

Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen zur Gewährleistung der Daseinsvorsorge – Evaluation der Umsetzung

Im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes-
und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung

Rabea Bieckmann M.A.

Prof. Dr. Rolf G. Heinze

InWIS Forschung und Beratung GmbH

Springorumallee 20a

44795 Bochum

Tel.: 0234 - 890 34-0

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.

Inhalt

1. Einführung	4
2. Regionale Versorgungszentren als Antwort auf ambulante Versorgungsdefizite im ländlichen Raum	7
3. Ablauf der Evaluierung und Projektverortung	13
4. Erste Ergebnisse zur Gestaltungspraxis und Wirkungsbeiträgen der Vorhaben zu den Zielen des Modellprojekts RVZ	16
4.1. (Haus-)Ärztliche Versorgung	16
4.2. Angebote der Daseinsvorsorge	19
4.3. Außen- und Mitwirkung: Bekanntheit der Projekte und Engagement von BürgerInnen.....	21
4.4. Förderpraxis und zentrale Herausforderungen	24
5. Ausblick	29
6. Literatur	33
Anhang	37

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Idealtypischer Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)	5
Abbildung 2: Geographische Verortung der Modellprojekte	14
Abbildung 3: Zentrale Schlussfolgerungen zur (haus-)ärztlichen Versorgung in den MVZ/RVZ.....	19
Abbildung 4: Zentrale Schlussfolgerungen für die Entwicklung der Daseinsvorsorgeangebote in RVZ.....	21
Abbildung 5: Zentrale Schlussfolgerungen zur Unterstützung der Außen- und Mitwirkung in RVZ.....	24
Abbildung 6: Zentrale Schlussfolgerungen zu den Herausforderungen bei der Projektumsetzung	28

1. Einführung

Die öffentliche Debatte um eine funktionierende öffentliche Infrastruktur und eine zukunftsfähige regionale Daseinsvorsorge hat in letzter Zeit wieder an Gewicht gewonnen. Eine bedarfsgerechte Infrastruktur bestimmt zentral die Lebenssituation zahlreicher Menschen, die gerade in ländlichen und schrumpfenden Regionen auf eine funktionierende medizinische und pflegerische Versorgung angewiesen sind. Insbesondere der steigende Anteil der älteren und hochaltrigen Bevölkerung geht mit spezifischen Bedarfen einher und führt zu einer wachsenden Nachfrage nach einer medizinischen Versorgung vor Ort. Diese Aussage gilt über die älter werdende Bevölkerung hinaus für mehrere soziale Gruppen, die möglichst kurze Wege zu den zentralen medizinischen Einrichtungen haben möchten. Die wohnortnahe Gesundheitsversorgung (insbesondere mit Blick auf HausärztInnen mit ihrer Beratungs- und Vernetzungsfunktion) gilt deshalb als wichtiger Baustein jeder Daseinsvorsorgestrategie.

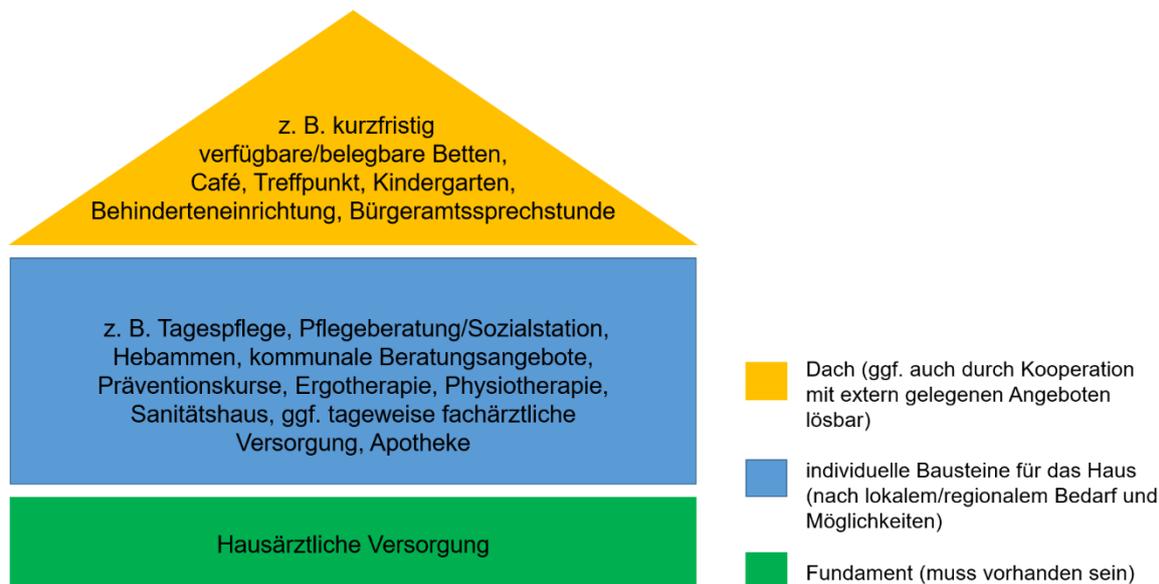
Die Brisanz des Themas wird durch den demografischen Wandel und die Alterung der Bevölkerung verstärkt. Aufgrund dieser Entwicklung wird die Gruppe der hilfs- und pflegebedürftigen Menschen in den nächsten Jahren in Deutschland weiter ansteigen und es werden weitere Lücken in der medizinisch-pflegerischen Versorgung insbesondere in strukturschwachen, schrumpfenden ländlichen Regionen erwartet.

Vor diesem Hintergrund gehört die niedersächsische Landesregierung und konkret das Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung zu den ersten Bundesländern, die auf lokaler Ebene Zentren der regionalen Daseinsvorsorge, die Regionalen Versorgungszentren (RVZ), fördern. Ein wesentlicher Baustein ist die Schaffung Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) für die hausärztliche Versorgung, welche sich in kommunaler Trägerschaft befinden. Hinzu kommen Angebote verschiedener Dienstleistungen und Apotheken, Physio- und ErgotherapeutInnen oder Hebammen etc., Beratungsangebote oder Begegnungsmöglichkeiten. Bei dem Aufbau der RVZ geht es darum, die medizinischen Angebote (kommunales MVZ) und die Angebote der Daseinsvorsorge unter einem Dach zu bündeln (RVZ). Damit soll die hausärztliche Versorgung gesichert werden und gleichzeitig ein gut erreichbarer sozialer Ort mit vielfältigen Angeboten geschaffen werden, der als Anlaufstelle für die BürgerInnen dienen kann und den Standort stärkt (vgl. die Beiträge in Lange 2022).

Ein idealtypischer Aufbau eines RVZ ist in Abbildung 1 zu sehen. Die hausärztliche Versorgung in Form des kommunalen MVZ bildet hier die Basis eines jeden RVZ und stellt die (Förder-)Voraussetzung für die Projekte dar. Die individuellen Bausteine werden jeweils auf die regionalen Bedarfe und auch lokalen Voraussetzungen abgestimmt und können von einem fachärztlichen Angebot bis hin zu Beratungsangeboten oder einer Tagespflege reichen. RVZ sind Orte der Begegnung. Daher sollten die kommunalen und medizinischen Angebote durch z.B. ein Café oder Multifunktionsräume, die von Vereinen oder Selbsthilfegruppen nutzbar sind, ergänzt werden. Hier sind auch externe Kooperationen möglich. Dieser Aufbau verdeutlicht, dass den Regionen, neben der Möglichkeit der individuellen Ausgestaltung „eine klare Zielrichtung und einen Rahmen“ (Wunderling-Weilbier 2022, 16) an die Hand gegeben wurde. Es hat sich gezeigt, dass die Ausgestaltung der

Angebote in den RVZ in Niedersachsen mit einer großen Bandbreite umgesetzt wurde, was auf verschiedene Ausgangslagen der Regionen und Herausforderungen im Projektverkauf zurückzuführen ist.

Abbildung 1: Idealtypischer Aufbau eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)



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

Mit der Förderung des Landes Niedersachsen konnte im Jahr 2023 bereits das fünfte RVZ eröffnet werden. Darunter die Modellvorhaben in den Landkreisen (LK) Cuxhaven (Gemeinde Wurster Nordseeküste) und Wesermarsch (Stadt Nordenham) sowie in der Region Leinebergland (Stadt Alfeld), im LK Schaumburg (Gemeinde Auetal) und im LK Wolfenbüttel (Samtgemeinde Baddeckenstedt). Mit einer Förderquote von 95 Prozent und ca. 1,2-1,5 Millionen Euro Landesmitteln pro Standort wurde so die Möglichkeit gegeben, von der Konzepterstellung bis hin zur Ausstattung der Objekte zu denken (vgl. Hendricks 2022, 13) und je nach Ausgangssituation vor Ort auf Beratungsleistungen zurückzugreifen oder auch Grundstücke zu kaufen.

Die Planung und der Aufbau der Projekte wurde bereits begleitend durch das InWIS Institut evaluiert. Die ersten Ergebnisse der Evaluation wurden im Juni 2022 veröffentlicht.¹ Zum Zeitpunkt der letzten wissenschaftlichen Betrachtung wurden bereits erste Gesellschaften gegründet, Gebäude wurden gefunden und Neu- und Umbaumaßnahmen wurden durchgeführt. Zudem waren in manchen Projekten bereits Zusagen von ÄrztInnen vorhanden – in anderen Projekten standen diese noch aus. Seitdem hat sich einiges getan und in allen RVZ wurde der Betrieb aufgenommen. Bereits im Jahr 2022 wurde deutlich, dass die Projekte vor ganz unterschiedlichen Herausforderungen stehen. Mit der Fortführung der Evaluation soll nun der weitere Verlauf der Modellphase betrachtet werden, um die Prozesse zu erfassen, die sich seit oder mit der Eröffnung der RVZ ergeben haben. Zudem soll auch erhoben werden, wie die Angebote des kommunalen MVZ sowie

¹ Der Bericht wurde auf der Homepage des Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung veröffentlicht: <https://www.mb.niedersachsen.de/download/192144>.

des RVZ von den BürgerInnen angenommen werden und ob bzw. in welchem Umfang sie sich einbringen können und wollen.

Im weiteren Verlauf dieses Berichtes wird zunächst allgemein auf die Regionalen Versorgungszentren im Kontext der Diskurse um eine erweiterte kommunale Daseinsvorsorge eingegangen. Bereits hier werden erste zentrale Themen (u. a. Zuständigkeiten der Kommunen oder Mangel von ÄrztInnen) sichtbar, die auch bei der Evaluation der Modellprojekte von Bedeutung sind (Kapitel 2). In Kapitel 3 erfolgt die Vorstellung des Evaluationskonzeptes und die Verortung der fünf Projekte. Kapitel 4 enthält die Ergebnisse der Evaluation und Kapitel 5 enthält ein Resümee sowie einen Ausblick.

2. Regionale Versorgungszentren als Antwort auf ambulante Versorgungsdefizite im ländlichen Raum

Die Debatte um eine zukunftsfähige gesundheitliche Versorgung vor Ort hat sich inzwischen nicht nur in Niedersachsen in allen Regionen ausgeweitet. Insbesondere gilt dies für ländliche Regionen, wo in immer mehr Kommunen ein HausärztInnenmangel beklagt wird. Um die hausärztliche Versorgung und Angebote der regionalen Daseinsvorsorge hier zu sichern, gibt es verschiedene Ansätze, welche derzeit erprobt und ausgebaut werden. Neben der Umsetzung des Modellvorhabens RVZ in Niedersachsen, ist es deshalb für eine Gesamteinordnung sinnvoll zu schauen, welche weiteren Möglichkeiten es gibt, Infrastrukturen der Daseinsvorsorge zu sichern und vor welchen Herausforderungen und Lösungsansätzen auch andere Bundesländer und Kommunen stehen (vgl. hierzu aktuell die Beiträge in Lange et al. 2024).

Konsens besteht in den Debatten um eine zukunftsfähige medizinische Versorgung vor Ort, dass diese unabhängig von den noch immer bestehenden Fragmentierungen im Gesundheitssystem dort geleistet werden soll, wo sie gebraucht wird. In diesem Kontext haben beispielsweise – angeregt u. a. durch die Robert Bosch Stiftung – lokale Gesundheitszentren (PORT-Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) an Bedeutung gewonnen, „die

- auf den regionalen Bedarf abgestimmt sind,
- eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ anbieten und stetig weiterentwickeln,
- den Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung unterstützen,
- multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe voraussetzen,
- neue Potenziale der Digitalisierung nutzen,
- Prävention und Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerische Versorgung über eine gute kommunale Einbindung verknüpfen“ (Klapper 2018, 47; vgl. auch Hämel/Gerlinger 2023 und Cichon 2023).

Wenn auch unterschiedliche Begrifflichkeiten und Organisationsstrukturen unübersehbar sind, hat sich in den letzten Jahren der Fokus eindeutig in Richtung einer lokal integrierenden gesundheitspolitischen Strategie weiter konkretisiert. Wir haben bereits in unserer Evaluation auf diesen, die fragmentierte Gesundheitsversorgung überwindenden Trend in den Kommunen hingewiesen – der auch von der Expertenkommission „Niedersachsen 2030“ empfohlen wird und von wissenschaftlicher Seite ebenfalls. „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; vgl. auch die Beiträge in Waldenberger et al. 2022).

Kommunal organisierte medizinische Versorgungszentren wurden auch in anderen Bundesländern in den letzten Jahren gegründet; bspw. in Bayern², Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Zunehmend richtet sich in allen Regionen der Fokus auf MVZ in gemeinnütziger Trägerschaft, seien es kommunale oder genossenschaftlich organisierte.³ Bundesweit liegt die Zahl der kommunal betriebenen MVZ aber noch unter 50, allerdings sind viele Kommunen in der Prüfphase, ob ein kommunal organisiertes MVZ ein Weg sein kann, um die hausärztliche Versorgung abzusichern. Inzwischen wird der Aufbau von regionalen Gesundheitszentren auch von Krankenkassen unterstützt, etwa vom Verband der Ersatzkassen (vdek) (vgl. von Maydell/Janssen 2024).

Bis Ende 2024 will der Hausärztinnen- und Hausärzteverband Nordrhein vier genossenschaftlich organisierte MVZ in den ländlichen Gebieten Nordrheins einrichten. Bundesweit liegt die Zahl der kommunal betriebenen MVZ aber noch unter 50, allerdings sind viele Kommunen in der Prüfphase, ob ein kommunal organisiertes MVZ ein Weg sein kann, um die hausärztliche Versorgung abzusichern. Inzwischen wird der Aufbau von regionalen Gesundheitszentren auch von Krankenkassen unterstützt, etwa vom Verband der Ersatzkassen (vdek) (vgl. von Maydell/Janssen 2024).

Hintergrund für das gewachsene Interesse an kommunalen RVZ und MVZ ist einerseits der demografische Wandel mit einer alternden Bevölkerung und Nachfrage nach medizinischen Angeboten vor Ort und damit verknüpft die zurückgehende Zahl an HausärztInnen gerade in manchen ländlichen Regionen. Diese Lücke wird immer größer, weil sich auch das Selbstverständnis der HausärztInnen gewandelt hat: nicht mehr die 60-Stunden-Woche ist das Leitbild, sondern gerade junge ÄrztInnen legen Wert auf eine Work-Life-Balance und sind stärker an Teilzeitbeschäftigung interessiert. Dies zeigt sich auch an den neuesten Gesundheitsdaten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die zwar einen leichten Anstieg der Anzahl der ÄrztInnen aufzeigen, sich dieser aber durch vermehrte Teilzeittätigkeiten nur in einem marginalen Plus der Kapazitäten niederschlagen (vgl. KBV 2023). In der Konsequenz könnte dies in einigen Regionen zur Unterversorgung und manchmal sogar zum Kollaps der medizinischen Versorgung in einzelnen Kommunen führen. Obwohl der ÄrztInnenmangel in ländlichen Gebieten schon länger bekannt ist, hat sich die Situation bislang kaum verändert, zumal die eingeleiteten Maßnahmen (etwa eine Landarztquote für Studierende) erst nach über zehn Jahren wirken und auch andere Förderprogramme für besonders betroffene Kommunen noch keine Trendwende einleiten konnten. „Die staatliche Bedarfs- und Versorgungsplanung im Rahmen kollektiver Selbstregulierung gerät an ihre Grenzen, zumindest findet sie keine adäquaten Antworten für die Versorgung aller in der Fläche. Zugleich erhöht sich der Druck auf die betroffenen strukturschwachen, vor allem ländlichen Kommunen, die Versorgungsprobleme zu bewältigen“ (Futterer 2022, 37). Deshalb werden auch die Hinweise auf eine drohende Unterversorgung in manchen Regionen Niedersachsens deutlicher: So

² Bayern fördert seit Anfang 2024 Kommunen, die mit Projekten eine wohnortnahe ärztliche Versorgung verbessern wollen (mit bis zu 150.000 Euro pro Kommune). Unterstützung erfahren u. a. Maßnahmen zur Gründung kommunaler medizinischer Versorgungszentren – auch um ein Gegengewicht zu investorengetragenen medizinischen Versorgungszentren zu etablieren.

³ Bspw. gilt dies für das im März 2024 vom Hausärzteverband gestartete genossenschaftlich betriebene MVZ in Velbert (Nordrhein-Westfalen) mit dem Namen „Genossenschaft HVPLUS eG“).

sieht bspw. die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN), die für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zuständig ist, die Entwicklung durchaus in einigen Kommunen als problematisch, weil sich die Zahl der HausärztInnen weiter verringern wird (vgl. Niedersächsisches Ärzteblatt 2024, 40).

Nach verschiedenen Angaben liegt die Zahl der unbesetzten Hausarztsitze derzeit bundesweit bei rd. 4.000 und dürfte bis 2030 auf deutlich über 11.000 anwachsen, was vor allem die ländlichen Räume trifft, denn hier dominiert mit rund 90 Prozent die Einzelpraxis. In Deutschland wird die hausärztliche Versorgung nahezu vollständig von niedergelassenen ÄrztInnen getragen. Grundsätzlich ist sie auf einem hohen Niveau, allerdings regional unterschiedlich und dies gilt explizit für das Bundesland Niedersachsen. Während es in städtisch geprägten Regionen (insbesondere in den Ballungszentren) zumeist keine Versorgungsprobleme gibt, trifft dies für schrumpfende ländliche Räume zunehmend deutlich zu. Hervorzuheben sind aber auch die kleinräumigen Unterschiede innerhalb einer Region. Da bis zum Jahr 2030 bundesweit eine Vielzahl an AllgemeinmedizinerInnen fehlen werden, werden nicht nur in niedersächsischen Kommunen neue Versorgungsstrukturen benötigt – die bislang eingeleiteten Maßnahmen werden nicht ausreichen. Bereits Mitte 2023 waren in Niedersachsen vor allem in ländlichen Regionen 523 Hausarztpraxen unbesetzt (KVN-Pressemitteilung vom 24.02.2024). Die Anzahl der HausärztInnen in Niedersachsen wird von bislang über 5.200 auf ca. 3.750 im Jahr 2035 sinken (vgl. Niedersächsisches Ärzteblatt 2024, 40). Und auch die von der Landesregierung eingeführte Landarztquote werde die Situation kurzfristig nicht verbessern (erst nach 2035 sei mit spürbaren Effekten zu rechnen) – so die übereinstimmende Meinung (auch der KVN).

Viele HausärztInnen in ländlichen Regionen scheiden zudem in den nächsten Jahren aus Altersgründen aus und bereits heute gibt es Schwierigkeiten, NachfolgerInnen zu finden. Stellt man die jährlichen Gebietsanerkennungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin den jährlichen Praxisaufgaben gegenüber, so ergibt sich schon daraus ein rechnerisches Defizit von jährlich über 1.000 qualifizierten HausärztInnen in Niedersachsen (vgl. KVN 2021, 26). Deshalb gewinnt die Diskussion um kommunale medizinische Versorgungszentren an Bedeutung, denn eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung wird explizit von der Bevölkerung gewünscht. Dies spüren insbesondere die kommunalen PolitikerInnen und die Verwaltung vor Ort. Schon heute zeigen sich bei den niedergelassenen HausärztInnen insbesondere in ländlichen Regionen deutlich spürbare Versorgungslücken (vgl. InWIS 2022). Diese werden größer, weil nicht nur viele ÄrztInnen vor dem Ruhestand stehen und die Bereitschaft der nachrückenden Jüngeren, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen, gering ist. Hinzukommen kommen die durch die Alterung der Bevölkerung steigenden Krankheitshäufigkeiten und die Zunahme komplexerer Krankheitsbilder. Diese nüchterne Kurzanalyse ist jedoch alles andere als neu, denn bereits vor einigen Jahren wurde explizit auf die wachsenden Versorgungslücken im hausärztlichen Bereich hingewiesen, u. a. im Siebten Altenbericht der Bundesregierung (vgl. BMFSFJ 2016, 166).

Vor dem Hintergrund der ohnehin in letzter Zeit verstärkten Diskussion um die Sicherstellung der Daseinsvorsorge in den Kommunen stellt sich nun auch explizit die Frage nach der Verantwortung für die hausärztliche Ver-

sorgung (vgl. u. a. Bäcker et al. 2020, 700 ff., Barjenbruch 2022 und Kamlage 2022). Rechtlich ist die Situation klar: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind mit einem Vertretungsmonopol gegenüber den Krankenkassen rechtlich ausgestattet und haben per Gesetz den Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung.⁴ Damit ist aber auch die Verpflichtung verbunden, für alle Bereiche eines KV-Bezirks eine ausreichende vertragsärztliche Versorgung zu liefern. Grundlage hierfür ist die Bedarfsplanung. Zusätzlich fördert die KV Niederlassungen, insbesondere in ländlichen Bereichen. Diese Förderungen sind allein aber nicht ausreichend, um sich niederzulassen. Daher wäre es erstrebenswert, wenn KV und Kommunen noch mehr in den Austausch gehen, um gemeinsam entsprechend der Bedarfsplanung zu schauen, welche Anreize für eine Niederlassung im ländlichen Bereich nötig sind. Durch die verschiedenen Förderprogramme für angehende HausärztInnen kann nicht überall der Bedarf gedeckt werden und nur durch gemeinsames Handeln ist eine regionale Weiterentwicklung möglich. Deshalb machen sich in den letzten Jahren gemeinnützige Träger und insbesondere Kommunen auf den Weg, aktiv die medizinische Versorgung vor Ort dadurch zu verbessern, dass sie kommunale MVZ gründen.

Auch wenn sich bislang noch in manchen Kommunen Zufriedenheit mit der Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit mit HausärztInnen zeigt, werden die Sorgen in immer mehr Kommunen spürbarer und auch öffentlich kommuniziert. Deshalb wird in verschiedenen Bundesländern der politische Fokus auf eine regional differenzierte Versorgungsstrategie gerichtet. Mit den RVZ stellt das Land Niedersachsen den Kommunen eine Möglichkeit der regionalen Weiterentwicklung zur Verfügung, um sich dem Thema im Kontext der spezifischen Bedarfe vor Ort zu nähern. Eine wohnortnahe Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Ziel jeder Daseinsvorsorgestrategie und wenn auch die letztendliche Verantwortung für die Arztstühle bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, wird die Kommunalpolitik und -verwaltung mit diesen Problemen direkt von der Bevölkerung angesprochen. Da viele Menschen schon lange an ihrem Wohnort leben und sich in Deutschland eine gewisse „Sesshaftigkeit“ feststellen lässt, ist die ärztliche Versorgung vor Ort ein großes Thema, das alle Bevölkerungsgruppen (nicht nur die Älteren, die eher gesundheitliche Probleme haben) betrifft. Rund 80 Prozent aller Deutschen und sogar 90 Prozent der Über-65-Jährigen wohnen schon länger als fünf Jahre in ihrem Quartier bzw. dörflichen Gemeinschaft und erwarten von der Politik, dass die ärztliche Versorgung gesichert bleibt und ggf. öffentliche Formen der Daseinsvorsorge auch im medizinisch-pflegerischen Bereich bereitgehalten werden (vgl. u. a. Figenwald et al. 2023). Es ist deshalb zu einer wichtigen Aufgabe geworden, im Sinne der Daseinsvorsorge den öffentlichen Raum so zu gestalten, dass eine bedarfsgerechte Versorgung (gerade auch im medizinisch-pflegerischen Bereich) sichergestellt ist.

Gefragt sind nicht nur temporäre Förderungen und Leuchtturmprojekte, sondern eine Regelversorgung. Da es nicht in allen Fällen gelungen ist, eine adäquate hausärztliche Versorgung anzubieten und zugleich die Kommunalvertreter immer stärker von den BürgerInnen in die (moralische und politische) Pflicht genommen werden, die Versorgung sicherzustellen, kommt schon seit einiger Zeit den Ländern und Kommunen eine entscheidende Rolle in dieser Frage zu. Die Situation für die Kommunen erschwert sich

⁴ Vgl. zur Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen zwischen rechtlicher Aufgabenerfüllung und Interessenvertretung Schillen/Kaiser 2018.

dadurch, dass die medizinische Versorgung nicht zu den eigenen Pflichtaufgaben zählt und auch keine Expertise in diesem Handlungsfeld gesammelt werden konnte. Dies geschieht nicht selten vor dem Hintergrund begrenzter finanzieller Ressourcen (die kommunalen Aufgaben sind angewachsen), welche die Handlungsspielräume der politischen AkteurlInnen einschränken. Die traditionell eher geringe Bereitschaft für eine kommunale Trägerschaft dreht sich allerdings in den letzten Jahren mit zunehmender Geschwindigkeit. „Immer mehr Bürgermeister:innen übernehmen notgedrungen die Aufgabe, die Infrastruktur für eine zukunftsgemäße medizinische Versorgung vor Ort zu unterstützen“ (Becker 2021, 23). Diese Fokussierung auf Kommunen als Träger von MVZ erhöht sicherlich den Status der in Niedersachsen eingeführten RVZ.

Um die Zusammenarbeit effektiv zu gestalten, müssen die Ressourcen der einzelnen Akteure genutzt und Synergien geschaffen werden. Dazu gehört ein effizienter Informationsaustausch, die Entwicklung gemeinsamer Ziele und auf Basis einer Bedarfsanalyse der möglichen Versorgungsdefizite die Umsetzung der geplanten Maßnahmen. Dies ist schon für die traditionelle kommunale Sozialpolitik eine große Herausforderung (vgl. Schroeder et al. 2023) und dies gilt umso mehr für die medizinische Versorgung vor Ort, die zudem noch durch das komplexe deutsche Honorierungs- und Abrechnungssystem im Gesundheitswesen geprägt ist. Um die Zusammenarbeit effektiv zu gestalten, ist ein anspruchsvolles Schnittstellenmanagement erforderlich. Dies beinhaltet neben der Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung die Kooperation und Vernetzung der Leistungsspektren vor Ort und zukünftig auch die Nutzung telemedizinischer Möglichkeiten.

Komplementär zu der in manchen Regionen immer drängender werdenden Frage nach einer niederschweligen Primärversorgung geht es bei den RVZ auch um den sozialen Zusammenhalt vor Ort, der in den letzten Jahren (nicht nur durch die Corona-Krise) gelitten hat (vgl. u. a. Kersten et al. 2019). Die tendenzielle Ausdünnung der sozialen Beziehungen führt bspw. für immer mehr Menschen in die Einsamkeit und obwohl verschiedene Gruppen in der Bevölkerung unterschiedlich stark von sozialer Isolation betroffen sind, wird übereinstimmend davon ausgegangen, dass die kommunale Ebene bei der Einsamkeitsbekämpfung eine zentrale Rolle spielt. Wer gegen Einsamkeit vorgehen möchte, braucht deshalb kleinteilige Ansätze und hier sind neben den Kommunen die sozialen Organisationen und das ehrenamtliche Engagement von großer Bedeutung. Diese Akteure agieren vor Ort und kennen die Lebenssituation der Menschen und insbesondere die von Einsamkeit betroffenen bzw. bedrohten Haushalte. In diesem Zusammenhang bietet das RVZ sog. "Shared Spaces", um sie als Instrumente der Kontaktmöglichkeiten verschiedener Bevölkerungsgruppen zu nutzen. Von einer breiten Nutzung der Räumlichkeiten kann auch wirtschaftlich profitiert werden, weil eine Reduktion von Fixkosten hierüber erzielt werden kann. Zugleich sind sie damit ein Hebel, der in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung aktiviert werden kann.

Die Nutzung von Synergieeffekten kann auch für die MVZ ein sinnvoller Weg sein, um dauerhaft erfolgreich agieren zu können. Inzwischen werden auch im Rahmen der Diskurse um eine Stärkung der gesundheitlichen Versorgung weitere Handlungsfelder in den Blick gerückt. Ein in den Medien beachtetes experimentelles Format sind Gesundheitskioske, die sich an verschiedenen Orten deutschlandweit ausbreiten (vgl. die Beiträge in

Lange/Hilbert 2023). Ziele sind Beratungs- und Kursangebote rund um die Themen Gesundheit und Pflege, Sport und Bewegung sowie Ernährung. Damit setzt der Gesundheitskiosk deutlich niederschwelliger an als die professionelle medizinische Versorgung; so werden neben vielfältigen Beratungs- und Präventionsangeboten u. a. telemedizinische Ansätze (z. B. Videosprechstunden) möglich gemacht sowie einfache medizinische Tätigkeiten wie Blutzucker- oder Blutdruckkontrollen ausgeführt. Allerdings sind die damit aufgeworfenen Fragen nach der Finanzierungstruktur und -verantwortung noch nicht hinreichend geklärt, sodass bislang nur an einzelnen Orten Gesundheitskioske gegründet wurden. Auf Bundesebene wird das Konzept der Gesundheitskioske aktuell nicht mehr verfolgt, allerdings sind die Ideen, die hinter diesem Konzept stehen, ein guter Ergänzungsprodukt für die RVZ.

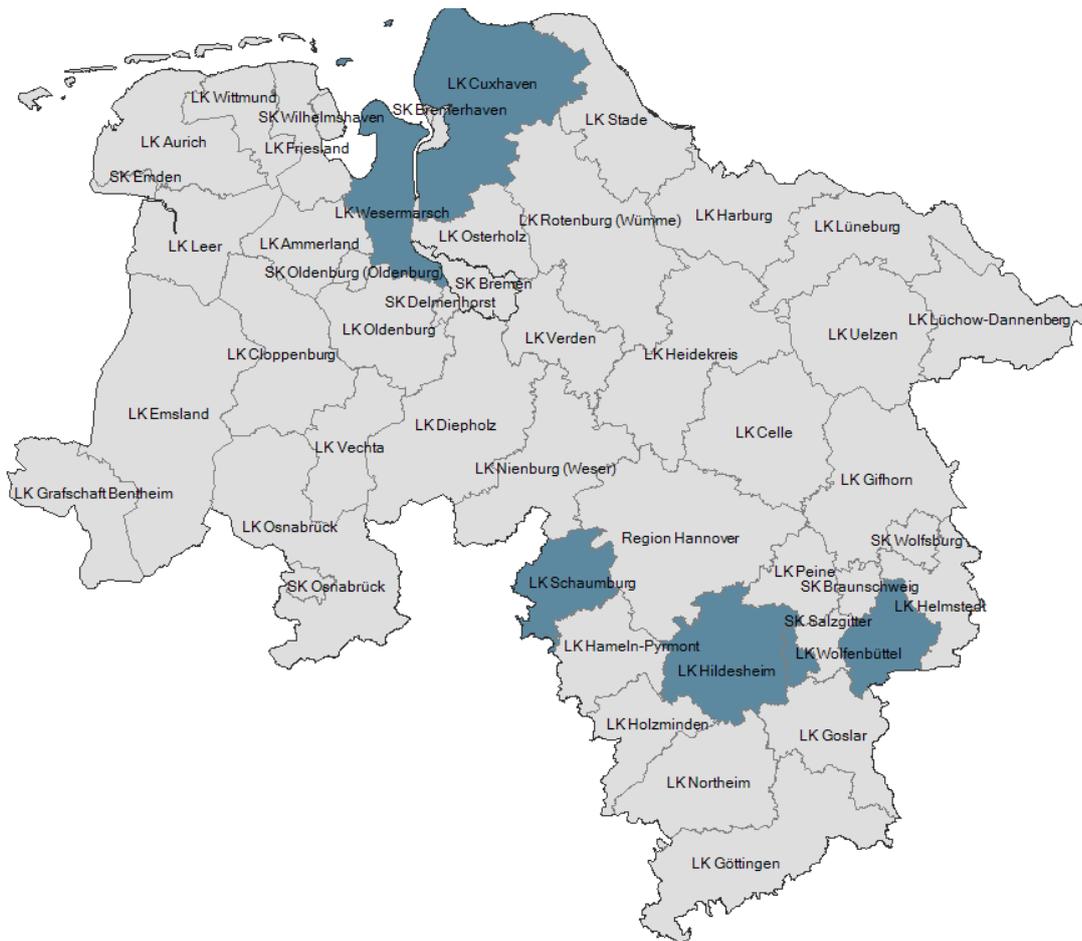
3. Ablauf der Evaluierung und Projektverortung

Die Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren wurde zum Start des Projektes im Jahr 2020 begonnen. Ziel war es, den Aufbau und die Umsetzung der Modellphase in den Modellstandorten Wurster Nordseeküste, Nordenham, Region Leinebergland, Auetal und Baddeckenstedt systematisch zu begleiten und zu bewerten. Die Standorte Nordholz, Nordenham und Alfeld erhielten ihre Förderbescheide im Dezember 2020. Auetal und Baddeckenstedt kamen 2021 dazu. Der erste Teil der Evaluation erstreckt sich auf die Jahre 2020 bis 2022 und wurde bereits veröffentlicht (vgl. InWIS 2022).

Zum Zeitpunkt der Fortführung der Evaluation Ende 2023 befinden sich alle fünf RVZ in Betrieb, sodass der Fokus nun vor allem auf den Erfahrungen seit der Eröffnung liegt. Dazu wurde zunächst eine Aktualisierung der Desktoprecherchen vorgenommen, Homepages und Presseartikel analysiert und aktuelle Fragestellungen abgeleitet. Anschließend wurden zentrale Akteure der Modellprojekte identifiziert und kontaktiert, um Interviews zum Stand der Vorhaben durchzuführen. Anhand eines zuvor erarbeiteten Leitfadens (siehe Anhang A) wurden so zunächst Gespräche mit den Projektverantwortlichen online geführt. Die für das Modellvorhaben zentralen Akteure unterscheiden sich je nach Projekt und reichen von den Geschäftsführungen, über die Bürgermeister bis hin zu VertreterInnen der Landkreise. Insgesamt wurden zehn Personen in den fünf Projekten befragt. Neben den Interviews mit den Projektverantwortlichen wurden zudem Gespräche mit der KVN, VertreterInnen des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebund sowie exemplarisch des Amtes für Regionale Landesentwicklung (ARL) Lüneburg und der Geschäftsstelle geführt (siehe Anhang B). Ein weiterer zentraler Bestandteil der Evaluation waren die Besuche der RVZ in den jeweiligen Kommunen. Da alle RVZ mittlerweile in Betrieb genommen wurden, fanden die Vor-Ort-Besuche aller fünf Standorte während der Öffnungszeiten statt. Nach Möglichkeit wurden diese Besuche durch weitere Gespräche (u. a. mit RVZ-ManagerInnen) vor Ort ergänzt (siehe Anhang C).

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, stehen die Modellvorhaben in der Gemeinde Wurster Nordseeküste (LK Cuxhaven) am Standort Nordholz, der Stadt Nordenham (LK Wesermarsch), der Stadt Alfeld (Leine) (Region Leinebergland e.V.), der Samtgemeinde Baddeckenstedt (LK Wolfenbüttel) und der Gemeinde Auetal (LK Schaumburg) im Fokus der Betrachtung. Die regionale Verortung ist in Abbildung 2 dargestellt.

Abbildung 2: Geographische Verortung der Modellprojekte



Quelle: Eigene Darstellung

Im Landkreis Cuxhaven ist das RVZ in der Ortschaft Nordholz in der Gemeinde Wurster Nordseeküste entstanden. 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. Das RVZ in der Wesermarsch wurde im nördlichen Teil des Landkreises in der Stadt Nordenham eröffnet. Das neue Versorgungsangebot soll neben der Stadt Nordenham auch die Versorgungsbedarfe der Gemeinde Butjadingen mit abdecken. 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. Im Landkreis Schaumburg wurde das RVZ in der Gemeinde Auetal, in der Ortschaft Rehren, eingerichtet. Rehren liegt inmitten der Gemeinde Auetal, wo sich auch der Sitz der Verwaltung befindet. Im Landkreis Wolfenbüttel wird das RVZ in der Samtgemeinde Baddeckenstedt eingerichtet, die westlich im Landkreis liegt.

In den betrachteten Regionen haben die Landkreise und Gemeinden in den meisten Fällen mit einer zunehmend alternden Bevölkerung umzugehen, welche auf eine defizitäre hausärztliche Versorgungslage treffen (vgl. Lan-

desamt für Statistik Niedersachsen 2021; InWIS 2022, S. 43 ff.). Die entsprechenden Prognosen und vorliegenden medizinischen Versorgungsangebote in den Gemeinden wurden im letzten Bericht ausführlich dargelegt. Ziel der Evaluation des zweiten Berichtes ist es demnach zu erfassen, welche Faktoren positiv oder negativ bei der Umsetzung der Projekte in den Kommunen eingeflossen sind und welche Themen dabei besonders herausfordernd waren. Wie haben sich die jeweiligen Standorte im Laufe des Aufbaus der RVZ entwickelt und was bedeutet das für die Regionen?

4. Erste Ergebnisse zur Gestaltungspraxis und Wirkungsbeiträgen der Vorhaben zu den Zielen des Modellprojekts RVZ

Seit der Vergabe der Förderbescheide und so auch dem Start der Evaluation der Modellphase hat sich viel getan. Standen bis Mitte 2022 vor allem Themen wie die zu leistende Bürgerschaft gegenüber KVN, Formen der Gesellschaften, die Gebäudesituation oder der Abgleich der zugrundeliegenden Ziele und Konzepte mit der geplanten Umsetzung im Fokus der Evaluation, haben sich die Schwerpunkte der Betrachtung seit der Eröffnung der RVZ nochmals verschoben.

Nach den Recherchen, den Interviews und Standortbegehungen haben sich vier Kernthemen als besonders relevant herausgestellt. Die (Haus-)Ärztliche Versorgung und somit auch die unterschiedlichen Herangehensweisen an die Suche von ÄrztInnen in den jeweiligen Regionen bleibt unverändert (4.1). Zudem wurden die Angebote der Daseinsvorsorge (4.2) in den jeweiligen Projekten unterschiedlich umgesetzt, weshalb sich eine vergleichende Betrachtung lohnt. Als weitere relevante Punkte wurden das Engagement von BürgerInnen und die Bekanntheit der Projekte (4.3) ausgemacht, da die Eröffnung der RVZ in allen Projekten mittlerweile eine Zeit zurückliegt. Themen wie die aktuelle Lage und Wirtschaftlichkeit der Projekte, der Prozess der Förderung und den Herausforderungen(4.4) sind insbesondere im Hinblick auf die künftige Entwicklung der Projekte und Ableitungen für mögliche folgende Förderungen relevant. Die folgenden Ergebnisse basieren auf den Desktoprecherchen und Aussagen der interviewten Projektverantwortlichen und der weiteren zentralen Akteure sowie den Standortbegehungen und ExpertInnengesprächen vor Ort.

Da es sich bei dieser Evaluation um eine rein qualitative Betrachtung handelt und insgesamt fünf Projekte in die Evaluation einbezogen wurden, müssen die jeweiligen Ergebnisse auch im Kontext der jeweiligen Bedingungen vor Ort gesehen werden. Zudem ist an dieser Stelle darauf hinzuweisen, dass die RVZ zwar allesamt eröffnet wurden, sich jedoch noch immer im weiteren Aufbau befinden und die derzeitigen Einschätzungen den Stand Frühjahr 2024 widerspiegeln.

4.1. (Haus-)Ärztliche Versorgung

Für die Kommunen waren die Suche sowie die Gewinnung von ÄrztInnen die größten Herausforderungen, weshalb diese unterschiedlich angegangen wurden. In manchen Kommunen wurde bereits vor dem Projekt ein guter Kontakt zu ansässigen ÄrztInnen gepflegt, weshalb hier die Kommunikation und der Zugang leichter möglich war, um ÄrztInnen von einer Tätigkeit im Rahmen des MVZ zu überzeugen. Andere Kommunen haben Vermittlungsagenturen beauftragt; zudem wurden die Stellen ausgeschrieben oder ÄrztInnen über persönliche Kontakte angesprochen. In den Interviews wurde mehrfach darauf verwiesen, dass eine sehr bedachte Kommunikation – auch nach außen – wichtig ist. Es soll nicht der Eindruck entstehen, dass Entscheidungen über bereits im Ort ansässige Praxen hinweg gefällt werden. Gleichzeitig sollen neue ÄrztInnen gewonnen und nicht aus den umliegenden Kommunen abgeworben werden.

In Nordholz gibt es mittlerweile vier angestellte HausärztInnen. Hier wurde berichtet, dass die Nachfrage, dort tätig zu sein, vergleichsweise hoch ist.⁵ Zudem gibt es unter dem Dach des RVZ eine Kinderarztpraxis, eine Gynäkologische Praxis sowie eine Praxis für Oralchirurgie. Auch eine Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) wurde ausgebildet und kann vor Ort zum Einsatz kommen. In Nordenham wurde ebenfalls mittlerweile eine hausärztliche Praxis im RVZ-Gebäude eröffnet. Hier wurden zwei Ärzte gefunden – weitere werden gesucht. In Alfeld sind momentan vier ÄrztInnen im kommunalen MVZ angestellt. Darüber hinaus wird eine Zweigpraxis mit drei Arztsitzen aufgebaut. In Auetal sind zwei ÄrztInnen tätig, wobei weitere gesucht werden. Zudem gibt es eine Praxis für Psychotherapie. Auch hier wird eine Zweigpraxis aufgebaut. In Baddeckenstedt wurde auf eine bestehende Praxis aufgebaut. Momentan sind drei ÄrztInnen im kommunalen MVZ tätig. Des Weiteren entsteht eine Zweigstelle in Burgdorf, wo der Umbau fast abgeschlossen ist. Die hausärztliche Versorgung wird für den Bereich Baddeckenstedt momentan als stabilisiert beschrieben.

Bei mehreren Projekten wurde darauf hingewiesen, dass die BürgerInnen Nachfrage nach einem Orthopäden haben. Es gab auch jeweils schon InteressentInnen und Gespräche. Laut KVN ist jedoch jeweils keine Möglichkeit gegeben, einen Sitz dafür zu genehmigen, was seitens der Kommunen z. T. als Hemmnis für die Weiterentwicklung der RVZ gesehen wird. Trotz Nachfrage vor Ort wurden die jeweiligen Arztsitze abgelehnt. Dies führt auch zu Folgewirkungen, da bspw. geplante Sanitätshäuser eine Ansiedlung ohne Orthopäden ablehnen. Teilweise wird auf die Konkurrenzsituation zwischen den Nachbarkommunen hingewiesen. Es besteht die Gefahr, dass medizinisches Personal untereinander abgeworben wird.

Insgesamt wird in mehreren Projekten darauf verwiesen, dass die Grundstruktur der MVZ funktioniert, die Wirtschaftlichkeit bisher jedoch nur selten gegeben ist. Dies führt in manchen Projekten zu großen Herausforderungen und wird als zentraler Aspekt für den künftigen Erfolg oder Misserfolg der Projekte eingeordnet. Ursprünglich war vorgesehen, dass die Überschüsse aus den MVZ die RVZ mitfinanzieren sollen. Dies ist bislang in keinem Projekt der Fall. Vielmehr sind die anfallenden Kosten (u. a. Honorare der ÄrztInnen, Fortbildungen usw.) höher als erwartet und die Einnahmen niedriger. Fast überall wird darauf gehofft, Abrechnungen künftig optimieren zu können, damit das MVZ langfristig wirtschaftlich arbeiten kann.

Ein oft gehörter Vorschlag war deshalb, dass die Geschäftsführungen noch stärker in den Austausch kommen sollen. Der fand zwar schon statt – durch die unterschiedlichen Zeitpläne und Voraussetzungen aber z. T. nur unregelmäßig. Heute kann man bereits auf Erfahrungswerte seit den Eröffnungen zurückgreifen und insbesondere bei finanziellen Fragen (wie bspw. Abrechnungen) Lösungsansätze austauschen und sollte den Austausch wieder intensivieren. An dieser Stelle könnte die Geschäftsstelle der Versorgungszentren weiter eine zentrale Rolle einnehmen und beratend sowie koordinierend tätig werden.

Ein Vorteil ist in Projekten gegeben, in denen eine bestehende Praxis übernommen wurde und damit auch die organisatorischen Kompetenzen. Hier

⁵ Das RVZ Nordholz profitiert von einem doppelten Standortfaktor, insofern als dass das RVZ in einer Urlaubsregion liegt und auch das Gebäude inklusive der Praxisräume und der infrastrukturellen Anbindung überzeugt.

gibt es bereits einen PatientInnenstamm, auf den aufgebaut werden kann. Neu gegründete Praxen haben hier einen schwierigeren Start. Es hat sich gezeigt, dass die Honorarverhandlungen der Geschäftsführungen mit den ÄrztInnen gelernt werden müssen. Hier bedarf es einiger Erfahrungen, die in den Kommunen nicht per se gegeben sind. Ggf. könnte die KVN ihr Beratungsangebot diesbezüglich weiter ausbauen, um so gezielt auf die Bedarfe der Kommunen eingehen zu können. Da die Kommunen zumeist von den ÄrztInnen abhängig sind, haben sie von vorherein eine schwierige Verhandlungsposition. Der ursprüngliche Gedanke, vor allem junge Ärztinnen zu gewinnen, wurde nur teilweise weiterverfolgt. Derzeit werden tendenziell ältere ÄrztInnen gewonnen. Der Vorteil dabei ist, dass hier auf einen großen Erfahrungsschatz zurückgegriffen werden kann.

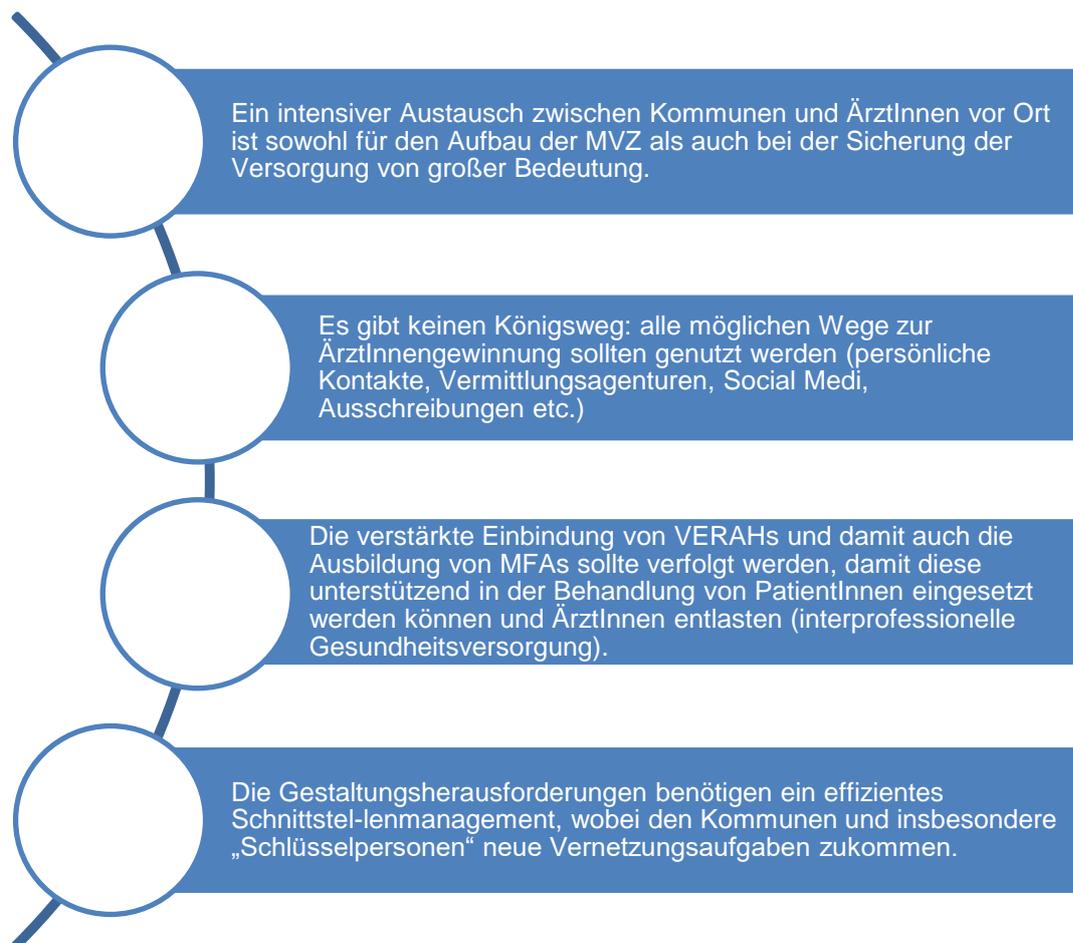
In manchen Projekten sind VERAHs in den Praxen tätig oder werden gerade gesucht. Ähnlich wie bei den ÄrztInnen ist jedoch auch das medizinische Fachpersonal rar. Trotzdem werden VERAHs von allen Beteiligten als positiv und wünschenswert wahrgenommen, sodass hier ein Ausbau des Angebotes gewünscht wird.

Es lässt sich festhalten, dass trotz z. T. großer Schwierigkeiten es allen Projekten gelungen ist, ÄrztInnen für eine Anstellung im kommunalen MVZ zu gewinnen. Neben den Praxen vor Ort werden zudem in mehreren Projekten Zweigpraxen angestrebt. Bis auf das Projekt an der Wurster Nordseeküste, wo eine Art Sogwirkung entstanden ist, suchen die Projekte weiter nach ÄrztInnen, auch weil die bislang Tätigen vergleichsweise fortgeschrittenen Alters sind.

Für mehrere ÄrztInnen sei es ein Pro-Argument, sich kommunal anstellen zu lassen, da sie geregelte Arbeitszeiten haben und weniger Verwaltungsaufgaben oder Abrechnungstätigkeiten wahrnehmen wollen. Sofern der oder die angestellte ÄrztIn nicht die medizinische Leitung des MVZ übernimmt, ist dies auch zutreffend. Dies kann insofern aber zu Herausforderungen führen, als dass selbstständig geführte Praxen häufig „wirtschaftlicher“ arbeiten, da die ÄrztInnen mehr Überstunden machen. Es wird darauf verwiesen, dass in den kommunalen RVZ eben keine „Selbstausschöpfung“ der ÄrztInnen stattfindet, was sich jedoch in der Wirtschaftlichkeit der MVZ widerspiegeln kann. Da der Trend zu mehr Teilzeitarbeit auch bei HausärztInnen weiter anhält (vgl. KBV 2023) könnten die kommunalen MVZ davon auch profitieren, weil sie die geänderten Arbeitszeitpräferenzen zumindest strukturell besser bedienen können. In allen Gesprächen wurde darauf hingewiesen, dass die Zeiten der Landarztidylle vorbei sind und die neuen Präferenzen hinsichtlich einer veränderten „Work-Life-Balance“ gut zu den Organisationsstrukturen der RVZ passen.

Folgende Aspekte haben sich für die Sicherung der hausärztlichen Versorgung bei der Umsetzung der Projekte als besonders prägend herausgestellt:

Abbildung 3: Zentrale Schlussfolgerungen zur (haus-)ärztlichen Versorgung in den MVZ/RVZ



Quelle: Eigene Darstellung

4.2. Angebote der Daseinsvorsorge

Neben der notwendigen Basis (MVZ) werden die RVZ mit Angeboten der Daseinsvorsorge ausgestattet, die je nach individuellen Bedarfen und Möglichkeiten der Kommunen ausgestaltet werden. Dieser Baustein wurde in den Kommunen sehr unterschiedlich priorisiert und umgesetzt.

Die Angebote der Daseinsvorsorge im RVZ Wurster Nordseeküste sind sehr vielfältig und reichen von einer Tagespflege bis hin zu einem Café. Zudem gibt es eine Physiotherapiepraxis und es ist eine Psychologische Psychotherapeutin angesiedelt, genauso wie eine Ergotherapeutin. Derzeit wird auch ein Raum fertig gestellt, der von Vereinen genutzt werden kann. Gegenüber dem Gebäude befindet sich eine Apotheke. Zudem ist es gelungen, Fördermittel zu akquirieren, um ein Demenzstützpunkt aufzubauen. Bei dem RVZ Wesermarsch Nord wurde viel Kraft darauf verwendet, ÄrztInnen zu finden, weshalb die weiteren Angebote als nachrangig betrachtet wurden. Es gibt hier jedoch eine Hebammenpraxis, eine Betreuungsstelle für Menschen mit körperlicher, geistiger und seelischer Behinderung. Zudem ist ein Pflegestützpunkt angeschlossen. Ein Treffpunkt oder Räumlichkeiten zur Nutzung von Vereinen wird hier nicht angestrebt, da diese an anderen Stellen im Ort bereits vorhanden sind.

Das RVZ Leinebergland hat bewusst einen Fokus auf die Stärkung der medizinischen Versorgung gesetzt. Neben dem MVZ gibt es eine Apotheke und eine Psychotherapiepraxis, wobei diese bislang noch nicht belegt ist. Hinzu kommt ein flexibler Besprechungsraum, der z. B. von der Agentur für Arbeit und weiteren Akteuren genutzt wird und eine Einmietung für Vereine prinzipiell möglich ist. Zudem hat die Stadt Alfeld Räumlichkeiten angemietet.

Im RVZ Auetal ist neben der hausärztlichen Praxis auch eine Tagespflege angesiedelt, die zum Zeitpunkt der Standortbegehung kurz vor der Eröffnung steht. Gleiches gilt für die Physiotherapiepraxis. Eine Psychotherapiepraxis wurde bereits eröffnet und gegenüber dem RVZ gibt es eine Apotheke. Darüber hinaus gibt es einen großen Raum inkl. Küche, der u. a. für politische Sitzungen genutzt wird, aber auch örtlichen Vereinen, wie den Landfrauen zur Verfügung steht, die sich regelmäßig vor Ort treffen. Weitere Räumlichkeiten des RVZ werden durch die örtliche Polizei belegt.

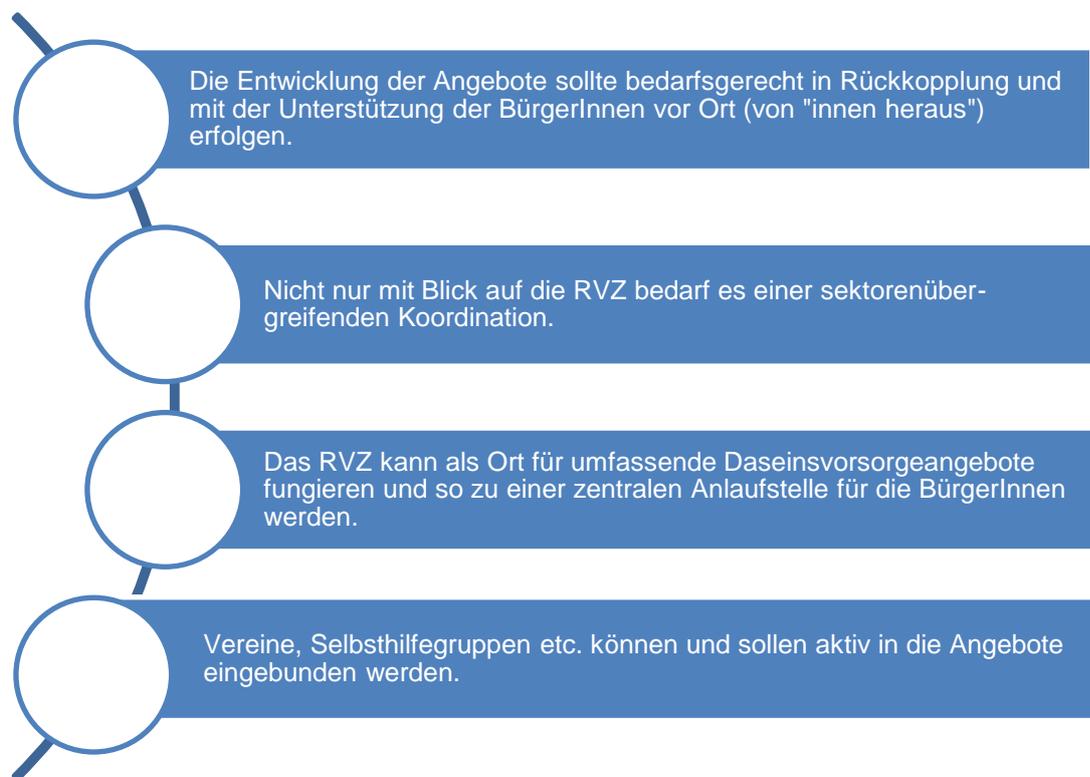
Im Projekt RVZ Baddeckenstedt wurde ein besonderes Augenmerk auf die sozialen Aspekte gelegt. Die Räumlichkeiten bieten die Möglichkeit, große und kleine Gruppen willkommen zu heißen und sind multifunktional nutzbar. Es gibt eine Hebammensprechstunde, Vorträge/Infoveranstaltungen, div. Beratungsangebote und Kurse der Volkshochschule. Zudem wird ein Mittagstisch angeboten, der gut angenommen wird. Die Sparkasse hat weiterhin einen Schalter am Gebäude. Ein Ferienprogramm für Kinder ist geplant und es gibt das Angebot der Agentur für Arbeit, welches gut angenommen wird, da das RVZ ein neutrales Gebäude ist. Auch Vereine können sich in die Räumlichkeiten unbürokratisch einmieten, sodass Seniorennachmittage angeboten werden oder ein Elternfrühstück.

Sichtbar wird, dass die Projekte je nach Bedarfen und Ausgangsvoraussetzungen unterschiedlich an die Ausgestaltung der Angebote des RVZ herangegangen sind. So wurde in manchen Projekten der Fokus auf die medizinische Versorgung (Nordenham, Alfeld) und in anderen Projekten zusätzlich auf den sozialen Bereich (Baddeckenstedt). In Auetal und Cuxhaven sind die medizinischen Angebote und Angebote der Daseinsvorsorge gleichermaßen verfolgt worden.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass sich die RVZ noch immer in der (Weiter-)Entwicklung befinden. In fast allen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass sich die Angebote „von Innen“ und z. T. auch aus der BürgerInnenschaft heraus entwickeln müssen. Sie sollen deshalb nach und nach ausgebaut und angepasst werden. Zum derzeitigen Stand des Modellvorhabens lässt sich festhalten, dass es in allen Kommunen gelungen ist, Angebote der Daseinsvorsorge aufzubauen und als Anlaufstelle zu verschiedenen gesundheitlichen Themen für BürgerInnen zu fungieren. Ein wichtiger Erfolgsfaktor ist die Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, den medizinischen Fachangestellten und den managenden Personen – genauso wie eine enge Zusammenarbeit mit den Kommunen unter Einbezug der Bedarfe der BürgerInnen. Möglichkeiten zum regelmäßigen Austausch zwischen allen Beteiligten können den Erfolg solcher Projekte beschleunigen und so unterstützen.

Für die erfolgreiche Entwicklung der Angebote der Daseinsvorsorge in RVZ haben sich folgende Punkte als besonders relevant herausgestellt:

Abbildung 4: Zentrale Schlussfolgerungen für die Entwicklung der Daseinsvorsorgeangebote in RVZ



Quelle: Eigene Darstellung

4.3. Außen- und Mitwirkung: Bekanntheit der Projekte und Engagement von BürgerInnen

Wie auch in Kapitel 4.2 beschrieben, stellt sich die Verknüpfung der MVZ mit regionalen Versorgungszentren in den Modellkommunen unterschiedlich dar. Während einige das Augenmerk primär auf die Funktionsfähigkeit des MVZ legen (z. B. Nordenham), sind andere (Baddeckenstedt) aktiv dabei, Vereine, Selbsthilfegruppen, Beratungsnetzwerke etc. in das Versorgungszentrum einzubeziehen und weiteres Engagement zu wecken. Es ist zu beobachten, dass in den letzten Jahren durch die Corona-Pandemie zivilgesellschaftliche Organisationen (von Sportvereinen, Seniorentreffs bis hin zu den Kirchen) von einer gewissen Schrumpfung betroffen sind. Aber auch ohne diesen externen Schock drohen die Organisationsidentitäten vieler traditioneller Verbände und Vereine dahin zu schwinden. Die Mitglieder werden immer älter und immobiler. Jüngere Leute werden kaum mobilisiert. Da die Begegnungsorte schrumpfen (bspw. Gaststätten), können die RVZ hier einspringen und das soziale Engagement vor Ort wieder zusammenführen.

Wenn auch nach wie vor freiwilliges Engagement häufig in Verbänden stattfindet, hat nach dem Freiwilligensurvey das Engagement in individuell organisierten Gruppen allerdings an Bedeutung gewonnen (vgl. BMFSFJ 2021). Wichtiger als die Zugehörigkeit zu einem sozialen Milieu ist die Koppelung

der Tätigkeit an eigene Erfahrungen und Fähigkeiten. Dieses „neue“ Engagement geht deutlich über die Grenzen der „alten“ zivilgesellschaftlichen Organisationen hinaus und es muss auf kommunaler Ebene überlegt werden, wie dieses „frei“ floatende Engagement für eine zukunftsfähige Daseinsvorsorge gewonnen werden kann. Uns wurden Beispiele genannt, wie auch soziale Medien genutzt werden können (z. B. Instagram oder WhatsApp-Gruppen), um neue Zielgruppen für gemeinsame Treffen zu gewinnen.

Wenn es gelingt, über die regionalen Versorgungszentren das Engagement vor Ort zu revitalisieren bzw. neu zu akquirieren, könnte hierüber auch ein wesentlicher Beitrag geleistet werden, die in den letzten Jahren (ebenfalls durch die Corona-Krise, aber auch den Dauerkrisenmodus) verursachte Einsamkeit (nicht nur unter älteren Menschen) ein Stück weit aufzufangen. Auch in den niedersächsischen Kommunen (insbesondere im ländlichen Raum) wird die Zahl der alleinlebenden Menschen schon durch den demografischen Wandel weiter ansteigen – so jedenfalls der schon vor einigen Jahren festgestellte Trend (vgl. Landesamt für Statistik Niedersachsen 2018 und aktuelle Zahlen im „Pflegerreport 2024“/ vgl. Sturm 2024).

Nachbarschaftliche Kontakte und lokale Hilfestrukturen sind für die Lebensqualität wichtig und können Gefühle von Einsamkeit mildern, vor allem wenn der Kontakt zur Familie eingeschränkt ist oder nicht mehr vorhanden ist. Dies gelingt z. B. am Standort Baddeckenstedt durch das Angebot des Mittagstischs oder in Nordholz in Form des Cafés. Damit diese Angebote umgesetzt werden können, bedarf es unterschiedlicher Voraussetzungen. Zum einen müssen die räumlichen Gegebenheiten in den Gebäuden der RVZ gegeben sein und zum anderen Bedarf es Personal(kapazitäten), um die Angebote zu organisieren.

Die Haushalte in Deutschland sind eben nicht nur kleiner geworden und der Anteil Älterer darin angestiegen, vieles spricht auch dafür, dass die primären sozialen Netzwerke ein Stück weit instabiler geworden sind, weil die traditionellen Großfamilien seltener zusammenleben. Immer weniger Kinder leben zudem in der Nachbarschaft oder am Wohnort der Eltern (je höher der Bildungsstand der Eltern, desto weniger) (vgl. u. a. Huxhold/Tesch-Römer 2021).

Das Engagement von BürgerInnen in den RVZ wird in den Projekten bisher unterschiedlich ausgestaltet. Werden in manchen Projekten den BürgerInnen Treffpunkte in Form eines Cafés oder Veranstaltungsräumen zur Verfügung gestellt und funktionieren nur durch das (ehrenamtliche) Engagement von BürgerInnen und generell Vereinen vor Ort, haben andere ihren Fokus auf medizinische Angebote gelegt und den aktiven Einbezug von BürgerInnen hintenangestellt.

Während es in Nordholz unter dem Dach des RVZ ein Café gibt, in dem sich BürgerInnen treffen können und bald auch Räumlichkeiten für Vereine zur Verfügung gestellt werden können, wird in Nordenham darauf verwiesen, dass diese Angebote nicht in das RVZ eingebunden werden müssen, da sie bereits im Ort gegeben sind. Im RVZ Leinebergland gibt es einen (vergleichsweise kleinen) Raum, der prinzipiell von BürgerInnen angemietet werden kann. Das RVZ Auetal bietet einen großen Besprechungsraum inkl. Küche und Leinwand an, der bereits aktiv von Vereinen und BürgerInnen vor Ort genutzt wird. Das RVZ Baddeckenstedt fungiert als Treffpunkt und

Veranstaltungsstandort (u. a. Elterntreffs, einen Mittagstisch und für weitere Kurs- oder Beratungsangebote können Räume genutzt werden). Auch hier ist eine Küche vorhanden und nebenan gibt es ein Café. Die Angebote, welche im RVZ Baddeckenstedt vorgehalten werden, wurden mit den BürgerInnen und Institutionen vor Ort gemeinsam entwickelt und werden nachgefragt. In Kooperation mit den ÄrztInnen des MVZ gibt es Inforeveranstaltungen zu konkreten Themen, an denen BürgerInnen Interesse gezeigt haben.

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Beteiligung von BürgerInnen in den jeweiligen Projekten stellt sich auch die Frage, wie bekannt die RVZ in den Regionen sind und wie die Angebote beworben und auch angenommen werden. Da die Angebote der RVZ sehr unterschiedlich sind, ergeben sich auch Unterschiede in der Kommunikation. Bereits im Rahmen der telefonischen Befragung Ende 2021 wurde von uns die Frage gestellt, ob den BürgerInnen das RVZ, welches in der jeweiligen Gemeinde geplant wird, bekannt ist (vgl. InWIS 2022). Es zeigte sich, dass der Großteil der Befragten bereits von dem RVZ in ihrer Gemeinde gehört haben, obwohl diese zu dem Zeitpunkt noch nicht eröffnet waren. Allerdings wies der Blick auf den Bekanntheitsgrad in den verschiedenen Altersgruppen darauf hin, dass vor allem in der Gruppe der 25- bis unter 45-Jährigen die RVZ vergleichsweise noch weitgehend unbekannt waren. Aber auch bei dieser Gruppe dürften die Information inzwischen angekommen sein – neben den bisherigen Presseberichten auch durch Social-Media-Kanäle. Die Befragung der BürgerInnen in den Modellregionen, welche im Rahmen der ersten Evaluation in den fünf Regionen der Modellvorhaben durchgeführt wurde, ergab ebenfalls, dass die Bevölkerung dem Aufbau mehrheitlich positiv gegenüberstand. Und diese Einschätzung wurde uns auch jüngst dadurch bestätigt, dass die Angebote der RVZ gut angenommen werden und auch die Räumlichkeiten – wenn vorhanden – von Gruppen oder Vereinen nachgefragt werden.

Eine Aufgabe, die mit der Förderung einherging, war die Erstellung einer Projekthomepage, die mittlerweile für alle Projekte vorliegt.

Für das RVZ Wurster Nordseeküste wurde für das RVZ mit dem MVZ als Basis eine gemeinsame Homepage erstellt: <https://www.rvz-nordholz.de>. Es wird schnell deutlich, dass die Angebote zusammengehören und ein Infovideo stellt das RVZ vertiefend vor: <https://www.youtube.com/watch?v=dux078hFknk&t=2s>

Für das RVZ Baddeckenstedt und das MVZ Baddeckenstedt wurden zwei separate Internetauftritte erstellt: <https://www.rvz-baddeckenstedt.de/> und <https://www.mvz-baddeckenstedt.de/>. Auf beiden Seiten wird auf das RVZ bzw. das MVZ prominent verwiesen.

Im Projekt RVZ Leinebergland wurde bislang nur eine Homepage für das MVZ erstellt: <https://www.mvz-leinebergland.de>.

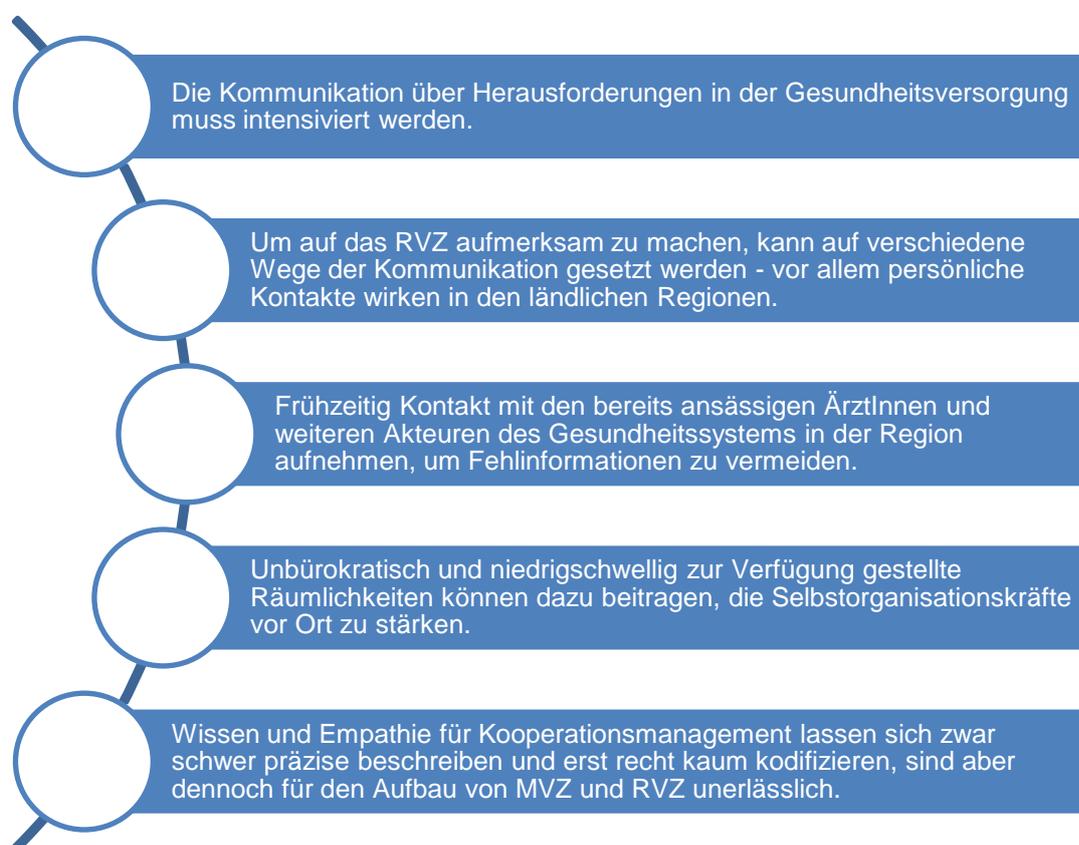
Für das RVZ Wesermarsch Nord gibt es eine Homepage, worunter auch die Hausarztpraxis zu finden ist: <https://www.rvz-wesermarsch.de>.

In Auetal wurde eine Website für das MVZ aufgesetzt: <https://www.mvz-auetal.de>. Über das RVZ wurde auch auf der Homepage der Gemeinde berichtet: <https://www.auetal.de/willkommen-im-auetal/>.

Bei den Besuchen vor Ort und den Gesprächen mit den Projektverantwortlichen wurde deutlich, dass die RVZ vor Ort bekannt sind. Dies zeigt sich an den PatientInnenzahlen und auch an der Nachfrage der Angebote. Dies ist u. a. auf die regelmäßige Berichterstattung in der Lokalpresse zurückzuführen. In Baddeckenstedt wird über aktuelle Angebote auch über eine kostenlose Zeitung informiert. Zudem werden Einladungen zu Veranstaltungen über den WhatsApp-Status von gut vernetzten Mitarbeitenden geteilt und über persönliche Kontakte weitergeleitet. Obwohl die Berichterstattung in der Presse gut funktioniert hat und die Projekte einen großen Bekanntheitsgrad haben, könnten die Bekanntheit (für gewisse Gruppen z. B. Jüngere) durch Internetauftritte/Social Media usw. gesteigert werden.

Es zeigt sich, indem man die Angebotspalette erweitert, werden die RVZ zu „Sozialen Orten“, die gerade im ländlichen Raum den sozialen Zusammenhalt stärken können.

Abbildung 5: Zentrale Schlussfolgerungen zur Unterstützung der Außen- und Mitwirkung in RVZ



Quelle: Eigene Darstellung

4.4. Förderpraxis und zentrale Herausforderungen

Nachdem die ÄrztInnensituation, die Angebote der Daseinsvorsorge und auch die Bekanntheit und das Engagement von BürgerInnen dargelegt wurde, lässt sich festhalten, dass die Projekte mit höchst unterschiedlichen Voraussetzungen, Ansprüchen und Herausforderungen konfrontiert wurden, welche zum großen Teil bewältigt werden konnten. Im Folgenden soll deshalb ein gezielter Blick auf die aktuelle Lage und Schwierigkeiten gewor-

fen werden, über welche in den Interviews berichtet wurde. Zudem wird erörtert, wie die Förderung des Landes in der Praxis umgesetzt wurde und welche Gestaltungsoptionen es gibt.

Ursprüngliche Prognosen, die über die Wirtschaftlichkeit der RVZ aufgestellt wurden, konnten bisher in großen Teilen nicht eingelöst werden. So kann in manchen Projekten das MVZ die Kosten des RVZ nicht wie ursprünglich geplant mittragen. Zum aktuellen Zeitpunkt profitieren manche MVZ sogar von den Einnahmen des RVZ (z. B. durch regelmäßige Mieteinnahmen). Mögliche Gründe sind der in manchen Projekten verzögerte Beginn oder der noch wachsende PatientInnenstamm in den Arztpraxen. Zudem wird darauf verwiesen, dass die Anlaufschwierigkeiten als zu gering eingeschätzt wurden. Man ist derzeit auf Zuschüsse angewiesen, wobei sich erst zukünftig zeigen wird, ob schwarze Zahlen auch unabhängig davon geschrieben werden können. In mehreren Projekten wurde darauf verwiesen, dass „Gesundheit eben kostet“. Hinzu kommt, dass die MitarbeiterInnen in den Kommunen sich nicht per se mit den Vorgaben und Abrechnungen auskennen und diese sehr viel Expertise und Erfahrungen bedürfen. Es wird darauf gehofft, dass die Einnahmesituationen durch die Optimierung der Abrechnungen verbessert werden kann. Projekte, die auf eine professionelle medizinische Führung mit Erfahrung zurückgreifen können, können hier profitieren. Den Kommunen fehlen derzeit personelle Ressourcen, sich adäquat und langfristig in die Thematiken einzuarbeiten, da die mit dem Aufbau des kommunalen MVZ einhergehenden Anforderungen neue Aufgaben sind, die „on top“ kommen. Nebenabstimmungen oder Sonderregelungen mit der KVN können hier nicht getroffen werden, da die gesetzlichen Vorgaben und allgemeinen Regelungen für private wie auch kommunale MVZ gelten. Hier müssen die Kommunen lernen und ggf. auf externe Beratungsleistungen zurückgreifen.

Deshalb kommen auch von den kommunalen Vereinigungen Warnhinweise, dass die meisten Kommunen überfordert seien, wenn sie zusätzlich zu den anderen Aufgaben (die sich ebenfalls ausgeweitet haben) auch noch die Verwaltung und Organisation der medizinischen Versorgung übernehmen. Dass bislang in den Kommunen keine bzw. nur unzureichende Kompetenzen in diesem Feld vorliegen, ist unbestritten und kann auch durch Hinweise auf den öffentlichen Gesundheitsdienst nicht entkräftet werden, da dieser explizit andere Aufgaben hat. Es wurde auch in unseren Recherchen vor Ort auf die Probleme hingewiesen, wenn die Verantwortung für die hausärztliche Versorgung bei den Kommunen angesiedelt wird. Nach der Vorlaufphase der Kompetenzabgrenzungen und Sicherheitsleistungen (z. B. Bankbürgschaften) stehen sofort Fragen nach einer effizienten Steuerung der RVZ und MVZ auf der Tagesordnung. Die Anfangshürden sind überwunden werden, was aber insbesondere kleinen Kommunen schwergefallen ist (aber auch die größeren Modellkommunen wären ohne die finanziellen Unterstützungen seitens des Ministeriums nicht in der Lage gewesen, die „Hardware“ der RVZ/MVZ einzurichten). Nun ist die Honorierung und Abrechnung in den MVZ eine riesige Herausforderung und kann ohne Beratungen kaum erfolgreich gestaltet werden.

Die untersuchten Vorhaben weisen auf den beträchtlichen Finanzierungsbedarf der kommunalen medizinischen Versorgungszentren hin, was bereits in der Gründungsphase bei manchen kommunalen Finanzverantwortlichen teilweise auf Vorbehalte stieß. Aus solchen und ähnlichen Gründen

ist zu erklären, dass es in Deutschland noch relativ wenige kommunal getragene medizinische Versorgungszentren gibt. Dennoch bemühen sich immer mehr Kommunen, infrastrukturelle Rahmenbedingungen für eine eigene ärztliche Versorgung zu schaffen und gründen auch kommunale MVZ.

Eine mögliche Entlastung der wirtschaftlichen Lage und auch eine Weiterentwicklung der Angebote des RVZ kann durch die Akquise weiterer Förderungen erfolgen. Eine Kombination mit Förderungen der EU (z. B. ELER - Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums sowie ESF+ – der Europäische Sozialfonds) oder themenspezifische Programme, wie die Förderung eines Demenzstützpunktes, können kombiniert werden. Förderungen bedeuten zwar immer auch weiteren Aufwand in den Kommunen, in der Summe können sie jedoch weiterhelfen und die Daseinsvorsorge absichern bzw. verbessern. Die bisherige großzügige Förderung des Landes wird in allen betrachteten Projekten als Erfolgsfaktor gesehen.

Der enge Zeitrahmen der Landesförderung bewirkte einen Push, führte aber auch zu großen Bedenken bei den AkteurInnen vor Ort. Die meisten Herausforderungen konnten nur dadurch bewältigt werden, dass die Geschäftsstelle konstruktiv bei der Bewältigung mitgewirkt hat und pragmatische Lösungen in den verschiedensten Bereichen (Gebäude, ÄrztInnengewinnung, Binnenteilung der Fördermittel usw.) gefunden wurden. Nicht alle Aktivitäten haben sich bei der Realisierung der RVZ im Vorhinein gut planen lassen, ein geteiltes gemeinsames Verständnis über Ziele und Wege Gestaltung waren und sind deshalb hilfreich. Es wird betont, dass die Anforderungen bei der Antragsstellung und der Nachweise für die vergleichsweise hohe Förderquote besonders niedrigschwellig und flexibel gehalten wurden. Der bürokratische Aufwand greift jedoch, wie bei allen öffentlichen Förderungen, auch bei diesem Modellvorhaben. Dies wirft vor allem für kleinere und finanziell geringer ausgestattete Kommunen größere Hürden auf, da die Antragsstellung durch geringe Personalkapazitäten im Vergleich zu aufwendig ist. In manchen Projekten wird darauf hingewiesen, dass vor allem Geld für Personal vor Ort (z. B. für das Management) aufgewendet werden muss, um Projekte wie ein RVZ umzusetzen. Im Gesundheitswesen sind die Rahmen- und Handlungsbedingungen so außerordentlich spezifisch, dass ohne Spezialkenntnisse Missverständnisse und Irrwege vorprogrammiert sind.

Eine Hilfestellung für künftige Projekte wäre ein Handlungsleitfaden, der den Erfahrungsschatz und das Wissen, welches in den Modellvorhaben gesammelt wurde. Durch die Sammlung und Bereitstellung von weiteren Informationen auf einer zentralen Seite und die Benennung konkreter Ansprechpersonen, könnten auch die vielen Anfragen weiterer interessierter Kommunen gebündelt werden. Z. B. in Form eines FAQs könnten mögliche Fragen, die stets im Prozess der Umsetzung von RVZ entstehen, zusammengefasst werden. Dies könnte Anfragen bei den RVZ-Ansprechpersonen reduzieren. Aufgrund der Überlastung der Führungspersonen vor Ort, sollten sich Gedanken dazu gemacht werden, ob zentrale Kommunikationsangebote, z. B. seitens des Landes Niedersachsen, gemacht werden können. Die zahlreichen Anfragen in den einzelnen Projekten verdeutlichen die Nachfrage und Bedarfe der Kommunen in Niedersachsen und darüber hinaus. Die Aufmerksamkeit für die Projekte könnte durch das Ministerium und auch durch

die Akteure vor Ort sogar noch gesteigert werden, um so auch die Entwicklung weiter vorantreiben – z. B. durch öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen, Publikationen und Auftritte in den sozialen Medien.

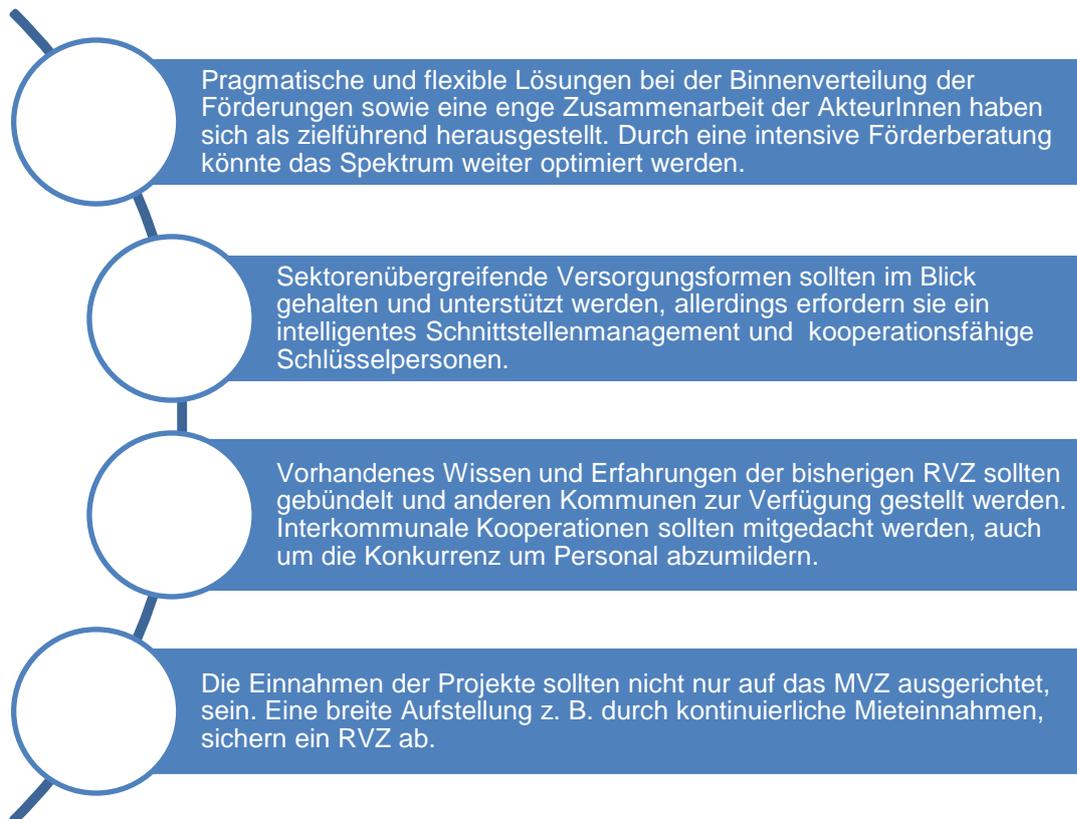
In den Interviews und Begehungen vor Ort wurde anschaulich, was es bedeutet, die traditionell getrennten „Silos“ der Daseinsvorsorge aufzubrechen. Dafür müssen leistungs- und ordnungsrechtliche Unterschiede zwischen den Sektoren aufgehoben bzw. neue Kooperationsvereinbarungen abgeschlossen werden. Dies gelang in den Kommunen nur deshalb, weil eine intensive und praxisnahe Moderation und Beratung durch die Geschäftsstelle im Ministerium in Hannover und der Landesverwaltung erfolgte und „Treiber“ vor Ort die Prozesse immer im Blick behielten und aktiv steuerten. Alle AkteurInnen bekräftigten die Aussage, dass ohne die in der Geschäftsstelle gepflegte Ermöglichungskultur, die Umsetzung der Vorhaben nicht gelungen wäre.

Es bestätigt sich so die These aus der Forschung zum Bürokratieabbau: „In der Praxis kommt es nicht nur auf die Gesetze selbst an, sondern auch darauf, was die Mitarbeiter in den Behörden daraus machen“ (Bogumil/Voßkuhle 2024). Um die Modellprojekte auf den Weg zu bringen und erfolgreich einzuführen, spielten folglich Impulse von motivierten Schlüsselpersonen auf Landesebene und in den Kommunen sowie den Ämtern für regionale Entwicklung eine wichtige Rolle. Und auch hier bestätigt sich die These hinsichtlich der Notwendigkeit von „Treibern“ aus der Netzwerksteuerung: „Sie sind es, die bestimmte Probleme überhaupt erst als solche erkennen, lösungsorientiert denken und ganz neue Entwicklungspotenziale nutzen möchten“ (Christmann/Federwischer 2019, 28).

Solche Gelingensfaktoren sind allerdings regional unterschiedlich anzutreffen und deshalb müssen neben den sozioökonomischen Bedingungen und den jeweiligen Organisationslogiken immer auch die politisch-kulturelle Ebene sowie die Kommunikations- und Beratungsstrukturen vor Ort und im Land betrachtet werden. Aufgrund der Neuartigkeit und Kompliziertheit der medizinischen Versorgungssteuerung waren die Kommunen essenziell auf Unterstützungen, insbesondere seitens des Ministeriums, angewiesen und diese Beratungen haben – im Urteil aller befragten AkteurInnen – in außerordentlicher Weise funktioniert. Explizit wurde auf die im Vergleich zu anderen Förderprogrammen schnellen und unkomplizierten Hilfen durch die Geschäftsstelle hingewiesen. Kommunen können folglich bei entsprechender Unterstützung (wie das Land Niedersachsen es getan hat) als Verantwortungsinstanz ein zentraler Akteur sein und durch kluges Schnittstellenmanagement eine zukunftsfähige hausärztliche Versorgung vor Ort ermöglichen.

In ausnahmslos allen Projekten hing der Erfolg an einzelnen Personen, die maßgeblich zum Gelingen beigetragen haben, auch weil sie über eine Kooperationsfähigkeit verfügen. Unerlässlich sind zudem unkonventionelle Allianzen, die von gut informierten und geschickt agierenden Personen initiiert und auf Kurs gehalten werden.

Abbildung 6: Zentrale Schlussfolgerungen zu den Herausforderungen bei der Projektumsetzung



Quelle: Eigene Darstellung

5. Ausblick

Der Ansatz, über die RVZ die hausärztliche Versorgung zu verbessern und medizinische Angebote zu bündeln, so dass ein integriertes Angebot aus einer Hand entsteht, hat sich trotz einer zeitlich knapp bemessenen Umsetzungsphase in den untersuchten Kommunen als erfolgreich herausgestellt. Allerdings wurden in den Interviews und Befragungen neben den Erfolgsfaktoren auch gewisse Hindernisse benannt und es stellt sich – regional differenziert – weiterhin die Frage, welche Reichweite diese Modellvorhaben haben und wie ihre finanzielle Zukunftsfähigkeit gesichert werden kann.

Eingelöst wurden die Erwartungen, dass über die Anmietung zentral gelegener und gut erreichbarer Immobilien zur Unterbringung der RVZ die Sicherstellung einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung vor Ort erreicht wird. Die Ausweitung der Daseinsvorsorge über den medizinischen Bereich hinaus schreitet auch trotz der noch immer bestehenden Trennung der rechtlichen Zuständigkeiten in der Versorgung in einigen Kommunen ebenfalls weiter voran. Die vom niedersächsischen Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung geförderten kommunalen Projekte zeigen den bundesweit zu beobachtenden richtungweisenden Trend zu integrierten Daseinsvorsorgemodellen mit einer Verzahnung unterschiedlicher Angebote gut auf. Damit ist das Bundesland weiter als manch andere Länder und sammelt Erfahrungen, wie eine zukunftsfähige Struktur der hausärztlichen Versorgung gerade in ländlichen Regionen organisiert werden kann. Allerdings wurde auch immer wieder die schwierige Haushaltslage der Kommunen thematisiert, die unter wachsendem Druck stehen, mehr und mehr Aufgaben zu erfüllen und es deshalb immer schwieriger wird, sich um das Thema intensiv kümmern zu können.

Deshalb haben alle interviewten Akteure die Hoffnung auf das Gesundversorgungsstärkungsgesetz gesetzt, durch das den RVZ/MVZ eine finanzielle Basis gegeben werden könnte. Sowohl die kommunalen Spitzenverbände als auch einzelne Kommunalvertreter warnen vor der Gefahr, dass der Bund die Kommunen immer stärker in die Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung drängt (ohne diese aber adäquat für diese neue Aufgabe finanziell auszustatten). Unabhängig von der „großen“ Lösung sind aber die Erfahrungen in den fünf lokalen Modellprojekten von Bedeutung, denn es zeigen sich neben den finanziellen Dimensionen weitere Gesichtspunkte, die für eine erfolgreiche Umsetzung von kommunalen RVZ und MVZ zu beachten sind.

Der Erfolg der parteiübergreifenden Projekte steht und fällt neben der finanziellen Förderung in den allermeisten Fällen mit einzelnen AkteurInnen bzw. „Kulturen“ der Kooperation vor Ort. In den Modellprojekten ist es gelungen, die zentralen AkteurInnen miteinander zu vernetzen und die Konflikte zwischen ÄrztInnen, den KVen sowie der Lokal- und Landespolitik in den Griff zu bekommen. Gerade wenn es darum geht, Versorgungslücken zu schließen, muss eine „Kümmererstruktur“ in den Kommunen entstehen und eine lösungsorientierte Kooperation der regionalen AkteurInnen aus Politik, Verwaltung, Gesundheits- und Sozialwesen erfolgen (vgl. Hilbert et al. 2022). Es wurde auch auf Sorgen mancher Nachbarkommunen hingewiesen, die eine Sogwirkung auf die ohnehin knapp bemessene Ärzteschaft befürchten.

Deshalb muss überkommunal gedacht und die interkommunale Zusammenarbeit gestärkt werden.

Die bisher realisierten regionalen Versorgungszentren in Niedersachsen belegen, dass der Weg über eine vom Land geförderte kommunale Versorgungslösung die hausärztliche Versorgung absichern bzw. sogar in Einzelfällen erweitern kann. Die Erfolgsfaktoren sind vorgestellt worden und auch die Hindernisse wurden benannt. Da es auch in anderen Bundesländern ähnlich gelagerte Projekte in kommunaler Trägerschaft gibt, werden die Kommunen sicherlich in den öffentlichen Debatten genannt werden und werden schon heute von Interessierten aufgesucht. Wenn es auch für die Schaffung von regionalen Versorgungszentren keinen one best way bzw. Blaupausen gibt, leitet sich die Handlungsempfehlung ab, neben der organisatorisch-finanziellen Absicherung auf überörtlicher Ebene die politisch-sozialen Konfigurationen und den Eigensinn der beteiligten Akteure zu beachten und diesbezüglich ein Erwartungsmanagement aufzubauen. In allen von uns untersuchten Orten wurde zwar der Bedarf an solchen neu- en Initiativen nicht generell in Frage gestellt, die Bewältigung der Einführung der MVZ und RVZ hat aber so viel Energie gekostet, dass einige AkteurInnen davor warnen, ein weiteres (nicht hinreichend institutionell abgesichertes) Projekt konkret anzufassen.

Ein wichtiger Baustein für jede nachhaltige Daseinsvorsorgestrategie ist zudem die breite Kommunikation in der Öffentlichkeit z. B. über die Herausforderungen in den verschiedenen Feldern der Daseinsvorsorge und Lösungsmöglichkeiten. Ausgehend von einer solchen Bestandsaufnahme muss eine Bündelung der Ressourcen vorangetrieben werden. „Austausch und Lernen basiert auf Kommunikation und trägt über wechselseitige Informationen zum Aufbau von Wissen übereinander und Vertrauen zueinander bei – vorausgesetzt, die Beteiligten begreifen Information sowohl als Bring- als auch als Holschuld. Damit wird eine Grundlage geschaffen für positive Koordination im Sinne eines ressortübergreifenden Zusammenwirkens mit dem Ziel, Lösungsbeiträge zu verbinden und den Gesamtnutzen für die AdressatInnen zu maximieren“ (Stöbe-Blossey 2023, 3). Diese Aufgaben werden die Kommunen aber nur erfüllen können, wenn sie Kompetenzen und vor allem finanzielle Ressourcen bekommen. Insgesamt muss ihnen – so die in den Kommunen oft vernommene Message – ein größerer Einfluss bei der Ausgestaltung der medizinisch-sozialen Versorgung eingeräumt werden.

Um einen dauerhaften Erfolg abzusichern, muss ebenso eine individuelle Kommunikationsstrategie entwickelt werden, denn der Erfolg ist noch nicht abgesichert. Um die Projekte nachhaltig zu verankern, sollten sie als Positiverzählungen in den unterschiedlichen Medien platziert und politisch diskutiert werden. Die RVZ sind – so auch die Erkenntnis aus der Evaluation – keine „Selbstläufer“. Sowohl was die inhaltliche Ausrichtung angeht als auch bezogen auf den einzubindenden Akteurshorizont gab es schon Konflikte im Vorfeld. Die Organisations- und Finanzierungsstruktur hat zudem einen komplexen Charakter und das Management stellt erhebliche Anforderungen an die Geschäftsführungen der RVZ. Umso wichtiger ist es, intern die Steuerungsanforderungen zu erfüllen und extern alle Beteiligten mitzunehmen. Empirische Verlaufsstudien über die Durchsetzung von Innovationen in Kommunen verweisen in diesem Kontext auf die Bedeutung von gemeinsam geteilten lokalen Erzählungen bzw. Narrativen. „Nur wenn die kommu-

nikativen Mechanismen genutzt werden und die ‚gute Geschichte‘ über Innovation mit einem lokal vorherrschenden Erzählmuster verbunden werden kann, wird eine strategische und praktische Veränderung möglich. Dann können lokale Akteure davon überzeugt werden, dieser neuen Erzählung darüber zu folgen, wie man in einem bestimmten lokalen Kontext innovativ sein kann“ (Heinelt/Terizakis 2021, 49; vgl. auch Vogel 2021). Dieses Erkenntnis gilt auch für die kommunal betriebenen RVZ und MVZ und sollte auch in der kommunalen Praxis von der politisch-administrativen Führung wahrgenommen werden.

Die kommunikativen Mechanismen müssen genutzt werden, um die Unterstützung der lokalen Akteure weiterhin abzusichern. Da die medizinische Versorgung im Urteil der Bevölkerung ein wichtiger Baustein der kommunalen Daseinsvorsorge darstellt, können die Versorgungszentren zu einer „guten Geschichte“ werden, die auch geteilt wird. Für die öffentliche Verbreitung sind aber auch „Erzähler“ erforderlich – diese Einschätzung wird durch unsere Gespräche unterstützt. In allen Kommunen finden sich „Schlüsselpersonen“, die als Treiber oder Motivatoren, Ideengeber und Moderator den Entwicklungsprozess gestaltet haben. Oftmals treten sie auch dann, wenn ein Projekt bereits etabliert ist, noch als „Graue Eminenz“ im Hintergrund auf. Ziel sollte in diesen Fällen allerdings sein, das umfangreiche Engagement einzelner Personen, das diese meist gar nicht über längere Zeit aufrechterhalten können, in eine gemeinschaftlich getragene Struktur zu übertragen. Die neuen MVZ und RVZ brauchen also nicht nur verbindliche Finanzierungsstrukturen, sondern müssen auch in den Kommunen Unterstützung und Wohlwollen erfahren. Sie haben eine höhere Chance, mittelfristig erfolgreich zu agieren, wenn es ein gemeinsam getragenes Narrativ, eine Vorwärtserzählung gibt, die möglichst viele Personen und Organisationen unterstützen. Profitieren können die Angebote zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung, wenn sie in die lokale Versorgungslandschaft eingebettet sind und auch in andere Felder (bspw. die Pflege) ausstrahlen.

Die Modellvorhaben zeigen exemplarisch die vielfältigen Steuerungsherausforderungen, aber vor dem Hintergrund einer drohenden hausärztlichen Unterversorgung können sie einen entscheidenden Beitrag zur zukunftsicheren Versorgung gerade in ländlichen Regionen bieten. Es ist in den fünf Regionen gelungen, die hausärztliche Versorgung zu sichern und Angebote der Daseinsvorsorge auszubauen; die Fördergelder sind bei den BürgerInnen vor Ort angekommen. „Das sind politische Gelder, die hier in Lebensqualität umgemünzt werden“ (Ministerin Wiebke Osigus bei der Eröffnung des RVZ Leinebergland im März 2024).

Allerdings lassen sich Vorgehensweisen und Strukturen trotz ähnlicher Ausgangssituationen nicht direkt auf andere Kommunen übertragen. Nichtsdestotrotz können die realisierten RVZ/MVZ herangezogen werden, um daraus Lehren zu ziehen und Anregungen für Organisations- und Finanzierungsmodelle mitzunehmen. Kommunale RVZ bieten die Möglichkeit auf die „viel diskutierten Veränderungen im Gesundheitssystem zu reagieren“ (Rühle 2022, 103). Gerade weil die traditionellen gesundheitspolitischen Steuerungsformen ausgezehrt wirken, konnte hierüber die Problemlösungskompetenz gesteigert werden.

Wenn es auch keine Patentrezepte für die Einführung von kommunal organisierten RVZ gibt, weil die jeweiligen Handlungsrahmen vor Ort unterschiedlich sind, schälen sich einige Handlungsfelder heraus, die gemeinsam alle Projekte treffen. Diese beziehen sich auf die finanziellen Rahmenbedingungen, die konkrete Abrechnungspraxis sowie auf die Personalfragen der MVZ-Struktur. So ist die Akquisition von ÄrztInnen überall eine große Herausforderung, die unterschiedlich gemeistert wurde. Da die Fachkräftegewinnung in allen Sparten des deutschen Gesundheitswesens ein zentrales Problem ist, kumulieren sich in manchen Kommunen diese Probleme. Gegenseitiger Austausch (auch hinsichtlich der Abrechnungsmodalitäten) ist deshalb gefragt (ein „Learning by Seeing“) und sollte gemeinsam als zukünftige Aufgabe definiert und umgesetzt werden. Gerade das Spannungsverhältnis zwischen einer bedarfsorientierten gesundheitlichen Versorgung und der Finanzierung derselben darf nicht übersehen werden und muss konstruktiv angegangen werden.

Nachdem das Bundesministerium für Gesundheit explizit im Gesetzesverfahren diese Neuakzentuierungen für die Kommunen favorisiert hat, werden von allen AkteurInnen in nächster Zeit operative Umsetzungen hinsichtlich der finanziellen Absicherung angemahnt. Ohne solche Unterstützungen fühlen sich viele überfordert und zukunftsweisende Versorgungsformen drohen, nur einzelne Leuchtturmprojekte zu sein. Gefragt sind aber nicht nur einzelne Inseln des Gelingens, sondern angesichts der soziodemografischen Herausforderungen eine flächendeckende Versorgung der Bevölkerung.

6. Literatur

- Barjenbruch, M. 2022: Regionale Versorgungszentren, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 87. ff.
- Bäcker, G./Naegele, G./Bispinck, R., 2020: Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland, Wiesbaden (6. Auflage) (2 Bände).
- Becker, C., 2021: Kommune als Kümmerer – auch zur Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, in: EHealthCom H. 1/2021, S. 22 ff.
- 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.)/Simonson, J. et al/DZA, 2021: Freiwilliges Engagement in Deutschland. Zentrale Ergebnisse des Fünften Deutschen Freiwilligensurveys, Berlin
- Bogumil, J./Voßkuhle, A., 2024: Wie Bürokratieabbau wirklich gelingt, in: FAZ v. 8.2. 2024.
- Burgi, M., 2013. Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden.
- Christmann, G./Federwischer, T., 2019: Soziale Innovationen in Landgemeinden – wie sie entstehen und was sie begünstigt, in: Nachrichten der ARL H. 2/2019, S. 26ff.
- Cichon, I., 2023: Versorgung am Puls der Region, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitskioske..., a.a.O., S. 25ff
- Figenwald, I./Heinze, R. G./Hilbert, J./Lang, A., 2023: Den „Gesundheitsstandort Haushalt“ zu einem Booster für die große soziale und wirtschaftliche Transformation machen!, in: Welt der Krankenversicherung H. 4/2023, S. 79 ff.
- Futterer, A., 2022: Jenseits der Landarztidylle: ambulante Versorgung im ländlichen Raum, in: Bürger & Staat H. 1-2/2022, S. 37 ff.
- Gerlinger, T., 2023: Kommunen als Träger Regionaler Versorgungszentren: Governance-Probleme an den Schnittstellen zwischen den Akteuren, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens, a.a.O., S. 51 ff.
- Hämel, K./Gerlinger, T., 2023: Primärversorgung und Versorgungsintegration als Herausforderungen an leistungsfähige Gesundheitssysteme, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitskioske..., a.a.O., S. 11 ff.
- Heinelt, H./Terizakis, G., 2021: Warum sind einige Städte innovativer als andere? Eine Antwort auf der Grundlage eines interpretativen Konzepts, in: Egner, B./Heinelt, H./Hlepas, N. (Hg.): Bedingungen lokaler Innovationen. Zur Bedeutung von kommunikativen Mechanismen und lokalen Narrativen, Baden-Baden, S.33 ff.
- Hendricks, K. 2022: Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 11 ff.
- Hilbert, J./Rambow-Bertram, P./Zurkuhlen, A., 2022: It's time to deliver, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 71. ff.

- Huxhold, O./Tesch-Römer, C., 2021: Einsamkeit steigt in der Corona-Pandemie bei Menschen im mittleren und hohen Erwachsenenalter gleichermaßen deutlich, in: dza aktuell – deutscher alterssurvey H. 4/2021, S. 1 ff.
- InWIS/Bieckmann, R./Heinze, R. G./Schönauer, A.-L. 2022: Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen. Endbericht für das Niedersächsische Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung: <https://www.mb.niedersachsen.de/download/192144>.
- Kamlage, O., 2022: Kommunen als Träger Regionaler Versorgungszentren, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 83 ff.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 2023: Gesundheitsdaten. Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. Online verfügbar unter: <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php>.
- 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., 2019: Für eine Politik des Zusammenhalts, in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), H. /2019, S. 4 ff.
- Klapper, B. 2018: Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend, in: KU Gesundheitsmanagement H. 8/2018, S. 45 ff.
- 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.
- Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2018: Zahl der Einpersonenhaushalte in Niedersachsen 2017 so hoch wie nie. Pressemitteilung v. 24. August 2018/Nummer 74/18, Hannover.
- Lange, J./Hilbert, J. (Hg.), 2023: Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens, Loccum (ev. Akademie Loccum/Protokolle 90/2022).
- Lange, J./Hilbert, J. (Hg.), 2023: Gesundheitskioske...und andere Wege zu einer niederschweligen Gesundheitsversorgung und -beratung, Loccum (ev. Akademie Loccum/Protokolle 91/2022).
- Lange, J./Altgeld, T./Haack, M./Hilbert, J./Preuß, M. (Hg.), 2024: Gesundheitsversorgung in den Kommunen stärken, Loccum (ev. Akademie Loccum/Protokolle75/2023).
- Maydell, B. von/Janssen, B.-I., 2024: Der Aufbau Regionaler Gesundheitszentren als Alternative zu Gesundheitskiosken, Gesundheitsregionen und Primärversorgungszentren, in: J. Lange et al. (Hg.), Gesundheitsversorgung in den Kommunen stärken, a.a.O., S. 31 ff.

- Niedersächsisches Ärzteblatt, 2024: Bis zu 75.000 Euro für niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte, in: Mitteilungsblatt der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, 97. Jahrgang | März 2024. https://www.kvn.de/internet_media/Mitglieder/Publicationen/Nieders%C3%A4chsisches+%C3%84rzteblatt/Nieders%C3%A4chsisches+%C3%84rzteblatt+%M%C3%A4rz+2024-p-37763.pdf.
- 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 Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, 2023: „Regionalministerium fördert Konzept für Regionales Versorgungszentrum“. Presseinformation vom 02.11.2023. Online verfügbar unter: <https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/regionalministerium-fordert-konzept-fur-regionales-versorgungszentrum-226796.html>.
- Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung, 2023 „Regionalministerium fördert Regionales Versorgungszentrum im Landkreis Wolfenbüttel, Pressemitteilung aus Jan. 2023. Online verfügbar unter: <https://www.baddeckenstedt.de/B%C3%BCrgerservice-Ordnung/Regionales-Versorgungszentrum/>.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, 2021: Landespflegebericht Niedersachsen 2020, Hannover.
- Robert Bosch Stiftung, 2021: Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Stuttgart.
- Robert Bosch Stiftung 2022: Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung.
- Rühle, A., 2022: Regionale und Medizinische Versorgungszentren in Zeiten einer sich ändernden ärztlichen Versorgung, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 103 ff.
- Schillen, P./Kaiser, C., 2018: Zwischen öffentlich-rechtlicher Aufgabenerfüllung und ärztlicher Interessenvertretung, in: T. Spier/C. Strünck (Hg.), Ärzteverbände und ihre Mitglieder, Wiesbaden, S. 125 ff.
- Schroeder, W./Rhein, P./Zindel, J., 2023: Der Kasseler ‚Pakt gegen Armut‘. Befunde zur Entwicklung und Umsetzung vorbeugender kommunaler Sozialpolitik, Kasseler Diskussionspapiere Nr. 20/2023, Universität Kassel.
- Stöbe-Blossey, S., 2023: Multiprofessionelle Kooperation im Stadtquartier: Beiträge für gelingende Präventions- und Bildungsketten, Beitrag im Rahmen des Projektes „Wissen – Transfer – Zukunftskieze“, Universität Duisburg-Essen (IAQ).
- Storm, A. (Hg.), 2024: Pflegereport 2024 (Verf.: T. Klie), Hamburg/Freiburg
- Vogel, H.-J., 2021: Der ländliche Raum in der Metamorphose – Räume nicht verteidigen, sondern regionale Innovationsprozesse anstoßen und unterstützen, in: Junkernheinrich, M./Lorig, W.-H./Masser, K. (Hg.): Brennpunkte der Kommunalpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 381 ff.

Waldenberger, F./Naegele, G./Kudo, H./Matsuda, T., (Hg.), 2022: Alterung und Pflege als kommunale Aufgabe. Deutsche und japanische Ansätze und Erfahrungen, Wiesbaden.

Wunderling-Weilbier, M., 2022: Regionale Versorgungszentren als Beitrag zur Gewährleistung der Daseinsvorsorgen in den ländlichen Räumen, in: Lange, J. Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens. a. a. O. 15 ff.

Anhang

A) Interviewleitfaden: Verantwortliche der Projekte (jeweils angepasst auf die bekannten Gegebenheiten vor Ort und Stand der letzten Erhebung)

- Bitte rekapitulieren Sie nochmal die Entwicklungen der letzten Monate und sagen uns, was der aktuelle Stand ist. Wie würden Sie den momentanen Stand des Modellprojektes beschreiben? Können Sie kurz nochmal den aktuellen Stand zusammenfassen?
- Hat sich an der ÄrztInnensituation noch etwas geändert? (Oder bei der Geschäftsführung und kaufmännischen Leitung geblieben?)
- Wie schätzen Sie die Kostenentwicklung des Projektes ein? (Wie ist die Personalentwicklung insg.?)
- Wie ist die aktuelle Angebotssituation im RVZ? Welche Angebote gibt es momentan und wie werden sie angenommen? Welche Leistungen des RVZ werden besonders nachgefragt und welche eher weniger? Welche Angebote sollten noch ergänzt werden? (Nachfragen nach ursprünglichen Planungen im Rahmen der Feinkonzepte.)
- Wie ist der Stand der Homepage des RVZ/MVZ?
- Wie ist Ihre Einschätzung zur Bekanntheit der Angebote des RVZ? Werden Werbemaßnahmen durchgeführt oder Social-Media-Kampagnen geschaltet? Könnten oder sollten diese noch ausgeweitet werden?
- Wie ist das dann mit Anbindung und Mobilität? Wissen Sie wie die Menschen vorrangig zu Ihnen kommen? Ist die Erreichbarkeit durch den ÖPNV sichergestellt oder müsste hier nachgebessert werden? Was hat sich bewährt? Gibt es Einschätzungen wie das RVZ erreicht wird? ÖPNV/Auto/sonstiges?
- Gibt es Angebote der lokalen Daseinsvorsorge, die über die medizinische Versorgung hinaus durch das RVZ aufgebaut/erhalten werden?
- Wie schätzen Sie folgende Wirkungen des RVZ an Ihrem Standort ein:
 - ...auf die Lebensqualität im ländlichen Raum?
 - ...auf die Verbesserung der ärztlichen Versorgung in der Region all gemein
 - ...auf die Revitalisierung des Ortskerns/des ländlichen Raums?
 - ...auf den Wirtschaftsstandort?
- Welchen Einfluss hat das RVZ auf die Kooperationskultur vor Ort? (Sind z. B. neue Netzwerke entstanden, wurde eine „Kümmererstruktur“ etab-

liert oder sind möglicherweise dadurch auch Konflikte zum Vorschein gekommen?) Welche Hindernisse gibt es für eine lösungsorientierte Kooperation vor Ort?

- Wie hat sich durch das RVZ die hausärztliche Versorgung in Ihrer Region verändert? Hat sie sich verschlechtert, wurde sie gesichert oder hat sie sich dadurch verbessert?
- Inwiefern bringen sich BürgerInnen aus dem Ort im RVZ ein? Welche Angebote werden hier besonders angenommen? Gibt es BürgerInnen, die sich ehrenamtlich engagieren?
- Welche sozialen Gruppen profitieren primär von dem RVZ und wer sollte noch stärker angesprochen oder einbezogen werden?
- Generell gefragt: Was war die größte Hürde im Rahmen der Umsetzung? Was würden Sie weiteren Modellprojekten mit auf den Weg geben? Was sind Erfolgsfaktoren?
- Welche Rolle spielt(e) der Austausch mit
 - anderen Modellprojekten?
 - Geschäftsstelle im MB?
- In welchen Kontexten oder mit welchen Akteuren hätten Sie sich mehr Austausch gewünscht?
- Wahrnehmung und Rolle des Lenkungskreises. Wo sehen Sie die künftige Rolle des Lenkungskreises? Welche Perspektive und welche Aufgaben ergeben sich?
- Was sollte bei einer Weiterentwicklung und Verstetigung der RVZ-Förderung aus Ihrer Sicht noch stärker Berücksichtigung finden? Inhaltlich, strukturell, verfahrenstechnisch?
- Was ist für die Fortführung des Projektes wichtig? Welche Schritte müssen als nächstes angegangen werden?
- Wo wird das RVZ in.
 - 5 Jahren oder in
 - 10 Jahren gesehen?
- Gibt es weitere Anmerkungen zur Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen?

B) Interviewleitfaden: Weitere zentrale Akteure (Vertreter des Städte- und Gemeindebunds, Vertreter der Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, Vertreter des Amts für regionale Landesentwicklung)

- Vorstellung der Person und Rolle im Modellvorhaben
- Wie schätzen Sie die Entwicklung der Modellphase der letzten zwei Jahre ein. Wie würden Sie den Verlauf der weiteren Umsetzungsphase und den aktuellen Stand beschreiben?
- Wie stehen Sie derzeit in Kontakt mit den konkreten Projekten vor Ort? Wie schätzen Sie die Entwicklung der einzelnen Projekte ein?
- Wie hat sich durch das RVZ die hausärztliche Versorgung in den Regionen verändert? Hat sie sich verschlechtert, wurde sie gesichert oder hat sie sich dadurch verbessert? (Differenzierung der Kommunen?)
- Wie schätzen Sie Wirkungen der RVZ insgesamt auf die Lebensqualität und der ärztlichen Versorgung in den Regionen allgemein ein? (+ Ortskern, Wirtschaftsstandort, Kooperation vor Ort)
- Wie schätzen Sie die Aussage ein, dass Kommunen Aufgaben der KVN übernehmen?
- Wie sollte man aus Ihrer Sicht mit den Anfragen aus weiteren Kommunen umgehen?
- Einschätzung telemedizinische Versorgung?
- Einschätzung VERAH/Gemeindeschwestern?
- Einschätzung Gesundheitskioske?
- Generell gefragt: Was war die größte Hürde im Rahmen der Umsetzung? Was würden Sie weiteren Modellprojekten mit auf den Weg geben? Was sind Erfolgsfaktoren?
- Was ist für die Fortführung der Projekte bzw. der Modellphase wichtig? Welche Schritte müssen als nächstes angegangen werden?
- Wie schätzen Sie die Kommunikation mit den VertreterInnen der Modellprojekte ein?
- Welche Rolle spielt der Austausch mit der Geschäftsstelle im MB?
- In welchen Kontexten oder mit welchen Akteuren hätten Sie sich mehr Austausch gewünscht?
- Wahrnehmung und Rolle des Lenkungskreises. Wo sehen Sie die künftige Rolle des Lenkungskreises? Welche Perspektive und welche Aufgaben ergeben sich? (Falls Mitglied des Lenkungskreises: Wie würden Sie Ihre Rolle im Lenkungskreis für das Modellprojekt beschreiben? Wo sehen Sie Ihre Verantwortung?)

- Was sollte bei einer Weiterentwicklung und Verstetigung der RVZ-Förderung aus Ihrer Sicht noch stärker Berücksichtigung finden? Inhaltlich, strukturell, verfahrenstechnisch?
- Roll-Out der Modellphase – wie sehen Sie das?
- Gibt es weitere Anmerkungen zur Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen?

C) InterviewpartnerInnen:

Projekt	Online	Vor Ort
RVZ Wurster Nordseeküste, LK Cuxhaven	Vertretung Landkreis Geschäftsführung RVZ	RVZ-Managerin
RVZ Wesermarsch-Nord, LK Wesermarsch	Vertretung Landkreis	Besuch ohne Gespräch
RVZ Leinebergland	Geschäftsführung	Geschäftsführung
RVZ Auetal, LK Schaumburg	Geschäftsführung RVZ Bürgermeister Fachbereichsleitung	Geschäftsführung RVZ Bürgermeister
RVZ Baddeckenstedt, LK Wolfenbüttel	Geschäftsführung RVZ Bürgermeister Vertretung Landkreis	Vertretung Landkreis RVZ-Managerin

Weitere zentrale Akteure (online) :

- VerteterInnen der Geschäftsstelle Versorgungszentren des Niedersächsisches Ministerium für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung
- Vertreter des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebunds
- Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen
- Vertreter des Amts für regionale Landesentwicklung (Lüneburg)

