



Niedersächsisches Ministerium
für Bundes- und Europaangelegenheiten
und Regionale Entwicklung



Leitfaden für Kommunen zur Gründung eines RVZ

Zusammenfassende Zwischenergebnisse
aus den Modellprojekten

Stand 21.06.2021

Geschäftsstelle Regionale Versorgungszentren, Herr Volker Sidortschuk

Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung

Osterstraße 40, 30159 Hannover

Inhalt

Vorwort.....	3
I. Hintergrund – Warum ein Regionales Versorgungszentrum?	4
II. Konzept – Was ist ein Regionales Versorgungszentrum?	5
1. Konzeptidee.....	5
2. Laufende Modellprojekte.....	6
III. Welche Aufgaben sind für die Kommunen mit der Gründung eines RVZ verbunden?..	6
1. Gründung von RVZ und MVZ – Trägerschaft und Rechtsform	6
2. Fachkräftegewinnung.....	7
3. Gewinnung weiterer Angebote und Kooperationen	8
IV. Kostenpunkte und Fördergegenstände – Welche Fördermittel gibt es wofür?.....	8
1. Konzeptionierung.....	10
2. Aufbau	10
3. Betrieb	11
4. Sonstige Ergänzungen des Angebotes	11
V. Erfahrungen und Tipps	11
1. Planungsphase	11
2. Aufbauphase	12
VI. Ansprechpartner*innen – Wen kann ich fragen?	13
Anlage: Übersicht über mögliche förderfähige Kosten	14

Vorwort



Sehr geehrte Damen und Herren,

Niedersachsen besteht zu einem großen Teil aus ländlichen Räumen mit großen regionalen Unterschieden. Entsprechend vielfältig sind die Anforderungen an eine gesicherte Daseinsvorsorge vor Ort. Die Modellprojekte der Regionalen Versorgungszentren (RVZ) bieten einen Lösungsansatz, um diesen Verschiedenheiten Rechnung zu tragen. Anfang des Jahres 2020 haben wir mit unserem Projekt in Niedersachsen begonnen. Mittlerweile befinden sich drei RVZ im Aufbau und zwei weitere in der Planung. Mit diesem Leitfaden möchten wir die ersten Erfahrungen aus der Konzeptionierungsphase und dem ersten Halbjahr der Aufbauphase mit Ihnen teilen und Sie vor allem dazu ermuntern, die bestehenden Fördermöglichkeiten für die Erstellung von Konzepten und Gutachten zu nutzen.

Der Aufbau und Erhalt einer starken Versorgungsinfrastruktur, die die Menschen im Ort hält, stellt viele Kommunen vor großen Herausforderungen. Dies gilt insbesondere für die hausärztliche Versorgung, aber auch für andere Angebote der Daseinsvorsorge.

Dazu wollen wir insbesondere die seitens der Europäischen Union über den Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER) zur Verfügung gestellten Mittel nutzen. Denn diese sind für die Entwicklung der ländlichen Räume in den Feldern, die über Landwirtschaft hinausgehen, gedacht. Durch die Verlängerung der aktuellen ELER-Förderperiode gibt es auch weiterhin Fördermöglichkeiten im Rahmen der ZILE-Richtlinie des niedersächsischen Landwirtschaftsministeriums. Darüber können Konzepte für weitere Maßnahmen gefördert werden, die sich an den Modellen der Regionalen Versorgungszentren orientieren. In der neuen Förderperiode ab 2023 soll die Gründung von Versorgungszentren sogar einen neuen Förderschwerpunkt darstellen.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

Ihre

Birgit Honé

I. Hintergrund – Warum ein Regionales Versorgungszentrum?

Eine gesicherte Daseinsvorsorge ist im Flächenland Niedersachsen ein wichtiges Zukunftsthema. Der demografische Wandel verändert die Altersstruktur unserer Gesellschaft. Das hat Folgen für die Versorgungsangebote in den Städten und Gemeinden, besonders im Bereich der hausärztlichen Versorgung oder in der Pflege. Die Veränderungen betreffen aber auch soziale Beratungsangebote, Begegnungsorte oder weitere Angebote der Daseinsvorsorge.

Auch junge Familien stehen vor wachsenden Herausforderungen. Viele Menschen der mittleren Generation sehen sich vor einer doppelten Inanspruchnahme – wenn sowohl die Versorgung der Kinder als auch der Eltern und Schwiegereltern ansteht. Fehlende Angebote der Daseinsvorsorge mindern die Attraktivität der ländlichen Räume gegenüber den urbanen Räumen. Zudem hat die Corona-Pandemie zwei Anliegen verstärkt: den Wunsch der Älteren, so lang wie möglich zu Hause wohnen zu bleiben und versorgt zu werden und den Wunsch junger Familien, in die ländlichen Gebiete zu ziehen.

Im Jahr 2020 waren bundesweit mehr als 35 Prozent der berufstätigen Allgemeinmediziner*innen 60 Jahre und älter. Hochrechnungen zufolge geben jährlich rund 2.200 Hausarzt*innen ihre Praxistätigkeit auf. 80 Prozent von Ihnen sind Facharzt*innen für Allgemeinmedizin und Praktische Ärzt*innen. Bei der Gegenüberstellung der jährlichen Gebietsanerkennungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin zu den jährlichen Praxisaufgaben ergibt sich ein rechnerisches Defizit von jährlich zirka 1.000 qualifizierten Hausarzt*innen. Eine kürzlich erschienene Studie der Robert Bosch Stiftung sagt für das Jahr 2035 in 20 von 45 niedersächsischen Landkreisen und kreisfreien Städten eine hausärztliche Unterversorgung voraus.¹

Die hausärztliche Versorgung wird künftig noch stärker als heute davon abhängen, junge Ärzt*innen für die ländlichen Räume zu gewinnen. Dies wird nur mit attraktiven Arbeitsbedingungen gelingen. Der Beruf wird zunehmend von Frauen ergriffen. Zudem spielen die Vereinbarkeit von Familie und Beruf oder eine gute Work-life-balance eine wachsende Rolle. Das Bild des klassischen „Landarztes“, der in einer Ein-Mann-Praxis rund um die Uhr verfügbar ist und Hausbesuche bei den Patient*innen macht, wird von vielen jungen Mediziner*innen nicht mehr angestrebt.

Gleichzeitig werden für viele niedersächsische Landkreise zunehmende demografische Herausforderungen prognostiziert. Die Bevölkerungsgruppe der Menschen über 65 Jahre wächst weiter. Zu den damit einhergehenden Bedürfnissen passt es kaum, dass vorhandene Angebote in den ländlichen Räumen oftmals sehr verstreut liegen. Angebote, die nur mit dem Pkw erreichbar sind und alle einzeln angefahren werden müssen, stellen sowohl die Nutzer*innen als auch Angehörige vor Herausforderungen, die ihre Unterstützung mit Beruf und Kinderbetreuung vereinbaren müssen. Um die Menschen zu entlasten, bündeln Regionalen Versorgungszentren (RVZ) Angebote an gut erreichbaren Orten.

Die die Modellprojekte begleitende Evaluation schreibt in ersten Zwischenergebnissen der kommunalen Ebene die effektivste Steuerungsmöglichkeit der Daseinsvorsorgeangebote zu. Gleichzeitig wird die Notwendigkeit der Unterstützung durch die Landes- und Bundesebene betont. Zwar begeben sich Kommunen insbesondere mit dem Betrieb eines Medizinischen

¹ Gesundheitszentren für Deutschland – Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, 2021, abrufbar unter <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>.

Versorgungszentrums (MVZ) in eine ungewohnte Rolle. Gleichwohl ist vielerorts bereits ein interkommunaler Wettbewerb zu beobachten, bei dem Städte und Gemeinden mit Anreizen für die Ansiedelung von Ärzt*innen locken und dann regelmäßig wiederkehrend „Bleibeverhandlungen“ führen. Zudem sind sie diejenigen, die Daseinsvorsorge vor Ort am effektivsten bündeln können.

Das Konzept der RVZ soll sektorenübergreifend arbeitende und bedarfsangepasste Anlaufstellen schaffen, die sich eben nicht begrenzt als reine medizinische Zentren oder Gesundheitszentren verstehen. Vielmehr sollen sie die benötigten Angebote der Daseinsvorsorge im weiteren Sinne – von Begegnungsorten über Beratungsleistungen und Versorgungsangeboten – bereitstellen oder vermitteln. Somit sollen sie die Versorgung der Bevölkerung mit den nötigen Leistungen für ein selbstbestimmtes Leben und die Bewältigung besonderer Situationen sicherstellen. Die Gründung eines RVZ ist außerdem die Chance, Dorf- und Stadtzentren zu beleben und insbesondere auch für die örtliche Gemeinschaft zu erhalten.

II. Konzept – Was ist ein Regionales Versorgungszentrum?

1. Konzeptidee

Die RVZ werden von den Kommunen getragen. Im Rahmen der Modellprojekte handelt es sich jeweils um eine Stadt beziehungsweise Gemeinde und einen Landkreis oder um mehrere Städte und Gemeinden. Nachgedacht wurde auch über einen am geplanten Angebot orientierten gemeinsamen Betrieb mit einem weiteren nicht kommunalen Minderheitengesellschafter aus dem Bereich der freien Wohlfahrtspflege. Das RVZ soll eine attraktive und an den praktischen Bedürfnissen der dort lebenden Menschen orientierte Infrastruktur bieten.

Ein wesentlicher Teil des RVZ ist ein hausärztliches MVZ. Auch dieses befindet sich in kommunaler Trägerschaft. 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. In Betracht kommen beispielsweise medizinnahe Angebote wie Ergotherapie, Logotherapie oder Physiotherapie, aber auch Hebammenpraxen oder ein entsprechender Vermittlungsservice. Möglich sind auch ergänzende Angebote, die Synergien schaffen, wie Sanitätshäuser. An diese Betreiber vermietet die Kommune beziehungsweise das RVZ. Auch kommunale Beratungsangebote wie Familien-, Senioren- oder Pflegeberatung und psychosoziale Beratung sowie Schulungsräume sind möglich. Eine Tagespflege oder ein Café als Treffpunkt können integriert werden, ebenso wie das Angebot haushaltsnaher Dienstleistungen. Sie werden dann ebenfalls durch Dritte betrieben. Die Liste ist nicht abschließend, dementsprechend können die Angebote je nach lokalem Bedarf variieren. Im Idealfall werden leerstehende Gebäude in den Stadt- und Dorfzentren für das RVZ genutzt. Dadurch sollen die Zentren attraktiver für die Ansiedelung weiterer Angebote durch Dritte werden. Mit flexibel nutzbaren Multifunktionsräumen bieten die RVZ auch Platz für Angebote von Vereinen und Verbänden und werden zu Treffpunkten und Ankerpunkten für das örtliche Gemeinschaftsleben.

Damit die Angebote für Nutzer*innen aller Altersgruppen auch ohne Individualverkehr gut erreichbar sind, müssen die RVZ über den ÖPNV oder mit Abrufdiensten angebunden werden.

2. Laufende Modellprojekte

2020 ist das Modellprojekt mit drei kommunalen Partnerschaften gestartet: dem Landkreis Wesermarsch mit der Stadt Nordenham, dem Landkreis Cuxhaven mit der Gemeinde Wurster Nordseeküste und den im Verein Leinebergland e.V. organisierten Städten und Gemeinden aus den Landkreisen Hildesheim und Holzminden. Dort wurde Alfeld als Standort ausgewählt. Gefördert wurden jeweils sowohl die Erstellung eines Konzeptes einschließlich Wirtschaftlichkeitsberechnung als auch der Aufbau und Anschub des RVZ. Der Landkreis Cuxhaven hat eine gesonderte Projektkoordinatorin eingestellt, die Planung, Vernetzung und Aufbau begleitet. Im Leinebergland nehmen diese Rolle Mitarbeitende des Vereins Leinebergland e.V. wahr.

Neben kommunalen MVZ finden sich die im vorangegangenen Punkt beispielhaft aufgezählten weiteren Angebote der Daseinsvorsorge in den Planungen mindestens eines der Modellprojekte wieder. Ziel ist die Inbetriebnahme zum Ende 2021/Anfang 2022. Die Größe und das geplante Angebot variieren von Standort zu Standort. Die Wurster Nordseeküste wird eine ehemalige Kaserne nachnutzen und in Nordenham soll ein ehemaliges Seniorenwohnheim genutzt werden. Die Gebäude liegen jeweils zentral in Bahnhofsnähe und sind mit verschiedenen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

2021 haben wir zwei weitere Standorte in den Landkreisen Wolfenbüttel mit der Samtgemeinde Baddeckenstedt und Schaumburg mit der Gemeinde Auetal in das Modellprojekt aufgenommen.

III. Welche Aufgaben sind für die Kommunen mit der Gründung eines RVZ verbunden?

1. Gründung von RVZ und MVZ – Trägerschaft und Rechtsform

Mit den RVZ sollen vor allem neue Hausärzt*innen, die bisher noch nicht dort praktizieren beziehungsweise mit Kassensitz zugelassen sind, in die jeweilige Region geholt werden. Keinesfalls geht es darum, lediglich die Infrastruktur für ohnehin ansässige Mediziner*innen zu schaffen. Darüber hinaus kann es sich allerdings anbieten, bereits ansässige Ärzt*innen einzubinden (siehe III. 2.). Voraussetzung für die Besetzung eines hausärztlichen Kassensitzes ist, dass im jeweiligen hausärztlichen Planungsbereich der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) **unbesetzte** Sitze vorhanden sind, der Bereich also nicht für weitere Zulassungen gesperrt ist. Der Zuschnitt der Planungsbereiche und deren Besetzungsgrad sind auf der Homepage der KVN zu finden. In einem Gespräch mit der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle lässt sich außerdem die Bewerber*innen-Situation auf diese Sitze vorab klären. Zudem sind sie regelmäßig über die Altersstruktur der aktuell praktizierenden Ärzt*innen im Bilde.

Der nächste Schritt besteht in der Gründung des RVZ und des MVZ als dessen Bestandteil durch die kommunalen Partner*innen. Dabei stellt sich auch die Frage nach der zu wählenden

Rechtsform. In Betracht kommen für das RVZ neben dem Eigenbetrieb zum Beispiel auch eine Anstalt öffentlichen Rechts oder GmbH. Denkbar wäre auch die Genossenschaft, bei der sich aber die Frage der Steuermöglichkeit eher stellt, als bei den anderen Rechtsformen. Hinsichtlich der Gesellschaftsgründung und eventueller Sicherheiten empfehlen wir eine frühzeitige Ansprache der Kommunalaufsicht.

Für RVZ und MVZ können eine Gesellschaft (oder auch ein Eigenbetrieb) oder zwei getrennte Gesellschaften gegründet werden, deren Zusammenarbeit vertraglich geregelt werden muss. Dies ist auch davon abhängig, ob am RVZ gegebenenfalls noch eine Minderheitenbeteiligung weiterer Partner*innen erfolgt. Hinsichtlich des MVZ ist zu beachten, dass nur bestimmte Personen gründerfähig sind (wie Kommunen, Krankenhäuser, oder Ärzt*innen). Wird ein MVZ in Form einer GmbH betrieben, ist von allen Gesellschaftern der MVZ-GmbH gemäß § 95 Abs. 2 S. 6 SGB V entweder eine selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung oder eine andere Sicherheitsleistung nach § 232 BGB für Forderungen der KVN und der Krankenkassen gegen das MVZ aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit beizubringen. Während die selbstschuldnerische Bürgschaftserklärung in unbeschränkter Höhe abzugeben ist, ist eine Sicherheitsleistung nach § 232 BGB, bei der in der Regel nur eine Bankbürgschaft in Frage kommt, der Höhe nach begrenzt. Als Mindesthöhe wird hier von der KVN etwa eine Bürgschaft in Höhe des zweifachen durchschnittlichen Jahresumsatzes der Fachgruppe je vollen Sitz im MVZ zugrunde gelegt. Insoweit kann es sich anbieten, mit der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle der KVN in Kontakt zu treten.

2. Fachkräftegewinnung

Ein MVZ muss mit mindestens zwei Ärzt*innen betrieben werden, wobei eine*r als ärztliche Leitung fungiert. Sie müssen nicht in Vollzeit tätig sein. Die Modellprojekte sind für eine schnellere Wirtschaftlichkeit teilweise von einer Zielgröße von drei Ärzt*innen ausgegangen. Dabei soll mindestens ein neuer Hausärzt*innensitz im jeweiligen KVN-Planungsbereich besetzt werden. Die Planungsbereiche der KVN umfassen zumeist mehrere Gemeinden und Städte. Sie richten sich insofern nicht nach Landkreisgrenzen. Neben der Gewinnung von Ärzt*innen, die neu im Planungsgebiet sind, hat es sich für die in Erprobung befindlichen Modellprojekte angeboten, auch Gespräche aufzunehmen, um Ärzt*innen einzustellen, die bereits Erfahrung mit der Leitung einer Praxis sowie vor Ort einen Patient*innen-Stamm haben. In einem der Projekte konnte für den Übergang auch ein Arzt im Ruhestand gewonnen werden, um das MVZ anlaufen zu lassen.

Zu attraktiven Arbeitsbedingungen gehört auch das Angebot von Angestelltenverhältnissen und – sofern gewünscht – vorübergehende Teilzeitbeschäftigung für die im MVZ beschäftigten Hausärzt*innen. Attraktive Arbeitsbedingungen bedeutet: arbeiten in modernen Praxen mit den aktuellen technischen Möglichkeiten (beispielsweise Teleangebote). Es bedeutet aber auch, interdisziplinär mit den zusätzlichen RVZ-Angeboten zu interagieren (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie etc.). Schließlich geht es auch um Möglichkeiten zur Entlastung der Mediziner*innen, etwa durch die Einbeziehung entsprechend qualifizierter Versorgungsassistent*innen in der Hausärzt*innenpraxis (VERAH).

Attraktive Bedingungen braucht es für die Ärzt*innen aber nicht nur zum Arbeiten, sondern auch zum Leben. Auch dies muss berücksichtigt werden, wenn neue Ärzt*innen angeworben werden sollen. Die Kommunen müssen als Lebens-, Arbeits-, Schul- und KiTa- und Freizeitort für die ganze Familie interessant sein. Die Erwartung geht regelmäßig dahin, dass auch die

Partner*innen vor Ort oder in pendelbarer Entfernung arbeiten können. Oftmals gibt es mit der Wirtschaftsförderung auch Ansprechpartner*innen, die hier unterstützen können.

3. Gewinnung weiterer Angebote und Kooperationen

Die Gründung eines RVZ wird je nach Ausgestaltung und Umfang weitere Kooperationen, sicher aber das Einbinden weiterer Angebote, notwendig machen. In einem der laufenden Modellprojekte ist eine Kooperation mit einem der lokalen Träger der freien Wohlfahrtspflege vorgesehen, um Angebote wie Tagespflege, Sozialkaufhaus, Fahrdienst oder Sozialstation zu betreiben. Diese Kooperation kann auch in einer gemeinsamen Gründung des RVZ mit überwiegendem kommunalen Anteil bestehen. Zudem muss geprüft werden, welche zusätzlichen Angebote im RVZ untergebracht werden sollen und wie das Interesse vor Ort nach einer Einbindung ist. Es bietet sich auch an, mit den örtlichen Krankenhäusern Kontakt aufzunehmen, um Kooperationsmöglichkeiten auf verschiedenen Ebenen zu prüfen, zum Beispiel die Einbindung von Fachärzt*innen.

IV. Kostenpunkte und Fördergegenstände – Welche Fördermittel gibt es wofür?

Die RVZ sollen so konzipiert werden, dass sie sich letztlich selbst tragen und keinen dauerhafter Zuschuss benötigen.

Die ZILE-Richtlinie bietet wichtige Fördervoraussetzungen zur Unterstützung im Zusammenhang mit der Gründung von RVZ.²

Eine tabellarische Übersicht über die Fördergegenstände aus dieser Richtlinie findet sich in der Anlage zum Leitfaden. Für entsprechende Anträge und Nachfragen stehen die ÄRL zur Verfügung.

Die Maßnahmen Dorfentwicklung (DE) und Basisdienstleistungen stehen dabei zur Verfügung. Voraussetzung für eine Förderung in der DE ist die Aufnahme in das DE-Programm, das heißt, eine Förderung kann nur in Orten innerhalb anerkannter Dorfregionen in Niedersachsen erfolgen. Anträge in der Maßnahme Basisdienstleistungen sind landesweit in Orten unter 10.000 Einwohner*innen möglich.³ Eine Förderung in größeren Orten kann im Einzelfall erfolgen, sofern sich die Zielsetzung des Projekts und die beabsichtigten Wirkungen nahezu ausschließlich im umgebenden ländlichen Raum auswirken. Es gelten die jeweiligen aktuellen Förderrichtlinien des ML.

Machbarkeitsstudien und Konzepte können ebenfalls gefördert werden. Um das Vorhaben im Ranking einstufen zu können, sind grundsätzliche Aussagen zum geplanten investiven

² Richtlinie über die Gewährung von Zuwendung zur integrierten ländlichen Entwicklung – ZILE – "https://www.ml.niedersachsen.de/startseite/themen/entwicklung_des_landlichen_raums/zile_zuwendungen_zur_integrierten_landlichen_entwicklung/richtlinie-ueber-die-gewaehrung-vonzuwendungen-zur-integrierten-laendlichen-entwicklung-5104.html.

³ Zur Definition des Begriffs der Orte/Ortschaften siehe ZILE-RL Ziffer 1.5.

Vorhaben notwendig. Anträge sind zu den jeweiligen **Stichtagen des 15.09.** des jeweiligen Jahres zu stellen.

Der Fördersatz liegt derzeit in Abhängigkeit der Finanzstärke beziehungsweise der Steuereinnahmekraft der Gemeinde zwischen 43 und 80 Prozent.

Bei Projekten, die der Umsetzung eines Integrierten ländlichen Entwicklungskonzepts (ILEK) oder eines Regionalen Entwicklungskonzeptes (REK) in LEADER dienen, ist eine Erhöhung des Fördersatzes um 10 Prozentpunkte möglich.⁴ Für Projekte kommunaler und gemeinnütziger Träger ergibt sich derzeit ein Förderhöchstbetrag von 500.000 Euro.

Die Förderung von RVZ in Rahmen von ZILE erfolgt beihilferechtlich nach den Vorgaben der Allgemeinen Gruppenfreistellungsverordnung (AGVO). Sie schreibt offene, transparente und diskriminierungsfreie Bedingungen vor, nach denen es Anbieter*innen von Leistungen (zum Beispiel Physiotherapie) ermöglicht wird, sich um eine Teilnahme am Vorhaben zu bewerben. Vorfestlegungen auf bestimmte Anbieter*innen ohne Auswahlverfahren verhindern eine Förderung.

Aufgrund der Deckelung der Förderung kann es für finanzschwache Kommunen auch zukünftig sinnvoll sein, die Anträge aus der ZILE-Richtlinie gegebenenfalls mit der Kofinanzierungsrichtlinie des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung (MB) für finanzschwache Kommunen zu kombinieren.⁵ Gefördert werden kann darüber der notwendige Eigenanteil bei mit EU-Mitteln geförderten Vorhaben. Die Aufstockung erfolgt nach jetzigem Stand bis auf maximal 85 Prozent der förderfähigen Ausgaben. Die Spannweite der zuwendungsfähigen Beträge liegt zwischen 25.000 und grundsätzlich 500.000 Euro.⁶

Für RVZ in Kommunen mit mehr als 10.000 Einwohner*innen, in denen ein Grund- oder Mittelzentrum festgelegt ist und die die Voraussetzungen für eine Förderung nach der ZILE-Richtlinie nicht erfüllen, kann die Richtlinie Zukunftsräume des MB eine Option darstellen. Gegebenenfalls können kreative Projekte zum Thema Gesundheit und Daseinsvorsorge einen Zuschuss zwischen 75.000 und 300.000 Euro erhalten. Die Förderquote ist dabei gestaffelt nach Steuereinnahmekraft und beträgt 60 beziehungsweise 90 Prozent. Inwieweit solche förderwürdigen Projekte Bestandteile eines kommunalen RVZ-Konzeptes sein können, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab.⁷

⁴ In der neuen Förderperiode ab 2023 können sich hier ggf. Abweichungen ergeben.

⁵ Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung finanzschwacher Kommunen bei der Kofinanzierung von EU-Förderprojekten (Kofinanzierungsrichtlinie — KofiRL), RdErl. d. MB. v. 29. 4. 2020 — 101-06025/24.1, VORIS 64100, abrufbar unter:

https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/regional_e_landesentwicklung/kofinanzierungshilfen_fur_finanzschwache_kommunen/kofinanzierungshilfen-fur-finanzschwache-kommunen-187819.html.

⁶ Dies gilt auch bei der Erstellung von Gutachten, allerdings dürften hier die Kosten nicht so hoch liegen, dass die Deckelung zu überwinden wäre, sodass in einigen Fällen bereits über den höheren Fördersatz der ZILE-Richtlinie für finanzschwache Kommunen Abhilfe geschaffen werden kann, je nachdem, ob über ZILE auf bis zu 80% oder auf bis zu 90% aufgestockt werden kann.

⁷ Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung der Stärkung von Zukunftsräumen in Niedersachsen (Förderprogramm Zukunftsräume), RdErl. d. MB v. 12. 8. 2019 — 102-06020/1, VORIS 23100, abrufbar unter: <https://www.mb.niedersachsen.de/zukunftsraeume-niedersachsen/zukunftsraeume-178270.html>.

1. Konzeptionierung

In der Konzeptionsphase fallen in der Regel Kosten für die Erstellung eines Konzeptes durch Dritte an. Das umfasst zum Beispiel Bestandsanalysen, Entwicklungspotenziale und Wirtschaftlichkeitsberechnungen für das kommunale MVZ. Diese Konzepterstellung sind aus der ZILE-Richtlinie förderfähig, wenn in ihnen schon das geplante Vorhaben erkennbar ist.⁸ Die Bewertung der Förderwürdigkeit des Konzeptes (Ranking) erfolgt nach den Auswahlkriterien für das umzusetzende Vorhaben. Juristische Beratung kann – wie kaufmännische Beratung – in Form eines Gutachtens Teil der Konzeptionierung sein. Laufende Beratungsleistungen sind hingegen nicht förderfähig.

Die Erfahrungen aus den Modellvorhaben zeigen, dass ein Projektmanagement notwendig ist. Sofern es mit eigenem Personal der Kommune durchgeführt wird, ist es jedoch über die ZILE-Richtlinie nicht förderfähig. Eine Förderung ist insoweit möglich, wie auch diese Leistung als Teil der Konzepterstellung mit vergeben wird. Dadurch wird dann allerdings die laufende Begleitung des Projektes durch eigene Projektverantwortliche nicht ersetzt.

Auch die Richtlinie Zukunftsräume beinhaltet die Möglichkeit, sich über die Förderung von bis zu 12 Beratertagen à 1.200 Euro bei der Konzeptionierung unterstützen zu lassen.⁹

2. Aufbau

Der Aufbau der Infrastruktur des RVZ verursacht nicht unerhebliche Kosten. Auch wenn sich dieser Leitfaden zunächst auf die Konzeptförderung fokussiert, wollen wir hier auf Basis der derzeitigen Kriterien der ZILE-Förderung in der laufenden Förderperiode bereits ein Ausblick geben:

Förderfähig aus der ZILE-Richtlinie sind Umbaukosten vorhandener Gebäude, ebenso wie in Ausnahmefällen der Neubau. Eingeschlossen sind hier Bestandteile wie Heizung, Sanitäreinrichtungen oder Innentüren. In der Dorfentwicklung ist auch der Erwerb bebauter Grundstücke durch Kommunen grundsätzlich förderfähig, in der Maßnahme Basisdienstleistungen jeglicher Grunderwerb für alle Antragsteller. Kosten für den Grunderwerb dürfen nur 10 % der zuwendungsfähigen Gesamtausgaben eines Vorhabens ausmachen. Sie ergeben sich aus dem Kaufpreis und der Investition. Diese Förderung ist allerdings sehr komplex, sodass im konkreten Fall die Beratung durch das jeweilige ArL gesucht werden sollte. Förderfähig sind auch die Beauftragung einer externen Bauleitung und Planungskosten. Zu berücksichtigen sind hier die Zweckbindungsfristen der Förderungen.

Nicht förderfähig aus der ZILE-Richtlinie sind Mietkosten oder Baukostenzuschüsse, um eine entsprechend geringere Miete zu erreichen. Dasselbe gilt für ein Projektmanagement oder andere Personalkosten.

Auch für die Ausstattung, insbesondere des MVZ, fallen Kosten an. Medizinisches Equipment oder weitere Einrichtungsgegenstände sind allerdings aus der ZILE-Richtlinie nicht förderfähig, anders als etwa die Hardware für die EDV-Ausstattung des RVZ.

Weiterhin können Kosten anfallen für den Kauf einer Patientenkartei bzw. die Freigabe einer Zulassung („Praxiskauf“), etwa wenn ein*e bisher selbständige*r Ärzt*in in die Praxis

⁸ Siehe zur Kombination bei der Erstellung von Gutachten Fn. 6.

⁹ Siehe zum Anwendungsbereich oben unter IV. und insb. Fn. 7.

aufgenommen wird oder nicht genügend Sitze frei sind. Auch diese Kosten sind nicht aus der ZILE-Richtlinie förderfähig.

Anträge aus der ZILE-Richtlinie sollten von finanzschwachen Kommunen auf Kombinationsmöglichkeiten mit der Kofinanzierungsrichtlinie des MB überprüft werden.¹⁰

3. Betrieb

In Gebieten mit sehr schwieriger Versorgungslage in den ländlichen Räumen schreibt die KVN regelmäßig Investitionskostenzuschüsse für Neuniederlassungen oder Anstellungen aus, die auch von MVZ beantragt werden können. Auch die Gewährung einer Umsatzgarantie ist möglich. Diese Gebiete können sich je nach Versorgungsgrad verändern und werden jährlich festgelegt.¹¹

4. Sonstige Ergänzungen des Angebotes

Die Bündelung von Angeboten in zentraler Lage ist nur sinnvoll, wenn gleichzeitig auch für eine gute Erreichbarkeit mit dem ÖPNV oder Abrufdiensten gesorgt wird. Auch dies kann über ZILE förderfähig sein, allerdings ist es sinnvoll, Anbindungskonzepte zusammen mit dem Landkreis zu entwickeln.

V. Erfahrungen und Tipps

1. Planungsphase

In den laufenden Modellprojekten hat sich gezeigt, dass es wichtig ist, eventuellen Konkurrenzängsten ansässiger Ärzt*innen frühzeitig entgegenzuwirken. Eine frühzeitige Ansprache ist auch deshalb ratsam, um Synergien zu besprechen und eine eventuelle Einbindung zu erörtern. Für die Durchführung einer Markterkundung und transparenter Auswahlverfahren dazu, wer gegebenenfalls als ansässige*r Ärzt*in in das MVZ aufgenommen werden soll, sollte entsprechend Zeit eingeplant werden. Das gilt auch für die weiteren im RVZ anzusiedelnden Angebote.¹²

Bereits in der Planungsphase sollten zudem Kooperationen mit lokalen Akteur*innen geprüft werden – unabhängig davon, ob es um eine Integration der Angebote in das RVZ geht oder um andere Formen der Zusammenarbeit.

Es ist hilfreich, sich bereits bei den Vorüberlegungen für ein RVZ Gedanken über einen Standort beziehungsweise eine Immobilie zu machen. Dies erleichtert die weiteren Überlegungen und Verabredungen vor Ort.

¹⁰ Siehe dazu oben unter IV.

¹¹ <https://www.kvn.de/Mitglieder/Antr%C3%A4ge.html>.

¹² Siehe auch oben unter beihilferechtlichen Aspekten IV.

Gemeinsam mit der Standortwahl sollten auch die Erreichbarkeit der Einrichtung, die Einbindung in Verkehrskonzepte und der Ausbau von Abrufdiensten dort, wo kein ÖPNV vorhanden ist, angegangen werden.¹³

In den Modellen hat es sich bewährt, wenn Standortgemeinde und Landkreis Hand in Hand bzw. arbeitsteilig arbeiten. Die Aufbringung der notwendigen Eigenanteile für die Finanzierung erfolgte durch beide kommunalen Ebenen.

2. Aufbauphase

Die Gewinnung von Ärzt*innen ist ein zentrales Thema für die Aufbauphase. Um an Mediziner*innen, die kurz vor der Phase der Niederlassung als Hausärzt*in sind, heranzutreten, haben die Modellprojekte und die Geschäftsstelle Regionale Versorgungszentren mit dem Kompetenzzentrum zur Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin Niedersachsen (KANN) zusammengearbeitet. Langfristig ist es sinnvoll, sich auch in der Weiterbildung zu engagieren, um medizinische Nachwuchskräfte zu gewinnen. Die im MVZ tätigen Ärzt*innen sollten also über eine Weiterbildungsgenehmigung verfügen.

Die Einbindung von Teleangeboten ist in den Modellprojekten von Anfang mit bedacht worden – seien es Angebote für den Austausch zwischen Ärzt*in und Patient*in, zwischen Ärzt*innen untereinander, zwischen Ärzt*in und zum Beispiel Pflegeeinrichtungen oder etwa Angebote im Bereich Medizin oder im Bereich Pflege. In diesem Bereich gibt es viele eigene Modellprojekte, auf deren Erfahrungen gegebenenfalls zurückgegriffen werden kann.¹⁴ Der Kreis der Leistungen, die regulär über die Krankenkassen abgerechnet werden können, ist demgegenüber kleiner, bietet aber bereits heute einige Möglichkeiten. Auch zu entsprechenden Fragen bietet es sich an, die KVN-Bezirksgeschäftsstelle zu kontaktieren. In den laufenden Projekten wird letztlich die konkrete Festlegung dessen, was umgesetzt werden soll, erst mit den einzubindenden Ärzt*innen getroffen, um auf deren Wünsche und Anregungen eingehen zu können. Allerdings sollten Teleangebote bereits bei der Planung der Ausstattungsanschaffung berücksichtigt werden.

¹³ Eine Hilfestellung kann der im MB betreute Daseinsvorsorgeatlas Niedersachsen als digitales Werkzeug für Träger*innen der öffentlichen Planung bieten. Er enthält die Standortdaten von Einrichtungen der Daseinsvorsorge und verknüpft sie mit einem Erreichbarkeitsmodell für verschiedene Verkehrsträger. Damit bietet er für Kommunen und Regionen eine niedrigschwellige Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Standorten.

¹⁴ Im Projektnetzwerk ländliche Räume finden sich Projekte z. B. zum Thema Telemedizin oder Telepflege unter <https://www.projektnetzwerk-niedersachsen.de/>. Auch unter dem Stichwort MVZ findet sich dort ein Projekt.

VI. Ansprechpartner*innen – Wen kann ich fragen?

Das Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung hat eine Geschäftsstelle für die Regionalen Versorgungszentren zur Betreuung der Modellprojekte bis Ende 2023 eingerichtet.

Die Geschäftsstelle ist zu erreichen unter der Telefonnummer 0511/120-9722 oder per Mail unter Versorgungszentren@mb.niedersachsen.de.

Für die ZILE-Förderung stehen Ihnen die vier Ämter für Regionale Landesentwicklung in Oldenburg, Lüneburg, Hildesheim und Braunschweig beratend zur Seite. Bitte nutzen Sie für die Ansprechpartner*innen die Internetseiten www.arl-we.niedersachsen.de, www.arl-lq.niedersachsen.de, www.arl-lw.niedersachsen.de, www.arl-bs.niedersachsen.de.

Anlage: Übersicht über mögliche förderfähige Kosten

Kommune/Ort i.S.d. ZILE-RL mit unter 10.000 Einwohner*innen (oder Wirkung nahezu ausschl. im umgebenden ländlichen Raum)		
Kostenpunkt	förderfähig aus ZILE (ggf. i.V.m. Kofi-RL)	nicht förderfähig aus ZILE
Konzept/Voruntersuchung/Machbarkeitsanalyse	x	
Personalkosten (z. B. begleitendes Projektmanagement)		x
Umbau/Innenausbau vorhandener Gebäude	x	
Neubau	x	
Erwerb bebauter Grundstücke	x	
Externe Bauleitung und Planungskosten	x	
Mietkosten/Baukostenzuschuss		x
Ausstattung		x
Hardware/EDV	x	
Praxiskauf		x
Mobilitätskonzepte/-anschaffungen/-dienstleistungen	x	
Kommune mit über 10.000 Einwohner*innen ohne Förderfähigkeit aus der ZILE-RL		
Kostenpunkt	förderfähig aus Zukunftsräume	nicht förderfähig aus Zukunftsräume
Konzept für Projekte im Zusammenhang mit einem RVZ	x	
Projekte zum Thema Gesundheit und Daseinsvorsorge im Zusammenhang mit einem RVZ	x	
Unabhängig von der Größe der Kommune		
Prüfung möglicher Zuschüsse der KVN für den jeweiligen hausärztlichen Planungsbezirk bei Gründung eines MVZ.		