein Suchtbehandlungszentrum, eine Heilpraktiker- und eine Hypnosepraxis. Darüber hinaus sind verschiedene ambulante (10) und stationäre (5) Pflegeangebote vorhanden. Auffällig ist, dass sich der Großteil der Angebote im Ortskern von Nordenham konzentriert und sich im Umland – insbesondere im westlichen Teil – kaum Angebote befinden. Laut KVN ist die räumliche Erreichbarkeit von HausärztInnen in Nordenham dennoch als sehr gut zu bewerten. Die durchschnittliche Erreichbarkeit einer hausärztlichen Praxis mittels motorisierten Individualverkehrs beträgt durchschnittlich anderthalb Minuten (Durchschnitt Niedersachsen: fünf Minuten).

Abbildung 11: Medizinische Versorgungsangebote in Nordenham (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche⁶, eigene Darstellung

Vergleichsweise schlechter ist es um die Erreichbarkeit in den angrenzenden Gemeinden Butjadingen und Stadland bestellt. Die ca. 7.400 BewohnerInnen der Gemeinde Stadland brauchen in der Regel zwischen vier bis sechs Minuten, um einen Hausarzt bzw. eine Hausärztin zu erreichen, in

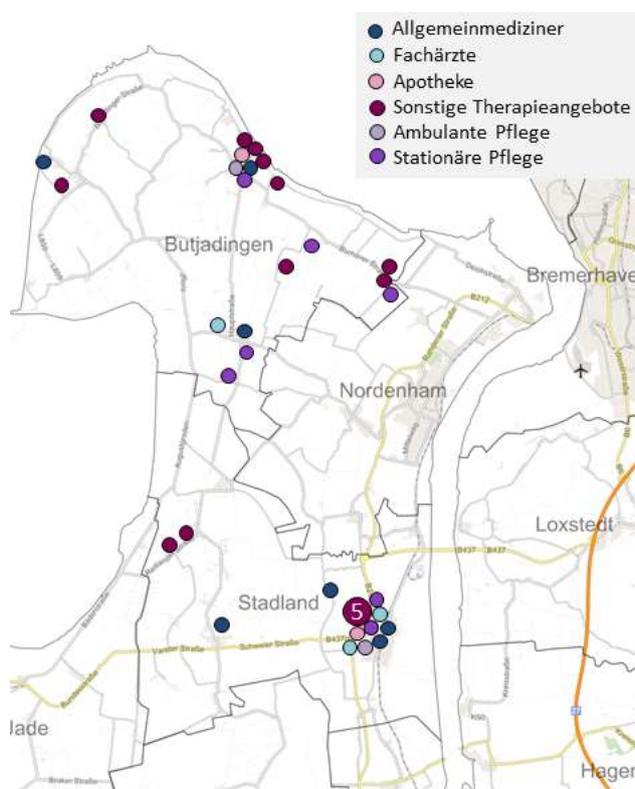
⁶ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Butjadingen (ca. 6.000 EinwohnerInnen) sind es sogar sieben bis neun Minuten. Damit liegt Butjadingen sogar leicht über dem niedersächsischen Landesdurchschnitt von fünf Minuten. In Abbildung 12 ist das Versorgungsangebot in den beiden Gemeinden kartiert worden. Die Abbildung verdeutlicht, dass die beiden kleineren Nachbargemeinden der Stadt Nordenham über vergleichsweise wenige medizinische Versorgungsangebote verfügen.

In Butjadingen gibt es derzeit drei Hausarztpraxen und eine Zahnärztin. Darüber hinaus stehen als weitere medizinische Versorgungsangebote eine Apotheke, Physio- (2) und Psychotherapiepraxen (2), HeilpraktikerInnen (4) sowie eine Osteopathin zur Verfügung. Im Bereich der Pflege gibt es in der Gemeinde zwar fünf stationäre aber nur ein ambulantes Angebot. Laut des Pflegeberichtes für den LK Wesermarsch 2020 wird die Versorgungsstruktur im Pflegesektor im Norden des Landkreises und insbesondere in der Gemeinde Butjadingen wegen der starken Alterung und der langen Wege für die ambulante Versorgung als besonders herausfordernd bewertet (vgl. BFS Service GmbH 2020).

Die medizinische Versorgungsstruktur in Stadland setzt sich zusammen aus: Hausarztpraxen (4), Zahnarztpraxen (2) einer Apotheke, Physiotherapiepraxen (4), einer Heilpraktikerin, einer Logopädin sowie einer psychosozialen Beratung. Im Bereich der Pflege gibt es in der Gemeinde ein ambulantes und zwei stationäre Angebote.

Abbildung 12: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden von Nordenham (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche⁷, eigene Darstellung

⁷ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Die Prognosen der KVN gehen für 2030 von einem hausärztlichen Versorgungsgrad von 75 bis 100 % im LK Wesermarsch und von unter 75 % in Nordenham und Butjadingen aus. Grund für diese negativen Prognosen ist zum einen die Altersstruktur der praktizierenden ÄrztInnen und deren zunehmende Spezialisierung (vgl. KVN 2019).⁸ Zum anderen wird die Situation für die ärztliche Nachfolge als eher unattraktiv eingeschätzt. Grund für diese Einschätzung ist die hohe Anzahl an Einzelpraxen, welche keine bis kaum Möglichkeiten für eine Anstellung in Voll- oder Teilzeit bieten – ein Trend der seit 2009 laut KVN (2019) stetig zunimmt. Ein weiterer Grund, weshalb es um die Gewinnung neuer ÄrztInnen im Norden der Wesermarsch schlecht bestellt ist, hängt damit zusammen, dass kein bzw. nur ein geringes Angebot für eine Famulatur oder Facharztweiterbildung existiert. Durch ein solches Angebot könnten z. B. junge ausgebildete AllgemeinmedizinerInnen in die Region gelockt und ggf. für eine Nachfolge gewonnen werden.

Die Situation einer zunehmenden Bevölkerungsalterung gepaart mit einer defizitären Haushaltslage wird sich aktuellen Prognosen zufolge somit weiter verschärfen. Damit treffen immer mehr alte und zunehmend multimorbide PatientInnen auf immer weniger (Haus-)ÄrztInnen. Eine Situation, die nach neuen Lösungen und Handlungsansätzen verlangt und die für die betroffenen Gemeinden und den LK Wesermarsch zukünftig immer stärker an Bedeutung gewinnen wird.

4.2.2 Ziele und Konzept

Zu Beginn des Projekts sind von der Stadt Nordenham und dem LK Wesermarsch Ziele formuliert worden, welche mit dem Projekt verfolgt werden sollen. Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf die Ziele und Konzepte wie sie in den Antragsunterlagen Ende 2020 festgeschrieben worden sind.

Die Ziele des RVZ Nordenham teilen sich in ein übergeordnetes Ziel und verschiedene untergeordnete Zielsetzungen auf. Das übergeordnete Ziel ist die Aufrechterhaltung und der Ausbau einer wohnortnahen kommunalen Gesundheitsversorgung, welche durch die Implementierung des RVZ erreicht werden soll. In Nordenham ist insbesondere der Aufbau und Betrieb eines kommunal getragenen MVZ eines der Hauptanliegen der Stadt Nordenham und des LK Wesermarsch. Die Umsetzung dieser Aufgabe und insbesondere die Suche nach entsprechenden MedizinerInnen wurden bereits zu Beginn des Projektes als zentrale Herausforderung wahrgenommen. Neben dem Betrieb eines MVZ ist ein weiteres Ziel die Bündelung von Versorgungsangeboten unter einem Dach. Zur Sicherstellung dieser Zielsetzung bedarf es neben einem wohnortnahen Standort des RVZ darüber hinaus auch einer Immobilie, welche genügend Raum bietet, um neben dem MVZ auch weitere medizinische Versorgungsangebote zu bündeln. Ferner sollten weitere MieterInnen für das RVZ gewonnen werden, die Angebote

⁸ Im Vergleich zum Beginn des Jahres 2021 hat sich die Situation der hausärztlichen Versorgung in Butjadingen im Frühjahr deutlich verbessert. Nach Angaben des Vertreters der KVN in der lokalen Projektgruppe in Nordenham hat ein Arzt aus Nordenham in der Gemeinde Butjadingen Zweigpraxen bzw. Filialen gegründet. Der niedergelassene Arzt in Nordenham hat zwei Ärzte in seiner Praxis angestellt, von denen einer ein ehemaliger Arzt aus der Nachbargemeinde Stadland im Ruhestand ist. Zwar ist dieses Modell bzw. diese Konstellation nach Angaben des Vertreters der KVN kein Musterbeispiel für die Lösung von medizinischen Versorgungsdefiziten, jedoch konnte auf diese Weise die drohende Unterversorgung in Butjadingen und damit im Versorgungsgebiet Nordenham insgesamt reduziert werden.

im Bereich soziale und gesundheitliche Dienstleistungen anbieten sowie ein Management implementiert werden, welches die verschiedenen Angebote sowie das MVZ organisiert und anfallende administrative Dienstleistungen abwickelt.

Ein weiteres strategisches Ziel des RVZ Nordenham ist die Vermeidung langer Wege und die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in der Gemeinde Butjadingen. Hierzu sollte vor allem ein Standort bzw. eine Immobilie gefunden werden, die auch für BürgerInnen aus dem Umland – insbesondere der Gemeinde Butjadingen – gut erreichbar ist. Diese Erreichbarkeit kann über eine gute Anbindung an den öffentlichen Nah- und Individualverkehr sichergestellt werden. Zudem ist eine Vermeidung von Wegen über ergänzende telemedizinische Angebote möglich. Letztere sind auch in Hinblick auf das strategische Ziel der Entlastung des nächtlichen Bereitschaftsdienstes der ÄrztInnen mittels telemedizinischer Angebote von Bedeutung. Hierfür bedarf es entsprechender technischer Angebote, welche eine Entlastung des Bereitschaftsdienstes ermöglichen. Ferner muss neben den technischen Voraussetzungen auch die Gewinnung geeigneter AnbieterInnen erfolgen.

Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die strategischen und operativen Ziele und Maßnahmen des RVZ Nordenham.

Tabelle 4: Ziele RVZ Nordenham

Strategische Ziele	Operative Ziele
Aufrechterhaltung und der Ausbau einer wohnortnahen kommunalen Gesundheitsversorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Trägerschaft • Anmietung einer wohnortnahen Immobilie • Ansprache und Einbindung von verschiedenen AkteurInnen und Angeboten im Bereich der Gesundheitsversorgung
Aufbau und Betrieb eines kommunal getragenen MVZ	<ul style="list-style-type: none"> • Gewinnung von HausärztInnen • Einbindung eines Arztes/einer Ärztin aus der Region
Bündelung von Versorgungsangeboten unter einem Dach	<ul style="list-style-type: none"> • Anmietung/Erwerb einer Immobilie, die ausreichend Raum für verschiedene Angebote bereitstellt • Akquise weiterer MieterInnen für das RVZ, die medizinische Versorgungsangebote anbieten • Einrichtung eines Managements für das RVZ und MVZ
Vermeidung langer Wege und Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in der Gemeinde Butjadingen	<ul style="list-style-type: none"> • Anmietung einer wohnortnahen Immobilie mit guter Anbindung für den Öffentlichen Nah- und Individualverkehr • Einbindung telemedizinischer Angebote
Entlastung des nächtlichen Bereitschaftsdienstes der ÄrztInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung telemedizinischer Angebote • Geeignete Angebote/PartnerInnen einbinden

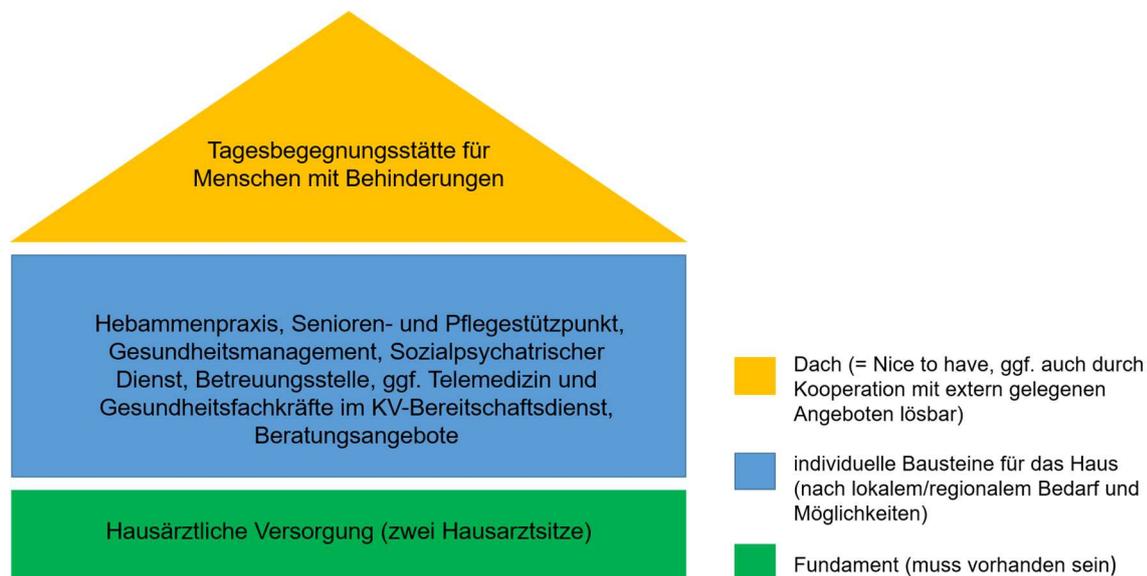
Quelle: Eigene Darstellung

Es wurde aufgezeigt, dass mit dem RVZ Nordenham eine Vielzahl an verschiedenen Zielen umgesetzt werden soll. In den nächsten Kapiteln wird herausgearbeitet, welche dieser Ziele bereits eingelöst wurden und wo noch nachgebessert werden muss.

4.2.3 Aufbau und Struktur

Der Aufbau und die Struktur des RVZ in Nordenham orientiert sich am vorgegebenen Grundmodell, welches einleitend in Kapitel 4 vorgestellt worden ist. Die Basis bildet das MVZ, für welches in Nordenham zwei volle Hausarztsitze vorgesehen sind. Im mittleren Teil des RVZ sind in Nordenham verschiedene medizinische Versorgungsangebote vorgesehen, die bereits in der Antragsstellung Erwähnung gefunden haben. Nachträglich ist zudem noch als weiterer Baustein eine Tagesbegegnungsstätte für Menschen mit Behinderung in die Planungen mitaufgenommen worden.

Abbildung 13: Aufbau RVZ Nordenham



Quelle: Eigene Darstellung, Stand März 2022

Im Folgenden werden der Aufbau und die Struktur des RVZ Nordenham sowie die rechtliche Form näher vorgestellt. Die Ausführungen basieren vor allem auf den Interviews mit den zentralen AkteurlInnen und geben den Planungsstand für März 2022 wieder.

Rechtsform

Sowohl im Kreistag des Landkreises Wesermarsch als auch im Stadtrat der Stadt Nordenham wurde im Mai 2021 die Grundsatzentscheidung getroffen, ein RVZ zu gründen und eine Gesellschaft für das MVZ ins Leben zu rufen. Dazu entsenden beide Gesellschafter jeweils vier VertreterInnen in die Gesellschafterversammlung. Ende Mai 2021 erfolgte die Auswahl der VertreterInnen für die Gesellschaft. Ende Juni unterzeichnete die Gesellschafterversammlung den Gesellschaftervertrag beim Notar und es erfolgte die formale Eintragung der Gesellschaft in das Handelsregister. Als Rechtsform wurde eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) umgesetzt, deren Gesellschafter sich zu jeweils 50 % aus dem Landkreis Wesermarsch

und der Stadt Nordenham zusammensetzen. Diese Rechtsform wurde bereits durch die Beraterfirma Dostal & Partner, welche Ende 2020 ein Gutachten zur Implementierung eines RVZ in Nordenham erstellt hatte, empfohlen. Ursprünglich war die Gründung einer gemeinnützigen GmbH geplant. Im Juli 2021 wurde jedoch die „Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Wesermarsch-Nord GmbH“ gegründet.

Erst im Anschluss an die Gründung war es möglich, die Mietverträge für die Immobilie zu unterzeichnen und die geplanten Umbauarbeiten in der Immobilie zu beginnen. Hauptmieter der Immobilie ist die MVZ GmbH. Diese schließt Untermietverträge mit den weiteren medizinischen DienstleisterInnen des RVZ ab.

Eine größere Herausforderung bestand bei der Gründung der GmbH in der Einigung mit der KVN bzgl. der zu hinterlegenden Bürgschaft. Ursprünglich stand die sogenannte unbeschränkte selbstschuldnerische Bürgschaft im Raum, bei welcher beide Gesellschafter zu 100 % in unbeschränkter Höhe für die MVZ GmbH hätten bürgen müssen. Diese Forderung der KVN wurde von den anderen VertreterInnen der lokalen Projektgruppe durchaus kritisch betrachtet. Letztlich wurde die Problematik durch den Weg der sogenannten anderen Sicherheitsleistung gemäß § 232 BGB in Form einer Bankbürgschaft gelöst. Die Bürgschaftssumme ist auf den doppelten Umsatz je Vertragssitz begrenzt und beläuft sich in Nordenham auf ca. 1,3 Mio. Euro. Diese Bürgschaft wurde seitens der Bank ausgesprochen, da die Stadt Nordenham und der Landkreis zwei modifizierte Ausfallbürgschaften dafür beschlossen haben. Bei diesem Vorgehen muss pro Jahr eine Bürgschaftsprovision von 1 % entrichtet werden, was zusätzliche Kosten darstellt.

Regionales Versorgungszentrum und zusätzliche Versorgungsangebote

Medizinisches Versorgungszentrum

Das MVZ bildet die Basis und den Kern des RVZ. Dies zeigt sich in Nordenham auch an der rechtlichen Ausgestaltung, da die MVZ GmbH Hauptmieter der Immobilie ist und weitere Räumlichkeiten an die anderen DienstleisterInnen untervermietet.

Zentrale Herausforderung für die erfolgreiche Umsetzung des Gesamtprojektes ist in Nordenham – wie auch an den anderen Standorten – die Gewinnung von ÄrztInnen für das MVZ. Im Mai 2021 schien es zunächst so, als konnte für das MVZ bereits ein Arzt im Ruhestand gewonnen werden, der den Aufbau und die Leitung des MVZ übernehmen würde. Damit wären im RVZ Nordenham 0,5 der vorgesehenen zwei Arztsitze abgedeckt gewesen. Die Einbindung des Seniorarztes wäre für das Projekt von Vorteil gewesen, da dieser für Akzeptanz des MVZ bei den BürgerInnen sowie den niedergelassenen ÄrztInnen sorgen kann. Zum Stand März 2022 gibt es jedoch keine Zusage eines Arztes oder einer Ärztin, im MVZ tätig zu sein. Dadurch, dass bisher noch keine ÄrztInnen gefunden wurden und somit der Zulassungsantrag nicht gestellt werden kann, wurde bisher noch nicht mit der Einrichtung der Praxis begonnen. Voraussichtlich wird das RVZ zum Juli 2022 zunächst ohne Hausarztpraxis eröffnen.

Die Gewinnung und Rekrutierung von ÄrztInnen steht in Nordenham ganz oben auf der Agenda. Grundsätzlich besteht unter den Akteuren der lokalen Projektgruppe bereits Anfang 2021 Einigkeit darüber, dass es für diesen Prozess keinen Königsweg gibt. In den Interviews mit Vertretern der lokalen Projektgruppe zeigte sich, dass als zentrale Zielgruppe vor allem junge und weibliche Hausärztinnen gesehen werden. Dies liegt vor allem daran, dass die ÄrztInnen im MVZ im Angestelltenverhältnis arbeiten, d. h. geregelte Arbeitszeiten, Vertretungsmöglichkeiten durch die KollegInnen sowie weniger administrative Aufgaben und organisatorische Verantwortlichkeit. Diese Arbeitsbedingungen werden von den Interviewpartnern als familienfreundlich beschrieben, so dass hierin vor allem ein attraktives Stellenangebot für junge und weibliche Ärztinnen gesehen wird.

Derzeit ist es geplant, noch eine Ausschreibung zu schalten und mit Kliniken ins Gespräch zu kommen, um eine Lösung zu finden. Generell gestaltet sich die Suche nach ÄrztInnen jedoch problematisch, vor allem vor dem Hintergrund, dass zwei Personen benötigt werden, um das MVZ eröffnen zu können.

Weitere Versorgungsangebote

Über das MVZ hinaus sollen in das RVZ weitere medizinische Versorgungs- sowie telemedizinische Angebote integriert werden. Hierzu liegen bereits erste Pläne vor. Abbildung 133 veranschaulicht den aktuellen Planungsstand für das RVZ in Nordenham. Ein wichtiges Angebot bildet die Hebammenpraxis. Geplant ist hierzu, dass die Hebammenpraxis in Brake, welche vom LK betrieben wird, in das RVZ Nordenham umgesiedelt wird. Des Weiteren ist geplant, in das RVZ einen Senioren- und Pflegestützpunkt, ein Gesundheitsmanagement, einen sozialpsychiatrischen Dienst sowie eine Beratungsstelle zu integrieren. Zudem soll eine Suchberatung (Rose 12) durch die Diakonie umgesetzt werden. Ein neues Angebot, welches zu Beginn des Jahres 2021 noch nicht vorgesehen war, ist die Einrichtung einer Tagesbegegnungsstätte für Menschen mit Behinderung. Hierzu gibt es bereits Gespräche mit dem CVJM, der sich vorstellen könnte, ein solches Angebot im RVZ bereitzustellen. Insgesamt wird der Fokus momentan jedoch auf die zentrale Herausforderung der ÄrztInnengewinnung für das MVZ gelegt. Neben der Lösung dringlicherer Problemlagen sehen sie in der Vermietung der Räumlichkeiten im RVZ auch keine größeren Probleme, da der LK einige der Angebote selbst anbieten könnte, so dass an dieser Stelle der Handlungsdruck als eher gering angesehen wird.

Ähnlich verhält es sich im Bereich der telemedizinischen Angebote. Angedacht ist der Einsatz von Gesundheitsfachkräften und Telemedizin im Bereitschaftsdienst (Projekt 116 117). Hierzu gab es von der KVN bereits ein Projekt in Delmenhorst, wo der Einsatz in Kooperation mit den Johannitern und der Universität Oldenburg erprobt wurde. Die Problematik besteht in diesem Feld insbesondere in der Finanzierung. Die Leistungen für den Einsatz der telemedizinischen Angebote werden von den Krankenkassen nicht übernommen, so dass solche Projekte in der Regel über Projektfinanzierungen laufen, welche zeitlich befristet sind. Aufgrund der eher geringen Finanzstärke der Kommune Nordenham wird die Umsetzung des Projektes im RVZ von einem Vertreter der lokalen Projektgruppe eher skeptisch betrachtet. Zudem besteht die grundsätzliche Bereitschaft telemedizinische Angebote in das RVZ zu integrieren. Die Umsetzung solcher Angebote soll

jedoch erst mittelfristig, nach Inbetriebnahme des RVZ, angegangen werden.

Management

Das Management des RVZ wird durch einen Geschäftsführer und zukünftig auch durch die ärztliche Leitung sichergestellt. Die formale Geschäftsführung erfolgt im Nebenamt durch den Leiter des Gesundheitsamtes des Landkreises. Dieser wurde ausgewählt, da mehrere MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes auch Bestandteil des RVZ sein werden. Die Geschäftsführung ist vor allem dafür vorgesehen das RVZ nach außen zu vertreten. Intern sollte ursprünglich der leitende Arzt die fachliche Leitung übernehmen, was bisher jedoch nicht umgesetzt werden konnte. Dieses Modell wurde anfangs bewusst so gewählt und ein Modell wie an der Wurster Nordseeküste oder auch die Einstellung eines RVZ-Managers ausgeschlossen. Letzteres insbesondere deshalb, weil die Kosten für einen entsprechend qualifizierten Manager oder eine qualifizierte Managerin – sprich eine Person, welche sowohl über medizinische als auch betriebswirtschaftliche Fachkenntnisse verfügt – als zu hoch angesehen werden und zudem die Sorge besteht, überhaupt eine entsprechend ausgebildete Person für das RVZ in Nordenham gewinnen zu können. Gerade die KVN legt bei der Leitung großen Wert auf den Einsatz eines erfahrenen Mediziners bzw. einer erfahrenen Medizinerin. Neben dem Geschäftsführer und der ärztlichen Leitung ist zudem geplant, dass Aufgaben bspw. im Bereich Buchhaltung oder Steuern an einen externen Dienstleister bzw. eine externe Dienstleisterin outsourct werden.

4.2.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit

Das RVZ in Nordenham wird im ehemaligen AWO-Altenzentrum an der Ilsestraße 15 in Nordenham eingerichtet, für das der Mietvertrag im September 2021 unterschrieben wurde. Das Gebäude ist bereits von der gemeinnützigen städtischen Wohnungsbaugesellschaft (GNSG) erworben worden, sodass die Nutzung der Immobilie als RVZ sichergestellt ist.

Im Vorfeld gab es Diskussionen, ob das RVZ an der Helios Klinik in Esenshamm angesiedelt werden soll. Hintergrund für diese Überlegungen waren finanzielle Schwierigkeiten der Klinik. Die BefürworterInnen des Standortes an der Helios Klinik erhofften sich durch die Ansiedlung des RVZ an der Klinik eine Stärkung des Krankenhauses. Letztlich fiel die Entscheidung gegen den Standort an der Helios Klinik. Gründe gegen den Standort waren zum einen, dass die vom LK geplanten Angebote im RVZ nicht in einer Privatklinik angesiedelt werden sollten und zum anderen die ländliche Lage der Klinik. Die Immobilie an der Ilsestraße hingegen liegt im Stadtzentrum von Nordenham, sodass sowohl eine wohnortnahe Lage als auch eine gute Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr gegeben ist. Die Immobilie befindet sich fußläufig, wenige Minuten vom Bahnhof, entfernt. Damit wäre grundsätzlich auch eine Versorgung der Gemeinde Butjadingen möglich – evtl. ergänzt um telemedizinische Angebote. Zudem gibt es in unmittelbarer Nähe zu der Immobilie eine Bushaltestelle. Weitere Gründe für den Standort waren zudem, dass die Nähe zu anderen (Fach-)Arztpraxen, Apotheken sowie Tagespflegeangeboten gegeben ist.

Grundsätzlich muss mit Blick auf die Erreichbarkeit bedacht werden, dass diese gerade in ländlichen Regionen zu großen Teilen über den Individualverkehr insbesondere mit dem PKW erfolgt. Zudem ist auch die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV in ländlichen Regionen nicht vergleichbar mit städtischen Ballungsgebieten, insbesondere in Hinblick auf die Taktung von Bussen und Bahnen. Daher ist es das Ziel, dass am Standort an der Ilsestraße ausreichend Parkplätze für die KundInnen des RVZ zur Verfügung gestellt werden.

Die vorgesehene Immobilie an der Ilsestraße 15 in Nordenham verfügt mit ca. 1.000 qm nutzbarer Fläche über ausreichend Kapazitäten. In dem zweistöckigen Gebäude sollen im Erdgeschoss das MVZ, die Hebammendienste, ein Anmelde-/Wartebereich sowie ein Begegnungsraum angesiedelt werden. Im oberen Teil stehen mehrere Beratungsräume zur Verfügung. Vor Bezug des RVZ sind jedoch noch umfangreiche Umbaumaßnahmen vorgesehen, welche bereits begonnen haben.

4.2.5 Zwischenfazit

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Ausgangssituation kann für das RVZ Nordenham festgestellt werden, dass es eine wichtige Ergänzung in der gesundheitlichen Versorgung darstellen wird. Positiv anzumerken ist, dass sich die Versorgungslage in der Gemeinde Butjadingen im Vergleich zum Zeitpunkt des ersten Zwischenberichtes verbessert hat. Die Sicherstellung der Versorgung der Nachbargemeinde ist somit weniger dringlich als ein Jahr zuvor.

Eine weitere positive Entwicklung ist die Gründung der MVZ GmbH, unter deren Dach das RVZ in Nordenham betrieben wird. Damit konnte die Immobilie von der GNSG offiziell angemietet und mit den Bauarbeiten begonnen werden. Die größte Herausforderung im Rahmen des Projektes ist das finden geeigneter ÄrztInnen, die im MVZ tätig sein wollen. Dadurch, dass sich ein Hausarzt gegen die Anstellung im MVZ entschieden hat und auch keine weiteren ÄrztInnen gewonnen wurden, kann die Hausarztpraxis nicht mit dem RVZ im Juni bzw. Juli eröffnet werden. Die zentrale Herausforderung ist nunmehr die Gewinnung von ÄrztInnen für das MVZ. Das Projektteam setzt hierzu auf unterschiedliche Strategien und Instrumente, sieht aber zugleich auch die Probleme und Hürden, diese zu überwinden sind.

Die räumliche Besetzung und Struktur des RVZ sind bereits geklärt. Wie geplant werden die Dienstleistungen Mitte 2022 an den Start gehen. Auch eine Tagebegegnungsstätte für Menschen mit Behinderung soll eröffnet werden. Kritisch zu begleiten ist vor allem die Umsetzung von telemedizinischen Angeboten. Es ist durchaus nachvollziehbar, dass ein Teil der Projektgruppe diese Planungen hinter die dringlicheren Probleme zurückstellt und erst einmal die Inbetriebnahme des RVZ in den Fokus rückt, zugleich sollte aber die Einbindung von innovativen digitalen Angeboten aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung perspektivisch nicht aus dem Blick geraten.

Neben der Problematik keine ÄrztInnen für das MVZ gewinnen zu können, kann festgestellt werden, dass die Umsetzung des Konzeptes und so der medizinischen Dienstleistungen im RVZ in Nordenham gut vorangeschritten

ist. Insbesondere die breite Expertise der Projektgruppe, vor allem in juristischen und Verwaltungsfragen ist an dieser Stelle von Vorteil gewesen ist. Problematisch wurde bei der Umsetzung der Rechtsform vor allem die Rolle der KVN bewertet. Aufgrund der zunächst geplanten unbegrenzten Bürgschaft beider Gesellschafter zu 100 % kam es zu Verzögerungen, welche letztlich durch eine Bankbürgschaft gelöst werden konnten. Das RVZ soll im Juni bzw. Juli 2022 eröffnet werden. Möglicherweise ergeben sich dann durch die Medienberichterstattung und weitere Vernetzungen die Gelegenheit ÄrztInnen anzuwerben.

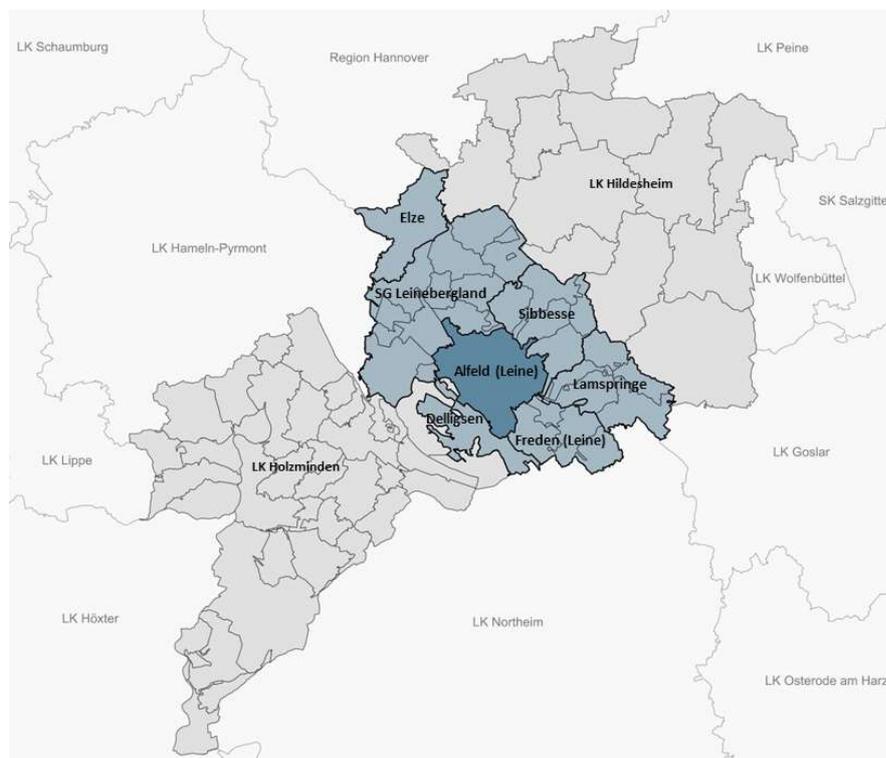
Die operativen und strategischen Ziele, welche im Gründungskonzept für das RVZ Nordenham formuliert wurden (siehe Kapitel 4.2.2), befinden sich fast vollständig in der Umsetzung. Bei dem zentralen Ziel HausärztInnen zu gewinnen, kamen jedoch Schwierigkeiten auf, die dringend überwunden werden müssen.

Bisher wurde keine Homepage für das RVZ Nordenham geschaltet. Dies soll passieren, sobald das RVZ eröffnet wurde.

4.3. RVZ Leinebergland

Das RVZ Leinebergland stellt im Vergleich zu den anderen beiden RVZ insofern eine Besonderheit dar, als dass dieses RVZ nicht von einer Gemeinde mit einem LK, sondern durch die im Verein Region Leinebergland e. V. organisierten Kommunen betrieben wird. Der Verein umfasst die Städte Alfeld (Leine) und Elze sowie die Gemeinden Freden (Leine), Lamspringe, Sibbesse, den Flecken Delligsen und die Samtgemeinde Leinebergland (vgl. Abbildung 144). Darüber hinaus sind weitere Wirtschafts- und SozialpartnerInnen der Region Mitglieder im Verein. Geografisch erstreckt sich das Gebiet des Vereins über die beiden LK Holzminden (Flecken Delligsen) und Hildesheim. Die Stadt Alfeld ist geografisch zentral in der Region Leinebergland gelegen (Mittelzentrum). Zu diesem Ergebnis kommt auch das von dem Verein Leinebergland in Auftrag gegebene Gutachten zur Standortanalyse des geplanten RVZ. Demnach weist die Stadt Alfeld die höchste räumlich-verkehrliche Gesamteignung auf (vgl. Spiekermann & Wegener 2019a).

Abbildung 14: Lage des Standortes und Mitgliedskommunen im Verein Region Leinebergland



Quelle: Eigene Darstellung

Der Verein Region Leinebergland e.V. und die verschiedenen Mitgliedskommunen beschäftigen sich bereits seit mehreren Jahren mit dem Thema der hausärztlichen Versorgung in der Region (vgl. auch die Beiträge in Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser o. J.). Ziel des Vereins ist es, die Hausarztversorgung als wesentlichen Baustein kommunaler Daseinsvorsorge dauerhaft sicherzustellen. Der Verein Region Leinebergland e.V. unterstützt seine Kommunen bei der Umsetzung des kommunalen RVZ. Bei dem Verein ist daher auch das Projektmanagement angesiedelt.

Nach der Durchführung der Konzeptionierungsphase im Jahr 2020, welche bereits anteilig vom Land Niedersachsen gefördert worden war, stellte die

Stadt Alfeld Ende 2020 einen Antrag zum Aufbau und Betrieb eines kommunalen RVZ inklusive einer Prozesskoordination, für den sie Mitte Dezember 2020 einen Förderbescheid über ca. 1,26 Mio. Euro erhielt. Der Förderzeitraum begann bereits im Dezember 2020 (vorzeitiger Maßnahmenbeginn) und wurde bis ins Jahr 2023 verlängert sowie die Zuwendung auf bis zu 1,34 Mio. Euro aufgestockt. Die Kosten des Projektes werden über die Landesförderung hinaus durch regionale Mittel des Vereins Region Leinebergland e.V., des LK Hildesheim und durch Einnahmen aus dem MVZ und RVZ finanziert. Das erste Interview zum Projekt wurde mit der Regionalmanagerin vom Verein im Januar 2021 geführt. Ein weiteres Interview mit einem Vertreter der lokalen Projektgruppe folgte Ende Mai 2021. Im Frühjahr 2022 wurden darüber hinaus ein Abschlussgespräch geführt. Die Interviews sowie die Ergebnisse der Dokumentenanalyse und der Desktop-Recherche bilden die Grundlage für die nachfolgenden Ausführungen zum RVZ Leinebergland.

4.3.1 Ausgangssituation

Die Region Leinebergland ist im Vergleich zum Bundesland Niedersachsen und zum LK Hildesheim überdurchschnittlich stark vom demografischen Wandel betroffen (vgl. Tabelle 5). Die Alterung der Bevölkerung in den Kommunen, die zur Region Leinebergland gehören, liegt bei allen aufgezeigten Kennziffern über dem Durchschnitt. Besonders hohe Abweichungen lassen sich für den Flecken Delligsen, die Stadt Alfeld und die Gemeinde Freden konstatieren. Folgt man den Vorausberechnungen der amtlichen Statistik für das Jahr 2030, so wird der Anteil der über 65-Jährigen im LK Hildesheim auf über 30 % ansteigen. Für die Region Leinebergland ist damit ebenfalls von einer deutlichen Zunahme der Bevölkerungsalterung auszugehen (vgl. auch Spiekermann & Wegener 2019b: 25).

Tabelle 5: Anteil älterer Menschen in der Region Leinebergland (Stand 2019)

	Anteil über 65-Jährige	Anteil über 80-Jährige	Alten- quotient
Niedersachsen	22 %	7 %	37,5
LK Hildesheim	23 %	8 %	40,0
Alfeld (Leine)	27 %	9 %	48,6
Elze	25 %	8 %	44,3
Freden (Leine)	27 %	10 %	47,6
Lamspringe	25 %	8 %	43,5
Sibbesse	25 %	8 %	43,1
Leinebergland	26 %	9 %	44,7
LK Holzminden	26 %	9 %	47,3
Delligsen	28 %	10 %	51,2

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landesamtes für Statistik Niedersachsen, 2021

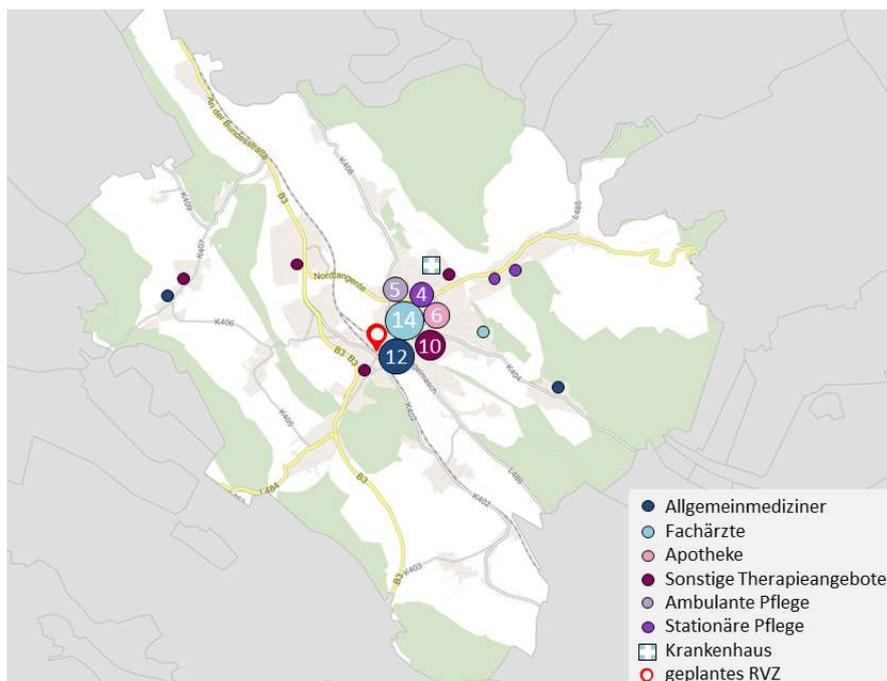
Die zunehmende Alterung der Bevölkerung in der Region geht einher mit einem unterdurchschnittlichen Versorgungsgrad, welcher laut Prognosen der KVN für den Bezirk Alfeld im Jahr 2030 bei nur noch 75 bis unter 100 % liegen wird. Bereits heute gibt es im Bezirk Alfeld acht freie Hausarztsitze (vgl. KVN 2019). Hinzu kommt, dass knapp über 40 % der HausärztInnen in der Region bereits 60 Jahre und älter sind (Stand 2018). Zudem sind nur wenige der ÄrztInnen weiterbildungsberechtigt, sodass auch die Gewinnung und Bindung von Nachwuchs kaum gelingt. Etwas positiver ist es hingegen um die Erreichbarkeit von HausärztInnen bestellt. Demnach brauchen die BürgerInnen im Bezirk bei Nutzung des motorisierten Individualverkehrs im Durchschnitt sieben bis neun Minuten zur nächsten Hausarztpraxis. Allerdings liegt der Bezirk damit über dem niedersächsischen Durchschnitt von fünf Minuten (vgl. KVN 2019).

Abbildung 155 gibt einen Überblick über die verschiedenen medizinischen Angebote in der Stadt Alfeld. Demnach gibt es in der Stadt derzeit:

- 14 hausärztliche Praxen
- 15 fachärztliche Praxen (ZahnärztIn (10), InternistIn (2), OrthopädIn (1), KieferorthopädIn (1) und AnästhesistIn (1))
- Ein Krankenhaus (Ameos Klinikum)

Daneben verfügt Alfeld über sechs Apotheken, sieben physio- und drei psychotherapeutische Angebote, drei HeilpraktikerInnen und jeweils eine ergotherapeutische und logopädische Praxis. Ferner finden sich im Bereich der Pflege fünf ambulante und sechs stationäre Angebote. Der Großteil der Angebote konzentriert sich bis auf einige wenige Ausnahmen im Stadtkern von Alfeld.

Abbildung 15: Medizinische Versorgungsangebote in Alfeld (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche⁹, eigene Darstellung. Der neue Standort des geplanten RVZ wird weiter nördlich ca. 450 m südlich vom Ameos Klinikum (Krankenhaus) liegen (Stand Mai 2021)

Die medizinische Versorgung in der übrigen Region Leinebergland variiert zwischen den verschiedenen Kommunen. Während in der Gemeinde Lamspringe und der Samtgemeinde Leinebergland die hausärztliche Versorgung in Abhängigkeit von der Bevölkerungszahl vergleichsweise gut ist, fällt sie in der Stadt Elze, der Gemeinde Sibbesse und dem Flecken Delligsen deutlich schlechter aus (vgl. Tabelle 6). Nicht aufgeführt ist in der Tabelle das MVZ in Elze, welches neben einem Kardiologen und einer Gynäkologin auch fünf HausärztInnen beschäftigt.

Tabelle 6: Überblick über medizinische Angebote in der Region Leinebergland (Stand 2020)

	Bevölkerung	Hausarztpraxen	Facharztpraxen	Apotheken	Sonst. therap. Angebote
Alfeld (Leine)	18.535	14	15	6	14
Elze	8.989	2	5	2	9
Freden (Leine)	4.682	4	2	1	8
Lamspringe	5.592	8	4	3	5
Sibbesse	5.742	4	1	1	4
Leinebergland	18.181	18	11	3	10
Delligsen	7.762	5	2	3	9

Quelle: Desktop-Recherche, eigene Darstellung

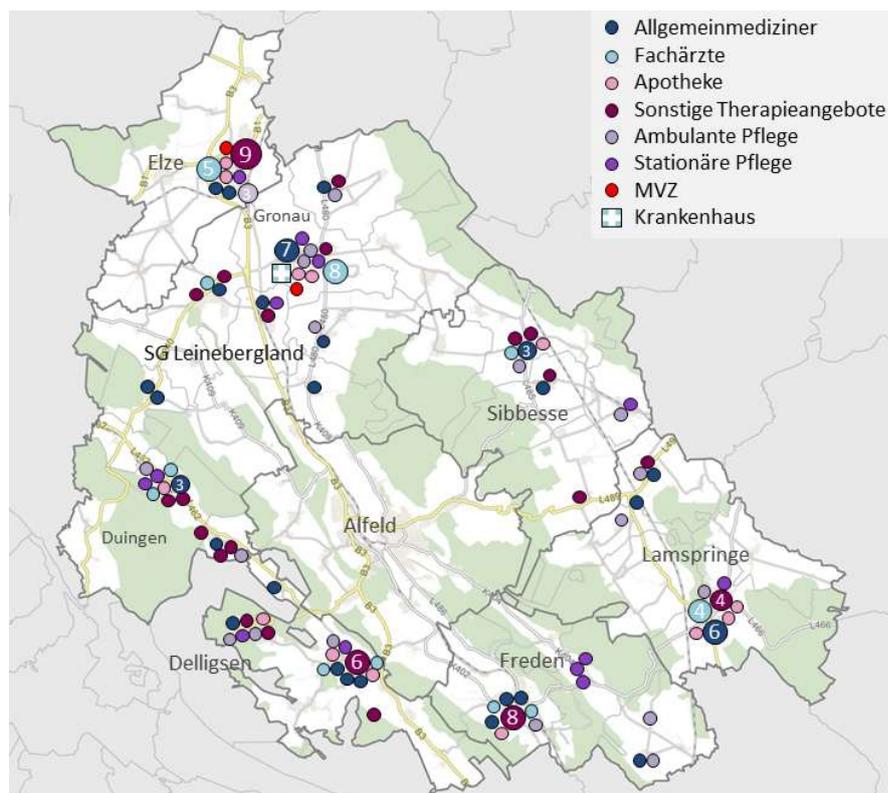
Die geografische Verteilung der Angebote in der Region zeigt, dass im Süden, Westen und Norden viele medizinische Angebote vorhanden sind, wohingegen im östlichen Teil – insbesondere in der Gemeinde Sibbesse – das

⁹ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Angebot deutlich weniger umfangreich ist. In dieser Gemeinde finden sich nur wenige ÄrztInnen und lediglich eine Apotheke. Auch das Angebot an sonstigen Therapieangeboten ist im Vergleich zu den anderen Kommunen der Region überschaubarer (vgl. Abbildung 166).

Die Versorgung in der Region mit ambulanten und stationären Pflegeangeboten ist in Tabelle 7 dargestellt. Dabei ist auffällig, dass die Gemeinde Freden ein vergleichsweise großes Angebot an Einrichtungen und AnbieterInnen aufweist. Hingegen gibt es in der Stadt Elze und den Gemeinden Lamspringe und Sibbesse lediglich eine stationäre Pflegeeinrichtung. Im Pflegebericht des LK Hildesheim für das Jahr 2019 wird das stationäre Pflegeangebot als ausreichend eingeschätzt, jedoch mit dem Verweis, dass die Auslastung der stationären Einrichtungen regional unterschiedlich ausfällt. Die Bewertung der Versorgung mit ambulanten Angeboten wird hingegen kritischer eingeschätzt. Demnach treten zunehmend Schwierigkeiten in der flächendeckenden Versorgung auf, was vor allem auf den steigenden Personalmangel in den Pflegeberufen zurückgeführt wird. Aktuell – so die Einschätzung des Berichts – sei die Leistungsfähigkeit der ambulanten AnbieterInnen noch gegeben, es treten aber bereits erste Lücken auf (vgl. Amt für Sozialhilfe und Senioren des Landkreises Hildesheim 2019).

Abbildung 16: Medizinische Versorgungsangebote in der Region Leinebergland (Stand 2020)



Quelle: Desktop-Recherche¹⁰, eigene Darstellung

¹⁰ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Tabelle 7: Überblick Pflegeangebote in der Region Leinebergland (Stand 2020)

	Ambulante Pflegeangebote	Stationäre Pflegeangebote
Alfeld (Leine)	5	6
Elze	3	1
Freden (Leine)	4	3
Lamspringe	2	1
Sibbesse	2	1
Leinebergland	7	5
Delligsen	3	3

Quelle: Desktop-Recherche, eigene Darstellung

Die Ausgangssituation in der Stadt Alfeld und der Region Leinebergland ist insgesamt durch eine überdurchschnittlich starke Alterung der Bevölkerung geprägt. Diese Entwicklung geht einher mit einer zukünftig schlechteren medizinischen Versorgungslage. Der Aufbau des RVZ ist daher ein wichtiger Lösungsansatz, um attraktive Arbeitsplätze zu schaffen und neue und jüngere ÄrztInnen an die Region zu binden.

4.3.2 Ziele und Konzept

Mit der Gründung eines RVZ verfolgen die im Verein Region Leinebergland e. V. organisierten Kommunen verschiedene Ziele. Die im Folgenden aufgeführten strategischen und operativen Ziele geben die Ziele zum Startpunkt der Evaluation Ende 2020 wieder, wie sie auch in den Antragsunterlagen angegeben worden sind und dem Vorhaben zugrunde liegen. Das oberste Ziel, welches mit der Implementierung des RVZ verfolgt wird, ist die aktive Steuerung und dauerhafte Sicherung der Versorgungsstrukturen in der Region, wobei vor allem die hausärztliche Versorgung als prioritär betrachtet werden. Um eine nachhaltige Lösung sicherzustellen, soll der Betrieb des RVZ und des MVZ in kommunaler Trägerschaft umgesetzt werden. Die Kommune und der Verein haben über die Einrichtung des RVZ und MVZ die Möglichkeit sowohl die dauerhafte Sicherung als auch die aktive Steuerung sicherzustellen.

In der Implementierung eines gebündelten Ausgangspunktes liegt ein weiteres Ziel, welches dem RVZ Leinebergland zugrunde gelegt wurde. Dieser gebündelte Ausgangspunkt wurde als Ziel formuliert, um zum einen flexible und schnelle Reaktionen auf Herausforderungen im Bereich der Hausarztversorgung sowie weitere Angebote der Daseinsvorsorge ermöglichen. Zum anderen soll dieser die Erreichbarkeit und Weiterentwicklung des Themas „Ländliche Mobilität“ garantieren.

Ein weiteres formuliertes Ziel besteht in der Schaffung zusätzlicher Arzt-sitze, welche durch den Aufbau und den Betrieb des MVZ durchgesetzt werden sollen. In dieses MVZ sollen eine bestehende Hausarztpraxis aus der Region sowie weitere HausärztInnen eingebunden werden. Als operatives Ziel wurde daher die Gewinnung von ÄrztInnen für das MVZ festgeschrieben. Um dies zu erreichen, sollen für die angestellten ÄrztInnen attraktive und zeitgemäße Arbeitsplätze geschaffen werden bspw. durch die Schaf-

fung von Zusatzangeboten wie die Übernahme von Haftpflichtversicherungen oder Weiterbildungskosten durch das MVZ. Solche Angebote sollen einen Vorteil bei der Gewinnung von ÄrztInnen für den Betrieb des MVZ bieten. Ein weiteres operatives Ziel in diesem Feld, welches aber eher langfristig zum Tragen kommen wird, ist die Einrichtung von Zweigpraxen in den anderen Kommunen der Region, welche vom MVZ Leinebergland und dem dortigen Personal betrieben werden könnten. Hierdurch könnte eine flächendeckende Versorgung vor Ort auch in anderen Teilen der Region ermöglicht werden.

Neben dem MVZ sollen weitere Angebote der Daseinsvorsorge in das RVZ integriert werden. Zur Erreichung dieses Ziels wurde vorgeschlagen geeignete AnbieterInnen und KooperationspartnerInnen anzusprechen. Darüber hinaus ist ein weiteres strategisches Ziel des RVZ Leinebergland die Ermöglichung von Teilhabe sowohl im Bereich der Gesundheitsversorgung als auch bei weiteren sozialen Diensten wie z. B. bei Vereinen oder der Nachbarschaftshilfe. Eine bessere Teilhabe am medizinischen Versorgungsangebot soll durch die Durchführung von Haus- und Heimbisuchen sowie durch die Einbindung telemedizinischer Angebote bspw. Facharztsprechstunden in Kooperation mit den Krankenhäusern ermöglicht werden. Auch die bereits erwähnten Zweigpraxen sollen eine möglichst breite Teilhabe der BürgerInnen an der Gesundheitsversorgung ermöglichen. Darüber hinaus sind die Erarbeitung von Konzepten und die Ansprache von weiteren AnbieterInnen vorgesehen, um auch die Teilhabe bei anderen sozialen Diensten sicherzustellen.

Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über die strategischen und operativen Ziele des RVZ Leinebergland.

Tabelle 8: Ziele RVZ Leinebergland

Strategische Ziele	Operative Ziele
Aktive Steuerung und dauerhafte Sicherung der Versorgungsstrukturen im Leinebergland	<ul style="list-style-type: none"> • Gründung eines RVZ und MVZ in kommunaler Trägerschaft • Suche und Einstellung einer Geschäftsführung
Schaffung eines gebündelten Ausgangspunktes	<ul style="list-style-type: none"> • Anmietung einer zentral gelegenen Immobilie in Alfeld, die gut an den öffentlichen Nahverkehr angebunden ist • Anmietung einer Immobilie, die ausreichend Raum für verschiedene Angebote bereit stellt
Schaffung zusätzlicher Arztsitze	<ul style="list-style-type: none"> • Aufbau und Betrieb eines MVZ • Gewinnung von HausärztInnen sowohl eines bereits praktizierenden Arztes/einer praktizierenden Ärztin in der Region als auch von neuen jungen ÄrztInnen • Evtl. Aufbau von Zweigpraxen
Schaffung attraktiver und zeitgemäßer Arbeitsplätze für angestellte ÄrztInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Suche nach attraktiven Zusatzangeboten für die angestellten ÄrztInnen (z. B. Übernahme der Haftpflichtversicherung oder von Weiterbildungskosten durch das MVZ)

Schaffung weiterer Angebote der Daseinsvorsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Ansprache und Einbindung weiterer AnbieterInnen aus dem Gesundheitsbereich
Ermöglichung von Teilhabe, sowohl an der Gesundheitsversorgung als auch an weiteren sozialen Diensten (z. B. Nachbarschaftshilfe, Vereinen usw.)	<ul style="list-style-type: none"> • Einrichtung telemedizinischer Angebote • Haus- und Heimbefuche • Durchführung delegierbarer Leistungen durch VersorgungsassistentInnen (VERAH) • Betrieb von Zweigpraxen • Erarbeitung von weiteren Konzepten und Maßnahmen für Teilhabe an sozialen Diensten • Ansprache weiterer AnbieterInnen z. B. Vereine, Initiativen

Quelle: Eigene Darstellung

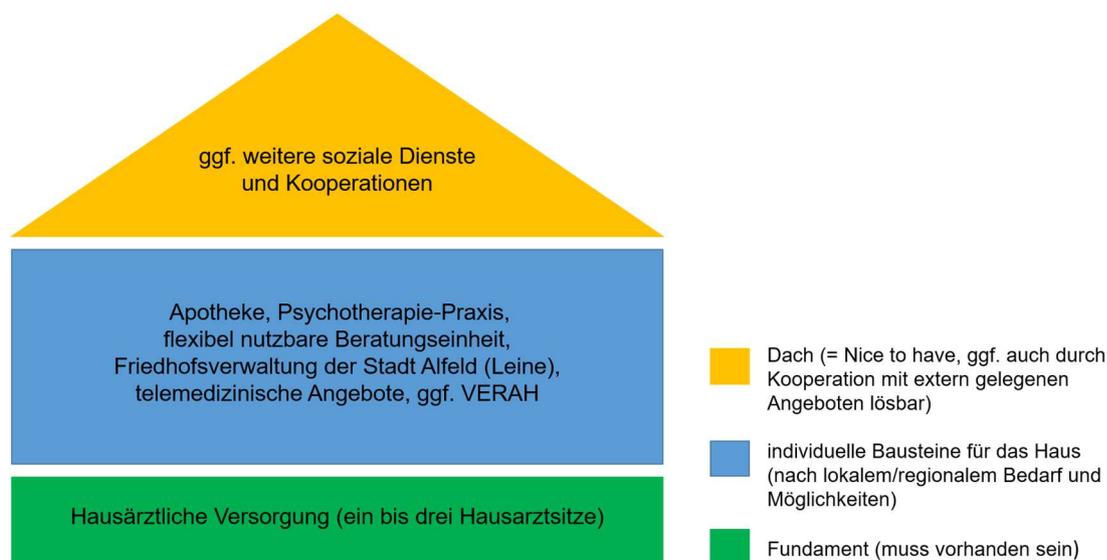
Mit dem RVZ Leinebergland werden eine Reihe an Zielen verfolgt, die im Rahmen des Modellprojektes umgesetzt werden sollen (Tabelle 8). Im Folgenden wird eruiert, welche der Ziele bereits umgesetzt wurden, bzw. wo Anpassungen vorgenommen wurden.

4.3.3 Aufbau und Struktur

Der Aufbau des RVZ Leinebergland orientiert sich am vorgegebenen Grundmodell. Das Fundament bildet das MVZ. Für den mittleren Teil des RVZ sind verschiedene (medizinische) Versorgungsangebote vorgesehen.

Laut der Antragsunterlagen waren zunächst u. a. ein Sanitätshaus, sowie eine Physio- und Ergotherapiepraxis, Logopädie und Flächen für Beratungsgespräche wie z. B. eine Pflegeberatung angedacht. Im Dach des RVZ sollten laut Antragsunterlagen weitere soziale Dienstleistungen wie z. B. eine Nachbarschaftshilfe integriert werden. Die Pläne haben sich bis März 2022 insofern geändert, als dass sich nun u. a. eine Apotheke im Planungsprozess befindet und die Planung des Sanitätshauses zurückgestellt wurde. Darüber hinaus wird eine Psychotherapie-Praxis eingerichtet, wobei hier noch keine konkrete TherapeutIn gesucht wurde. Da sich die Psychotherapie-Praxis im Neubau befindet und erst 2024 eröffnet werden soll, werden hier erst im weiteren Verlauf des Projektes weitere Gespräche geführt. Zudem soll es Beratungsangebote geben, wofür mit verschiedenen Institutionen (Krankenkassen, Rentenversicherung oder der Agentur für Arbeit) Gespräche geführt werden. Die Pläne ursprünglichen Pläne eine Physiotherapie-Praxis zu eröffnen oder Logopädie-Sprechstunden anzubieten, wurden bislang nicht weiter verfolgt (vgl. Abbildung 177).

Abbildung 17: Aufbau RVZ Leinebergland



*Anmerkung: Auch bei lediglich einem Hausarztsitz, werden mindestens zwei ÄrztInnen, z. B. jeweils in Teilzeit, benötigt.

Quelle: Eigene Darstellung, Stand März 2022

In den nächsten Abschnitten werden der geplante Aufbau und die Struktur des RVZ Leinebergland sowie die rechtliche Form näher vorgestellt.

Rechtsform

Das RVZ und MVZ im Leinebergland sollten zu Beginn der Planungen in Form einer Anstalt öffentlichen Rechts (AöR) betrieben werden. Hierbei handelt es sich um eine Anstalt, die ausschließlich von öffentlichen Gesellschaftern betrieben werden kann. Im Fall des Leineberglands wären somit

ausschließlich die im Verein organisierten Kommunen Gesellschafter der AöR. Da sich die Samtgemeinde Leinebergland zunächst noch nicht offiziell beschlossen hatte das RVZ mitzutragen, hätte diese noch nachträglich in die AöR mit aufgenommen werden können. Die Pläne, eine AöR zu gründen, wurde jedoch wieder verworfen und anstatt dessen zum 18. Februar 2022 eine RVZ- sowie eine MVZ-gGmbH gegründet. Zum Stand März 2022 wollen sich alle Leineberglandkommunen an dem Projekt beteiligen.

Die Bürgschaft soll für das Modellvorhaben Leinebergland durch eine Bankbürgschaft geleistet werden. Diese lässt sich im Wirtschaftsplan des MVZ am besten darstellen und wird nun ausgeschrieben.

Regionales Versorgungszentrum und zusätzliche Versorgungsangebote

Medizinisches Versorgungszentrum

Das MVZ, welches die Basis des RVZ darstellt, sollte ursprünglich mit mindestens einem und höchstens mit drei Hausarztsitzen belegt werden. Im Frühjahr 2022 wurden drei Arbeitsverträge (mit dem ärztlichen Leiter sowie zwei weiteren angestellten Ärztinnen) abgeschlossen und damit bereits zwei Arztsitze besetzt. Der ärztliche Leiter und eine angestellte Ärztin kommen beide aus der Region und konnten aus dem Ruhestand zurückgewonnen werden. Sie waren bereits gemeinsam in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Auch die dritte Ärztin ist in der Region Leinebergland beheimatet.

Um diese ÄrztInnen aus der Region gewinnen zu können, wurden seitens der lokalen Projektgruppe verschiedene Strategien verfolgt. Ein wichtiger Baustein war neben der Kommunikation über Pressemitteilungen, dem Austausch mit der KVN, den Johannitern und der Aneos Klinik auch die Anzeigenschaltung in Jobbörsen. Dabei setzte die Stadt Alfeld vor allem auf die persönliche Ansprache durch den Bürgermeister, der bspw. neue Fachkräfte in der Stadt persönlich willkommen heißt. Als weiterer Vorteil wurde auch die Nähe zu den Städten Hannover und Göttingen gesehen. Hier erhofft sich die lokale Projektgruppe auch für die Zukunft, dass InteressentInnen und auch Studierende aufgrund der günstigeren Mieten nach Alfeld übersiedeln könnten. Darüber hinaus sind die Stadt Alfeld und die Region attraktiv für Wanderer und Wanderinnen. Gerade in Zeit der Corona-Pandemie hat es viele Menschen aus den umliegenden Großstädten in die Region gezogen und die Menschen haben die Natur und das Leben auf dem Land wieder vermehrt für sich entdeckt. Als der wichtigste Faktor für die Gewinnung von Fachkräften wird jedoch die regionale Verbundenheit betont. Die Ansprache von SchülerInnen in den Schulen und die Sensibilisierung der jungen Menschen für eine Rückkehr in die Heimat nach der Fertigstellung einer Ausbildung oder eines Studiums werden daher als strategische Ansätze gesehen, um Fachkräfteproblemen aktiv zu begegnen.

Weitere Versorgungsangebote

Das Interesse an der Anmietung von Räumlichkeiten im RVZ, über die der fachärztlichen Versorgung hinaus, wurde bereits zum Zeitpunkt der Interviewphase im Mai 2021 als sehr positiv und wenig problematisch wahrgenommen. Nachdem die ersten Berichterstattungen in der lokalen Presse erschienen waren, haben sich bereits zahlreiche InteressentInnen gemeldet.

Mittlerweile steht fest, dass eine Apotheke im RVZ eröffnet werden soll. Dazu wurde bereits ein Letter of Intent mit einem Apotheker, welcher auch aus der Region stammt, abgeschlossen. Zudem soll eine Psychotherapie-Praxis implementiert werden. Die Friedhofsverwaltung, welche weitere Räumlichkeiten im Gebäude des RVZ anmietet, soll als Anlaufstelle für BürgerInnen dienen.

Zwei Physiotherapie-Praxen haben bereits vorgesprochen und ihr Interesse bekundet, im RVZ tätig zu werden. Darüber hinaus gab es Gespräche mit zwei Trägern aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege, die sich vorstellen können, eine psychosoziale Beratung im RVZ anzubieten. Diese Pläne wurden bis Frühjahr 2022 jedoch noch nicht aktiv weiterverfolgt.

Für die medizinische Versorgung sind auch telemedizinische Angebote vorgesehen. Zum einen soll zukünftig über VersorgungsassistentInnen eine mobile hausärztliche Versorgung gewährleistet werden. Zum anderen gibt es Planungen, dass Facharztsprechstunden in Kooperation mit den Krankenhäusern angeboten werden. Weitere Projekte sollen sich ergeben, wenn das RVZ im Neubau eröffnet wurde.

Management

Ursprünglich war für das RVZ im Leinebergland vorgesehen, über die Fördermittel einen Geschäftsführer bzw. eine Geschäftsführerin mit betriebswirtschaftlichen und medizinischen Fachkenntnissen einzustellen, der oder die das interne Management übernehmen sollte. Im Mai 2021 überlegte die lokale Projektgruppe die kaufmännischen Dienstleistungen an einen externen Anbieter bzw. eine Anbieterin auszulagern. Hauptgrund für diese Überlegungen war, dass Zweifel bestanden, ob für das kalkulierte Budget eine geeignete Leitung gefunden werden kann. Stand März 2022 wurde noch keine kaufmännische Leitung implementiert, jedoch wurde sich gegen eine externe kaufmännische Leitung entschieden, da eine Inhouse-Lösung präferiert wird. Bis zum Start des Betriebes im Oktober 2022 soll eine Leitung gefunden und eingestellt werden. Die kaufmännische Geschäftsführung übernimmt der Kämmerer der Stadt Alfeld. Die strategische Geschäftsführung wird von der Regionalmanagerin übernommen. Die ärztliche Leitung wird von einem angestellten Arzt übernommen, der bereits auf jahrelange Erfahrung zurückgreifen kann, was sehr positiv gesehen wird.

4.3.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit

Als Standort für das RVZ Leinebergland war ursprünglich die sogenannte „Alte Post“ an der Bahnhofstr. 9 in Alfeld vorgesehen. Die dort befindliche Immobilie ist zentrums- und bahnhofsnahe gelegen. Sie befindet sich im Besitz der kreiseigenen Wohnungsbaugesellschaft (KWG), von der die Immobilie angemietet werden sollte. Im weiteren Projektverlauf stellte sich im Rahmen eines Gutachtens heraus, dass der gewählte Standort aufgrund einer nahegelegenen Papierfabrik nur unter Einschränkung der Seveso III-Richtlinie genutzt werden könnte, was zu erheblichen Verzögerungen des Umbaus und der Inbetriebnahme aufgrund von Klagen und Widersprüchen durch den Betreiber der Papierfabrik hätte führen können.

Mittlerweile wurde ein neuer Standort festgelegt. Hier handelt es sich um die Gebäude der ehemaligen Gärtnerei des städtischen Friedhofs am Walter-Gropius-Ring in Alfeld. Diese befindet sich zwar immer noch recht zentral in der Nähe der Kernstadt, jedoch mussten bei der Nähe zum Bahnhof Abstriche gemacht werden. Der neue Standort ist vom Bahnhof durch den Stadtbus, welcher halbstündlich fährt, nach zwei Stationen zu erreichen.

Neben der Suche nach dem neuen Standort, führt ein Neubau der Gebäude der ehemaligen Friedhofsgärtnerei zu Verzögerungen im zeitlichen Ablauf des Projektes. Da die Gebäude vollständig abgerissen und bis Januar 2024 neu gebaut werden sollen, die Fördermittel jedoch zeitnah abgerufen werden müssen, startet das RVZ im Oktober 2022 in einem Container-Provisorium am Standort. Dieses Provisorium ist zwar mit Zusatzkosten verbunden, bindet die BürgerInnen jedoch vorab an den Standort und die neue Immobilie kann bedarfsgerecht umgesetzt werden.

4.3.5 Zwischenfazit

In der Region Leinebergland sind die Versorgungslücken in der hausärztlichen Versorgung bereits virulent und werden sich in den kommenden Jahren laut den von der KVN vorgelegten Prognosen weiter verschärfen. Die Einrichtung eines kommunalen RVZ mit einem integrierten MVZ mit mehreren angestellten HausärztInnen ist somit ein wichtiger Baustein für die Sicherstellung der (gesundheitlichen) Versorgung in der Region.

Die Umsetzung des Vorhabens gestaltet sich in der Region indes als besonders herausfordernd. Nicht nur dass der ursprüngliche Standort aufgrund der Nähe zur Papierfabrik aufgegeben werden musste, auch die Unterstützung der Samtgemeinde Leinebergland wurde erst spät zugesagt. Dennoch ist es der Projektgruppe gelungen, diese Herausforderungen zu überwinden. So wurde mit der ehemaligen Friedhofsgärtnerei eine geeignete neue Immobilie gefunden und alle Kommunen beteiligen sich nun am Projekt.

Bisher wurde noch keine kaufmännische Geschäftsführung implementiert und sich bzgl. der Ausgestaltung mehrfach umentschieden. Dadurch, dass das RVZ erst im Herbst 2022 eröffnet werden soll, bleibt jedoch noch Zeit eine geeignete Person zu finden und einzustellen.

Die Rechtsform des RVZ Leinebergland konnte mittlerweile abschließend geklärt werden. So wurde sich gegen eine AöR und für die Gründungen der RVZ- sowie der MVZ-gGmbH entschieden, welche im Februar 2022 bereits umgesetzt wurden. Bei diesem Prozess kam es zu Herausforderungen, da die Beschlüsse durch die Gremien aller Mitgliedskommunen des Leineberglands gefällt werden mussten.

Ein weiterer wichtiger Schritt und eine Herausforderung stellt auch für das RVZ Leinebergland die Gewinnung von ÄrztInnen dar. Positiv hervorzuheben ist an dieser Stelle, dass die zahlreichen Strategien für die Gewinnung von ÄrztInnen Wirkung gezeigt haben und es bereits drei ÄrztInnen gibt, die im MVZ tätig werden. Ein älterer Arzt übernimmt die medizinische Leitung. Zudem wurden zwei weitere Ärztinnen eingestellt. Auch die Absprachen mit weiteren DienstleisterInnen wurden konkretisiert. So wird neben der Apotheke u. a. eine Psychotherapie-Praxis eingerichtet. Das Angebotsportfolio

des RVZ könnte durchaus noch weiter ausgebaut werden (z. B. im Bereich Begegnung/Nachbarschaft), jedoch soll dieses weiter ausdifferenziert werden, sobald das RVZ in Betrieb genommen wurde und der Neubau weiter vorangeschritten ist.

Insgesamt ist das RVZ Leinebergland trotz der widrigen Startbedingungen auf einem guten Weg. Die rechtlichen Rahmenbedingungen wurden geklärt und auch der Neubau am neuen Standort ist geplant. Das RVZ wird zum Oktober 2022 im Container-Provisorium starten. Neben den organisatorischen Herausforderungen, wird der finanzielle Mehraufwand als schwierig angesehen. Dieser entsteht u. a. durch die Anmietung der Container, den gestiegenen Baukosten sowie unvorhergesehenen Ausgaben für z. B. Weiterbildungsmaßnahmen der ÄrztInnen. Zudem muss die zeitliche Verzögerung, welche sich durch den Standortwechsel ergeben haben, aufgefangen werden.

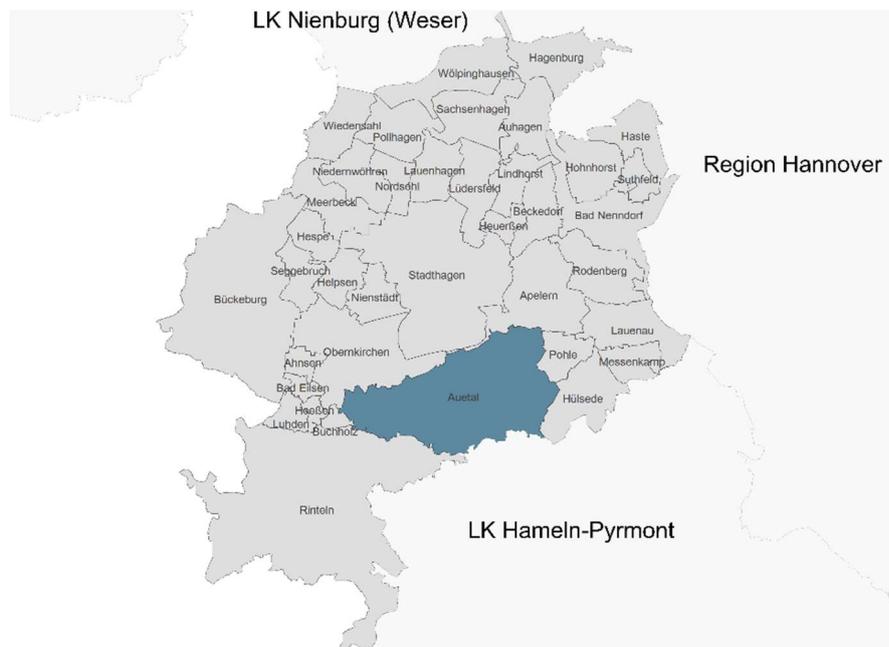
Die operativen und strategischen Ziele, welche dem Modellprojekt zugrunde liegen (siehe Kapitel 4.3.2), wurden bereits zu großen Teilen umgesetzt, bzw. befinden sich in der Umsetzung. Dadurch, dass das RVZ zunächst in einem Provisorium eröffnet werden muss, wurden manche Ziele, wie z. B. die Einrichtung von Zweigpraxen zunächst zurückgestellt. Inwiefern künftig weitere Angebote der Daseinsvorsorge im RVZ implementiert werden, lässt sich aktuell nur erahnen – es ist jedoch von einer positiven Weiterentwicklung auszugehen.

Um über das RVZ zu informieren wurde zudem eine Homepage freigeschaltet: <https://www.region-leinebergland.de/seite/526221/regionales-versorgungszentrum-leinebergland.html>

4.4. RVZ Auetal, LK Schaumburg

Im Landkreis Schaumburg soll in der Gemeinde Auetal, in der Ortschaft Rehren, ein RVZ eingerichtet werden (vgl. Abbildung 18). Rehren liegt inmitten der Gemeinde Auetal, wo sich auch der Sitz der Verwaltung befindet. Durch das RVZ sollen die Versorgungsbedarfe der Gemeinde Auetal abgedeckt werden. Bisher wird von einem abfließenden Patientenstrom Richtung Rinteln und Obernkirchen ausgegangen.

Abbildung 18: Lage des Standortes im Landkreis Schaumburg



Quelle: Eigene Darstellung

Der Landkreis Schaumburg wurde seitens des Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung angefragt, bei dem Pilotprojekt regionale Versorgungszentren mitzuwirken. Da die Gemeinde Auetal im Landkreis die ländlichste Kommune und die medizinische Versorgung dort als angespannt zu bezeichnen ist, wurde dem ehemaligen Bürgermeister die Teilnahme am Projekt vorgeschlagen. Die Gemeinde Auetal hat auch bereits vor einigen Jahren einen Versuch zur Gründung eines MVZ unternommen, der damals an den rechtlichen Rahmenbedingungen scheiterte.

Im Sommer 2021 erhielt die Gemeinde Auetal einen Zuwendungsbescheid für die Erstellung eines Feinkonzeptes zur Gründung eines Regionalen Versorgungszentrums. Im Dezember 2021 erhielt die Gemeinde Auetal und der LK Schaumburg den Förderbescheid für die Errichtung eines RVZ über 1,27 Mio. Euro.

Ende Oktober 2021 wurden mit dem Bürgermeister der Gemeinde Auetal und einer Ansprechperson ein Interview über den Verlauf und Stand des Modellprojektes RVZ Auetal geführt. Im März 2022 wurden Abschlussgespräche mit den zentralen AkteurlInnen durchgeführt.¹¹ Die Informationen

¹¹ Da für das RVZ Auetal zentrale Entscheidungen zwischen März und Mai 2022 gefallen sind, wurde bei diesem Modellprojekt zusätzlich im Mai 2022 kurzfristig Rücksprache über die weitere Entwicklung des Projektes gehalten.

aus der Desktop-Recherche, den Dokumentenanalysen und den Gesprächen bilden die Grundlage der nachfolgenden Ausführungen.

4.4.1 Ausgangssituation

Im Landkreis Schaumburg ist der demografische Wandel bereits merklich vorangeschritten. Der Anteil der über 65- bzw. über 85-Jährigen liegt über dem Durchschnitt des Bundeslandes Niedersachsen (vgl. Tabelle 9). Vor allem in der Samtgemeinde Eilsen ist ein deutlich erhöhter Anteil der älteren Bevölkerung festzustellen, was sich auch in Obernkirchen, Stadthagen und Rinteln zeigt. Auch in der Gemeinde Auetal ist der demografische Wandel deutlich zu erkennen. Bis 2030 soll der Anteil der über 65-Jährigen im Landkreis Schaumburg laut Vorausberechnungen des Landesamtes für Statistik Niedersachsen auf 32,8 % anwachsen. Dies liegt über dem niedersächsischen Durchschnitt von 29 %.

Tabelle 9: Anteil älterer Menschen im Landkreis Schaumburg (Stand 2020)

	Anteil über 65-Jährige	Anteil über 80-Jährige	Alten- quotient
Niedersachsen	22 %	7 %	37,9
LK Schaumburg	25 %	9 %	43,3
Auetal	23 %	8 %	37,7
Rinteln	25 %	8 %	44,0
Samtgemeinde Eilsen	29 %	12 %	51,0
Obernkirchen	25 %	9 %	44,2
Stadthagen	25 %	8 %	44,3
Samtgemeinde Rodenberg	22 %	7 %	36,3

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landesamtes für Statistik Niedersachsen, 2021

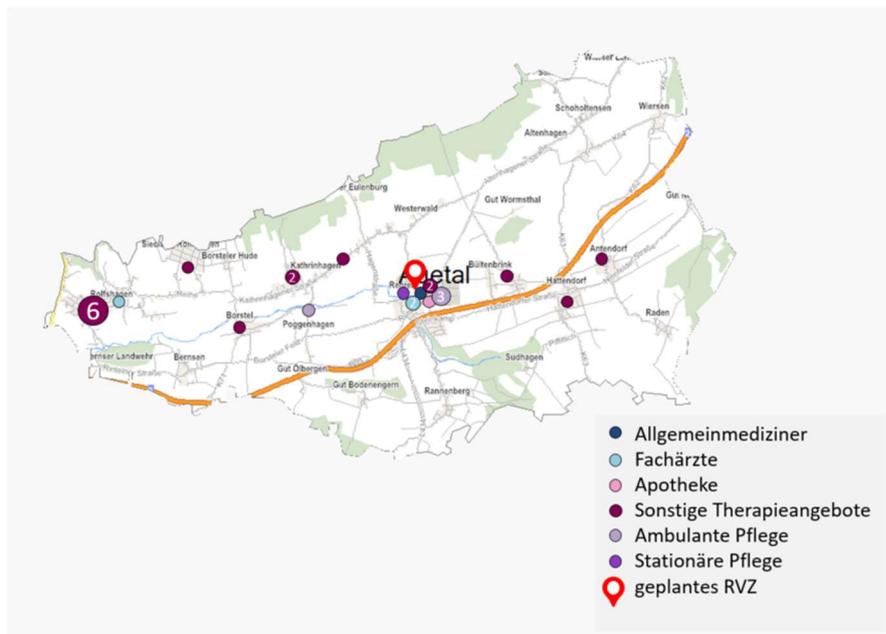
Die zunehmende Alterung der Bevölkerung Niedersachsens und des Landkreises Schaumburg verläuft parallel zu der Entwicklung des Rückgangs der hausärztlichen Versorgung. Nach Angaben der KVN sind im Planungsbereich Stadthagen, wozu die Gemeinde Auetal gehört, 5,5 Hausarztsitze frei (KVN 2021). Die Prognosen der KVN für das Jahr 2035 belaufen sich auf einen Versorgungsgrad mit Hausärzten von 50 bis unter 60 % (KVN 2021).

Die durchschnittliche Erreichbarkeit des nächstgelegenen Hausarztes bzw. der nächstgelegenen Hausärztin mit motorisiertem Individualverkehr beträgt in der Gemeinde Auetal durchschnittlich vier bis sechs Minuten. Dies kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. Der niedersächsische Durchschnitt liegt hier bei fünf Minuten.

In Abbildung 19 sind die aktuellen medizinischen Versorgungsangebote der Gemeinde Auetal zu sehen. Für ca. 6.300 EinwohnerInnen gibt es dort eine hausärztliche Praxis und drei fachärztliche Praxen (ZahnärztInnen (2), Gynäkologie (1)). Darüber hinaus gibt es diverse weitere Versorgungsangebote in der Gemeinde Auetal: Eine Apotheke, physio- (5) und ergotherapeutische (1) Angebote, eine Logopädiepraxis, psychotherapeutische Angebote (3),

heilpraktische Angebote (5) sowie eine Schwangerschaftsberatung. Daneben gibt es in der Gemeinde Auetal ambulante Pflegedienste (4) sowie ein stationäres Seniorenheim. In der Gemeinde Auetal selbst ist kein Krankenhaus ansässig. Wie in der Abbildung zu erkennen, sind die Versorgungsangebote vornehmlich im Ortsteil Rehren vorzufinden, wo auch das RVZ angesiedelt werden soll.

Abbildung 19: Medizinische Versorgungsangebote in Auetal (Stand 2021)



Quelle: Desktop-Recherche¹², eigene Darstellung

Betrachtet man die medizinischen Versorgungsangebote in den umliegenden Gemeinden von Auetal im Landkreis Schaumburg, wird deutlich, dass dort einige Einrichtungen zu finden sind (Abbildung 20).

In Rinteln sind acht hausärztliche und 35 Facharztpraxen vorzufinden (davon u. a. zehn ZahnärztInnen sowie zehn Internisten). Des Weiteren gibt es neun Apotheken und 23 weitere Therapieangebote, von denen der Großteil in den Bereich der Psycho- (10) oder Physiotherapie (10) verortet werden kann. Daneben gibt es in Rinteln elf ambulante Pflegedienste und acht stationäre Pflegeeinrichtungen. In Rinteln befindet sich auch die Burghofklinik (Fachkrankenhaus für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) und ein MVZ (Sana Gesundheitszentrum Niedersachsen GmbH).

In der Samtgemeinde Eilsen, der Nachbargemeinde von Auetal, gibt es vier AllgemeinmedizinerInnen, zwei ZahnärztInnen und eine Anästhesiologiepraxis. Darüber hinaus sind acht sonstige Therapieangebote vorhanden. Zudem gibt es dort sieben ambulante und elf stationäre Pflegeeinrichtungen. In der Samtgemeinde gibt es eine Apotheke und ein Reha-Zentrum.

Auch in der Samtgemeinde Rodenberg, welche direkt an die Gemeinde Auetal grenzt, gibt es medizinische Versorgungsangebote. Darunter fallen sechs hausärztliche Praxen, elf fachärztliche Angebote und 22 sonstige Therapieangebote (vor allem physio- und psychotherapeutische Angebote).

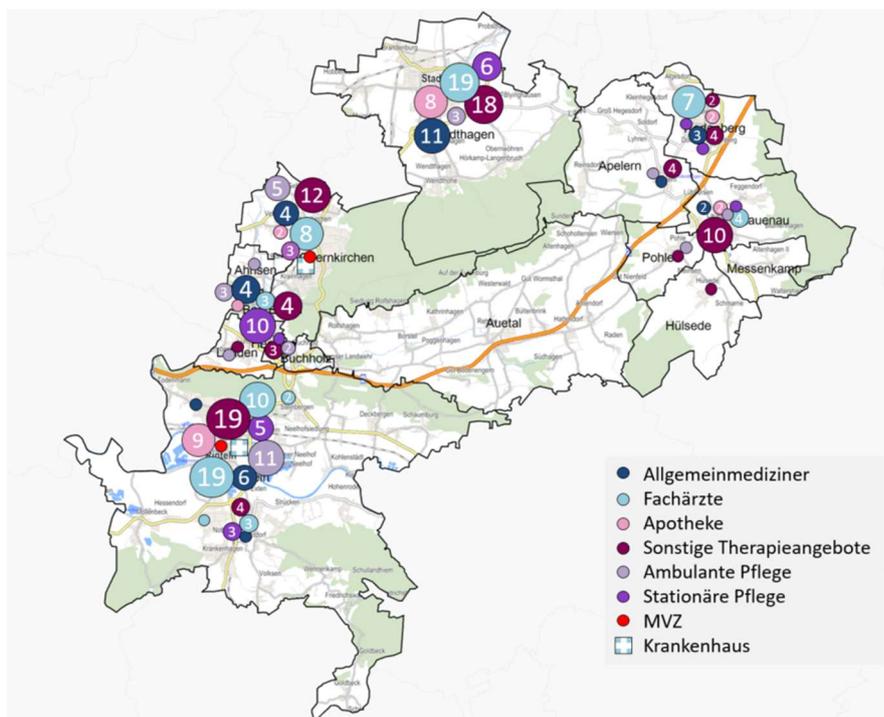
¹² Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Daneben finden sich drei ambulante Pflegeangebote sowie drei stationäre Einrichtungen. Insgesamt gibt es in der Samtgemeinde Rodenberg vier Apotheken.

Obernkirchen verfügt über vier hausärztliche und acht fachärztliche Praxen. Daneben können die BürgerInnen auf zwölf sonstige Therapieangebote zurückgreifen und es gibt zwei Apotheken vor Ort. In Obernkirchen gibt es neben fünf ambulanten und drei stationären Pflegediensten auch ein Krankenhaus (Agaplesion ev. Klinikum Schaumburg), welches ein MVZ beinhaltet.

Stadthagen grenzt zwar nur zu einem kleinen Teil an die Gemeinde Auetal, doch liegen die medizinischen Versorgungsangebote in etwa gleicher Entfernung, sodass auch diese potenziell für die BürgerInnen der Gemeinde Auetal relevant sein können. In Stadthagen gibt es elf hausärztliche und 19 fachärztliche Praxen. Darüber hinaus sind 18 sonstige Therapieangebote und acht Apotheken in Stadthagen ansässig. Es gibt zudem drei ambulante und sechs stationäre Pflegeeinrichtungen.

Abbildung 20: Medizinische Versorgungsangebote in den angrenzenden Gemeinden von Auetal (Stand 2021)



Quelle: Desktop-Recherche¹³, eigene Darstellung

Bei der Betrachtung der medizinischen Einrichtungen der umliegenden Gemeinden wird deutlich, dass die Gemeinde Auetal im Vergleich wenige Angebote aufweist. Durch die Etablierung eines RVZ mit einem MVZ als Basis könnte die gesundheitliche Versorgung der ländlich geprägten Gemeinde Auetal gestärkt werden, sodass BürgerInnen dafür nicht in die weiteren Stadtteile pendeln müssen.

¹³ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

4.4.2 Ziele und Konzept

Im Folgenden werden die Ziele und das Konzept dargelegt, welche in den Antragsunterlagen und dem Gründungskonzept für das RVZ Auetal formuliert wurden. Vom Landkreis Schaumburg und der Gemeinde Auetal werden vornehmlich drei übergeordnete Ziele verfolgt. Es soll, erstens, die medizinische und gesundheitliche Versorgung in der Gemeinde Auetal gesichert und ausgebaut werden. Zweitens wird eine Stärkung des sozialen Umfelds in der Gemeinde angestrebt und es soll, drittens, eine nachhaltige Sicherung von Angeboten der Daseinsvorsorge implementiert werden. Diese strategischen Ziele wurden jeweils durch operative Ziele untermauert.

Durch die Errichtung des RVZ mit dem MVZ als integralem Bestandteil wird die Sicherstellung der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung der Gemeinde verfolgt. Dazu wird angestrebt die beiden Ärztinnen der bestehenden Hausarztpraxis in das kommunale MVZ zu übernehmen. Die Gespräche mit diesen beiden Ärztinnen wurden bereits angestoßen. Darüber hinaus ist eine Besetzung eines weiteren Arztsitzes durch eine Allgemeinmedizinerin oder einen Allgemeinmediziner notwendig, der bzw. die noch akquiriert werden muss. Des Weiteren besteht Abstimmungsbedarf darüber, wer die medizinische Leitung für den Betrieb des MVZ übernehmen soll.

Um das soziale Umfeld in der Gemeinde zu stärken, sind über die medizinische Versorgung hinaus weitere Angebote und flankierende Leistungen geplant, welche im RVZ angesiedelt werden sollen. Zum einen soll eine Tagespflege eingerichtet werden, da die Pflegebedarfe in der Gemeinde wachsen und dieser Bereich somit von hoher Relevanz ist. Zudem soll die Umnutzung eines Carports zu einem Pavillon als Kommunikationszentrum und sozialem Treffpunkt erfolgen. Darüber hinaus werden weitere Angebote, wie der Ausbau der Seniorenarbeit bis hin zu einem generationsübergreifenden Treffpunkt, angestrebt. Dazu gehören auch ein möglicher Ausbau von Sitzmöglichkeiten, ein ehrenamtlich betriebenes Café oder die Aufrüstung vorhandener Räumlichkeiten für Angebote wie Gesundheitskurse.

Um das Ziel der nachhaltigen Sicherung von Angeboten der Daseinsvorsorge zu erreichen, wird angestrebt die jeweiligen Einzelvorhaben langfristig, auch über die Förderphase hinaus, zu etablieren.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die strategischen und operativen Ziele des RVZ Auetal.

Tabelle 10: Ziele RVZ Auetal

Strategische Ziele	Operative Ziele
Sicherung und Ausbau der medizinischen und gesundheitlichen Versorgung in der Gemeinde Auetal	<ul style="list-style-type: none"> • Übernahme beider Ärztinnen der bestehenden Hausarztpraxis in das kommunale MVZ • Zwingende Besetzung eines weiteren Arztsitzes durch eine bzw. einen AllgemeinmedizinerIn (Akquirierung einer weiteren Hausärztin bzw. eines weiteren Hausarztes) • Abstimmung der medizinischen Leitung zum Betreiben des MVZ

Stärkung des sozialen Umfelds durch zusätzliche Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung flankierender Leistungen im RVZ • Einrichtung einer Tagespflegeeinrichtung • Umnutzung eines vorhandenen Carports auf dem Gelände zu einem Pavillon als Kommunikationszentrum und sozialer Treffpunkt • Ggf. Ausbau der Seniorenarbeit der Gemeinde Auetal und der Angebote bis hin zu einem generationsübergreifenden Treffpunkt unter Beteiligung des kommunalen Jugendzentrums • Ggf. Ausbau der Sitzmöglichkeiten am Springbrunnen im Bereich des Parkplatzes der „Alten Molkerei“ und Anbindung an das Café • Ggf. selbstständiger Betrieb des Cafés durch Ehrenamtliche • Ggf. technische und digitale Aufrüstung der beiden Sitzungssäle in der „Alten Molkerei“, um dort mehr Angebote für die Bevölkerung zu realisieren (u. a. weitergehende Einbindung der VHS durch Schaffung von Angeboten wie Gesundheitskursen)
Nachhaltige Sicherung von Angeboten der Daseinsvorsorge	<ul style="list-style-type: none"> • Etablierung der Einzelvorhaben zur langfristigen Nutzung

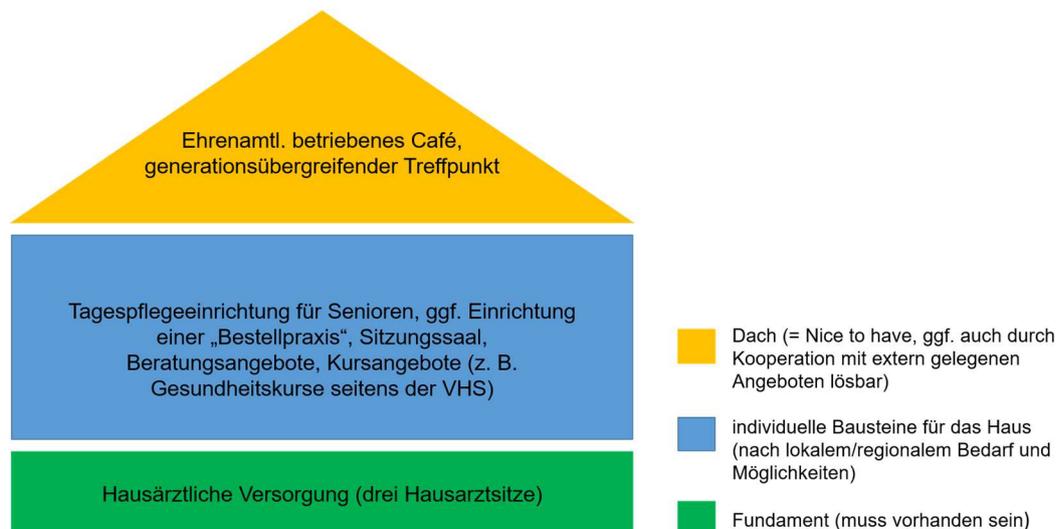
Quelle: Eigene Darstellung

In Tabelle 10 wird aufgeführt, welche Ziele mit dem RVZ Auetal umgesetzt werden sollen. In den nächsten Kapiteln wird ausgearbeitet, welche dieser Ziele sich bereits im Umsetzungsprozess befinden und wo es noch Schwierigkeiten gibt.

4.4.3 Aufbau und Struktur

Das RVZ Auetal orientiert sich bzgl. des Aufbaus und der Struktur am Grundmodell des idealtypischen Aufbaus eines RVZ (vgl. Einleitung Kapitel 4). Für das MVZ, welches die notwendige Basis des RVZ bildet, sind drei Hausarztstühle am Standort Auetal vorgesehen (vgl. Abbildung 21). Darüber hinaus sind im mittleren Teil des RVZ diverse medizinische Versorgungsangebote angedacht. Im Grobkonzept und dem Gründungskonzept (Stand August 2021) sind bereits Ausführungen zu den vorgesehenen Angeboten enthalten. Zum Zeitpunkt der Abschlussgespräche im März bzw. Mai 2022 ist noch keine endgültige Gründung des RVZ erfolgt, sodass noch nicht abschließend festgehalten werden kann, welche dieser Aspekte im weiteren Verlauf des Projektes letztendlich umgesetzt werden.

Abbildung 21: Aufbau RVZ Auetal



Quelle: Eigene Darstellung, Stand März 2022

In den nächsten Abschnitten wird der geplante Aufbau und die Struktur des RVZ Auetal sowie die rechtliche Form erläutert.

Rechtsform

Als Rechtsform für das RVZ sowie für das MVZ ist jeweils eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) vorgesehen, wobei der Landkreis Schaumburg und die Gemeinde Auetal ursprünglich zu jeweils 50 % beteiligt werden sollten. Im März 2022 wurde der Gründungsprozess noch nicht angestoßen, da zuerst auf die schriftlichen Zusagen der ÄrztInnen für die Anstellung im RVZ gewartet werden sollte. Stand Mai 2022 gründet die Gemeinde Auetal in Abstimmung mit dem Landkreis Schaumburg zunächst das RVZ als alleinige Gründungsgesellschafterin mit einer Regelung im Gesellschaftsvertrag, dass nach erfolgtem Gründungsbeschluss des Kreistages der Landkreis als zweiter Gesellschafter mit 50 % am RVZ nachträglich beteiligt wird. Diese Konstellation ergibt sich aus termlichen Gründen des Kreistages, dessen Sitzungstermin zu spät für einen fristgerechten Beschluss liegt. Bei der gleichzeitig zu gründenden MVZ Auetal gGmbH wird die RVZ Auetal gGmbH alleinige Gründungsgesellschafterin.

Dadurch, dass eine gGmbH als Rechtsform angedacht ist, ist auch eine Bürgschaft gegenüber der KVN ein Thema. Zum Zeitpunkt der Gespräche wurde diesbezüglich noch nicht mit der KVN kommuniziert. Es wird davon ausgegangen, dass eine Bankbürgschaft der gGmbH seitens der KVN akzeptiert wird. Die Summe richtet sich nach der Anzahl der Arztsitze und beläuft sich pro Arztsitz auf den doppelten durchschnittlichen Jahresumsatz. Dabei müssen jeweils ca. 1 % der Bürgschaftssumme an Provision pro Jahr entrichtet werden. Gleichwohl durch diese Form der Bürgschaft jährliche Kosten entstehen, steht die Kommune dieser Form der Bankbürgschaft positiv gegenüber, da sie so nicht für einen Millionenbetrag haften muss.

Regionales Versorgungszentrum und zusätzliche Versorgungsangebote

Medizinisches Versorgungszentrum

Die Gründung eines MVZ ist die Voraussetzung für das RVZ Auetal und bildet somit die Basis des Vorhabens. Für das MVZ sollten langfristig neben den beiden bisherigen vorhandenen Hausarztsitzen noch ein weiterer besetzt werden. Bis März 2022 wurden Gespräche mit den beiden ortsansässigen Ärztinnen geführt, sodass bislang noch offen war, ob diese Hausarztsitze in das MVZ überführt werden können. Stand Mai 2022 hat sich eine Ärztin dafür ausgesprochen in kommunaler Anstellung tätig sein zu wollen. Der entsprechende Arbeitsvertrag liegt bereits vor, wurde jedoch noch nicht unterzeichnet. Die zweite Ärztin möchte ihre Selbständigkeit beibehalten und eine neue Praxis, auch in Rehren, einrichten. Derzeit wird sich aktiv darum bemüht einen weiteren Arztsitz im MVZ zu besetzen, da für die Zulassung zwei ÄrztInnen benötigt werden. Die Stelle wurde bereits ausgeschrieben und es gibt erste InteressentInnen.

Da sich die Entscheidungen der beiden ortsansässigen ÄrztInnen über einen längeren Zeitraum hingezogen hat und diese für das RVZ Auetal von großer Bedeutung waren, wurde mit der Suche nach weiteren möglichen ÄrztInnen erst spät begonnen, sodass in diesem Kontext Verzögerungen entstanden sind.

Weitere Versorgungsangebote

Über das MVZ hinaus sollen im RVZ Auetal weitere gesundheitliche Angebote zu finden sein. Wie in Abbildung 21 zu sehen, gibt es bereits Überlegungen, wie diese Angebote ausgestaltet werden könnten. Ein wichtiger Baustein soll eine Tagespflegeeinrichtung für Senioren, welche hinsichtlich der demografischen Entwicklung in der Gemeinde von großer Bedeutung ist, werden. Zwar gibt es in unmittelbarer Nähe des Standortes bereits ein Alten- und Pflegeheim, jedoch handelt es sich hier um eine vollstationäre Pflege, welche von einem privaten Konzern angeboten wird. Anfragen für eine Kooperation blieben bisher unbeantwortet, weshalb die Tagespflege im RVZ z. B. in Kooperation mit einer gemeinnützigen Organisation angeboten werden könnte.

Über die Tagespflege hinaus ist die Einrichtung einer „Bestellpraxis“ angedacht, in deren Rahmen externe ÄrztInnen das medizinische Angebot vor Ort ergänzen können. Die Pläne dazu sind jedoch im März 2022 noch nicht weiter vorangeschritten. Sämtliche BetreiberInnen von Praxen, welche bereits in der für das RVZ angedachten Immobilie „Alte Molkerei“ untergebracht sind, haben ihre Bereitschaft bekundet bei der Verwirklichung des RVZ mitzuwirken, auch ohne offiziell Bestandteil des MVZ zu sein. Darunter fällt u. a. die gynäkologische Praxis, deren Gynäkologin ihre Praxis aufgrund des Bedarfs um einen weiteren Sitz erweitern möchte.

In Ergänzung zu den gesundheitlichen Angeboten sind verschiedene Kurs- und Beratungsangebote geplant. Zudem sollen ein Café und ein generationsübergreifender Treffpunkt die Angebote des RVZ abrunden. Seitens der Gemeinde wird parallel Wert daraufgelegt, dass das RVZ auch noch „inhalt-

lich wachsen“ soll. Telemedizinische Angebote sind bisher nicht geplant, jedoch wird gehofft, dass sich in diesem Bereich durch die Einbindung jüngerer Ärztinnen bzw. Ärzte zukünftig etwas entwickeln wird.

Management

Zum Management des RVZ Auetal gab es bis März 2022 noch keine endgültigen Entscheidungen, da die weitere Entwicklung des Modellprojektes von den Gesprächen und Verhandlungen mit den beiden Ärztinnen abhing. Mittlerweile wurde im Mai 2022 der ehemalige Bürgermeister Auetals als Geschäftsführer des RVZ ausgewählt. Dies wird als großer Gewinn angesehen, da er das Projekt von Beginn an begleitet und so von seiner langjährigen Erfahrung profitiert werden kann. Die Bestätigung der Gründungsverammlung über das Amt steht im Mai 2022 noch aus.

Zudem soll ein externer Kaufmännischer Leiter bzw. eine Leiterin für das MVZ gesucht und eingestellt werden. Die medizinische Leitung für das MVZ muss noch abgestimmt werden, sie soll bestenfalls von einer bzw. einem der beiden künftigen ÄrztInnen übernommen werden – wahrscheinlicher ist es jedoch, dass diese Position „outgesourct“ wird.

4.4.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit

Der Landkreis Schaumburg und die Gemeinde Auetal haben bereits eine Gebäudeeinheit für die Umsetzung des geplanten RVZ ausgemacht. Der geplante Standort nennt sich „Alte Molkerei“ (Rehrener Straße 8) und liegt im Zentrum der Ortschaft Rehren, wo sich auch die Gemeindeverwaltung von Auetal befindet. In der Umgebung befinden sich eine Senioreneinrichtung, eine Kita, eine Grundschule und ein Discounter. Zudem sind im Ortskern eine Sparkasse, eine Volksbank, eine Apotheke und eine Postfiliale vorhanden. Die Immobilie ist seit Januar 2022 Eigentum der Gemeinde (zuvor Teileigentum) und soll teilweise an das RVZ vermietet werden. Dafür mussten die Eigentumsverhältnisse neu geordnet werden, was bereits umgesetzt wurde.

Laut dem vorliegenden Grobkonzept des LK Schaumburg und der Gemeinde Auetal sowie dem Gründungskonzept (angefertigt von der dostal & partner management-beratung gmbh), befinden sich in der „Alten Molkerei“ aktuell eine Hausarztpraxis mit zwei Ärztinnen (zwei Arztsitze), die Praxis einer Gynäkologin, eine Praxis für Eltern und Kinder einer Heilpraktikerin für Psychotherapie und eine Praxis für Ernährungsberatung einer Heilpraktikerin für Psychotherapie. Darüber hinaus sind dort Sitzungsräume, die Finanzabteilung der Gemeinde, ein Versicherungsbüro und die örtliche Polizeistation untergebracht. Die Immobilie grenzt an den Marktplatz an und liegt somit zentral im Ort.

Im Erdgeschoss der Immobilie könnte das RVZ-Büro angesiedelt werden, welches auch für Einzelberatungen genutzt werden kann. Darüber hinaus ist ein schallisolierter Musikraum vorhanden. Es gibt Durchgangs- und Warteräume, einen Gruppenraum, Platz für Beratung und einen Bewegungsraum. Zudem ist im Gebäude ein „Spiegelsaal“ vorhanden, welcher auch für Gruppenarbeiten geeignet ist und bislang wechselnd belegt wird. Auch die Tagespflege soll im Erdgeschoss angesiedelt werden.

Im Obergeschoss der „Alten Molkerei“ befindet sich die Hausarztpraxis (bisher zwei Arztstühle). Durch die Kündigung eines Mietverhältnisses im Gebäude wurden im OG weitere Räumlichkeiten (ca. 100 m²) frei, die künftig genutzt werden können. Da sich diese unmittelbar neben der Hausarztpraxis befinden, können diese Räume verbunden, und die Praxis für bis zu vier ÄrztInnen ausgebaut werden.

Die Immobilie wird ergänzt durch einen Carport, welcher nach einem Antrag von „WIR in Rehren“ zu einem sozialen Zentrum umgenutzt werden soll.

Einige Flächen der Immobilie müssen zunächst saniert und baulich angepasst werden. Zudem muss ein Teil des Gebäudes aufgrund der Substanz abgerissen und neu gebaut werden. Die Architekturleistung dafür wurde bereits vergeben. Neben der Akquirierung von ÄrztInnen liegt hier ein Schwachpunkt des Projektes, da der zeitliche Ablauf durch einen Neubau massiv verzögert wird.

Der ÖPNV vor Ort ist als unzureichend zu bezeichnen. Die ÖPNV-Angebote bestehen im Wesentlichen aus dem Schulbusverkehr, einem Anrufauto für alle Altersgruppen, einem Fifty-Fifty-Taxi für Jugendliche sowie einem Seniorentaxi. Die Gemeinde und der Landkreis subventionieren das Anrufauto der Gemeinde Auetal, wodurch die ÖPNV-Situation in der strukturschwachen Gegend verbessert wird.

4.4.5 Zwischenfazit

Das RVZ Auetal kann eine Bereicherung der medizinischen Versorgung im Landkreis Schaumburg werden. Betrachtet man die demografische Entwicklung parallel zum bisherigen Rückgang der medizinischen Angebote in der Region wird deutlich, dass die Gemeinde Auetal und auch die umliegenden Gemeinden von der Ansiedlung eines RVZ mit einem MVZ als Basis profitieren können. Die Planungen zur Einrichtung eines RVZ waren im Oktober 2021 vergleichsweise schnell vorangeschritten, obwohl die weitere Entwicklung des Modellprojektes an den Entscheidungen zweier Ärztinnen hing. Da sich mittlerweile eine der beiden ÄrztInnen für eine kommunale Anstellung entschieden hat und es InteressentInnen für die Besetzung eines weiteren Arztstuhles gibt, ist das bisher geplante Vorgehen zur Errichtung eines MVZ im Rahmen eines RVZ mit flankierenden Angeboten als aussichtsreich zu beschreiben. Einschränkend muss jedoch festgehalten werden, dass im Mai 2022 auch zeitliche Verzögerungen zu konstatieren sind und bisher weder ein Arbeitsvertrag unterschrieben, noch eine Gesellschaft gegründet wurde.

Für die Gründungen des RVZ und dem MVZ ist jeweils eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) vorgesehen, wobei der nötige Gründungsbeschluss der Gemeinde Auetal für Anfang Juni geplant ist. Da der Landkreis Schaumburg keinen fristgerechten Beschluss mehr fassen kann, wird die Gemeinde Auetal zunächst alleinige Gründungsgesellschafterin der RVZ gGmbH. Der Landkreis soll nachträglich als zweiter Gesellschafter zu 50 % beteiligt werden. Bei der MVZ Auetal gGmbH wird die RVZ Auetal gGmbH alleinige Gründungsgesellschafterin.

Die Bürgschaft stellt im Modellprojekt Auetal kein Problem dar und hat hier bisher auch nicht zu Diskussionen geführt, da durch den LK Wesermarsch

die Anerkennung einer Bankbürgschaft seitens der KVN durchgesetzt wurde. Die Akquirierung weiterer ÄrztInnen ist auch für das Modellprojekt Auetal ein relevanter Aspekt. Bisher wurde sich neben einer Ausschreibung noch um keine Lösung bemüht, da zunächst die Einbindung der bereits vor Ort tätigen Ärztinnen sichergestellt werden sollte.

Eine Immobilie für das geplante RVZ befindet sich mit der „Alten Molkerei“ bereits im Eigentum der Gemeinde. Es müssen jedoch noch einige Um- und Neubaumaßnahmen umgesetzt werden, was potenziell zu zeitlichen Verzögerungen des Modellprojektes führen kann. Das Projekt profitiert hier von Vorarbeiten zur Einrichtung eines MVZ vor einigen Jahren, welches damals aufgrund von rechtlichen Schwierigkeiten nicht umgesetzt werden konnte. Die Ausgestaltung der Angebote des RVZ ist gut durchdacht und es gibt bereits InteressentInnen für die Räumlichkeiten, sodass das RVZ für die BürgerInnen vor Ort zu einem zentralen Treffpunkt werden könnte. Digitale Angebote sind bisher kein Teil der Planungen, wobei die AnsprechpartnerInnen hier durchaus Potenziale für die Zukunft sehen.

Hinsichtlich der für das Vorhaben formulierten Ziele (siehe Kapitel 4.2.2) kann festgehalten werden, dass hier noch Aufholbedarf besteht. Durch die Verzögerungen, die mit der ÄrztInnensuche einhergehen, wurden Aspekte wie die Akquirierung weiterer ÄrztInnen bisher außer Acht gelassen. Auch die Etablierung flankierender Leistungen wurde bisher nicht priorisiert. Die zentralen AkteurInnen haben die Ziele jedoch im Blick, sodass diese zukünftig aktiv angegangen und umgesetzt werden.

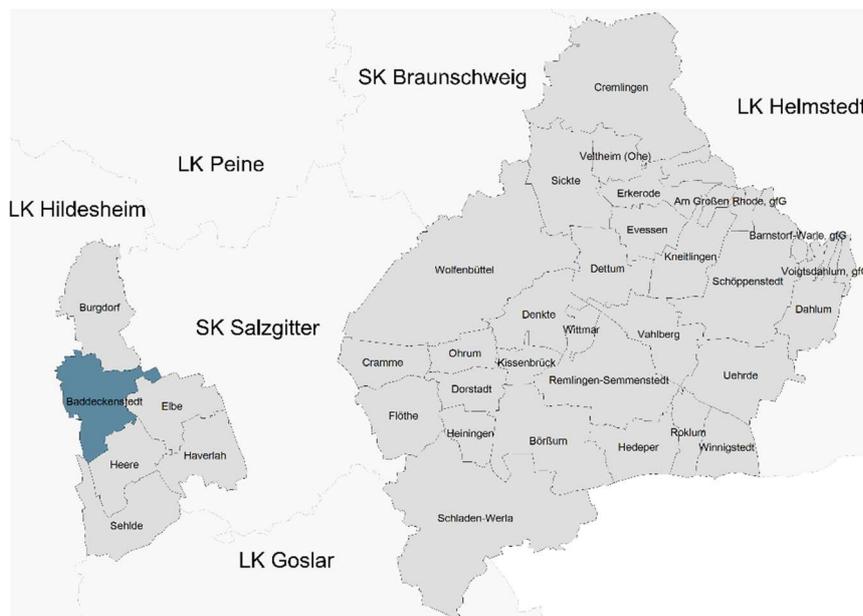
Insgesamt ist der derzeitige Stand der Umsetzung des RVZ Auetal als vorangeschritten zu beschreiben, wobei noch zeitliche Unsicherheiten im weiteren Projektverlauf bewältigt werden müssen. Einerseits ist das Konzept für die Umsetzung des Projektes sehr vielversprechend und auch die Gründungen der gGmbHs sowie das Thema der Bürgschaft stellen kein Problem dar. Die geplante Immobilie mit den vorgesehenen Räumlichkeiten ist prinzipiell gut für die Umsetzung des Projektes geeignet und bietet viel Potenzial für einen Ausbau des RVZ. Andererseits könnte die Projektlaufzeit zu einem relevanten Punkt werden, da die Umsetzung von vielen externen Aspekten abhängt, welche zu Verzögerungen der zeitlichen Planung führen können. Dies kann dazu führen, dass das Projekt womöglich nicht in der vorgesehenen Projektlaufzeit umgesetzt werden kann. Hinzu kommt der Aspekt eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt zeitnah für das Projekt gewinnen zu müssen.

Das RVZ soll noch im Jahr 2022 in Betrieb genommen werden. Eine Homepage ist in Planung, wurde jedoch noch nicht freigeschaltet.

4.5. RVZ Baddeckenstedt, LK Wolfenbüttel

Im Landkreis Wolfenbüttel soll das RVZ in Baddeckenstedt eingerichtet werden. Baddeckenstedt gehört zur Samtgemeinde Baddeckenstedt, welche eine Exklave des Landkreises Wolfenbüttel ist und neben Baddeckenstedt selbst die Mitgliedsgemeinden Burgdorf, Elbe, Haverlah, Heere und Sehlde umfasst. Die Samtgemeinde Baddeckenstedt liegt westlich im Landkreis Wolfenbüttel und wird von den Landkreisen Hildesheim, Goslar sowie der Stadt Salzgitter umringt (Abbildung 22).

Abbildung 22: Lage des Standortes im Landkreis Wolfenbüttel



Quelle: Eigene Darstellung

Auch der LK Wolfenbüttel wurde seitens des Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung angefragt bei dem Pilotprojekt Regionale Versorgungszentren mitzuwirken. Der Landkreis wiederum stieß bei dem ehemaligen Bürgermeister der Samtgemeinde Baddeckenstedts auf großes Interesse, da sich u. a. die Hausarztsuche für die Nachbargemeinde Burgdorf seit längerem als Herausforderung darstellt.

Für die Einrichtung des RVZ wurde bereits die Erstellung eines Feinkonzeptes anteilig vom Niedersächsischen Ministerium für Bundes und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung gefördert. Seitens des LK Wolfenbüttel wurde im Herbst 2021 der Antrag auf Fördermittel zum Aufbau eines RVZ gestellt. Den Förderbescheid in Höhe von ca. 1,48 Millionen Euro erhielten der Landkreis und die Samtgemeinde im November 2021. Das Modellprojekt läuft bis Ende 2023.

Die ersten Interviews zum Vorhaben wurden mit dem Bürgermeister der Samtgemeinde Baddeckenstedt sowie dem Dezernenten für Schule, Jugend und Soziales des LK Wolfenbüttel im Oktober 2021 geführt. Im März 2022 folgten die Abschlussgespräche. Ergebnisse der Interviews sowie die Informationen aus der Dokumentenanalyse und der Desktop-Recherche sind die Grundlage der nachfolgenden Ausführungen.

4.5.1 Ausgangssituation

Der Landkreis Wolfenbüttel ist durch den demografischen Wandel sehr betroffen, was sich in den Angaben des Landesamtes für Statistik Niedersachsen zu den über 65- bzw. über 80-Jährigen zeigt. Diese liegen im LK Wolfenbüttel wie auch in der Exklave Samtgemeinde Baddeckenstedt über dem Durchschnitt des Bundeslandes Niedersachsen. Insbesondere für die Gemeinde Baddeckenstedt, wo das RVZ eröffnet werden soll, liegen deutlich höhere Anteile der älteren Personen vor. Auch in den weiteren Gemeinden der Exklave Burgdorf, Elbe, Heere, Sehnde und Haverlah wird der demografische Wandel in den Daten sichtbar (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Anteil älterer Menschen im Landkreis Wolfenbüttel (Stand 2020)

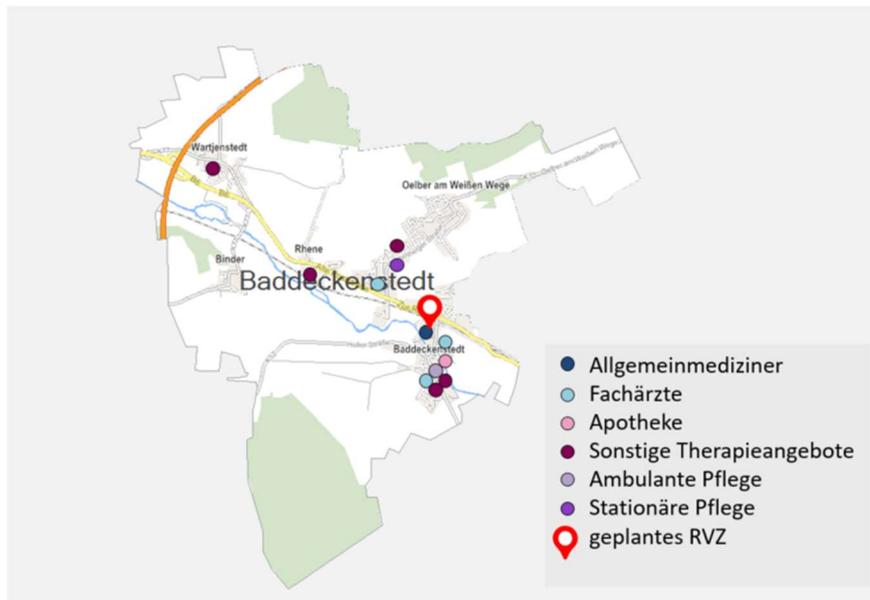
	Anteil über 65-Jährige	Anteil über 80-Jährige	Alten- quotient
Niedersachsen	22 %	7 %	37,9
LK Wolfenbüttel	24 %	8 %	41,4
Samtgemeinde Baddeckenstedt	24 %	7 %	40,0
Baddeckenstedt	26 %	9 %	45,7
Burgdorf	22 %	6 %	36,2
Elbe	25 %	7 %	41,6
Heere	21 %	5 %	34,6
Sehnde	23 %	6 %	38,9
Haverlah	22 %	7 %	37,3

Quelle: Eigene Darstellung auf Basis des Landesamtes für Statistik Niedersachsen, 2021

Im Landkreis Wolfenbüttel soll nach den Vorausberechnungen des Landesamtes für Statistik der Anteil der über 65-Jährigen bis 2030 sogar auf 33,2 % ansteigen. Dies liegt deutlich über dem Landesdurchschnitt. Auch in der Exklave Baddeckenstedt, welche zum Planungsbereich Salzgitter gehört, nimmt die Quote der hausärztlichen Versorgung ab. Laut Angaben der KVN sind im Bereich Salzgitter 24 Hausarztsitze frei (vgl. KVN 2021). Für den Landkreis Wolfenbüttel liegt die Prognose für den Versorgungsgrad der Hausärzte für das Jahr 2035 bei 80 bis unter 90 %. Für den Planungsbereich Salzgitter, in den die Samtgemeinde Baddeckenstedt fällt, wird ein Versorgungsgrad von 50 bis unter 60 % für das Jahr 2035 prognostiziert (KVN 2021).

Abbildung 23 zeigt die aktuell vorhandenen medizinischen Versorgungsangebote der Gemeinde Baddeckenstedt. Für ca. 3.000 EinwohnerInnen gibt es derzeit eine hausärztliche Praxis und drei Zahnarztpraxen. Darüber hinaus befindet sich in Baddeckenstedt eine Apotheke und fünf sonstige Therapieangebote. Außerdem sind dort ein ambulanter Pflegedienst sowie ein stationäres Pflegeheim ansässig.

Abbildung 23: Medizinische Versorgungsangebote der Gemeinde Baddeckenstedt (Stand 2021)



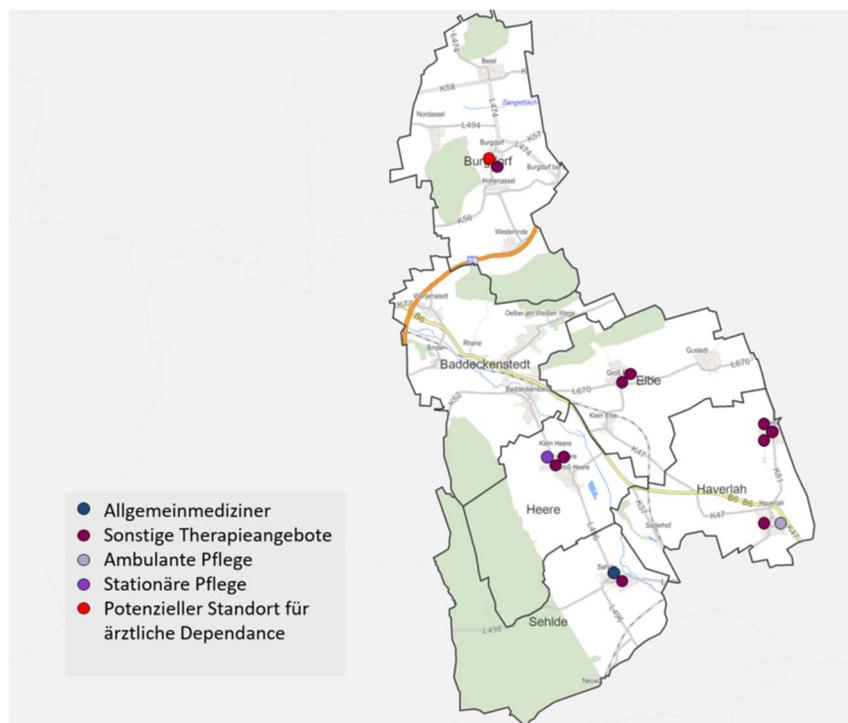
Quelle: Desktop-Recherche¹⁴, eigene Darstellung

In den anderen Gemeinden der Samtgemeinde Baddeckenstedt sind weitere medizinische Angebote vorzufinden, die die BürgerInnen in Anspruch nehmen können. Generell ist vor Ort eine geringe Anzahl an Angeboten vorhanden, sodass die EinwohnerInnen auf die Einrichtungen in den umliegenden Landkreisen zurückgreifen müssen.

In den Gemeinden Burgdorf, Elbe, Haverlah, Heere und Sehlde gibt es eine weitere Hausarztpraxis, aber keinen weiteren Facharzt (Abbildung 24). Darüber hinaus sind drei psychotherapeutische und ein physiotherapeutisches Angebot dort vorzufinden. Daneben gibt es zwei Fußpflege- sowie drei heilpraktische Angebote sowie eine Logopädiepraxis. Zudem gibt es einen ambulanten Pflegedienst und eine stationäre Pflegeeinrichtung.

¹⁴ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

Abbildung 24: Medizinische Versorgungsangebote in den weiteren Gemeinden der Exklave Samtgemeinde Baddeckenstedt (Stand 2021)



Quelle: Desktop-Recherche¹⁵, eigene Darstellung

In der Samtgemeinde Baddeckenstedt sind insgesamt nur vereinzelte medizinische Angebote zu finden. Durch die Einrichtung eines RVZ mit integriertem MVZ könnte die gesundheitliche Versorgung in der Exklave des Landkreises Wolfenbüttel gesichert und darüber hinaus auch verbessert werden. In Burgdorf wird seit längerem versucht, einen Arztsitz zu besetzen. Durch die Einrichtung einer ärztlichen Dependence mit direkter Anbindung an das geplante RVZ, könnte auch im Norden der Samtgemeinde die ärztliche Versorgung verbessert werden.

4.5.2 Ziele und Konzept

Im Folgenden werden die Ziele und das Konzept dargestellt, welche im Feinkonzept für das RVZ Baddeckenstedt Mitte 2021 ausgeführt wurden. Der LK und die Samtgemeinde verfolgen mit dem RVZ drei übergeordnete Ziele. Erstens soll die medizinische und gesundheitliche Versorgung mit dem RVZ gesichert und verbessert werden. Zweitens soll die soziale Daseinsvorsorge im weiteren Sinne vor Ort gefördert werden. Darüber hinaus wird, drittens, angestrebt mit dem RVZ nachhaltige Strukturen zu schaffen, die auch über die Förderphase des Modellprojektes hinaus bestehen bleiben.

Um die medizinische und auch gesundheitliche Versorgung in der Samtgemeinde Baddeckenstedt zu sichern und zu verbessern, wurden zudem operative Ziele bzw. erforderliche Maßnahmen formuliert, die das Vorgehen konkreter werden lassen. Durch die Einbindung einer vorhandenen Haus-

¹⁵ Die aufgeführten Angebote sind mittels Desktop-Recherche identifiziert worden. Dabei kann es vereinzelt zu Ungenauigkeiten oder fehlerhaften Angaben kommen.

arztpraxis (Standort für mind. zwei ÄrztInnen) soll die medizinische Grundversorgung gesichert werden. Ergänzend sollen weitere MedizinerInnen und auch medizinisches Fachpersonal gewonnen werden, wobei die Akquirierung mind. eines weiteren Allgemeinmediziners bzw. einer weiteren Allgemeinmedizinerin erforderlich ist. Prinzipiell ist auch eine ärztliche Dependence in Burgdorf (12 km Entfernung) möglich und angedacht. Auch dort gibt es räumliche Kapazitäten für eine Praxis. Im Bereich Gesundheit sollen weitere KooperationspartnerInnen und das Angebot fachärztlicher Sprechstunden, dazugewonnen werden. Des Weiteren wird angedacht medizinisches Fachpersonal fortzubilden, welches als „Gemeindeschwester“ auch mobil für die Abdeckung von Hausbesuchen im regionalen Raum tätig sein kann.

Eine Verbesserung des sozialen Umfeldes wird u. a. durch die Entwicklung bedarfsbasierter Angebote angestrebt. BürgerInnen sollen in diesen Prozess aktiv mit einbezogen werden, um die Bedarfe und Problemlagen der Menschen vor Ort zu identifizieren. Es ist angedacht, eine Anlaufstelle für BürgerInnen im RVZ einzurichten und einen Begegnungsort zu schaffen, welcher gemeinschaftlich gestaltet werden soll. In diesem Zusammenhang sind eine offene Zukunftswerkstatt oder thematische Workshops denkbar. Insgesamt soll es vermehrt lokale Angebote geben und es soll ein breites Beratungsspektrum vor Ort abgedeckt werden. Zudem soll es gelingen eine Vernetzung zwischen KooperationspartnerInnen sowie zwischen ehren- und hauptamtlichen AkteurInnen herzustellen.

Ein weiteres Ziel ist das Schaffen nachhaltiger Strukturen. Darunter fällt z. B. die angestrebte Weiternutzung des Treffpunktes für die BürgerInnen vor Ort, auch über die Förderphase des Projektes hinaus. Damit dies gelingt, müssen im Bereich der Kreis- und Samtgemeindeverwaltung Personalkapazitäten für die Projektarbeit berücksichtigt bzw. geschaffen werden. Insgesamt müssen dafür eine langfristige Sicherung der Finanzierung und auch der genutzten Immobilien durchgesetzt werden.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die strategischen und operativen Ziele des RVZ Baddeckenstedt, welche den Antragsunterlagen entnommen wurden.

Tabelle 12: Ziele RVZ Baddeckenstedt

Strategische Ziele	Operative Ziele
Medizinische und gesundheitliche Versorgung sichern/verbessern	<ul style="list-style-type: none"> • Sicherung der medizinischen Grundversorgung durch die Einbindung einer vorhandenen Hausarztpraxis als Standort für mind. zwei MedizinerInnen • Akquirierung weiterer MedizinerInnen • Akquirierung von medizinischem Fachpersonal • Gewinnung weiterer KooperationspartnerInnen im Bereich Gesundheit • Kooperationen für fachärztliche Sprechstunden herstellen • Fortbildungen/Einsatz von (mobilen) „Gemeindeschwestern“

	<ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Einrichtung einer ärztlichen Dependence in Burgdorf
Verbesserung des sozialen Umfeldes	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung bedarfsbasierter Angebote und Ausgestaltung eines Begegnungsortes und Anlaufstelle • Einbezug der BürgerInnen, um Bedarfe und Problemlagen zu identifizieren • Gemeinschaftliche Gestaltung des Treffpunktes (durch eine offene Zukunftswerkstatt/thematische Workshops) • Lokale Angebote und breites Beratungsspektrum vor Ort • Vernetzung zwischen KooperationspartnerInnen sowie zwischen ehren- und hauptamtlichen AkteurlInnen • Nachhaltige Weiternutzung des Treffpunktes, auch über das Projekt hinaus
Nachhaltige Strukturen schaffen	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung/Schaffung von Personalkapazitäten für die Projektarbeit im Bereich der Kreis- sowie Samtgemeindeverwaltung • Langfristige Finanzierung sichern • Langfristige Sicherung der Immobilien

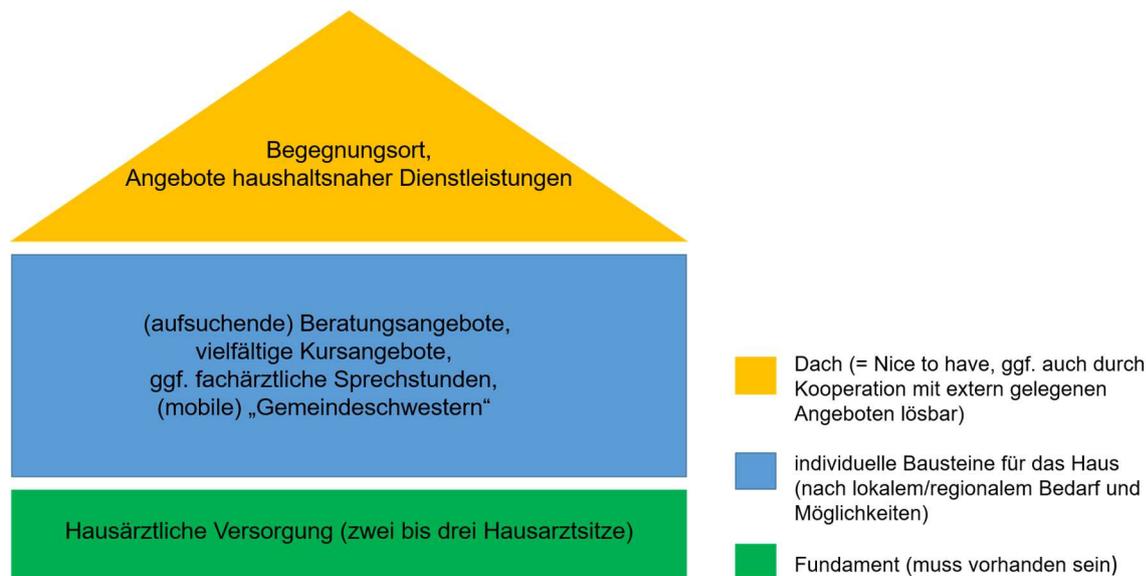
Quelle: Eigene Darstellung

Wie in Tabelle 12 deutlich wird, ist es geplant, dass mit dem RVZ Baddeckenstedt eine Reihe an Zielen umgesetzt werden sollen. In den nächsten Kapiteln wird herausgearbeitet, inwieweit die Ziele bereits umgesetzt wurden und wo zukünftig aufgeholt werden sollte.

4.5.3 Aufbau und Struktur

Das in Kapitel 4 vorgestellte Grundmodell eines RVZ dient auch als Orientierungspunkt für den Aufbau und die Struktur für das RVZ Baddeckenstedt. Als Fundament ist auch hier das MVZ notwendig, welches in Baddeckenstedt mit mindestens zwei Hausarztsitzen geplant wird. Darüber hinaus ist es vorgesehen, langfristig einen dritten Hausarztsitz zu besetzen. Hinsichtlich der individuellen Bausteine für das RVZ sind diverse medizinische Versorgungsangebote geplant. Auch haushaltsnahe Dienstleistungen sollen ein zentrales Angebot werden. Zudem sind ein Tagescafé und auch ein Seniorentreff im Gespräch (Abbildung 25). Die Informationen zum Aufbau des RVZ stammen aus dem Feinkonzept (August 2021) sowie aus den persönlichen Gesprächen mit den Ansprechpersonen im Oktober 2021 bzw. März 2022.

Abbildung 25: Aufbau RVZ Baddeckenstedt



Quelle: Eigene Darstellung, März 2022

Nachfolgend werden der Aufbau, die Struktur und die rechtliche Form des RVZ Baddeckenstedt näher ausgeführt.

Rechtsform

Auch für das Modellprojekt Baddeckenstedt ist die Rechtsform der gemeinnützigen Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH) vorgesehen. Dabei sollen der Landkreis Wolfenbüttel und die Samtgemeinde Baddeckenstedt jeweils zu 50 % vertreten sein. Um alle Gemeinden miteinzubeziehen, wurde ein Beirat eingerichtet. Den Prozess auf Samtgemeindeebene abzuwickeln war schwierig und es musste viel Überzeugungsarbeit geleistet werden. Dieser Prozess verlief jedoch erfolgreich, sodass sich die beiden Gesellschaften derzeit in Gründung befinden.

Ursprünglich ist davon ausgegangen worden, dass die Bürgschaft, welche im Rahmen des Modellprojektes geleistet werden muss, als Bankbürgschaft abgegeben wird. Diese Pläne wurden jedoch in den Hintergrund gestellt und es soll versucht werden eine limitierte Bürgschaft seitens des Landkreises und der Samtgemeinde abzugeben. Damit soll vermieden werden, dass rund 1 % der Bürgschaftssumme jährlich an Provision an die Bank entrichtet werden muss. Pro Arztsitz wird ein doppelter durchschnittlicher Jahresumsatz festgelegt, sodass sich die Bürgschaftssumme auf einen Millionenbetrag beläuft. Sollte der Zulassungsausschuss die limitierte Bürgschaft nicht annehmen, kann noch immer auf die Bankbürgschaft zurückgegriffen werden.

Regionales Versorgungszentrum und zusätzliche Versorgungsangebote

Medizinisches Versorgungszentrum

Das MVZ bildet den Kern bzw. die Basis für das RVZ Baddeckenstedt. Für das MVZ ist dabei die Übernahme von zwei Arztsitzen einer bestehenden Hausarztpraxis sowie die Besetzung eines weiteren Arztsitzes vorgesehen. Die Gewinnung von Ärztinnen bzw. Ärzten für das MVZ stellt, im Vergleich zu den anderen Modellprojekten, in Baddeckenstedt kein Problem dar. Die langjährig praktizierende Ärztin der Gemeinde und ein von ihr eingestellter Arzt sind an der Mitwirkung im MVZ sehr interessiert. Die Planungen für das MVZ wurden insofern zum richtigen Zeitpunkt aufgenommen, als dass sich die bisherige Ärztin und der angestellte Arzt in einem laufenden Verfahren zur Gründung einer Gemeinschaftspraxis befanden, welches kurzfristig ruhend gestellt werden konnte. Die Ärztin und der Arzt sind bereit, in ein Angestelltenverhältnis zu wechseln und es wird hervorgehoben, dass es insbesondere für den jungen Arzt von Vorteil ist, sich nicht in eine bestehende Praxis einkaufen zu müssen.

In der Gewinnung eines weiteren Hausarztes oder einer weiteren Hausärztin wird seitens des Landkreises und der Kommune kein Problem gesehen, da es sich bei der bisher ansässigen Praxis um eine Ausbildungspraxis handelt, die auch mit der Medizinischen Hochschule Hannover zusammenarbeitet. Auch seitens der Beratungsfirma wurde bestätigt, dass es gute Chancen gibt einen Arzt oder eine Ärztin für das MVZ in kommunaler Trägerschaft zu gewinnen, wobei die Suche danach bisher noch nicht begonnen hat. Es besteht die Möglichkeit einen dritten Arztsitz im aktuellen Praxisgebäude zu ergänzen oder eine ärztliche Dependence im 12 km entfernten Burgdorf zu schaffen, wo auch geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung stehen und dadurch auch der nördliche Teil der Samtgemeinde mit eingebunden würde. Insgesamt können so langfristig vier ÄrztInnen angestellt werden.

Ein Orthopäde, der aus Baddeckenstedt stammt und Interesse hat sich dort anzusiedeln, bekommt derweil keinen Arztsitz seitens der KVN zugesprochen, da der orthopädische Bedarf gedeckt sei.

Weitere Versorgungsangebote

Im RVZ sollen, neben der medizinischen Basis, auch weitere Angebote der gesundheitlichen Versorgung Platz finden. Wie in Abbildung 25 zu erkennen, gibt es bereits weiterführende Überlegungen zu den individuellen Bausteinen, welche im RVZ enthalten sein sollen – inwieweit diese schlussendlich umgesetzt werden, ist zum Zeitpunkt der Interviews noch nicht endgültig abzusehen. Neben diversen Beratungsangeboten und Kursangeboten sind fachärztliche Sprechstunden gewünscht und in Planung. Darüber hinaus sollen (mobile) „Gemeindeschwestern“ die gesundheitliche Versorgung in der Gemeinde unterstützen. Dazu ist es geplant, bestehendes medizinisches Fachpersonal dementsprechend weiterzubilden und im regionalen Raum einzusetzen. Das Beratungsangebot könnte durch verschiedene Ämter und Ehrenamtliche übernommen werden und sich z. B. auf die Pflege- oder Schuldnerberatung fokussieren. Auch ein Kinder-Familienservice-Büro, welches zusammen mit dem Landkreis etabliert wurde, soll an das

RVZ angeschlossen werden. Insgesamt soll eine Anlaufstelle für BürgerInnen mit verschiedensten Anliegen geschaffen werden, welche im Vergleich zur öffentlichen Verwaltung eine geringere Hemmschwelle für die Menschen vor Ort aufweisen soll.

Die angebotenen Kurse sollen, neben einer Physiotherapie, auch Mutter-Kind-Kurse oder Geburtsvorbereitungskurse abdecken. Auch eine Hausaufgaben- bzw. Nachmittagsbetreuung von SchülerInnen ist angedacht. Eine externe Logopädin könnte ihre Dienste wöchentlich in einem der Beratungsräume anbieten und so das gesundheitliche Angebot des RVZ ergänzen. Auch von Wohlfahrtsverbänden wurde bereits Interesse signalisiert, Beratungsangebote im RVZ zu implementieren. Ein weiterer zentraler Aspekt, sind die haushaltsnahen Dienste, welche im RVZ angeboten und von den BürgerInnen vor Ort in Anspruch genommen werden können. Dazu wurde bereits ein ausführliches Konzept erarbeitet. Ergänzend soll ein Begegnungsort für verschiedene Altersgruppen mit einem selbstorganisierten Angebot im RVZ eröffnet werden. Auch ein Seniorentreff könnte sich in diesem Zusammenhang im RVZ zusammenfinden.

Generell sind die Kommune und der Landkreis daran interessiert, die BürgerInnen vor Ort mit in die Gestaltung des RVZ einzubeziehen und öffentliche Workshops, in denen die Bedarfe gemeinsam ausgearbeitet werden sollen, zu planen.

Management

Für das RVZ Baddeckenstedt gibt es bereits Pläne darüber, wie mit dem Management verfahren werden soll. Die bisherige Ärztin wird dabei als ärztliche Leitung und Geschäftsführerin des MVZ eingesetzt. Der derzeitige Praxismanager der Hausarztpraxis wird in Teilzeit als kaufmännischer Leiter im kommunalen MVZ fungieren. Die Geschäftsführung des RVZ übernimmt der ehemalige Bürgermeister Baddeckenstedts, der das Projekt bisher engmaschig begleitet und vorangetrieben hat. Zudem soll es ein RVZ-Management geben, dessen Stelle ausgeschrieben wird, sobald die Gründung vollzogen ist.

4.5.4 Immobilie/Standort/Erreichbarkeit

Um das RVZ in die Samtgemeinde Baddeckenstedt einzubinden, wird eine „Campus-Lösung“ präferiert. Im Unterschied zu den anderen Modellprojekten ist es geplant, zwei Hauptstandorte zu beziehen. Bei dem einen Gebäude handelt es sich um die Räumlichkeiten der bisherigen Hausarztpraxis, welche künftig noch erweitert werden können. Hier können und sollen auch weitere ärztliche Angebote eingebunden werden. Das Gebäude befindet sich auf dem Grundstück An der Innerste 2a. Bei der zweiten Immobilie handelt es sich um das Sparkassengebäude (Lindenstraße 3), welches Mitte 2022 frei wird. In dem eingeschossigen Gebäude stehen dann ca. 390 m² und ein großer Keller (nicht für den Publikumsverkehr geeignet) zur Verfügung. Weitere Vorteile des Gebäudes sind zudem die Barrierefreiheit sowie direkt angrenzende Parkplätze. Die beiden Immobilien liegen in direkter Nachbarschaft und sind somit in fußläufiger Entfernung.

Laut des Feinnutzungskonzepts, welches auch bei diesem Modellprojekt die dostal & partner management-beratung gmbh erstellt hat, soll das Praxisgebäude als kommunale „MVZ-Zentrale“ fungieren. Diese soll ein Ankerpunkt für weitere ärztliche Angebote aus dem Umfeld sein. Von dort könnten auch Hausbesuche durch VersorgungsassistentInnen organisiert werden. Bisher sind zwei HausärztInnen in der Praxis ansässig. Mit 165 m² bietet die Immobilie räumliches Potential für einen dritten Arzt bzw. eine dritte Ärztin. Darüber hinaus ist eine ärztliche Dependance im 12 km entfernten Burgdorf möglich, wodurch auch der nördliche Bereich der Samtgemeinde abgedeckt würde. Auch dort gibt es verfügbare Räumlichkeiten, die für einen Praxisbetrieb geeignet sind.

Das RVZ soll im derzeitigen Sparkassengebäude in Baddeckenstedt angesiedelt werden. Dort sollen Angebote der gesundheitlichen und sozialen Teilhabe zu finden sein. Zudem sind Informations- und Beratungsangebote angedacht. Die Immobilie ist derzeit noch belegt, kann jedoch ab Mitte 2022 für das RVZ genutzt werden, wobei ein SB-Bereich der Sparkassen erhalten bleiben soll. Das Gebäude wird von der Samtgemeinde Baddeckenstedt ist gekauft werden. Im Rahmen des RVZ stehen dann ein Vortragsraum, mehrere Beratungsräume, ein Café und ein Gruppenraum zur Verfügung.

Die beiden Gebäude bieten insgesamt gute Möglichkeiten die medizinischen und gesundheitlichen Angebote auf einem „Campus“ abzubilden. Darüber hinaus ist auch das soziale Umfeld des geplanten RVZ als positiv zu bezeichnen. Dort befindet sich eine Apotheke, ein ambulanter Pflegedienst, zwei Zahnärzte, eine Physiotherapiepraxis, eine Kinderkrippe sowie eine Schule. Zudem sind Nahversorgungsmöglichkeiten gegeben. In der Nähe befindet sich auch das Wohngebiet „Viva 60“, welches vor allem von älteren Menschen bewohnt wird, welche die Angebote des RVZ mitsamt den medizinischen Leistungen des MVZ nutzen können.

Der Bahnhof Baddeckenstedt sowie verschiedene Bushaltestellen befinden sich in unmittelbarer Nähe des geplanten RVZ. Die lokale und regionale Verkehrsanbindung wird insgesamt als gut vernetzt beschrieben, sodass die jeweiligen Angebote für die BürgerInnen gut zu erreichen sind. Ergänzend zum vorhandenen ÖPNV gibt es das Pilotprojekt „Bedarfsverkehr“, um die Anbindung in die benachbarten Gemeinden (z. B. Burgdorf) zu verbessern. Mit barrierefreien Kleinbussen, welche per App, Internet und Telefon angefordert werden können, wird den BürgerInnen ein flexibles bedarfsbasiertes Angebot zur Verfügung gestellt. Auch das „Sozio-Med-Mobil“ kann genutzt werden, um die Mobilität zum RVZ zu erhöhen.

4.5.5 Zwischenfazit

Das geplante RVZ Baddeckenstedt ist ein wichtiger Baustein, um die medizinische Versorgung im Landkreis Wolfenbüttel aufrecht zu erhalten bzw. darüber hinaus auch zu verbessern. Der altersstrukturelle Wandel in der Region schreitet im Vergleich zum Bundesland Niedersachsen schnell voran, wodurch sich die Bedarfe der BürgerInnen ändern und die Ansiedlung eines RVZ einen positiven Beitrag zur Sicherstellung der Versorgung darstellt.

Durch die Campus-Lösung und die Möglichkeit zur Einrichtung einer ärztlichen Dependance in Burgdorf besteht das Potenzial, die medizinische und

auch soziale Versorgung der Samtgemeinde Baddeckenstedt maßgeblich voranzubringen. Obwohl der Landkreis Wolfenbüttel und die Samtgemeinde Baddeckenstedt im Vergleich zu den ersten drei Modellregionen erst spät in die Planungen eingestiegen sind, sind die Planungen bereits vorangeschritten. Durch die frühzeitige Einbindung der ortsansässigen ÄrztInnen in die Planungen des MVZ und deren Bereitschaft im Projekt mitzuwirken und z. T. auch die medizinische Leitung zu übernehmen, sind mögliche zentrale Probleme, wie die Akquirierung neuer ÄrztInnen bisher nicht aufgetreten. Zwar soll noch ein weiterer Arzt oder eine weitere Ärztin eingestellt werden, doch sehen die AnsprechpartnerInnen darin keine Probleme. Auch die Ausgestaltung der gGmbHs sind bereits abgestimmt und diese befinden sich gerade im Gründungsprozess. Das Modellprojekt Baddeckenstedt kann auf einen langfristigen Kontakt zur ortsansässigen Ärztin zurückgreifen, da bereits seit längerer Zeit die Miete der Praxis subventioniert wurde und ein ständiger Austausch zwischen Gemeinde, Landkreis und der Ärztin stattfand. Auch im Hinblick auf die weiteren Modellprojekte ist ein regelmäßiger Austausch als positives Beispiel für den Umgang mit ÄrztInnen in der Region anzuführen, der sich langfristig positiv auswirken kann.

Für das RVZ Baddeckenstedt sind bereits Immobilien zum Kauf ausgewählt worden, welche ausreichend Räumlichkeiten bieten, um die gesundheitliche Versorgung und soziale Angebote auszubauen und zu etablieren. Für die Nutzung der Räumlichkeiten gibt es bereits einige Ideen und Interessierte, welche ein ausgewogenes Angebot abdecken könnten. Positiv hervorzuheben sind in diesem Zusammenhang auch die Pläne die BürgerInnen vor Ort aktiv in die Verwirklichung des Projektes mit einzubeziehen und das RVZ somit optimal an die Bedarfe anpassen zu können.

Auch das Modellprojekt Baddeckenstedt kann voraussichtlich von den vorangegangenen Diskussionen über verschiedenen Möglichkeiten der Bürgerschaft profitieren. Derzeit ist auch hier eine limitierte Bankbürgschaft angedacht, welche bisher jedoch noch nicht abschließend durchgesetzt wurde.

Obwohl das Modellprojekt vergleichsweise gut aufgestellt ist, werden Herausforderungen vor allem in der zeitlichen Umsetzung der Einrichtung des RVZ gesehen. Da diese auch von externen Faktoren, wie z. B. von Entscheidungen des Bauamtes über eine Umnutzung, abhängt, könnten zeitliche Verzögerungen auftreten. Zudem ergibt sich durch die aktuelle angespannte Situation im Baugewerbe ein finanzieller Mehraufwand, der gestemmt werden muss. Insgesamt ist der aktuelle Stand der Planungen und auch die Kommunikation mit den ÄrztInnen jedoch als fortgeschritten zu bewerten, sodass derzeit von einer weiteren positiven Entwicklung des Projektes ausgegangen werden kann.

Das RVZ inklusive MVZ soll gegen Ende des Jahre 2022 eröffnet werden. Die ärztliche Dependence in Burgdorf könnte 2023 in Betrieb genommen werden. Für das Projekt wurde zudem eine Homepage freigeschaltet: <https://www.lkwf.de/Themen-Leistungen/Themen/Soziales-Integration/Regionales-Versorgungszentrum/>

5. Befragung der BürgerInnen vor Ort

Durch die Literatur- sowie Desktoprecherchen, die Interviews mit zentralen AkteurInnen und die Durchsicht der Antragsunterlagen und Konzepte, die den fünf Modellvorhaben zugrunde liegen, konnte bereits ein ausführlicher Einblick in die Umsetzungs- und Implementierungsprozesse der RVZ gewonnen werden. Neben den Eindrücken und Erfahrungen, die die zentralen Projektgruppen und weiteren AkteurInnen in den Projekten gesammelt haben, sind für die Evaluation auch die gesundheitlichen Ausgangssituationen und medizinischen Bedarfe der BürgerInnen in den jeweiligen Regionen relevant. Zudem ist für die erfolgreiche Umsetzung der Projekte entscheidend, wie die Bevölkerung vor Ort den Planungen des RVZ gegenüber eingestellt ist und wie bekannt die Vorhaben bisher sind.

Im März und April 2022 wurde deshalb eine quantitative telefonische Haushaltsbefragung in den Kommunen zum Thema „Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen in Niedersachsen“ durchgeführt und die Bedarfe und Einstellungen zu den RVZ anhand eines standardisierten Fragebogens abgefragt.

Die Befragung wurde durch das Telefonstudio der InWIS Forschung & Beratung GmbH durchgeführt. Insgesamt haben 308 Haushalte, ab einem Mindestalter von 25 Jahren teilgenommen. Die Zielgebiete wurden wie folgt definiert: 1. Gemeinde Wurster Nordseeküste, 2. Stadt Nordenham, 3. Stadt Alfeld, Flecken Delligsen, Stadt Elze, Gemeinde Freden, Gemeinde Lampringe, Gemeinde Sibbesee, Samtgemeinde Leinebergland, 4. Gemeinde Auetal, 5. Samtgemeinde Baddeckenstedt.

Durchschnittlich waren die Befragten 64 Jahre alt, womit die Ergebnisse besonders die Bedarfe der älteren Bevölkerung widerspiegeln. Die Haushaltsgröße der erreichten Haushalte betrug durchschnittlich zwei Personen. Gut 40 % der befragten Personen gingen zum Zeitpunkt der Befragung einer Erwerbstätigkeit nach, wobei knapp 60 % angaben keiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Von den Erwerbstätigen sind 83 % in Vollzeit sowie 17 % in Teilzeit tätig. Von den Personen, die angaben nicht erwerbstätig zu sein, sind 98,3 % bereits in Rente bzw. Pension. 1,7 % gaben an keine Rente oder Pension zu beziehen.

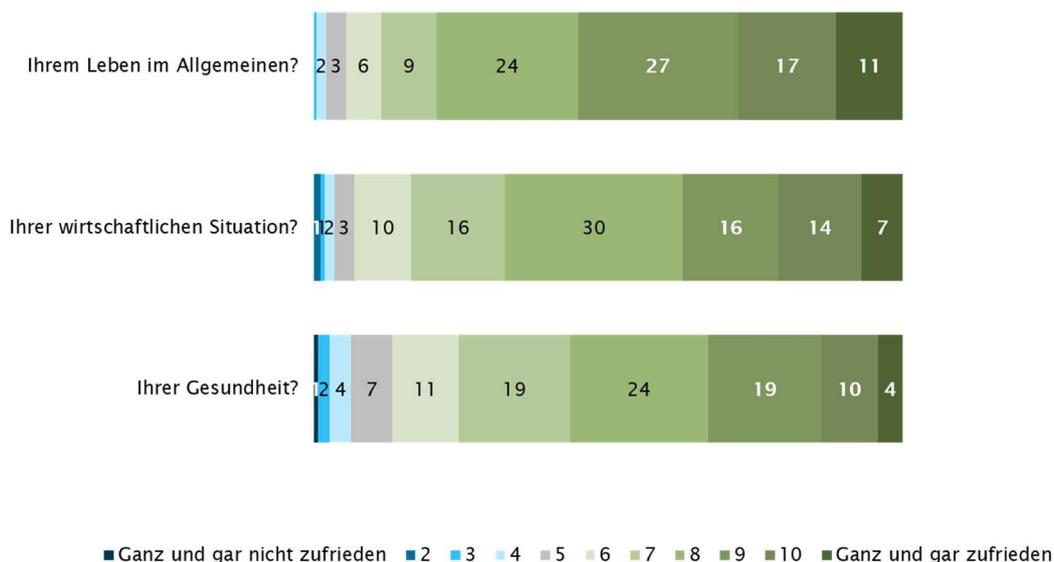
Die folgenden Ausführungen der Ergebnisse der Befragung können lediglich einen groben Eindruck über die medizinischen Bedarfe und die Einstellungen zu den geplanten RVZ von den EinwohnerInnen der jeweiligen Regionen wiedergeben. Die Ergebnisse können aufgrund der geringen Fallzahl nicht verallgemeinert werden.

5.1. Medizinische Versorgungsbedarfe der Befragungspersonen und Bewertung der vorhandenen Angebote

Von den insgesamt 308 befragten Haushalten in den Zielregionen gaben 15,7 % an derzeit einen Familienangehörigen bzw. eine Familienangehörige zu pflegen. Von diesen zu pflegenden Familienangehörigen leben ca. die Hälfte im Haushalt der Befragten selbst und die andere Hälfte lebt in einem eigenen Haushalt.

Die Befragten gaben an mit ihrem Leben im Allgemeinen zufrieden zu sein (durchschnittlich 8,5 bei einer Skala von 1 = ganz und gar nicht zufrieden – 10 = ganz und gar zufrieden). Die wirtschaftliche Situation wurde bei durchschnittlich 8 eingestuft. Die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit wird durchschnittlich mit 7,6 bewertet, was zwar noch immer als „eher zufrieden“ gilt, jedoch noch Potenzial nach oben hat (vgl. Abbildung 26 und Tabelle 13).

Abbildung 26: Wie zufrieden sind Sie mit... (Angaben in %)



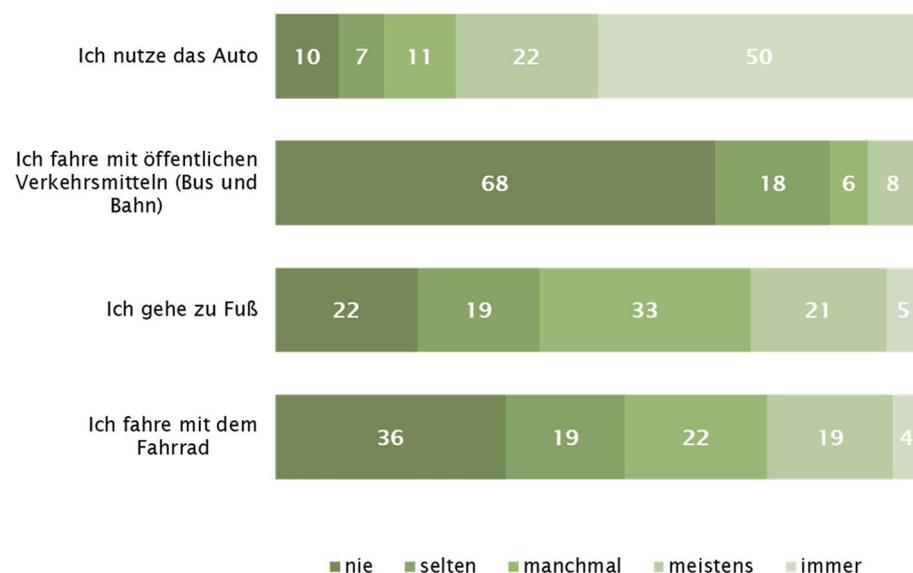
Differenziert nach Befragungsgebiet ergaben sich folgende Angaben:

Tabelle 13: Zufriedenheit nach Gebieten (Skala. 1 = Ganz und gar nicht zufrieden – 10 = Ganz und gar zufrieden)

	Wurster Nordseeküste	Nordenham	Leinebergland	Auetal	Baddeckenstedt	Gesamt
Leben im Allgemeinen	8,8	8,9	8,5	8,2	8,2	8,5
Wirtschaftliche Situation	8,1	8,4	7,8	7,8	8,0	8,0
Gesundheit	8,1	7,9	7,3	7,3	7,4	7,6

Bei der Frage danach, wie sich die Befragten im Alltag fortbewegen, wurde mit Abstand am häufigsten das Auto genannt. Die Hälfte der Befragten nutzt im Alltag „immer“ das Auto als Fortbewegungsmittel. „Nie“, bzw. „selten“ wird auf die öffentlichen Verkehrsmittel zurückgegriffen. Zu Fuß und mit dem Fahrrad bewegen sich einige Befragte „nie“ oder „selten“, aber auch einige „manchmal“, „meistens“ oder sogar „immer“ fort (vgl. Abbildung 27). Vor dem Hintergrund des schwach ausgebauten ÖPNV im ländlichen Raum sind diese Angaben nicht überraschend und unterstreichen die Notwendigkeit der Förderung des ÖPNV in ländlichen Räumen.

Abbildung 27: Wie bewegen Sie sich im Alltag bei Besorgungen und Erledigungen fort? (Angaben in %)



Im Rahmen der telefonischen Befragung wurde zudem die Frage gestellt, wie häufig die Personen durchschnittlich zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin gehen (vgl. Abbildung 28).

Abbildung 28: Wie häufig gehen Sie durchschnittlich zum Hausarzt? (Angaben in %)



Es zeigt sich, dass in jeder Region über die Hälfte der Befragten angaben, mindestens einmal pro Quartal zum Hausarzt bzw. zur Hausärztin zu gehen. In jeder Kommune gibt es auch Personen, die angaben, mehrmals pro Quartal und sogar mehrmals im Monat den Hausarzt oder die Hausärztin zu besuchen. Diese Ergebnisse unterstreichen die Relevanz des Ausbaus und der Sicherung der medizinischen Versorgung in den Zielregionen.

Bezogen auf die Zufriedenheit mit der ärztlichen und gesundheitlichen Versorgung in den jeweiligen Gemeinden zeigt sich ein positives Bild (vgl. Tabelle 14). Während die Befragten mit der hausärztlichen Versorgung durchschnittlich zufrieden sind, fällt die im Vergleich geringe Zufriedenheit in Bezug auf die FachärztInnen in allen Gemeinden auf. Um die Zufriedenheit mit der haus- sowie fachärztlichen Versorgung in den Regionen zu erhalten und zu verbessern, können die RVZ eine mögliche Lösung sein. Bei der Frage, auf welche ärztliche und gesundheitliche medizinische Versorgung die Befragten angewiesen sind, gaben 86 % den Hausarzt bzw. die Hausärztin und über die Hälfte der Befragten (53 %) die fachärztliche Versorgung an. Zudem sind 81 % auf eine Apotheke sowie 33 % auf Physiotherapie und auch Fußpflege angewiesen. 15 % gaben an ein Sanitätshaus zu benötigen. Bei der Rückfrage danach, welche FachärztInnen im Speziellen benötigt werden, wurden mit Abstand am häufigsten die OrthopädInnen genannt. Danach folgen AugenärztInnen, GynäkologInnen, KardiologInnen sowie ZahnärztInnen. Auch DermatologInnen und UrologInnen werden genannt.

Tabelle 14: Wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen und gesundheitlichen Versorgung in ihrer Gemeinde in Bezug auf .. (Skala: 1 = Sehr unzufrieden – 5 = Sehr zufrieden)

	Wurster Nordseeküste	Nordenham	Leineberg-land	Auetal	Badde-ckenstedt	Gesamt
Hausarzt	4,4	3,8	4,2	3,9	4,2	4,1
Fachärzte	3,0	3,5	3,9	3,5	3,6	3,5
Apotheke	4,5	4,8	4,6	4,3	4,5	4,5
Fußpflege	4,5	4,5	4,5	4,4	4,4	4,4
Physiotherapeut	4,4	4,3	4,5	4,3	4,3	4,4
Sanitätshaus	3,4	3,7	4,3	3,1	4,0	3,7

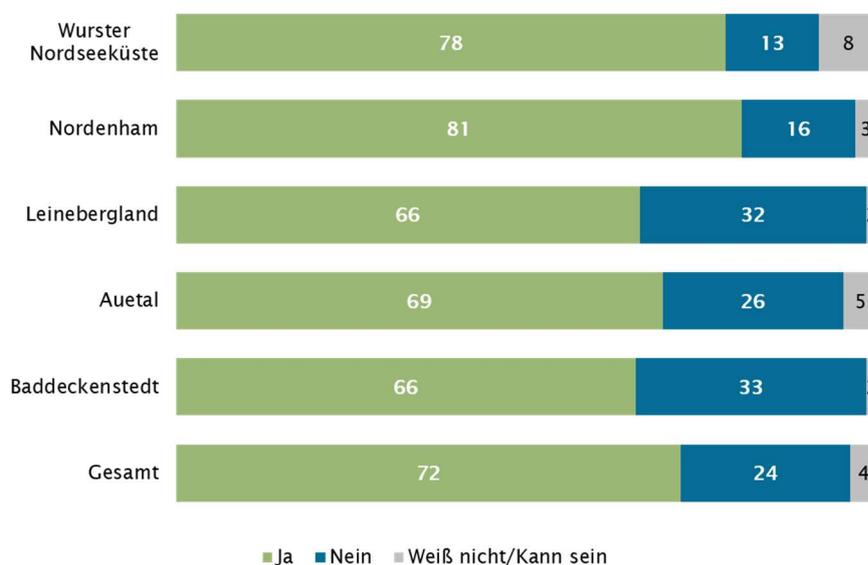
Auch telemedizinische Angebote sollen im Rahmen der RVZ ausgebaut werden, weshalb die BürgerInnen danach gefragt wurden, ob sie sich vorstellen können telemedizinische Angebote (wie z. B. eine ärztliche Online-Sprechstunde oder Hausnotrufsysteme) zu nutzen. Es stellt sich heraus, dass in jeder Kommune nur ungefähr $\frac{1}{4}$ der Befragten bereit sind diese Angebote zu nutzen. Dies ist ein sehr geringer Wert, der u. a. darauf zurückgeführt werden kann, dass diese Systeme bisher noch nicht angeboten werden und die BürgerInnen vermutlich wenig bis keine Informationen über eine genaue Ausgestaltung dieser haben. Positiv hervorzuheben ist, dass insgesamt über 50 % der Befragten (in Auetal sowie der Wurster Nordseeküste sogar über 65 %) prinzipiell die technischen Voraussetzungen haben, um z. B. an einer Online-Sprechstunde teilzunehmen. Möglicherweise kann auch die Akzeptanz zur Nutzung telemedizinischer Angebote durch Information und Beratung in den RVZ gesteigert werden.

5.2. Bekanntheit und Bewertung der geplanten RVZ

Ein entscheidender Faktor für die erfolgreiche Umsetzung und Implementierung der geplanten RVZ, sind insbesondere die BürgerInnen vor Ort. Durch die Nutzung der medizinischen Angebote und auch die Inanspruchnahme von Kursangeboten und Beratungsleistungen können diese dazu beitragen die RVZ langfristig zu erhalten und somit die regionale Versorgung weiterhin sicherzustellen und auszubauen. Da z. B. durch die Verlagerung der Standorte von Hausarztpraxen und die finanzielle Beteiligung der Kommunen an den Projekten auch Skepsis aufkommen kann, ist es wichtig die BürgerInnen früh im Prozess zu informieren und zu beteiligen. Zum aktuellen Zeitpunkt hat das RVZ Wurster Nordseeküste bereits eröffnet, wobei die RVZ in den weiteren Kommunen im Laufe des Jahres folgen werden. Zudem wurde über die Förderung der Projekte medial berichtet.

Im Rahmen der telefonischen Befragung wurde die Frage gestellt, ob den BürgerInnen das RVZ, welches in der jeweiligen Gemeinde geplant wird, bereits bekannt ist. Es zeigt sich, dass der Großteil der Befragten bereits von dem RVZ in ihrer Gemeinde gehört haben. Die ist insbesondere vor dem Hintergrund interessant, dass bisher nur das RVZ Wurster Nordseeküste eröffnet hat und trotzdem durchschnittlich 72 % der Befragten auch in den Kommunen bereits über das RVZ Bescheid wissen und nur knapp $\frac{1}{4}$ der Befragten noch nichts von der Errichtung des RVZ mitbekommen haben (vgl. Abbildung 29).

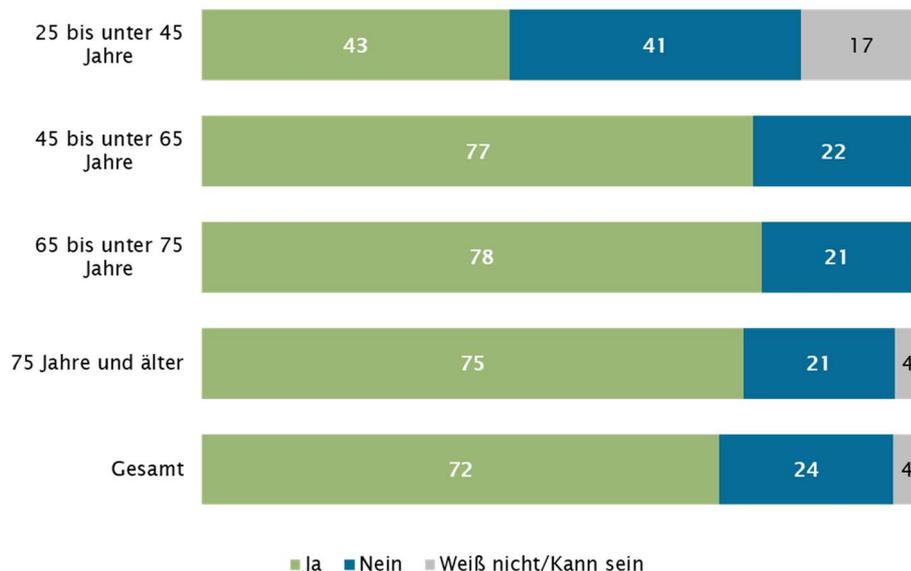
Abbildung 29: In Ihrer Gemeinde soll ein regionales Versorgungszentrum mit einem Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Versorgung eröffnet werden. Haben sie bereits davon gehört? – Wohnort (Angaben in %)



In der Region Leinebergland und der Samtgemeinde Baddeckenstedt haben jeweils ca. $\frac{1}{3}$ der Befragten noch nichts vom dem Projekt gehört, wobei sich der Bekanntheitsgrad mit der Eröffnung der RVZ auch hier weiter erhöhen dürfte. In diesem Zusammenhang ist auch ein Blick auf den Bekanntheitsgrad der RVZ in den verschiedenen Altersgruppen interessant. Insbesondere in der Gruppe der 25- bis unter 45-Jährigen sind die RVZ vergleichsweise noch weitgehend unbekannt. Lediglich 43 % der Befragten gaben an, bereits von dem Vorhaben gehört zu haben (vgl. Abbildung 30). Bei

dieser Gruppe besteht somit noch Informationsbedarf, wofür neben den Presseberichten auch Social-Media-Kanäle auch geeignet sein können.

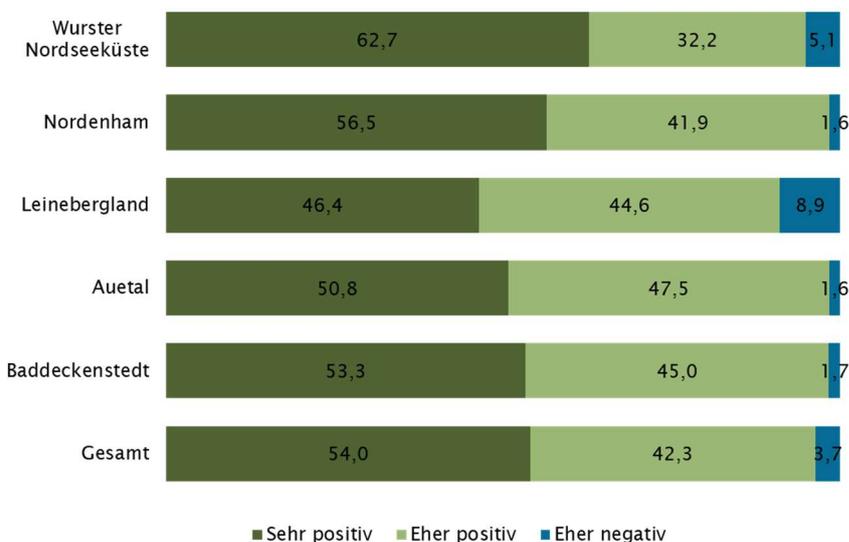
Abbildung 30: In Ihrer Gemeinde soll ein regionales Versorgungszentrum mit einem Schwerpunkt im Bereich der medizinischen Versorgung eröffnet werden. Haben sie bereits davon gehört? – Alter (Angaben in %)



Auf die Frage, wo die BürgerInnen von den RVZ gehört haben, gaben über 80 % die „Zeitung oder Presse“ an. 14 % der Befragten haben von NachbarInnen oder Bekannten von den Modellvorhaben erfahren. 3,2 % der Befragten gaben an, von ihrem Hausarzt bzw. ihrer Hausärztin über das RVZ informiert worden zu sein. Nur 1,8 % haben im Internet von den Vorhaben erfahren. Diese Angaben zeigen, dass die Berichterstattung in der Zeitung oder Presse bereits gut funktioniert und die BürgerInnen die Artikel zu den RVZ wahrnehmen. Diese Kanäle sollten somit auch weiterhin genutzt werden, um die BürgerInnen über zentrale Geschehnisse, wie Neueröffnungen oder Änderungen bzgl. der Angeboten zu informieren. Ggf. könnten und sollten auch die HausärztInnen in den Regionen vermehrt aktiv über die medizinischen Angebote in den RVZ informieren. Zudem wird deutlich, dass das Internet noch viel mehr dazu genutzt werden könnte, um die Bekanntheit der Projekte zu steigern. Einerseits sollten dafür die jeweiligen Homepages weiter ausgebaut und verbreitet werden. Andererseits könnten die Kommunen und jeweiligen Institutionen auf ihren Social-Media-Kanälen auf die Projekte hinweisen, um die BürgerInnen vor Ort zu informieren und die Bekanntheit der Vorhaben zu steigern und so die Nutzung anzuregen.

Neben der Bekanntheit der Projekte sind auch die Einstellungen der BürgerInnen der jeweiligen Regionen gegenüber den RVZ interessant. Es zeigt sich, dass insbesondere der Aufbau des bereits eröffneten RVZ Wurster Nordseeküste überdurchschnittlich positiv gesehen wird. Insgesamt stehen über 95 % der Befragten dem Aufbau eines RVZ in Ihrer Region eher positiv bis sehr positiv gegenüber (vgl. Abbildung 31). Diese Werte lassen auf eine hohe Akzeptanz der RVZ in den Regionen hoffen.

Abbildung 31: Was halten Sie von dem Aufbau eines derartigen regionalen Versorgungszentrums vor Ort? (Angaben in %)

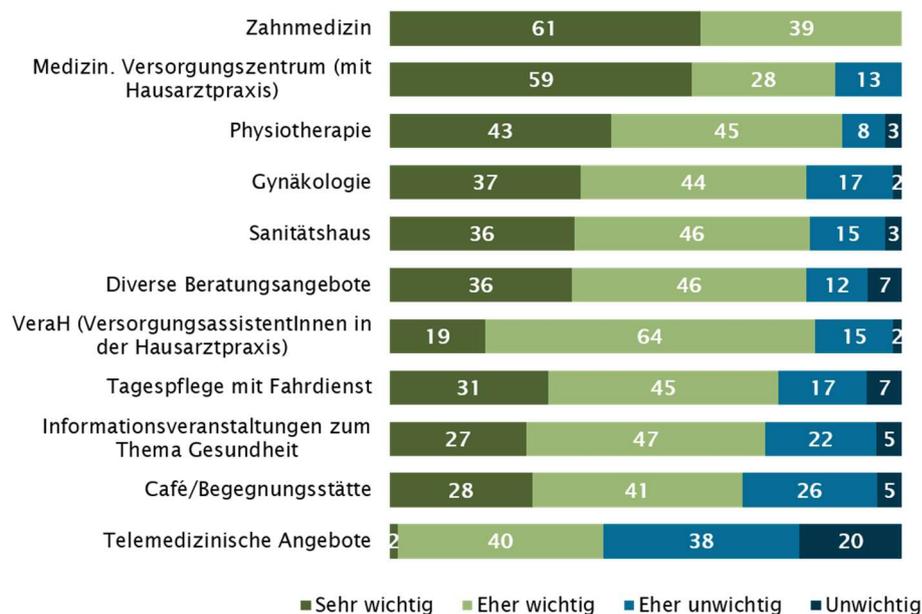


Im Leinebergland sehen 8,9 % den Aufbau des RVZ eher negativ, was im Vergleich zu den weiteren Kommunen den höchste negativen Wert darstellt. Eventuell könnten hier mit Verfahren der BürgerInnenbeteiligung und Informationskampagnen die positive Sichtweise weiter erhöht werden.

Neben den allgemeinen Abfragen zur Bekanntheit und Bewertung der RVZ wurden die BürgerInnen zu den spezifischen (geplanten) Angeboten befragt. Es zeigt sich über alle Kommunen hinweg, dass die geplanten Angebote mehrheitlich als wichtig erachtet werden. Lediglich die telemedizinischen Angebote werden, über alle geplanten RVZ hinweg, als eher unwichtig bzw. unwichtig eingestuft (vgl. Abbildungen 32-36).

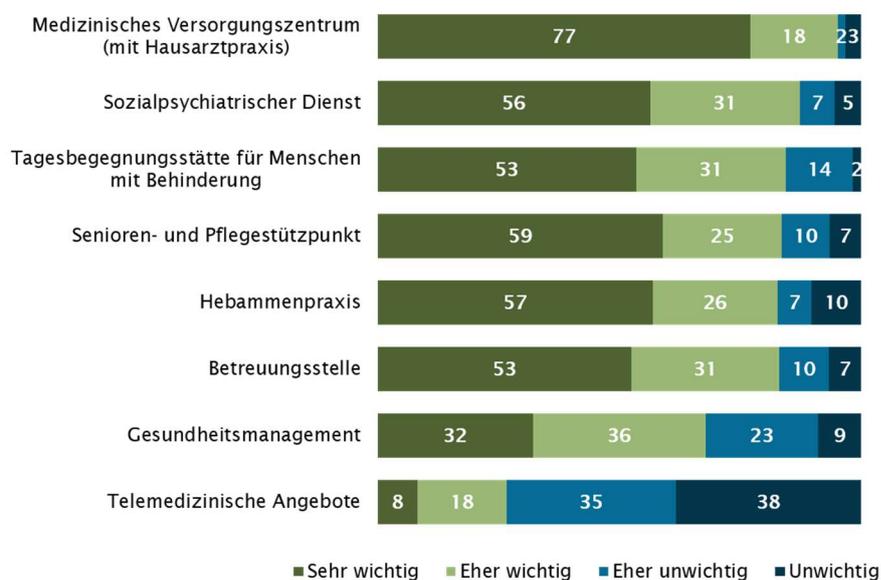
In Bezug auf die Angebote des RVZ Wurster Nordseeküste fällt auf, dass insbesondere die Zahnmedizin, noch vor dem MVZ mit Hausarztpraxis, von 100 % der befragten BürgerInnen als sehr wichtig bzw. eher wichtig eingestuft wurde (vgl. Abbildung 32). Die Zahnarztpraxis ist bisher im Rahmen des Projektes nur angedacht und noch nicht final umgesetzt worden. Die Ergebnisse der BürgerInnenbefragung unterstreichen die Relevanz zahnmedizinische Angebote für das RVZ weiter aktiv zu verfolgen.

Abbildung 33: Wurster Nordseeküste – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %)



Für das RVZ Nordenham wurde das MVZ mit Hausarztpraxis von den Befragten als am wichtigsten angesehen. Auch der Sozialpsychiatrische Dienst und die Tagesbegegnungsstätte für Menschen mit Behinderung wurden von jeweils über 80 % der Befragten als eher wichtig bzw. sehr wichtig eingeordnet. Auch die übrigen Angebote des RVZ Nordenham wurden insgesamt als wichtig eingestuft (vgl. Abbildung 33). Die vergleichsweise geringeren Werte beim Gesundheitsmanagement und den telemedizinischen Angeboten erklären sich vermutlich dadurch, dass diese bisher wenig konkret und für die BürgerInnen somit schwieriger vorstellbar sind.

Abbildung 32: Nordenham – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %)



In Bezug auf das RVZ Leinebergland stuften die befragten BürgerInnen das MVZ mit Hausarztpraxis als am wichtigsten ein. Auch die Beratungsangebote und die Anlaufstelle für BürgerInnen werden als eher wichtig bzw. sehr wichtig erachtet (vgl. Abbildung 34). Dass die Apotheke im Vergleich nur von 59 % als wichtig eingestuft wird, ergibt sich vermutlich daraus, dass es in der Stadt Alfeld bereits sechs Apotheken gibt und der Bedarf somit nicht akut ist.

Abbildung 35: Leinebergland – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %)

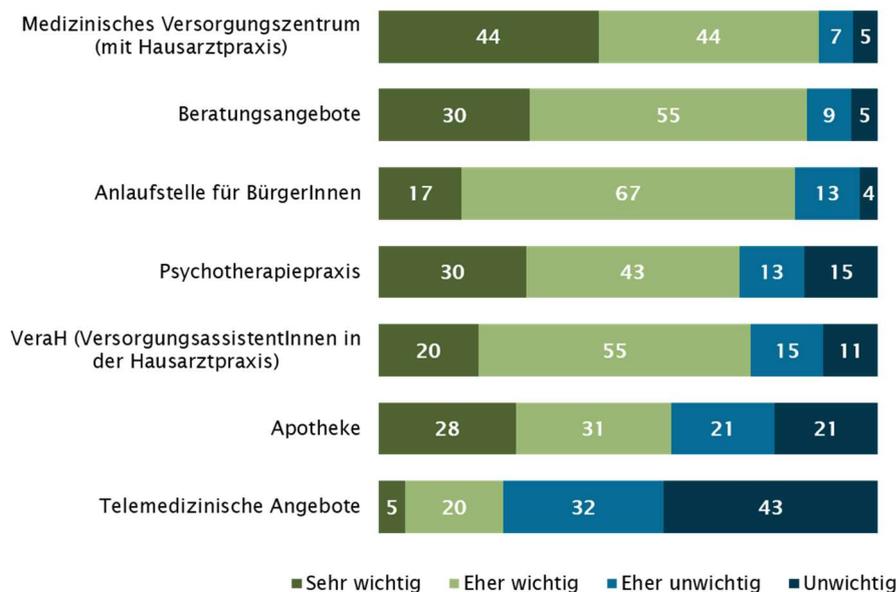
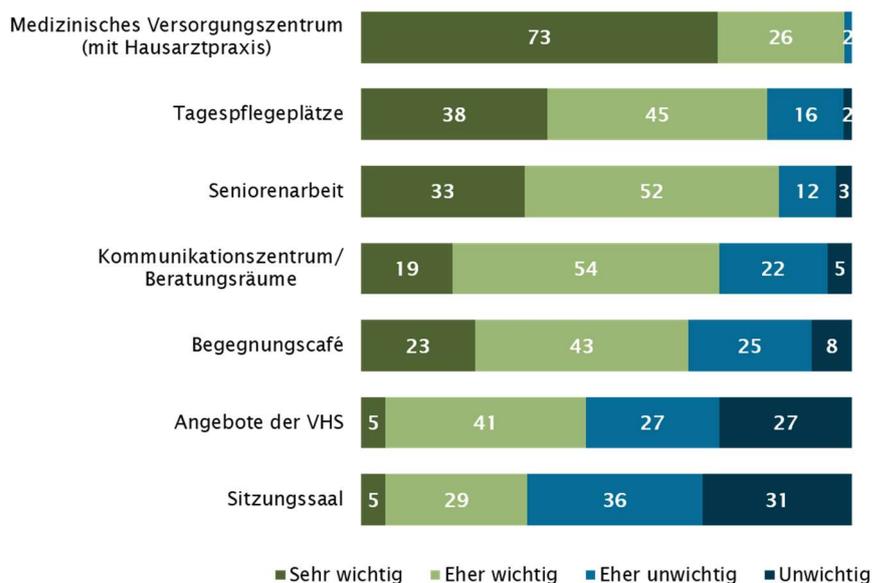


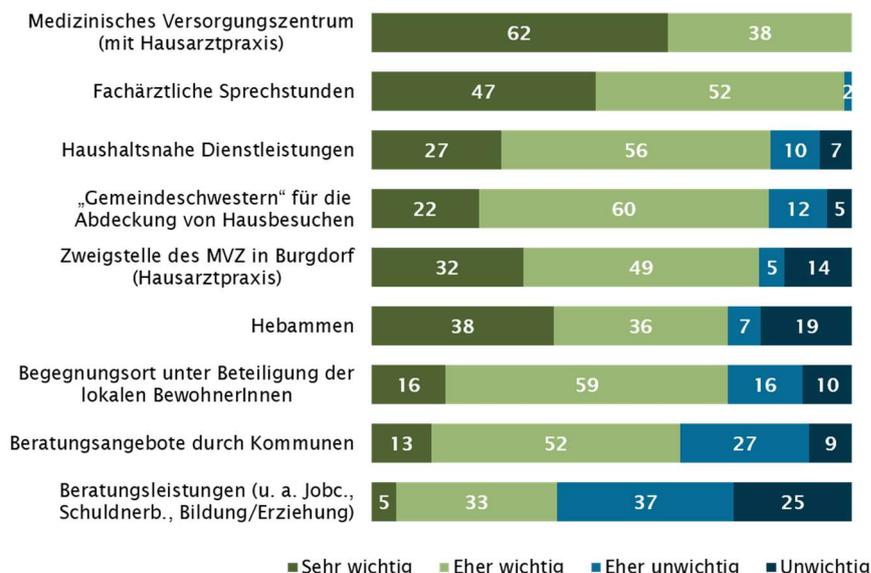
Abbildung 34: Auetal – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %)



Die Wichtigkeit des MVZ wird auch in Bezug auf das RVZ Auetal von den befragten BürgerInnen als am wichtigsten eingestuft. Nur 2 % sehen dieses als eher unwichtig an (vgl. Abbildung 35). Auch die geplanten Tagespflegeplätze, die Seniorenarbeit, das Kommunikationszentrum und das Begegnungscafé werden von dem Großteil der Befragten als sehr wichtig und eher wichtig eingestuft. Die Werte für die Angebote der VHS oder dem geplanten Sitzungssaal steigen vermutlich, sobald es konkrete Pläne zu der Ausgestaltung gibt

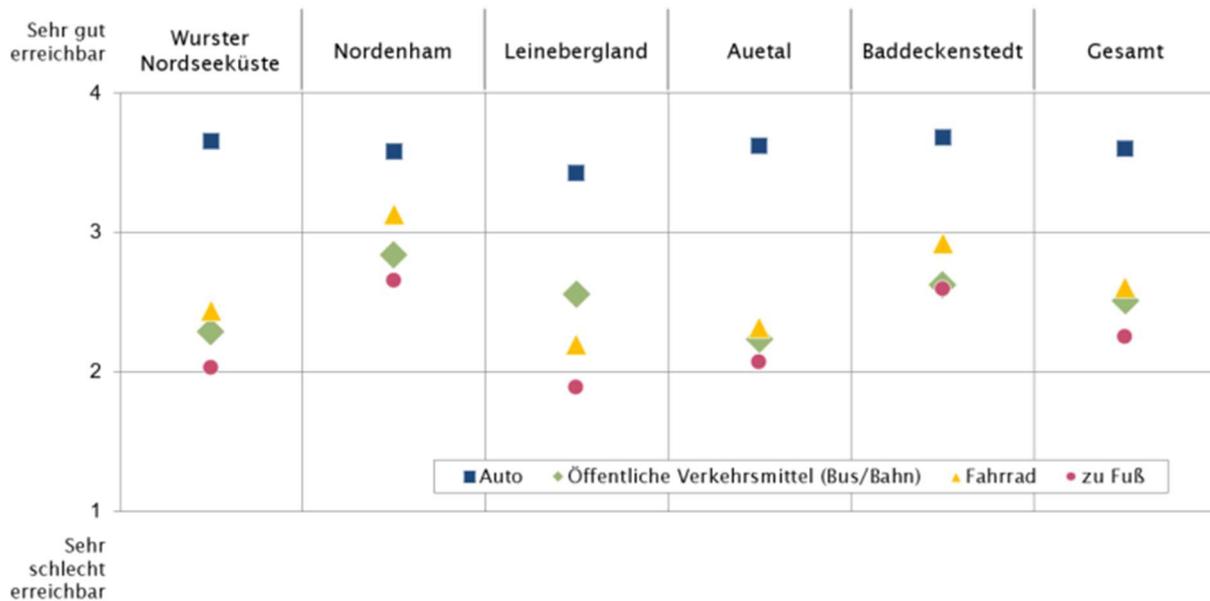
Auch die geplanten Angebote des RVZ Baddeckenstedt werden seitens der befragten BürgerInnen mehrheitlich als wichtig eingestuft, was die bisherige Ausgestaltung dieser positiv hervorhebt. Das Medizinische Versorgungszentrum wird von 100 % der Befragten als sehr wichtig bzw. eher wichtig eingestuft. Auch den fachärztlichen Sprechstunden sollten bei der Implementierung des RVZ einen hohen Stellenwert zugemessen werden, da auch diese von den Befragten als wichtig erachtet werden. Haushaltsnahe Dienstleistungen werden von 83 % als sehr wichtig bzw. wichtig eingestuft, was auch deren Relevanz für die BürgerInnen vor Ort nochmals hervorhebt (vgl. Abbildung 36).

Abbildung 36: Baddeckenstedt – Wie bewerten Sie die folgenden geplanten Angebote des RVZ? (Angaben in %)



Neben der Mobilität der BürgerInnen (Abbildung 27) ist auch die Erreichbarkeit der RVZ in der jeweiligen Gemeinde von Interesse. Es zeigt sich, dass die RVZ durchweg am besten mit dem Auto erreichbar sind. Danach folgt das Fahrrad (vgl. Abbildung 37). Dass die Erreichbarkeit des RVZ Leinebergland insgesamt bei allen Mobilitätsformen niedriger eingestuft wird, liegt vermutlich an dem größeren Einzugsgebiet der Befragten. Dies erklärt auch die im Vergleich besser eingeschätzte Erreichbarkeit in Nordenham, da hier nur BürgerInnen der Stadt Nordenham selbst befragt wurden. Insgesamt wird bei Betrachtung der Erreichbarkeit jedoch deutlich, dass die ÖPNV-Verbindungen zu den RVZ jeweils ausgeweitet werden sollten.

Abbildung 37: Wie bewerten Sie die Erreichbarkeit des RVZ? (Skala: 1 = Sehr schlecht erreichbar – 4 = Sehr gut erreichbar)



Durch die Befragung in den fünf Regionen der Modellvorhaben wurde deutlich, dass die RVZ bereits bei vielen BürgerInnen vor Ort bekannt sind und diese dem Aufbau mehrheitlich positiv gegenüberstehen. Insbesondere die Berichterstattung in den Zeitungen und der Presse hat dazu beigetragen die Vorhaben in der Bevölkerung publik zu machen. Darüber hinaus könnten Social-Media-Auftritte dazu beitragen zukünftig noch mehr jüngere BürgerInnen über die Angebote zu informieren.

Die jeweiligen geplanten Angebote werden seitens der befragten BürgerInnen als mehrheitlich wichtig eingestuft, was die Relevanz der Vorhaben unterstreicht. Die Nutzung von telemedizinischen Angeboten wird eher skeptisch gesehen, wobei in vielen Haushalten die Voraussetzungen dazu gegeben sind. Ggf. könnte hier durch weitere Aufklärung und Beratung zu den Angeboten die Akzeptanz der BürgerInnen gesteigert werden.

6. Resümee und Ausblick

Die Ergebnisse zu der Ausgangssituation hinsichtlich der Bevölkerungsalterung und der medizinischen Versorgungslage zeigen die besonderen Bedarfe in den fünf Regionen auf. Der demografische Wandel, gepaart mit einer defizitären medizinischen Versorgungslage, macht die Notwendigkeit von innovativen Lösungsansätzen deutlich. Die geplanten RVZ bieten eine Möglichkeit, die hausärztliche Versorgung zu verbessern und medizinische Angebote sowie weitere Versorgungsangebote räumlich so zu bündeln, dass ein integriertes Angebot aus einer Hand entsteht. Die Anmietung zentral gelegener und gut erreichbarer Immobilien zur Unterbringung der RVZ ermöglicht in Kombination mit telemedizinischen Angeboten und dem Einsatz nichtärztlicher Versorgungsassistenzen die Sicherstellung einer regional flächendeckenden Versorgung.

Seit Ende des Jahres 2020 werden die drei Modellvorhaben RVZ Wurster Nordseeküste (LK Cuxhaven), RVZ Nordenham (LK Wesermarsch) und das RVZ Leinebergland begleitend evaluiert. Im Jahr 2021 sind mit dem RVZ Auetal (LK Schaumburg) und dem RVZ Baddeckenstedt (LK Wolfenbüttel) zwei weitere Modellprojekte hinzugekommen, sodass derzeit fünf Modellvorhaben vom Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung gefördert werden. Der Umsetzungs- und Implementierungsprozess der Zentren wurde somit gut eineinhalb Jahre begleitet und die Ergebnisse in diesem Bericht dargelegt. Aufgrund diverser Verzögerungen hat bisher nur das RVZ Wurster Nordseeküste in Nordholz eröffnet, sodass im Rahmen dieser Evaluation nur ein vorläufiges Fazit über die Umsetzung der Projekte gezogen werden. Neben einer Reihe an Interviews mit zentralen AkteurInnen an mehreren Projektzeitpunkten, Desktop- und Literaturrecherchen sowie statistischen Analysen, wurde abschließend eine Telefonbefragung bei den BürgerInnen in den jeweiligen Modellregionen zur medizinischen Versorgungslage und den jeweils geplanten RVZ durchgeführt. An dieser Stelle soll ein Resümee über die Umsetzung der Modellvorhaben bis Frühjahr 2022 gezogen werden.

Zum Zeitpunkt des letzten Zwischenberichtes war die Gründung der Gesellschaft nur für die RVZ Wurster Nordseeküste und Nordenham erfolgt. Zudem gab es einige interessierte ÄrztInnen, wobei zu dem Zeitpunkt noch kein Vertrag unterschrieben wurde. Zum Frühjahr 2022 hat sich in den jeweiligen Projekten viel getan. Mittlerweile wurden auch die Gründung des RVZ Leinebergland umgesetzt. Das RVZ Baddeckenstedt befindet sich derzeit in Gründung. In Auetal befindet man sich in der Vorbereitung des Gründungsprozesses.

Die Standorte haben sich verschiedene Instrumente und Strategien zur Akquise von ÄrztInnen überlegt, welche sich in vielen Punkten ähneln oder sogar deckungsgleich sind. Hervor stechen in diesem Bereich die Planungen an der Wurster Nordseeküste. Hier wurde u. a. auf Vermittlungsagenturen gesetzt, um ältere ÄrztInnen für das MVZ zu gewinnen. Der Standort Baddeckenstedt profitiert in diesem Kontext von der lang gepflegten guten Kommunikation zwischen der Gemeinde und den ÄrztInnen. Für das RVZ Wurster Nordseeküste konnten zwei ÄrztInnen gewonnen werden, welche bereits am neuen Standort aktiv sind. Auch für das RVZ Leinebergland

konnten im Rahmen des MVZ drei ÄrztInnen eingestellt werden. In Baddeckenstedt wurden die Verträge bisher zwar noch nicht unterzeichnet, jedoch sind mit einer langjährig in der Gemeinde praktizierenden Ärztin und einem angestellten Arzt bereits zwei Personen für das MVZ gewonnen worden. In Auetal konnte man sich mit einer ortsansässigen Ärztin auf eine Anstellung im MVZ einigen, wobei eine weitere Ärztin oder ein weiterer Arzt noch gefunden werden muss, um das MVZ eröffnen zu können. Schwierigkeiten bei der ÄrztInnensuche kamen vor allem im RVZ Nordenham auf, wo bis heute keine ÄrztInnen gefunden wurden, sodass das RVZ zunächst ohne das MVZ als Kern eröffnen muss.

Es zeigt sich, dass auch kommunal getragene MVZ bei der Gewinnung von ÄrztInnen ‚nicht zaubern‘ können; genau wie andere Träger der ärztlichen Versorgung müssen sie sich auf den mühevollen und langatmigen Weg machen, interessierte ÄrztInnen zu finden.

Die geplanten Fertigstellungen und Aufnahmen der Betriebe für die Projekte RVZ Wurster Nordseeküste, RVZ Nordenham und RVZ Leinebergland zu Ende 2021/Anfang 2022 konnte nur vom RVZ Wurster Nordseeküste eingehalten werden, welches im März 2022 offiziell eröffnete. Hier sollen nach und nach alle Betriebsteile im Laufe des Jahres 2022 in Betrieb genommen werden. Die Eröffnung des RVZ Nordenham ist, wenn auch zunächst ohne ÄrztInnen, für Juni bzw. Juli 2022 geplant. Das RVZ Leinebergland soll im Oktober 2022 in Betrieb genommen werden. Für das RVZ Baddeckenstedt ist eine Eröffnung für Ende 2022 vorgesehen. Auch in Auetal soll das RVZ noch im Laufe des Jahre 2022 an den Start gehen.

Die Verzögerungen in den Projekten ergaben sich u. a. aus Unstimmigkeiten bzgl. der zu leistenden Bürgschaft, welche mittlerweile in allen Kommunen geklärt wurden. Im Leinebergland gab es vielfältige Probleme, die zu Verzögerungen geführt haben. Dazu zählte insbesondere der Umstand, dass die Samtgemeinde Leinebergland das RVZ vorerst nicht unterstützen wollte, so dass der Beschluss zur Fortführung des Projektes erneut durch alle anderen Mitgliedsgemeinden der Region Leinebergland verabschiedet werden musste. Darüber hinaus kann das Vorhaben nicht wie ursprünglich geplant in der vorgesehenen Immobilie umgesetzt werden, sodass ein neuer Standort gefunden werden musste. Mittlerweile haben sich alle Leineberglandkommunen dem Projekt angeschlossen und es wurde mit der ehemaligen Friedhofsgärtnerei ein geeigneter Standort gefunden.

Bei den Gründungen der Gesellschaften sind verschiedene Formen möglich, wie die unterschiedliche Umsetzung in den Kommunen verdeutlicht. Während an der Wurster Nordseeküste eine gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung (gGmbH), die „Regionales und Medizinisches Versorgungszentrum Wurster Nordseeküste gGmbH“, umgesetzt wurde, wurde in Nordenham die „Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) Wesermarsch-Nord GmbH“ gegründet. Im Leinebergland war aus verschiedenen Gründen zunächst eine Anstalt öffentlichen Rechts angedacht, wobei letztendlich zwei gGmbHs, die RVZ- sowie die MVZ-gGmbH, gegründet wurden. Auch im Rahmen des Projektes in Auetal sollen zwei gGmbHs gegründet werden, wobei die erforderlichen Beschlüsse noch in der Gemeinde sowie im Landkreis noch erfolgen müssen. Im Rahmen des Vorhabens RVZ Baddeckenstedt befindet sich derzeit eine gGmbH in Gründung.

Die seitens der KVN notwendige zu hinterlegende Bürgschaft führte bei manchen Projekten zu langwierigen Diskussionen und zeitlichen Verzögerungen, da eine selbstschuldnerische Bürgschaft in manchen Kommunen nicht zu vertreten war und weitere Lösungen austariert werden mussten. Letztendlich wurde die Möglichkeit einer Bankbürgschaft für das RVZ Nordenham durchgesetzt. Die Bürgschaftssumme ist dabei auf den doppelten Umsatz je Vertragssitz begrenzt und es muss pro Jahr eine Bürgschaftsprovision von 1 % entrichtet werden, was zusätzliche Kosten darstellt. Diese Form der Bürgschaft soll auch im Rahmen des RVZ Leinebergland sowie des RVZ Auetal hinterlegt werden. Für das RVZ Wurster Nordseeküste konnte eine selbstschuldnerische Bürgschaft eingerichtet werden, um jährlich anfallende Kosten einzusparen. Für das RVZ Baddeckenstedt wird eine sogenannte limitierte Bankbürgschaft angestrebt, welche pro Arzt-sitz auf einen doppelten durchschnittlichen Jahresumsatz festgelegt werden soll. Falls der Zulassungsausschuss der limitierten Bürgschaft nicht zustimmt, kann auf die Bankbürgschaft zurückgegriffen werden.

Bei Betrachtung der Gründungsformen und der zu hinterlegenden Bürgschaften fällt auf, dass es unterschiedliche Möglichkeiten gibt diese auszugestalten. Je nach Ausgangsvoraussetzungen und Zielen der Kommunen können gGmbHs oder GmbHs gegründet werden. Zudem bestünde die Möglichkeit eine AöR zu gründen. Darüber hinaus ist es möglich eine Gesellschaft für das Gesamt-RVZ zu gründen oder alternativ zwei Gesellschaften (eine für das RVZ sowie eine für das MVZ) zu gründen. Dies ist auch bei den Bürgschaften der Fall, wo selbstschuldnerische, limitierte und Bankbürgschaften zurückgegriffen hinterlegt werden können.

Positive Entwicklungen lassen sich darüber hinaus auch bei der Vermietung der Räumlichkeiten der RVZ beobachten. An allen fünf Standorten gibt es ausreichend InteressentInnen für die Räumlichkeiten, wobei das Interesse an der Wurster Nordseeküste, in Alfeld sowie in Baddeckenstedt besonders groß zu sein scheint. Dahingegen erscheinen die Planungen in Nordenham etwas sicherer, da viele Angebote durch den LK angeboten werden sollen, der selbst in das Projekt involviert ist. An der Wurster Nordseeküste ist das DRK sehr aktiv und ebenfalls in die lokale Projektgruppe integriert. Zudem sind sich die InterviewpartnerInnen einig, dass das Interesse an den Räumlichkeiten in den RVZ stark an den erfolgreichen Betrieb der MVZ gebunden ist, so dass auch im Bereich der RVZ noch Unsicherheiten bestehen, wengleich die grundsätzlichen Entwicklungen positiv bewertet werden können. Auch für die beiden Standorte Auetal und Baddeckenstedt gibt es eine Vielzahl an InteressentInnen und potenziellen KooperationspartnerInnen für die RVZ. In Auetal haben sich bereits vorhandene Einrichtungen vor Ort darüber hinaus dazu bereit erklärt an dem Projekt mitzuwirken, auch ohne dabei offiziell Teil des RVZ zu werden.

In Hinblick auf die Angebote im RVZ kann, wie bereits im letzten Zwischenbericht beschrieben, konstatiert werden, dass die Wurster Nordseeküste ein sehr vielfältiges Angebotsportfolio aufgestellt hat, welches von einem Tagespflege-Angebot über therapeutische Angebote bis hin zu Beratungs- und Begegnungsangeboten in Form eines Cafés reicht. Das Ganze wird zudem kombiniert mit innovativen Lösungsansätzen zur Sicherstellung der regionalen Erreichbarkeit, was aber auch bei den beiden anderen Standorten mitgeplant wird. Im Vergleich dazu erscheint nach jetzigem Planungsstand das Angebot im RVZ Leinebergland als am wenigsten ausdifferenziert. Evtl.

ließen sich an diesem Standort noch mehr zusätzliche Angebote jenseits der medizinischen Versorgung integrieren (bspw. Begegnungsstätten, haushaltsnahe Dienstleistungen etc.). Auch in den Konzepten für das RVZ Auetal und das RVZ Baddeckenstedt finden sich vielfältige Angebote, die die medizinische Versorgung ergänzen und soziale Komponenten abdecken.

In allen Modellvorhaben ist als Standort für das RVZ eine zentral gelegene und gut erreichbare Immobilie ausgewählt worden. Das RVZ Baddeckenstedt hebt sich durch die Campus-Lösung und eine angedachte ärztliche Dependence in einer weiteren Ortschaft hervor, wobei hier die Voraussetzungen für eine gute Mobilität gegeben sind. Ergänzend sind auch in den anderen Projekten zur Verbesserung der Erreichbarkeit weitere Dienstleistungen und Angebote vorgesehen. Die Standorte Wurster Nordseeküste, Nordenham und Leinebergland planen den Einsatz telemedizinischer Angebote bspw. im Rahmen von Sprechstunden mit Haus- und FachärztInnen. Daneben plant Cuxhaven ebenso wie Alfeld den Einsatz nichtärztlicher Praxisassistenzen (VERAH). In Alfeld sind zur Sicherstellung einer möglichst flächendeckenden Versorgung Haus- und Heimbefuche sowie mittelfristig die Eröffnung von Zweigpraxen vorgesehen. In Auetal sind bisher keine telemedizinischen Angebote vorgesehen. Hier wird jedoch davon ausgegangen, dass diese langfristig durch die Einbindung jüngerer ÄrztInnen möglich gemacht werden können. Auch in Baddeckenstedt gibt es bislang keine Pläne die Telemedizin einzubeziehen, da die Personalstruktur dies bisher erschwert hat. Potenziell könnte diese im Laufe des Projektes etabliert und telemedizinische Angebote angedacht werden. Zudem sollen in Baddeckenstedt „Gemeindeschwestern“ eingesetzt werden, die die gesundheitliche Versorgung in der Region verbessern sollen.

In Kapitel 3 wurde das Evaluationskonzept vorgestellt, nachdem die Modellprojekte anhand der vier Kriterien Relevanz, Effektivität, Wirkung und Nachhaltigkeit beurteilt werden. Wie in diesem Bericht aufgezeigt wurde, werden die Kriterien in allen Vorhaben beachtet und weiterverfolgt.

Die Angebote der RVZ sind jeweils gut auf die dort lebende Bevölkerung und deren Bedarfe abgestimmt. In einigen Projekten werden die BürgerInnen sogar aktiv in die weiteren Planungsprozesse mit einbezogen, sodass das Kriterium **Relevanz** insgesamt gegeben ist.

In Bezug auf das Kriterium **Effektivität** lässt sich festhalten, dass alle Modellprojekte aktiv daran arbeiten die gesetzten operativen und strategischen Ziele umzusetzen. Da die RVZ noch nicht bzw. erst kürzlich eröffnet haben, kann hier noch kein endgültiges Fazit gezogen werden. Insgesamt wird jedoch ein Großteil der festgeschriebenen Ziele aktiv verfolgt.

Wie bereits in Kapitel 3 angemerkt, kann die Überprüfung des Kriteriums **Wirkung** nur prognostisch erfolgen. Durch die Befragung der BürgerInnen vor Ort konnte jedoch gezeigt werden, dass die Umsetzung der RVZ in den Kommunen sehr begrüßt wird und die Bevölkerung auf medizinische Angebote angewiesen ist. Somit ist davon auszugehen, dass diese zukünftig gut angenommen werden und einen Mehrwert für die Regionen bieten. Inwiefern sich die Treffpunkte und weiteren Angebote für die BürgerInnen etablieren, ist noch offen, wobei von einer positiven Wirkung auszugehen ist.

Das Kriterium **Nachhaltigkeit** wurde in allen Projekten insofern umgesetzt, als dass alle Vorhaben langfristig angelegt sind. Durch den Kauf von Immobilien oder der Abschlüsse langfristiger Mietverträge sind die Voraussetzung für eine nachhaltige Umsetzung der Versorgungsangebote jeweils gegeben. Zudem wurde auch jeweils die Finanzierung der RVZ in den Blick genommen und Strukturen entwickelt, die sich zukünftig selbst tragen können.

Abschließend ist hervorzuheben, dass es in Niedersachsen gelungen ist fünf Modellprojekte anzustoßen und in die Umsetzung zu bringen, die die regionale medizinische Versorgung auch zukünftig sicherstellen sollen. Damit ist das Bundesland weiter als manch andere Regionen. Der Erfolg der Projekte steht und fällt in den meisten Fällen mit einzelnen AkteurInnen. Eine Person kann maßgeblich zum Gelingen solcher Projekte beitragen und als Treiber fungieren. Gleichzeitig reicht ein Akteur als „Hemmnisfaktor“ aus, um den Prozess zu verlangsamen oder aufzuhalten. In Niedersachsen ist es gelungen die zentralen AkteurInnen miteinander zu vernetzen und die Konflikte zwischen ÄrztInnen sowie der Lokal- und Landespolitik in den Griff zu bekommen. Ohne die aktive Vorgehensweise des zuständigen Ministeriums, hätten manche Hindernisse beim Aufbau der RVZ nicht überwunden werden können. Politisch wurde zudem auch auf Bundesebene ein neuer Rahmen gesetzt, welcher einen positiven „Schubs“ verleiht, die RVZ auch weiter auszubauen. Durch den Koalitionsvertrag wurde die Relevanz der regionalen Versorgung unterstrichen und die Kommunen ertüchtigt sich für die Versorgung vor Ort einzusetzen.

7. Literatur

- Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser, o. J.: Hausärzte gewinnen. Informationen für Kommunen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung, Hildesheim.
- Amt für Sozialhilfe und Senioren des Landkreises Hildesheim, 2019. Jahresbericht 2019. Bericht und Ausblick zum wesentlichen Produkt 311-801 Hilfe zur Pflege (PSG II). Gleichzeitig Pflegebericht des Landkreises Hildesheim gem. § 3 NPflegeG. Online verfügbar unter: https://www.landkreishildesheim.de/media/custom/3008_609_1.PDF?1566976074.
- ARL (Akademie für Raumentwicklung), 2020. Räumliche Gerechtigkeit. Nachrichten der ARL H. 01-01/2020 (50. Jhg).
- BBSR (Bundesinstitut für Bau, Stadt- und Raumforschung), 2020: Regionale Lebensverhältnisse – Ein Messkonzept zur Bewertung ungleicher Lebensverhältnisse in den Teilräumen Deutschlands, BBSR-Online-Publikation Nr. 06/2020.
- Becker, C., 2021: Kommune als Kümmerer – auch zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, in: EHealthCom H. 1/2021, S. 22 ff.
- Beckmann, K., 2020. Regionalisierte Landesentwicklung in Niedersachsen – Eine Bestandsaufnahme, in: Neues Archiv für Niedersachsen H. 2/2020, S. 48-63.
- BFS Service GmbH, 2020: Örtlicher Pflegebericht Landkreis Wesermarsch. Im Auftrag des Landkreises Wesermarsch, Köln.
- BMI (Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat) (Hg.), 2020a: Netzwerk Daseinsvorsorge (MORO Praxis), Berlin.
- BMI (Bundesministerium des Inneren, für Bau und Heimat) (Hg.), 2020b: Netzwerk Daseinsvorsorge (MORO Informationen Nr. 19/2, Berlin).
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.), 2016. Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Berlin.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.), 2020. Achter Altenbericht. Ältere Menschen und Digitalisierung, Berlin (BT-Drucksache 19/21650 v. 13.08.2020).
- BMVI (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur), 2016: Regionalstrategie Daseinsvorsorge. Leitfaden für die Praxis, Berlin.
- Bock, O., 2021: Stipendium für angehende Landärzte, in: FAZ v. 17.12.2021, S. 43
- Borchers, U./Hilbert, J./Hildebrandt, H., 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: Stärkt die Regionen bei der Gestaltung unserer Zukunft!, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 125 ff.
- Braeseke, G./Naegele, G./Engelmann, F., 2021: Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen, in: K. Jacobs/A. Kuhlmeier/S. Greß/J. Klauber /A. Schwinger (Hg.), Pflege-Report 2021, a. a. O., S. 195 ff.
- Brandhorst, A./Hildebrandt, H./Luthe, E.-W. (Hg.), 2017. Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden.
- Brandt, A./Jung, H.-U., 2020. Vielfalt und Ungleichheit der regionalen Entwicklung in Niedersachsen, in: Neues Archiv für Niedersachsen H. 2/2020, S. 28-41.
- Buhr, D./Frankenberger, R., 2021: Auf dem Weg zu Wohlfahrt 4.0? Effekte der internen und externen Modernisierung im Wohlfahrtsstaat, in: D. Buhr/R. Frankenberger/W. Schroeder/U. Zolleis (Hg.), Innovation im Wohlfahrtsstaat. Neue Ideen für Wissenschaft und Politik, Baden-Baden, S. 41 ff.
- Burgi, M., 2013. Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden.
- Burgi, M./Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden.

- DAK Gesundheit, 2019. Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. Online verfügbar unter: https://rekopflege.de/wp-content/uploads/2019/02/Handout_ReKo.pdf.
- Danielzyk, R., 2017. Raumstrukturelle Entwicklungsmuster in Deutschland: Raumtypen mit Problemlagen, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), *Geteilte Räume. Strategien für mehr sozialen und räumlichen Zusammenhalt*, Berlin, S. 16 ff.
- Danielzyk, R., 2020: *Regionalentwicklung in Niedersachsen (Vortragsfolien)*, Hannover (Juli 2020).
- Danielzyk, R./Friedsmann, P./Hauptmeyer, C.-H./Wischmeyer, N., 2019. Erfolgreiche metropolenfern Regionen. Das Emsland und der Raum Bodensee-Oberschwaben, Ludqwisburg (hg. von der Wüstenrot Stiftung).
- Danielzyk, R./Heinze, R. G., 2020. Stadt und Land als überholte Raumkonstrukte. Zur kleinräumigen Heterogenisierung der Regionalentwicklung in Deutschland, MS (40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Soziologie: „Gesellschaft unter Spannung“ (September 2020).
- DStGB/Landsberg, G., 2019: Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen. Positionspapier des DStGB v. 02.12. 2019 (online/abger. am 11.01. 2022).
- Dünkel, F./Ewert, S./Geng, B./Harrendorf, S., 2019. Peripherisierung ländlicher Räume, in: D. Klimke, N. Oelkers und M.K.W. Schweer (Hg.): *Sicherheitsmentalitäten im ländlichen Raum*, Wiesbaden, S. 107ff.
- Elmer, A./Matusiewicz, D. (Hg.), 2019: *Die Digitale Transformation der Pflege*, Berlin
- Fleisch, E./Franz, C./Herrmann, A./Mönninghoff, A., 2021: *Die digitale Pille. Eine Reise in die Zukunft unseres Gesundheitssystems*, Frankfurt/M.
- Fischer, B./Hilbert, J., 2021: Welche Rolle werden Krankenhäuser für zukunftsfähige ländliche Versorgungslandschaften spielen, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), *Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen*, a.a.O., S. 75 ff.
- Freise, M. / Zimmer, A. (Hg.), 2019: *Zivilgesellschaft und Wohlfahrtsstaat im Wandel*, Wiesbaden.
- Gerlinger, T., 2021: Daseinsvorsorge in der Gesundheitspolitik, in: F. Blank/C. Schäfer/D. Spannagel (Hg.) *Grundsicherung weiterdenken*, Bielefeld, S. 189 ff.
- GKV-Spitzenverband (Hg.), 2021: *Forschung für die Pflege – Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*, Berlin.
- Grohs, S., 2018: Wohlfahrtsverbände als föderale Organisationen. Die Rolle der Mitgliedschaftslogik im Governancewandel?, in: R. G. Heinze/J. Lange/W. Sesselmeier (Hg.), *Neue Governancestrukturen in der Wohlfahrtspflege*, a. a. O., S. 79 ff.
- Guhl, A.: 2022: Erstes kommunales Medizinisches Versorgungszentrum in Baden-Württemberg – Interview, in: *dostal blog* v. 02.01.2022 Online verfügbar unter: <https://www.dostal-partner.de/erstes-kommunales-medizinisches-versorgungszentrum-in-baden-wuerttemberg-interview/>.
- Hämel, K., 2016: Plädoyer für eine regional differenzierte, sektorenübergreifende Versorgung, in: *Public Health Forum* 24(1), S. 15 f.
- Hämel, K./Wolter, B., 2020: Alter(n) im ländlichen Raum, in: K. Aner/U. Karl (Hg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Alter*, Wiesbaden, S. 443 ff.
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), 2020: *Öffentlicher Raum. Politik der gesellschaftlichen Teilhabe und Zusammenkunft*, Frankfurt/M.
- Heinze, R. G., 2020. Wohnen und Teilhabe im Alter: Innovation durch Vernetzung, in: *Gesellschaft-Wirtschaft-Politik (GWP)* 69. Jhg., Heft 2/2020, S. 182-193
- Heinze, R. G., 2020a: *Gesellschaftsgestaltung als Neujustierung von Zivilgesellschaft, Staat und Markt*, Wiesbaden
- Helms, M./Frischkorn, M., 2021: Gesundheitswirtschaft und hausärztliche Versorgung als Arbeitsfeld einer Wirtschaftsförderung, in: J. Stember/M. Vogelgesang/P. Pongratz/A. Fink (Hg.) *Handbuch Innovative Wirtschaftsförderung (Band 1: Theoretische Grundlagen und Aufgaben)*, Wiesbaden (2. Auflage), S. 353 ff.
- Herbst, M./Dünkel, F./Stahl, B. (Hg.), 2016: *Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum*, Wiesbaden.

- Hilbert, J./Rambow-Bertram, P., 2021: Regionale Versorgung: Kooperation vor Ort wird relevanter, in: Deutsches Ärzteblatt H. 51-52/2021 Online verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222654/>.
- Hildebrandt, H., 2021: Versorgung neu und integriert denken – regional, verantwortlich, zukunftsorientiert. Das Konzept „Innovative Gesundheitsregionen“, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 91 ff.
- Hildebrandt, H./Bahrs, O./Borchers, U./Glaeske, G./Griewing, B./Härter, M./Hanneken, J./Hilbert, J./Klapper, B./Klitzsch, W./Köster-Steinebach, I./Kurscheid, C./Lodwig, V./Pfaff, H./Schaeffer, D./Schrappe, M./Sturm, H./Wehkamp, K.-H., 2020: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene, Teil 1, in: Welt der Krankenversicherung (WdK) H. 7-8/2020; S. 164 ff. (Teil 2 in WdK H. 9/2020, S. 210 ff.).
- Hoffmann, E./Lozano Alcantara, A./Gordo, L. R., 2021. „My home is my castle“: Verbundenheit mit der eigenen Wohnung im Alter, in: Destatis/WZB/BiB (Hg.), Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S. 87-92.
- Honé, Birgit, 2020. Interview: Die niedersächsischen Regionen – Bausteine für ein erfolgreiches Europa, in: Neues Archiv für Niedersachsen H. 2/2020, S. 42-47.
- Jacobs, K./Kuhlmey, A./Greß, S./Klauber, J./Schwinger, A. (Hg.), 2021: Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin (Springer Open).
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2020: Zahl der Medizinischen Versorgungszentren auf 3.500 gestiegen. Online verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_49273.php/abgerufen%20am%2016.11.%202021.
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), 2019: Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen. Online verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Zulassung/Bedarfsplanung/Bedarfsplanung_Versorgung+in+Niedersachsen-p-24035.pdf.
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), 2021. Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung in Niedersachsen. Online verfügbar unter: https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Praxisf%C3%BChrung/Publikationen/Brosch%C3%BCren+und+Flyer/Versorgung+in+Niedersachsen+Brosch%C3%BCre-p-29744.pdf.
- Kersten, J./Neu, C./Vogel, B., 2015: Regionale Daseinsvorsorge. Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe, Bonn (FES).
- Kersten, J./Neu, C./Vogel, B., 2019: Für eine Politik des Zusammenhalts, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), H. /2019, S. 4 ff.
- Kingreen, T./Kühling, J., 2018: Kommunen als Träger Medizinischer Versorgungszentren. Studie erstellt im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege, Universität Regensburg.
- Klenk, T., 2021: Digitale Daseinsvorsorge, in: F. Blank/C. Schäfer/D. Spannagel (Hg.) Grundsicherung weiterdenken, a.a.O., S. 155 ff.
- Klie, T./Monzer, M. 2018. Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort, Heidelberg.
- Klie, T./Ranft, M./Szepan, N.-M., 2021: ECKPUNKTE Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik (Kurzfassung des Strategiepapers), Berlin (KDA).
- Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Grüne und FDP, 2021: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Berlin.
- Kommission Niedersachsen 2030 (vertreten durch die Niedersächsische Staatskanzlei), 2021: NIEDERSACHSEN 2030 – POTENZIALE UND PERSPEKTIVEN (Gutachten), Hannover.
- Krajewski, C./Steinführer, A., 2020: Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen und ihre Ausgestaltung zwischen Staat, Markt und Ehrenamt, in: C. Krajewski/C.-C. Wiegandt (Hg.): Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung, S. 242-260.

- Kuhn, B./Steinhäuser, J./Eberhard, S./Hufenbach, R./Amelung, V. E., 2018: Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte, in: Das Gesundheitswesen 2018; 80(08/09), S. 711-718.
- Küpper, P., 2016: Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume, Thünen Working Paper 68, Braunschweig (Thünen-Institut)
- Lackmann, G./Pütz, T., 2020. Erreichbarkeit von Akutkrankenhäusern für ausgewählte Indikationen in: Informationen zur Raumentwicklung, H. 1/2020, S. 30 ff.
- Ladurner, A./Walter, U./Jochimsen, B., 2020: Stand und Weiterentwicklung der gesetzlichen Regelungen zu medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Rechtsgutachten erstattet dem Bundesministerium für Gesundheit, Aalen/München/Berlin.
- Lang, A., 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Mehr Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a.a.O., S. 113 ff.
- Lange, J. (Hg.), 2017. Erfolgsfaktoren der Regionalentwicklung jenseits der großen Städte, Ev. Akademie Loccum (Loccumer Protokolle 33/16).
- Lange, J. (Hg.), 2020. Mehr Gesundheit wagen. Gesundheitsregionen als Zukunftstreiber für Lebensqualität, gute Arbeit und nachhaltiges Wachstum, Ev. Akademie Loccum (Protokolle 10/2019).
- Lange, J./Hilbert, J. (Hg.), 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen, Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle 67/2020).
- Lubbe, B., 2021: Hausarzt im ländlichen Raum: eine bedrohte Art?, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 53 ff.
- Langkafel, P./Matusiewicz, D. (Hg.), 2021: Digitale Gesundheitskompetenz, Heidelberg.
- Mettenberger, T./Küpper, P., 2021: Innovative Versorgungslösungen in ländlichen Regionen: Ergebnisse der Begleitforschung zum Modellvorhaben Land(auf)Schwung im Handlungsfeld „Daseinsvorsorge“ Band 1 der Begleitforschung Land(auf)Schwung, Braunschweig (Thünen-Institut).
- Müller, S., 2020. Medizinische Versorgungszentren, in: Informationen zur Raumentwicklung, H. 1/2020, S. 54 ff.
- NBank Niedersachsen, 2021: Heute und in Zukunft Wohnen gestalten. Perspektiven für Niedersachsen bis 2040 (Wohnungsmarktbeobachtung 2021), Hannover.
- Nerlinger, T., 2022: PM v. 21.01.2022 Online verfügbar unter: <https://www.gesundheitsregion-euregio.eu/presidentin-des-deutschen-pflegerates-verstaerkt-beirat-der-gesundheitsregion-euregio/>.
- Neu, C./Nikolic, L., 2015. Versorgung im ländlichen Raum der Zukunft: Chancen und Herausforderungen. In: U. Fachinger/H. Künemund (Hg.): Gerontologie und ländlicher Raum. Lebensbedingungen, Veränderungsprozesse und Gestaltungsmöglichkeiten, Wiesbaden, S. 185-206.
- Neubauer, G./Minartz, C./Niedermeier, C., 2020: Darstellung und Bewertung der ambulant-ärztlichen Versorgung in Deutschland durch Medizinische Versorgungszentren mit Kapitalbeteiligung. Schlussbericht. IfG München.
- Niedersächsischer Landtag, 2021. Enquetekommission „Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen - für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung“, Bericht v. 22.2. 2021, Hannover (Drucksache 18/8650).
- Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, 2021: Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen. Leitfaden für Kommunen zur Gründung eines RVZ, Hannover.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2021: Landespflegebericht Niedersachsen 2020, Hannover.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), 2020: Realising the Potential of Primary Health Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.

- Stielike, J. M., 2018: Sozialstaatliche Verpflichtungen und raumordnerische Möglichkeiten zur Sicherung der Daseinsvorsorge, Baden-Baden.
- Stinn, T., 2017. Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume, Münster.
- Thomsen, S./Ingwersen, K./Weilage, I., 2020. Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. Modellrechnungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (Im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung in Niedersachsen), Hannover.
- Tisch, T./Nolting H.-D. (IGES Institut), 2021: Versorgungsanalysen zu MVZ im Bereich der KV Bayerns. Ergebnisbericht für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Online verfügbar unter: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/dokumente/UeberUns/Gesundheitspolitik/IGES-MVZ-Gutachten-April-2022.pdf>.
- Weatherly, J. N./Seiler, R./Meyer-Lutterloh, K./Schmid, E./Lägel, R./Amelung, V. E., 2007. Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, Innovative Modelle der Praxis, Berlin.

