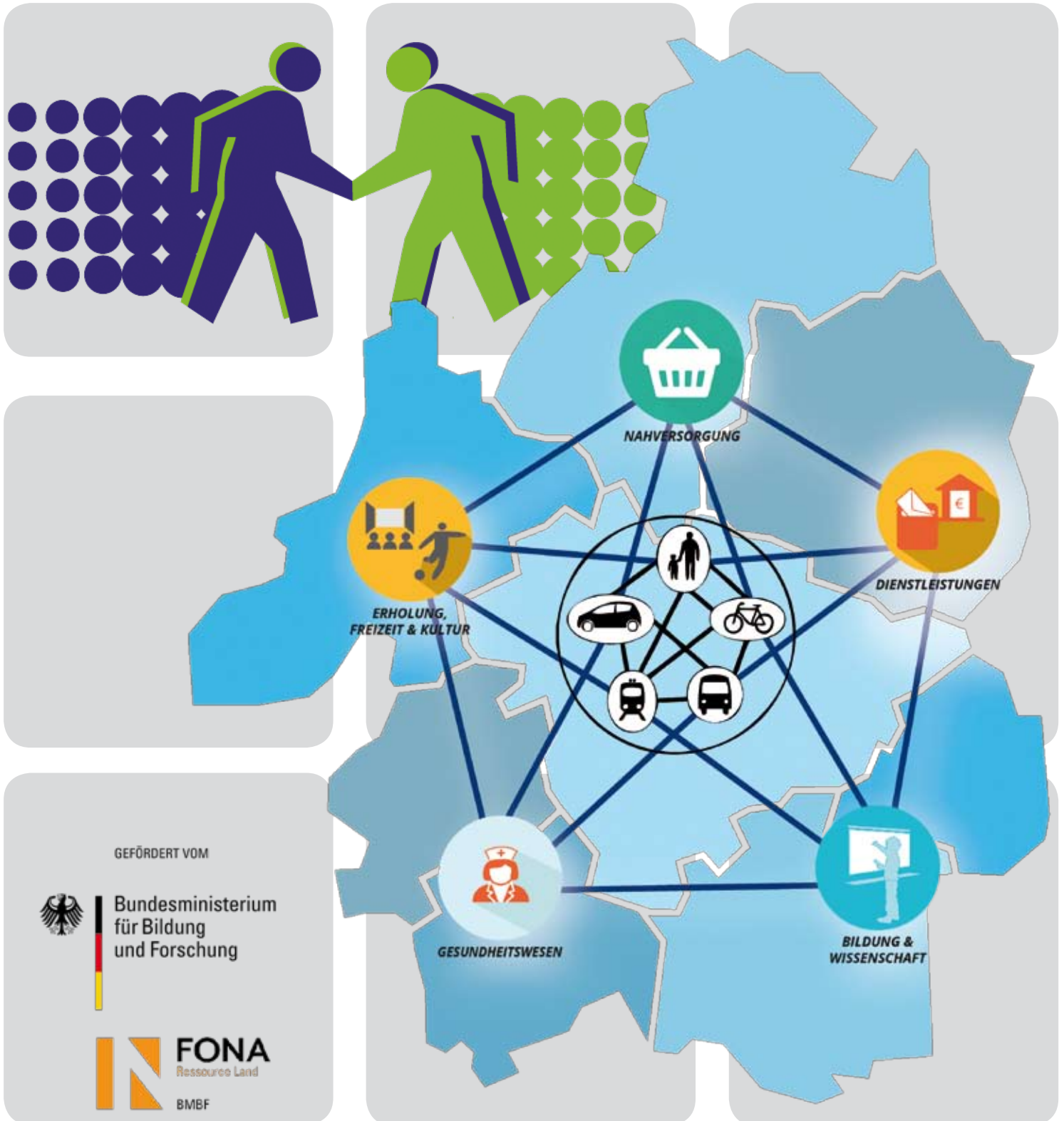


REGIONALE DASEINSVORSORGE IM ERWEITERTEN WIRTSCHAFTSRAUM HANNOVER



REGIONALE DASEINSVORSORGE

DURCH OPTIMIERTE STADT-LAND-KOOPERATIONEN
IM ERWEITERTEN WIRTSCHAFTSRAUM HANNOVER

1. Werkstattbericht zum Projekt URBAN RURAL SOLUTIONS / EWH*vernetzt*

- Grundlagen und Analysen -



Inhalt

Überblick

- Die Innovationsgruppe UrbanRural Solutions _____ 3
- Regionale Daseinsvorsorgeplanung _____ 6
- Daseinsvorsorge räumlich darstellen _____ 8
- Die Praxisregionen _____ 11

Der Erweiterte Wirtschaftsraum Hannover als Praxisregion im Projekt UrbanRural Solutions

1. Fokusraum Gesundheit

- Hintergrund _____ 17
- Die Versorgungslage im Fokusraum _____ 22
- Ansatzpunkte im Projekt _____ 33

2. Fokusraum Nahversorgung

- Hintergrund _____ 37
- Die Versorgungslage im Fokusraum _____ 42
- Ansatzpunkte im Projekt _____ 50
- Transdisziplinarität – Ausblick auf den weiteren Prozess _____ 54

Genderhinweis:

Soweit möglich wurde eine geschlechtsneutrale Formulierung verwendet. Wo dies nicht möglich war oder zu einer Verschlechterung der Lesbarkeit geführt hätte, wurde im Sinne dieser auf die männliche Form zurückgegriffen. Selbstverständlich sind alle Geschlechter gleichermaßen angesprochen.

Vorwort

Unsere Welt verändert sich stetig – es liegt an uns, ob diese veränderte Welt für uns positiv oder negativ ist.

Wir sind stolz, mit der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Innovationsgruppe UrbanRural Solutions eine Partnerin zu haben, die in ausgewählten Fokusräumen die Frage untersucht, ob und wie die Folgen des demografischen Wandels – eine der entscheidenden Veränderungen der nächsten Zeit – durch verbesserte regionale Kooperationen betroffener Kommunen gelöst werden können.

Unter dem Projekttitel „EWHvernetzt“ nimmt das Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover (EWH) seit April 2015 als Praxispartner an dem Projektverbund Innovationsgruppe UrbanRural Solutions teil. Die hierzu eigens gegründete Projektgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern der 15 Netzwerkpartner des EWH soll die Praxisnähe der Arbeiten und die spätere Anwendbarkeit sicherstellen. Insgesamt erhofft sich das Netzwerk vom Projekt UrbanRural Solutions nicht nur zukunftsweisende Lösungen im Bereich der regionalen Daseinsvorsorge, sondern auch eine Stärkung der Kooperationsarbeit im Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover.

Die vorliegende Publikation aus der Reihe der „Berichte aus dem Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover“ stellt den Projektstand zum Herbst 2017 mit wichtigen Grundlagen zur regionalen Daseinsvorsorge im EWH und ersten Analysen der Situation in den Fokusräumen dar. Wir wünschen allen am Projekt Beteiligten weiterhin viel Erfolg bei der Bearbeitung der komplexen Thematik.



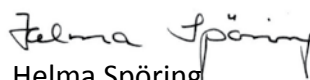
Tjark Bartels
Landrat Landkreis Hameln-Pyrmont,
Vorsitzender des Vorstands Netzwerk EWH



Dr. Ingo Meyer
Oberbürgermeister Stadt Hildesheim,
Vorstand Netzwerk EWH



Prof. Dr. Axel Priebes
Erster Regionsrat Region Hannover,
Vorstand Netzwerk EWH



Helma Spöring
Bürgermeisterin Stadt Walsrode,
Vorstand Netzwerk EWH



Überblick

Die Innovationsgruppe

UrbanRural Solutions

Wissenschaft und Praxis erarbeiten gemeinsam praxistaugliche Lösungsansätze

Die Innovationsgruppe „UrbanRural SOLUTIONS“ ist ein Team von Akteuren aus drei Regionen (Praxispartner) und mehreren wissenschaftlichen Instituten (Wissenschaftspartner). Die Partner gestalten das Vorhaben von vornherein gleichberechtigt. Dies ermöglicht es, Anforderungen der Praxis frühzeitig in die Projektgestaltung einzubeziehen und maßgeschneiderte, umsetzungsfähige Lösungen zu entwickeln. Ziel des Projektes sind innovative, kooperative Handlungsoptionen für die Verbesserung oder den Erhalt der wohnstandortbezogenen Daseinsvorsorge, die unter Einbindung aller wichtigen Akteure geplant und umgesetzt werden sollen. Maßstab ist die regionale bzw. interkommunale Ebene. Zur wohnstandortbezogenen Daseinsvorsorge zählen dabei alle Infrastrukturen, die notwendig sind, um sich in akzeptabler Entfernung zum Wohnort mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs zu versorgen.

Das Ziel

In einem Dialogprozess werden Handlungsoptionen unter Einbindung verschiedenster Perspektiven entwickelt

Das Team der Wissenschafts- und Praxispartner gestaltet in den drei Regionen - darunter der Erweiterte Wirtschaftsraum Hannover - einen Dialogprozess zwischen den lokalen Akteuren und weiteren Experten

der jeweiligen Handlungsfelder. Weil die Einrichtungen der wohnstandortbezogenen Daseinsvorsorge nicht nur öffentlich, sondern teilweise auch von der Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft und/oder weiteren Organisationen bereitgestellt werden, müssen viele Sichtweisen und Interessen berücksichtigt werden.

Die aktuellen Herausforderungen der Daseinsvorsorge werden als Diskussionsgrundlage in gemeinsamen, datengestützten Analysen dargestellt. Ausgangspunkt ist dabei die mit Hilfe eines Geoinformationssystems berechnete Erreichbarkeit von Versorgungseinrichtungen: Wie lang sind die Menschen zu verschiedenen Orten unterwegs, um beispielsweise einzukaufen, sich zu bilden oder bei Krankheit versorgt zu werden? Diese und weitere Fragen sollen untersucht werden.

Klein- und großräumige Kartendarstellungen der Analysen unterstützen die Diskussion visuell.

Regionale Daseinsvorsorge durch optimierte Stadt-Land-Kooperationen





Abb.1: Kooperationsbedarf der Daseinsvorsorge im demografischen Wandel (eigene Darstellung)

In Szenarien werden zukünftige Entwicklungen vorausgedacht und mit ökonomischen Faktoren, wie beispielsweise der kommunalen Haushaltslage, verknüpft. In der gemeinsamen Abwägung des komplexen Zusammenspiels von Faktoren werden regional angepasste Handlungsoptionen entwickelt. Dabei wird angestrebt, mit der Umsetzung schon während der Projektlaufzeit zu beginnen und Lösungen so zu gestalten, dass sie dauerhaft Bestand haben.

Der Hintergrund

Daseinsvorsorge im demografischen Wandel gemeinsam gestalten

Der demografische Wandel hat erhebliche Auswirkungen auf die lokale Daseinsvorsorge. In schrumpfenden Gemeinden besteht die Gefahr, dass Bevölkerungsrückgang und -alterung zu einer Abwärtsspirale führen: Dem Bevölkerungsrückgang folgt ein Rückgang der finanziellen Möglichkeiten für den Unterhalt von Daseinsvorsorgeleistungen, die Einschränkungen der Leistungen führen zu selektiven Abwanderungen. Das starke Bevölkerungswachstum in einigen Städten kann hingegen zu Engpässen und Qualitätseinbußen bei Leistungen der Daseinsvorsorge führen. Der Flächendruck treibt hier die Preise für Wohnraum in die Höhe und erschwert die Bereitstellung zusätzlicher

Infrastruktureinrichtungen. Die sich aus den Wachstums- und Schrumpfungsprozessen ergebenden Herausforderungen lassen sich nur schwer allein durch weitere organisatorische Verbesserungen einzelner Einrichtungen bewältigen.

Gefragt sind daher innovative Strategien zur regionalen Aufgabenteilung und räumlichen Organisation über Gemeindegrenzen hinweg.

Die Informationsbasis

Kartendarstellungen unterstützen dauerhaft den fachlichen Austausch zur regionalen Daseinsvorsorge

Die im Dialogprozess verwendeten Kartendarstellungen werden aus einer Geoinformationsbasis generiert, die zu einem interaktiven Planungstool (Daseinsvorsorgeatlas) weiterentwickelt wird. In ihm werden Einrichtungen der Daseinsvorsorge (z. B. Arztpraxen, Lebensmittelmärkte oder Schulen) kleinräumig verortet und mit Hilfe geeigneter Indikatoren, u. a. Erreichbarkeitsanalysen (vgl. Abb. 2) durchgeführt. Diese Einrichtungen sind über das Straßennetz und über den öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) mit allen Wohnorten in der Region verbunden, so dass Reisezeiten für unterschiedliche Verkehrsmittel

tel – Pkw, ÖPNV, Fahrrad und Fußgänger – berechnet und mit anderen Faktoren verknüpft werden können. Dieses Analysetool lässt sich in vielen Aufgabebereichen der Verwaltung einsetzen. Schon während der Laufzeit wird gemeinsam mit den potenziellen Nutzern daran gearbeitet, technische und organisatorische Strukturen zu schaffen, um den Atlas dauerhaft aktuell und funktionsfähig zu halten (siehe auch S.10).

Die Partner

Das interdisziplinäre Projektteam der Innovationsgruppe besteht neben den Partner der verschiedenen wissenschaftlichen Institute auch aus regionalen Projektkoordinatoren als Vertreter/-innen der drei Praxispartner. Damit wird eine Zusammenarbeit sowohl zwischen verschiedenen Disziplinen (interdisziplinär) als auch zwischen Wissenschaft und Praxis (transdisziplinär) erreicht.

Praxisakteure aus drei Regionen

- Landkreis Göttingen
- Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover
- Stadt(region) Köln

Wissenschaftspartner aus verschiedenen Disziplinen

- Institut für Verkehrsplanung und Logistik, Technische Universität Hamburg (TUHH, VPL)
- ILS – Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung gGmbH (Dortmund)
- Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut an der Universität zu Köln (FiFo Köln)
- Institut für Technologie- und Innovationsmanagement, Technische Universität Hamburg (TUHH, TIM)
- Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL, Hannover)

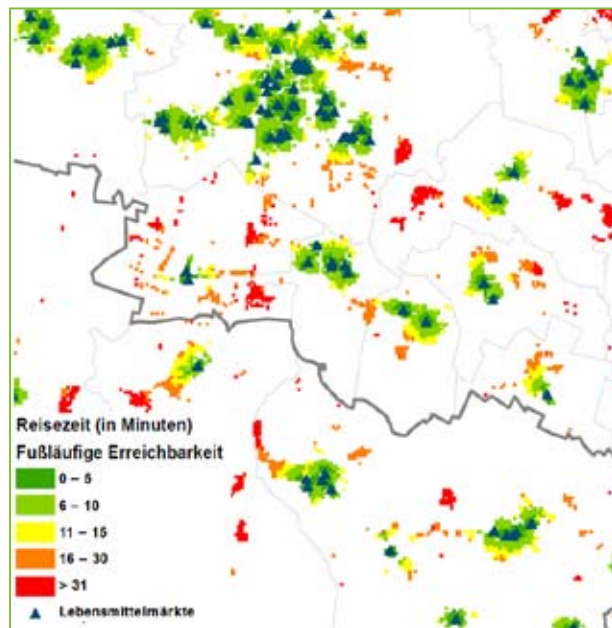




Abb.2: Beispieldarstellung einer Erreichbarkeitsanalyse von Lebensmittelmärkten (Grafik: TUHH)

GEFÖRDERT VON

 Bundesministerium für Bildung und Forschung

 FONA
Forum Nachhaltiges Land
BMBF

Fördermaßnahme:
Innovationsgruppen für ein Nachhaltiges Landmanagement

Projekttitel:
Innovationsgruppe UrbanRural Solutions: Innovationen im regionalen Daseinsvorsorge-management durch optimierte Unterstützung von Stadt-Land-Kooperationen (Förderkennzeichen: 033L122)

Laufzeit:
01.04.2015 – 31.03.2019

Fördervolumen des Verbundes:
4,0 Millionen Euro

Projektkoordination:
Dr.-Ing. Gesa Matthes
Technische Universität Hamburg-Harburg
Institut für Verkehrsplanung und Logistik
Telefon: +49 40 42878-4432
Telefax: +49 40 42878-2728
E-Mail: matthes@tuhh.de
www.tuhh.de



Regionale Daseinsvorsorgeplanung

Daseinsvorsorge ist ein weiter Begriff. Er steht (um nur wenige unter vielen Definitionen zu nennen) „[...] für die öffentliche Gewährleistung eines Angebotes ausgewählter, als lebensnotwendig eingestufte Güter und Dienstleistungen [...] Diese sollten in einer akzeptablen Mindestqualität zu sozialverträglichen Preisen und flächendeckend in zumutbarer Entfernung erreichbar angeboten werden.“ (Bojarra-Becker et al. 2016: 2)

Im allgemeinem Verständnis der Raumordnung bedeutet Daseinsvorsorge die „öffentliche Gewährleistung eines Angebots ausgewählter, vom Gesetzgeber als lebensnotwendig eingestufte Güter und Dienstleistungen. [...] Dies kann sowohl durch die öffentliche Hand wie durch private Anbieter erfolgen“ (BBSR 2012: 31). Daseinsvorsorge ist ferner im Raumordnungsgesetz des Bundes (ROG) verankert: „Die Ver-

sorgung mit Dienstleistungen und Infrastrukturen der Daseinsvorsorge, insbesondere die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Grundversorgung für alle Bevölkerungsgruppen, ist zur Sicherung von Chancengerechtigkeit in den Teilräumen in angemessener Weise zu gewährleisten; dies gilt auch in dünnbesiedelten Regionen“ (§2 Abs. 2 Nr. 3 ROG).

Die Daseinsvorsorge ist demnach eine bedeutende Pflichtaufgabe der Kommunen auch wenn es keine festgelegte „Daseinsvorsorgeplanung“ im eigentlichen Sinne gibt. Die Bereitstellung bzw. die Gewährleistung von Gütern und Dienstleistungen liegt dabei (nicht mehr) allein in öffentlicher Hand, sondern erfolgt zunehmend in Zusammenarbeit zwischen privaten und öffentlichen Akteuren. Aufgrund des demografischen Wandels wird es zunehmend schwieriger, diese in den verschiedensten Bereichen

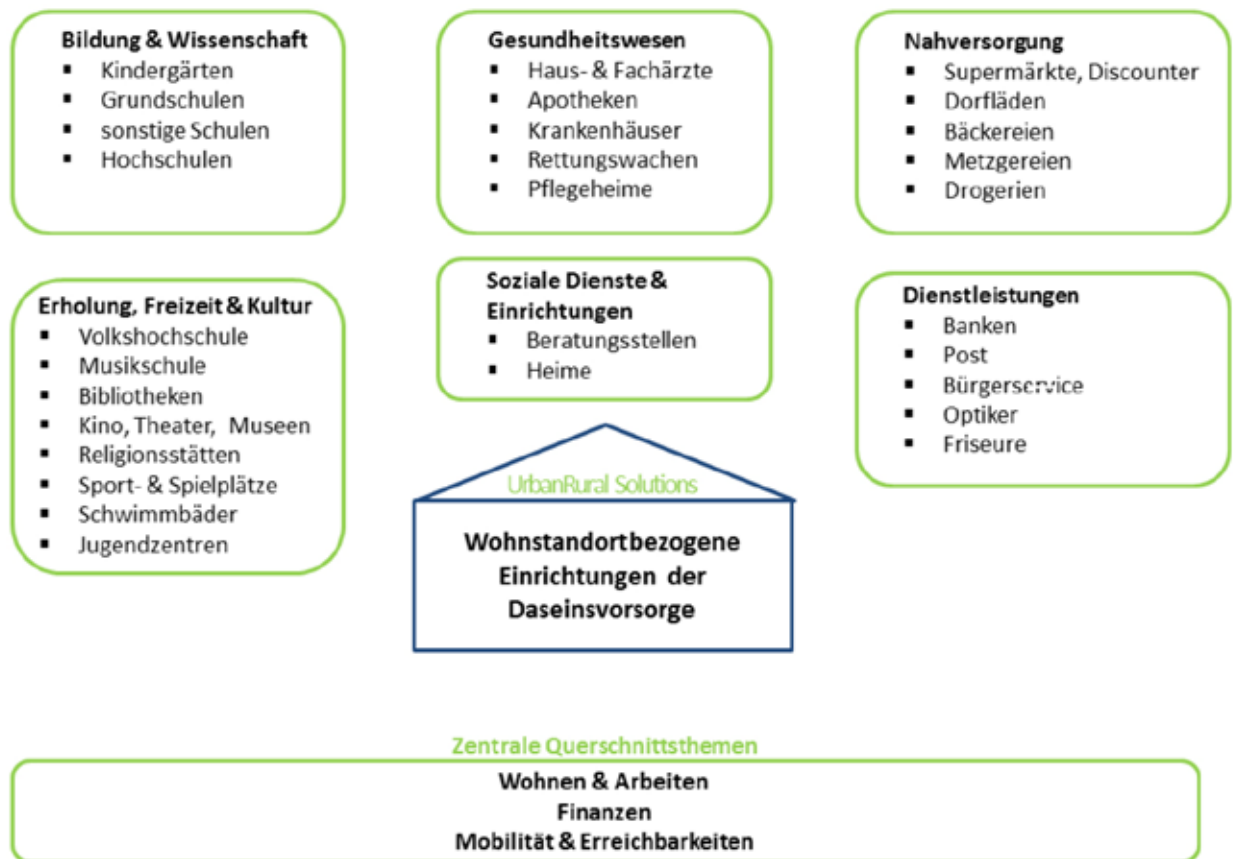


Abb.3: UrbanRural Solutions – Handlungsfelder der Daseinsvorsorge (eigene Darstellung)

des täglichen Lebens aufrechtzuerhalten. Ein Grund dafür sind die knapper werdenden Haushaltsmittel der öffentlichen Hand.

Besonders betroffen sind ländliche Räume, die einen vermehrten Bevölkerungsrückgang und eine zunehmende Alterung verzeichnen. Darüber hinaus führt eine Abwanderung aus den betroffenen Gebieten zu einem Wachstumsdruck auf wirtschaftsstarke Agglomerationskerne. Somit kommt es zu einer fortschreitenden Polarisierung der Raumentwicklung. Die Folge ist eine Ausweitung der Siedlungs- und Verkehrsfläche in den wachsenden Metropolen und ihrem näheren Umland sowie eine zunehmend leerfallende und ineffiziente Siedlungsstruktur in schrumpfenden ländlichen und suburbanen Gebieten. Um den negativen Auswirkungen von nebeneinander stattfindenden Wachstums- und Schrumpfungsprozessen besser begegnen zu können, bedarf es kooperativer Lösungsansätze auf regionaler Ebene. Kooperative Ansätze können hier Kooperationen zwischen verschiedenen Gebietskörperschaften (z.B. Stadt-Land-Kooperationen) aber auch die Zusammenarbeit verschiedener öffentlicher Stellen untereinander oder mit privaten Partnern bedeuten.

Im Rahmen des Projekts UrbanRural SOLUTIONS (UR) wird der Teil der Daseinsvorsorge betrachtet, der sich vor allem auf **wohnstandortbezogene Infrastruktur** bezieht (s. Abb. 4). Dies bedeutet, dass es bei der Betrachtung vor allem um die Sicherstellung der Erreichbarkeit von Einrichtungen und Angebo-

ten der Grundversorgung geht. Aufgrund der hohen Komplexität der Themen haben sich die drei Praxisregionen jeweils inhaltliche Schwerpunkte herausgegriffen: In der Region Göttingen wird es vor dem Hintergrund der demografischen Bedingungen vor allem um die Versorgung älterer Bewohner und die Attraktivität für junge Menschen gehen. Für die Stadt Köln und ihre angrenzenden Gemeinden werden die Themen der Bereitstellung von schulischer Bildung sowie regionale Mobilitätsangebote einen Schwerpunkt bilden.

Im Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover hat die Projektgruppe des Netzwerks die Themen Einzelhandel/Nahversorgung und medizinische Grundversorgung (Hausärzte) als Themenschwerpunkte identifiziert, die zusätzlich um Aspekte des sozialen Lebens bzw. der sozialen Infrastruktur ergänzt werden.

In allen drei Regionen werden die gewählten Themen mit Erreichbarkeitsanalysen des Rad- und Fußverkehrs, des motorisierten Individualverkehrs (Auto) sowie mit Erreichbarkeitsberechnungen auf Basis des öffentlichen Verkehrsnetzes (ÖPNV) verknüpft, so dass die Mobilität und Erreichbarkeit von Angeboten der Daseinsvorsorge den gemeinsamen Kern des Projekts darstellen.

Ab Seite 16 werden die Themenfelder und die Bearbeitung im Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover näher vorgestellt.



Exkurs: Daseinsvorsorge räumlich darstellen

Egal, ob Menschen im dichten Stadtgebiet oder in einem abgelegenen Dorf leben, mittels räumlicher Analysen in geografischen Informationssystemen kann man berechnen, wieviel Zeit sie zu Fuß, mit dem Fahrrad, Bus oder Auto zu bestimmten Versorgungsangeboten brauchen. Administrative Grenzen zwischen Gemeinden oder Landkreisen spielen für die Nutzerinnen und Nutzer hierbei keine Rolle - es zählt die Qualität und gute Erreichbarkeit der Angebote. Ein Ziel von UrbanRural Solutions ist es, die Informationen leicht zugänglich bereit zu stellen um Entscheidungen zur Planung von Daseinsvorsorge-Einrichtungen auf eine bessere Informationsbasis stellen zu können.

Schwerpunkt wohnstandortnahe Versorgung

Für das Projekt wurde gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern der drei Praxisregionen der Blick auf einen Teil der Daseinsvorsorge eingeschränkt (vgl. voriger Abschnitt). Für die regionalen Schwerpunktthemen wird das Ziel verfolgt, zum Projektende Lösungsmaßnahmen umzusetzen. Für die Analysen wurden Daten zusammengetragen, eingekauft (bzw. im parallel durchgeführten Konsensprojekt großflächiger Einzelhandel eine Erhebung beauftragt) und

aufbereitet. Zudem wurde ein eigenes Verkehrsmodell auf Basis von „Open-Source“-Daten, also frei verfügbaren Daten, aufgebaut und eine Datenbank mit kleinräumigen Bevölkerungsdaten und Gelegenheiten der Daseinsvorsorge angelegt. So können die themenspezifischen Analysen durchgeführt werden, die Fragen nachgehen wie:

- Wie viele Personen erreichen die Standorte der Daseinsvorsorge in welcher Zeit (mit verschiedenen Verkehrsmitteln)?
- Von welchen Wohnstandorten aus sind relevante Standorte nur mit erheblichem Aufwand zu erreichen?
- Wie ändern sich die Kennzahlen, wenn Standorte schließen (z. B. Hausarztpraxis altersbedingt) oder dazukommen?
- Wie viele Einwohner versorgt eine Einrichtung (Kapazitäten)?

Räumliche Analysen für den Dialogprozess und Entwicklung eines Planungstools:

Zwei unterschiedliche und doch ähnliche Dinge: Grundsätzlich wird in der Innovationsgruppe UrbanRural Solutions zwischen den gezielten räumlichen Analysen zur Unterstützung des Dialogprozesses und

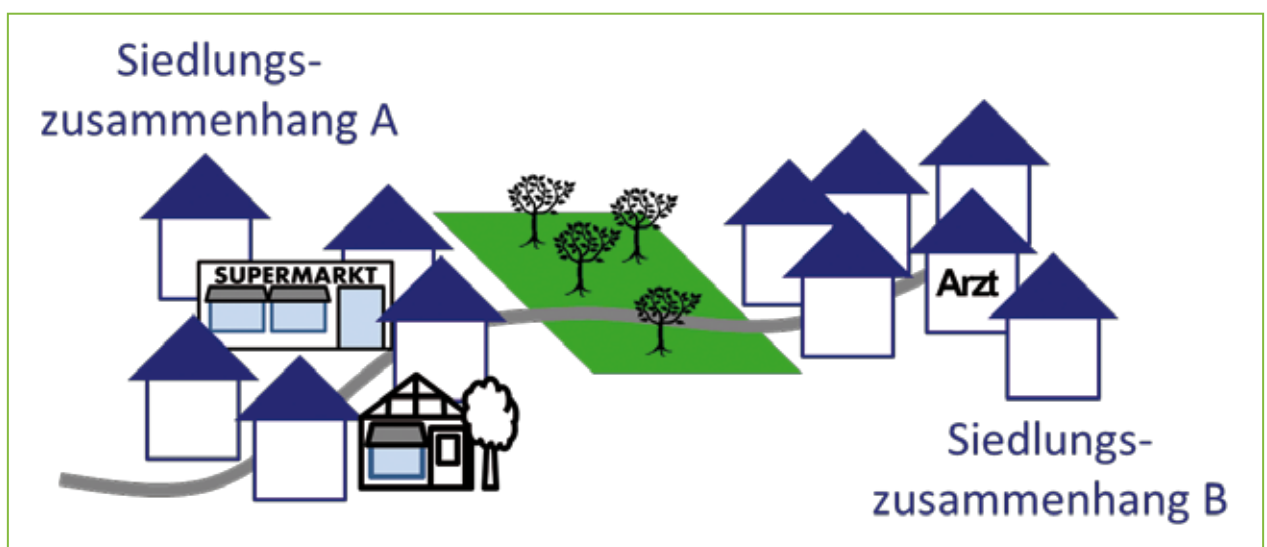


Abb.4: Analysekategorie unterhalb der Gemeindeebene: Siedlungszusammenhänge

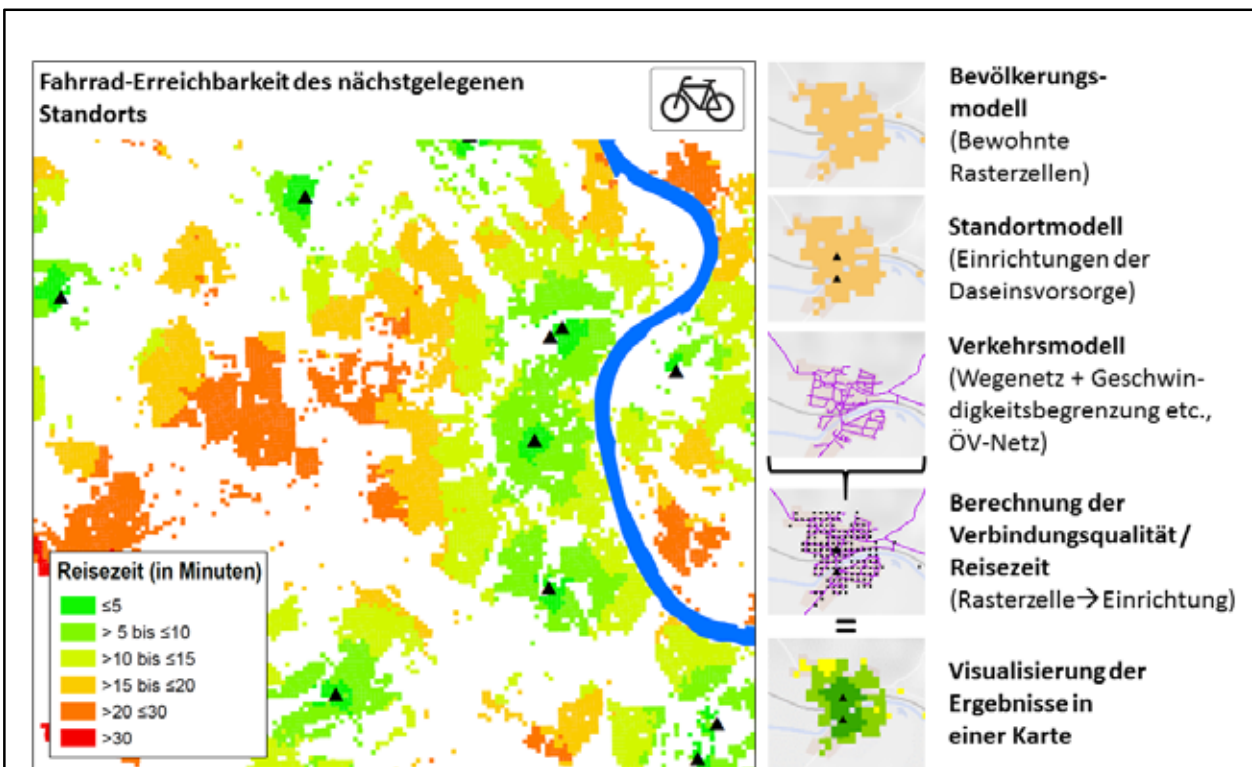


Abb. 1: Aufbau der Erreichbarkeitsanalysen

Quelle: ILS und VPL 2016

Grundlage räumlicher Analysen im Projekt - Schritt für Schritt erklärt

Wie werden Erreichbarkeiten berechnet und dargestellt?

Schritt 1 - Bevölkerungsmodell: Für ganz Deutschland liegen Einwohnerzahlen aus dem Zensus von 2011 in einem Raster von 100 x 100 Metern vor – wir haben sie bis zum Jahr 2015 fortgeschrieben und mit Informationen zur Altersverteilung ergänzt. In jeder Rasterzelle, die auf der Karte zu sehen ist, wohnt also mindestens eine Person. Die Rasterzellen bilden somit gleichzeitig die besiedelten Flächen ab.

Schritt 2 - Standortmodell: Standorte der Daseinsvorsorge werden in der Karte adressgenau verortet. So kann man genau sehen, wo ein Supermarkt, eine Arztpraxis oder eine Schule in der Region liegt - je nach Schwerpunktthema und Fragestellung sind nur bestimmte Einrichtungen relevant.

Schritt 3 - Verkehrsmodell: Grundlage für die Berechnung von Erreichbarkeiten sind Verkehrsmodelle, die aus Straßennetzen bzw. Fahrplandaten bestehen. Es stecken ganz bestimmte Informationen in diesen Verkehrsmodellen, beispielsweise wie schnell ich auf bestimmten Straßen fahren darf oder wie oft ich umsteigen muss, wenn ich mit den öffentlichen Verkehrsmitteln von A nach B fahren möchte.

Schritt 4 - Verbindungsqualität/ Reisezeit: Aus der Kombination aller Informationen kann dann berechnet werden, wie lange Personen von ihrem Wohnstandort (Mittelpunkt jeder Rasterzelle) zum nächstgelegenen Angebot der Daseinsvorsorge brauchen, differenziert nach Verkehrsmitteln (Fuß, Rad, PKW, ÖPNV). Die Färbung der Rasterzellen entspricht der Reisezeit in Minuten.

Abb.5: Aufbau der Erreichbarkeitsanalysen in vier Schritten; Quelle: ILS und VPL 2017



der Entwicklung eines übertragbaren „Planungstools“ (Daseinsvorsorge-Atlas) unterschieden: Die räumlichen Analysen, die auch Teil dieses Berichts sind, stellen eine Art Testfeld dar, von dem aus Erfahrungen direkt in die Entwicklung des später dauerhaft verfügbaren Planungstools einfließen können. Als zentrale Analyseebene wurden auf Rasterzellen basierte „Siedlungszusammenhänge“ gewählt um Aussagen auch unterhalb der (administrativen) Gemeindegrenzen zu ermöglichen. Siedlungszusammenhänge sind mit zusammenhängend bebauten Gebieten gleich zu setzen (vgl. Abb.4).

Nutzerorientiertes Planungstool

Das Planungstool ist ein Software-basierter Werkzeugkasten, der langfristig in den Regionen genutzt werden soll: Es umfasst eine Datenbank, die mit (räumlichen) Analysemodulen (z. B. Erreichbarkeitsanalysen von Status Quo und Szenarien, Bevölkerungsfortschreibung) verknüpft werden kann. Angedacht ist eine webbasierte Darstellung von berechneten Indikatoren z. B. in Anlehnung an Wegweiser Kommune (Bertelsmann Stiftung: online), den IÖR-Monitor (IÖR: online) oder den Erreichbarkeitsatlas der Metropolregion Hamburg.

Das Konzept des Tools baut auf einer Bestandsanalyse zu ähnlichen Projekten, Analysetools und Landes- bzw. bundesweiten Datenportalen auf, wodurch Bedarfslücken identifiziert werden konnten. Weitere Anforderungen werden im Austausch mit den regionalen Praktikern ermittelt, um den tatsächlichen Anwendungsnutzen zu gewährleisten. Zu diesen gehören z. B. Akteure aus dem Bereich der Regional- und Stadtplanung, Schulbedarfsplanung oder Wirtschaftsförderung. Sie werden im weiteren Projektverlauf in die Entwicklung des Tools einbezogen.

Grundlagen der Verstetigung

Damit das Planungstool zukünftig Verwendung im Alltag findet, muss es den Bedürfnissen der Anwender entsprechen, aber vor allem in die regionalen Verwaltungen organisatorisch eingebunden werden. Im Vordergrund steht eine leichte Implementierung in die IT-Systeme der Verwaltung; dazu gehört die Verwendung lizenzfreier Software. Die inhaltliche, organisatorische, rechtliche und zuletzt technische Entwicklung folgt wie beschrieben einem nutzer- bzw. anwenderorientierten Ansatz. Priorität haben die einfache Bedienbarkeit und Pflege. Datensätze müssen leicht zu aktualisieren sein und unkompliziert von den zukünftigen Nutzern durch weitere Themenbereiche der wohnstandortbezogenen Daseinsvorsorge ergänzt werden können. Für die Bewertung von Analysen müssen Indikatoren transparent und nachvollziehbar sein. Ziel ist es, die dauerhafte Nutzung in der Verwaltung zu ermöglichen und auch zukünftig ein nachhaltiges Daseinsvorsorgemanagement in den Regionen zu unterstützen.

Nächste Schritte: Nutzeranalyse und DV-Atlas

Zurzeit werden die nächsten Schritte der Entwicklung des Planungstools vorbereitet. Dazu gehört die empirische Erhebung von Praxisanforderungen der potenziellen Nutzer (qualitative Methodik) und deren Auswertung. Des Weiteren ist eine Ideengenerierung zu einem späteren Zeitpunkt für die Lösung technischer, organisatorischer und rechtlicher Hürden unter Beteiligung der Praxisregionen geplant. UR möchte mit dem Planungstool nicht nur die spezialisierten GIS-Fachleute in den Verwaltungen oder IT-affine Menschen ansprechen, sondern einer breiteren Fachöffentlichkeit in den Regionen handhabbar aufbereitete Informationen mit Nutzen für den Arbeitsalltag bieten.



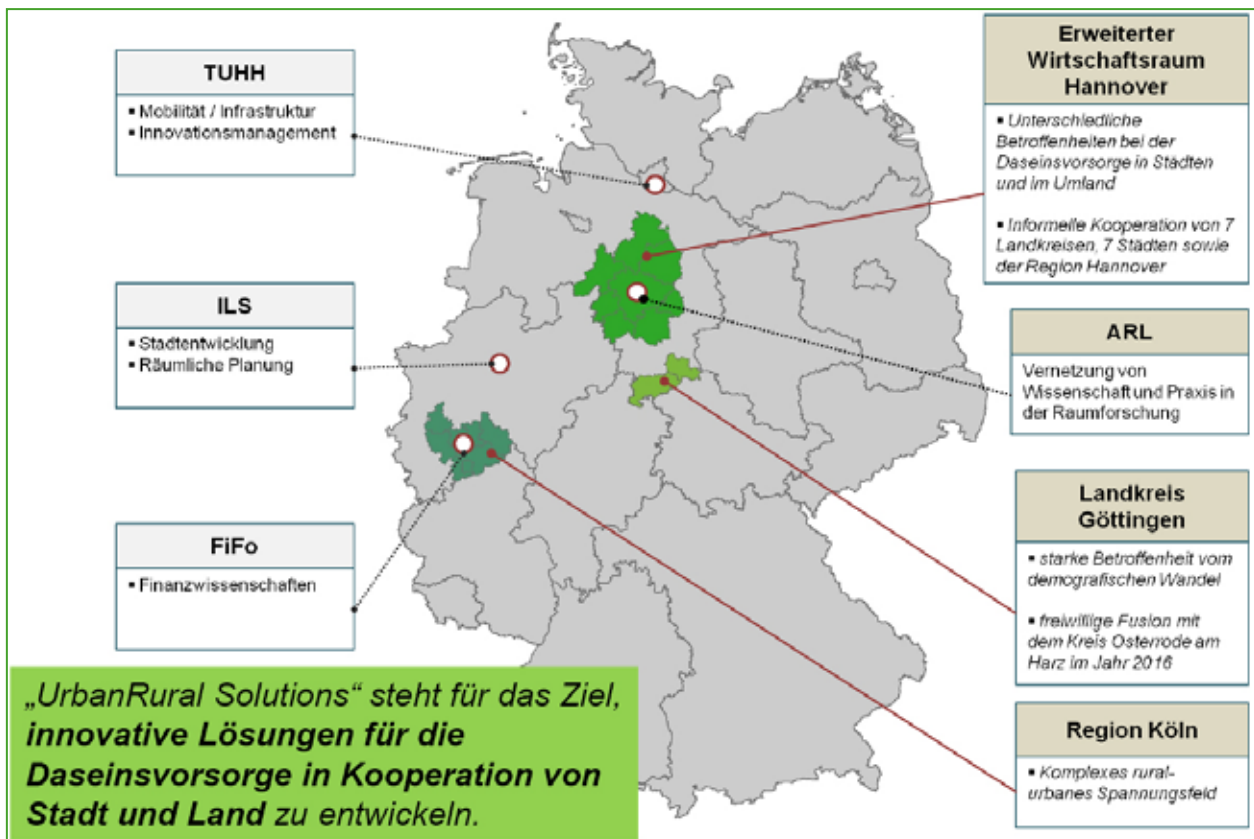


Abb.6: Übersicht über die Praxisregionen und Praxispartner im Projekt UrbanRural Solutions (Grafik: TUHH)

Die Praxisregionen

Neben dem Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover sind zwei weitere Regionen als Praxispartner Teil der Innovationsgruppe UrbanRural Solutions:

Landkreis Göttingen

Die Untersuchungsregion Göttingen besteht aus den ehemaligen Landkreisen Göttingen und Osterode am Harz, die im November 2016 gemeinsam zum neuen Landkreis Göttingen fusionierten.

Der Bearbeitungsraum umfasst etwa 324.000 Einwohner in 18 kreisangehörigen Städten und Gemeinden sowie die Stadt Göttingen. Eine regionale Projektkoordination ist beim Landkreis Göttingen im Bereich Demografiemanagement angesiedelt. Die Forschungsaktivitäten werden mit den Praxisanforderungen aus der Region zusätzlich über eine regionale Steuerungsgruppe verzahnt. Die regionale

Steuerungsgruppe besteht aus Vertretern der Altkreise Göttingen und Osterode am Harz sowie der Stadt Göttingen, so dass umsetzbare Ergebnisse entstehen, die in der Region genutzt werden können.

Inhaltlich hat der Landkreis Göttingen einen zielgruppenorientierten Ansatz gewählt: Es sollen Ideen zu Versorgungsmöglichkeiten bei Gesundheit und Nahversorgung für selbstständige Ältere sowie Freizeitmöglichkeiten für ältere Jugendliche erarbeitet werden. Damit liegt der Fokus auf Bevölkerungsgruppen, die für sie wichtige Angebote und Orte möglichst selbstständig erreichen und wahrnehmen



können sollen, auch wenn sie möglicherweise in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, weil sie beispielsweise noch nicht oder nicht mehr selbst Auto fahren können.

Zur Betrachtung der Bedarfe dieser Zielgruppen wurden zwei Fokusräume eingegrenzt: Osterode a.H. / Bad Grund sowie Samtgemeinde Dransfeld / Flecken Adelebsen. Für die beiden Fokusräume sollen themenspezifisch die Bedarfe der jeweiligen Zielgruppen erfasst und in den Dialogprozess eingespeist werden. Hierfür wird unter anderem eine Online-Schülerbefragung durchgeführt.

Regionale Koordination Göttingen
M. A. Regionalmanagement Sarah Schreiber
Landkreis Göttingen

Reinhäuser Landstraße 4, 37083 Göttingen
E-Mail: schreiber@landkreisgoettingen.de
Telefon: (+49) 551 - 525 2516

www.landkreisgoettingen.de/demografie

Die Stadt(region) Köln

Verbundpartner im Projekt ist die Stadt Köln. Die regionale Projektkoordinatorin ist für die Laufzeit des Projekts Mitarbeiterin im Dezernat Finanzen. Die Stadt Köln ist als wachsende Millionenstadt mit Herausforderungen im Bereich Wohnen, Mobilität und Bildungsinfrastrukturen konfrontiert. Hinzu kommt eine schwierige Haushaltslage, die die Verwaltung zwingt, die kommunalen Pflichtaufgaben und freiwilligen Leistungen effizient bereitzustellen. Die Stadt Köln verfolgt mit UrbanRural SOLUTIONS und weiteren Vorhaben ihr Konzept nachhaltiger Finanzpolitik, das langfristig zur Sicherstellung der kommunalen Daseinsvorsorge beitragen soll.

Das Bevölkerungswachstum entlang der Rheinschiene stellt einige Kommunen vor ähnliche Herausforderungen wie die Stadt Köln selbst. Andere Kommunen in der Region Köln/Bonn sind hingegen eher von

Schrumpfungsprozessen betroffen. Die zukünftige Entwicklung der Region ist für die Stadt Köln ebenso von Bedeutung, wie die Entwicklung der Stadt als ein Oberzentrum für die Region.

In Anlehnung an einen bereits begonnenen Prozess des interkommunalen Austauschs im Schwerpunktthema Bildung werden Möglichkeiten zu einer effizienteren Nutzung von Kapazitäten weiterführender Schulen in Köln und unmittelbar angrenzenden Umlandkommunen untersucht.

Im Bereich Wohnen und Mobilität gibt es derzeit eine Vielzahl von Kooperationsverbänden in der Region Köln-Bonn mit denen UR im Austausch steht. Besondere Relevanz hat die Frage nach geeigneten Standorten für ein aufzubauendes Netz von Mobilstationen um zu einer Entlastung im Verkehrsbereich beizutragen.

Ziel des Projekts ist es, mit Hilfe von wissenschaftlichem Input verschiedener Disziplinen, interkommunale Lösungen in der Region voranzubringen. Dabei spielt eine objektive Darstellung von Kosten und Nutzen aller Beteiligten der Daseinsvorsorge in der Region eine wichtige Rolle.

Regionale Koordination Köln
Dipl.-Volksw. Anna Jung
Stadt Köln
Dezernat II – Finanzen

Heumarkt 14, 50667 Köln
Email: anna.jung@stadt-koeln.de
Telefon (+49) 221 - 221 28 468

www.stadt-koeln.de/politikundverwaltung/finanzen/urbanrural-solutions

Die Praxisregion Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover

Neben den genannten Regionen ist auch der Erweiterte Wirtschaftsraum Hannover (EWH) Teil von UrbanRural Solutions. Zur Durchführung des Projekts wird die bei der Region Hannover angesiedelte Geschäftsstelle des Netzwerks EWH durch eine regionale Projektkoordination ergänzt. Sie ist Anlaufstelle und organisatorische Unterstützung für die im NEWH organisierten gebietskörperschaften und stellt den Kontakt zwischen Praxis und Forschung sicher.

Für die differenzierte Analyse und Erstellung von Szenarien, kleinteiligen Bevölkerungsberechnungen sowie die Erarbeitung von exemplarischen Kooperationslösungen innerhalb des Netzwerks Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover wurde aufgrund der Größe des Gebiets eine Konzentration auf repräsentative Fokusräume vereinbart.

Ein im September 2016 durchgeführter Workshop mit rund 50 Akteuren verschiedener Fachrichtungen aus den Verwaltungen der im NEWH organisierten Gebietskörperschaften und weiteren relevanten Organisationen wurde genutzt, um die zu bearbeitenden Themen (vgl. Abb. 8) und potenzielle Fokusregionen im EWH zu identifizieren (vgl. Abb. 9 auf S.15). Die Auswahl der Fokusräume wurde anschließend von der Lenkungsgruppe (Hauptverwaltungsbeamte) des Netzwerks Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover bestätigt.

Die Arbeit in den Fokusräumen wird von jeweils eingerichteten Koordinationsgruppen geplant und weiter voran gebracht. Ein erster Schritt hierzu war die Einbindung der einzelnen kreisangehörigen Kommunen und weiterer, zentraler Akteure über jeweils teilregionale Informationstermine vor Ort. Diese Termine dienten zudem der inhaltlichen Vorbereitung jeweils zweier größerer Workshops im Mai/Juni beziehungsweise August/September 2017.

Funktion der Fokusräume

Die Fokusräume stellen keine eigenständigen Projekte dar, sondern sollen immer im Kontext des gesamten EWH betrachtet werden. Für die Auswahl der Fokusräume waren daher folgende Kriterien (vgl. Abb. 7) leitend:

- Die Fokusräume stehen exemplarisch für Herausforderungen im EWH und sind Beispiel für die Erarbeitung übertragbarer Lösungen.
- Die Fokusräume weisen aktuell oder in naher Zukunft Handlungsbedarf aufgrund der Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit von Daseinsvorsorgeeinrichtungen in den gewählten Themenfeldern (idealerweise sowohl im Bereich Gesundheit als auch im Bereich Einzelhandel) auf.
- Die Fokusräume orientieren sich nicht unbedingt an administrativen Grenzen sondern bieten Potenzial für Kooperationen. Diese können kommunal übergreifend oder zwischen öffentlichen und privaten Akteuren gedacht werden.

Und zuletzt spielten natürlich auch die Bereitschaft und das Interesse der relevanten Akteure im Fokusraum eine wichtige Rolle – nur so kann eine Umsetzung von Kooperationslösungen realistisch angestrebt werden.

Und zuletzt spielten natürlich auch die Bereitschaft und das Interesse der relevanten Akteure im Fokusraum eine wichtige Rolle – nur so kann eine Umsetzung von Kooperationslösungen realistisch angestrebt werden.

Fokusräume – Kriterien

- Die Fokusräume sollen **exemplarisch** für Herausforderungen im EWH stehen und die **Erarbeitung übertragbarer Lösungen** ermöglichen.
- Die Fokusräume sollen **Handlungsbedarf aufgrund der Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit von Daseinsvorsorgeeinrichtungen** in den gewählten Themenfeldern (möglichst mehrere) aufweisen.
- Die Fokusräume müssen sich nicht unbedingt an administrativen Grenzen orientieren sondern **Potenzial für Kooperationen** (öffentlich-öffentlich; öffentlich-privat) bieten.
- Und zuletzt spielt natürlich auch das **Interesse der relevanten Akteure** im Fokusraum eine wichtige Rolle – nur so kann die Umsetzung von Kooperationslösungen realistisch angestrebt werden.



Abb.7: Kriterien zur Auswahl von Fokusräumen im NEWH



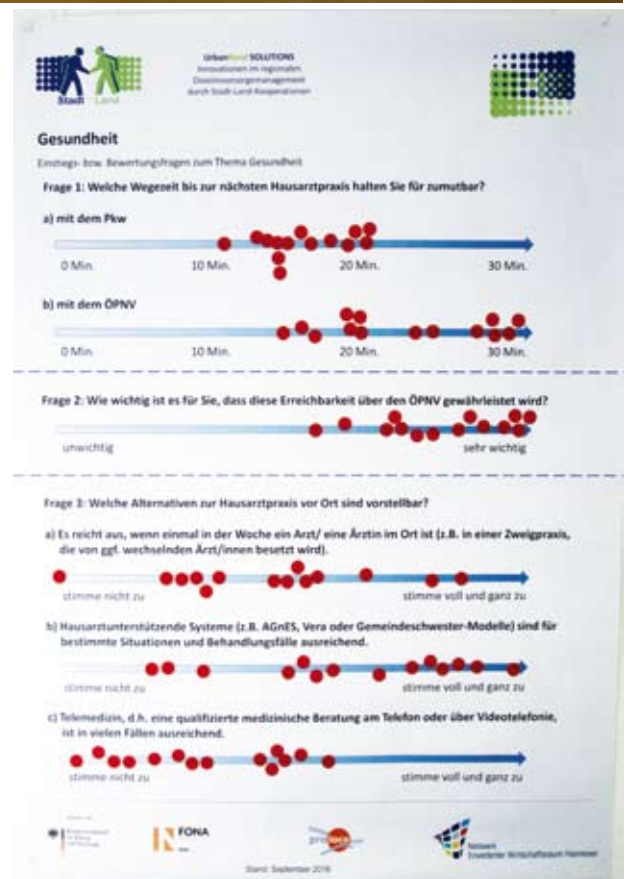
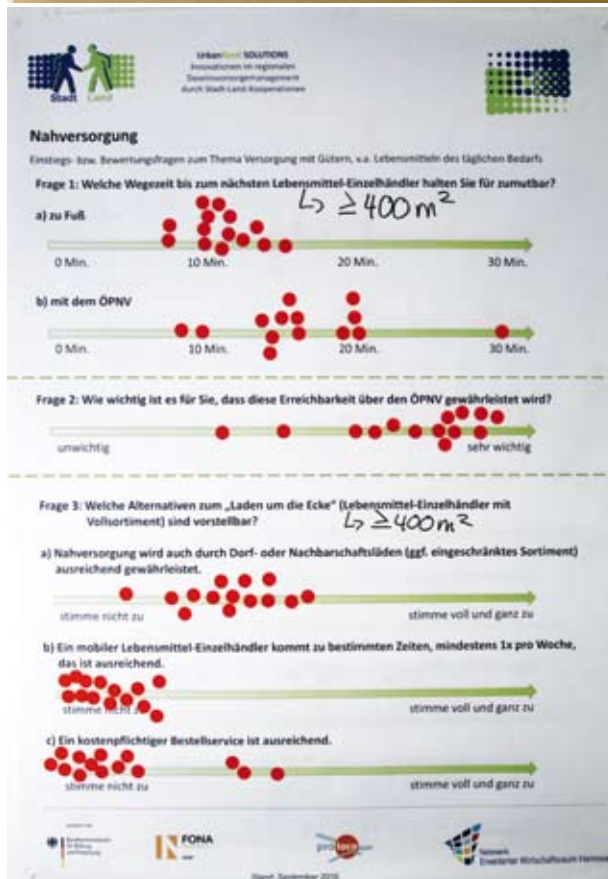
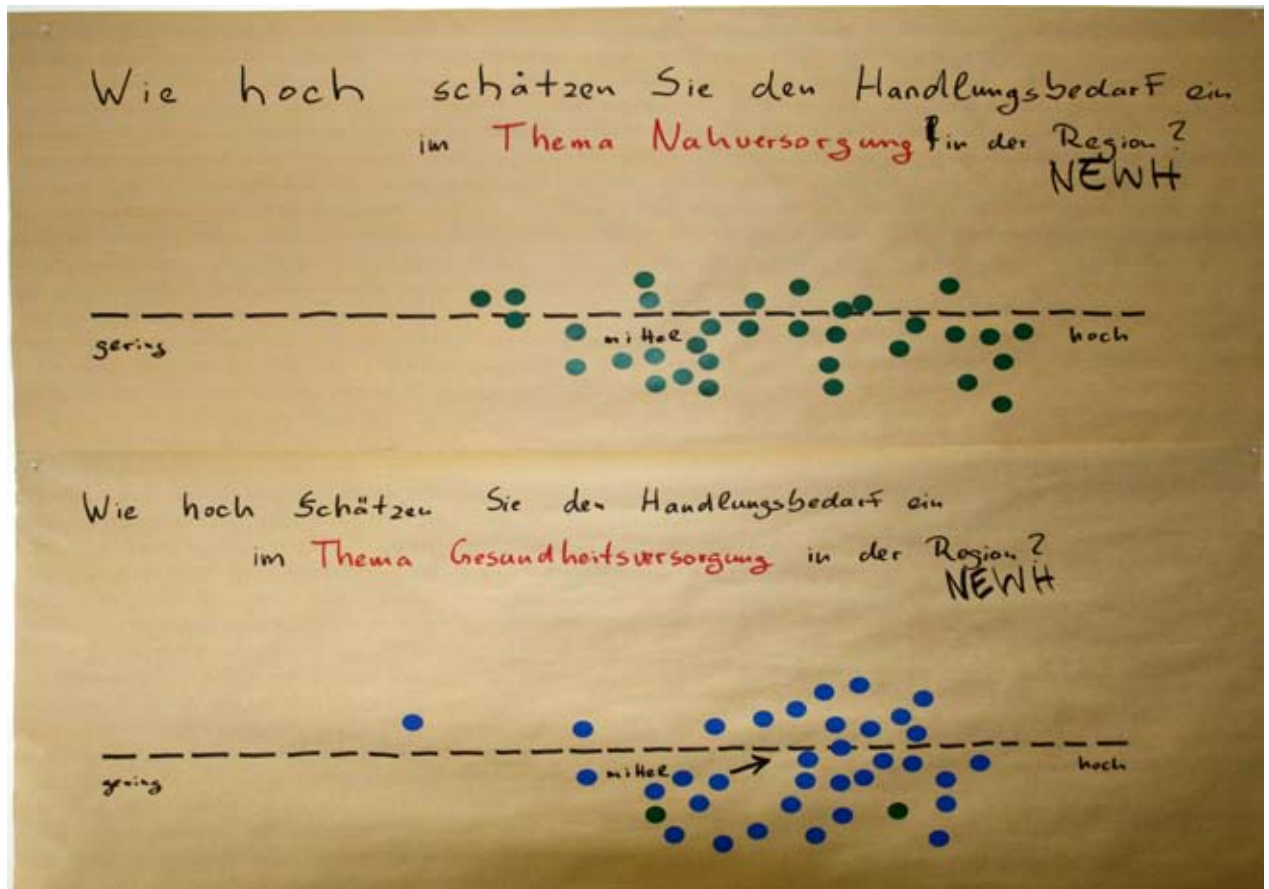


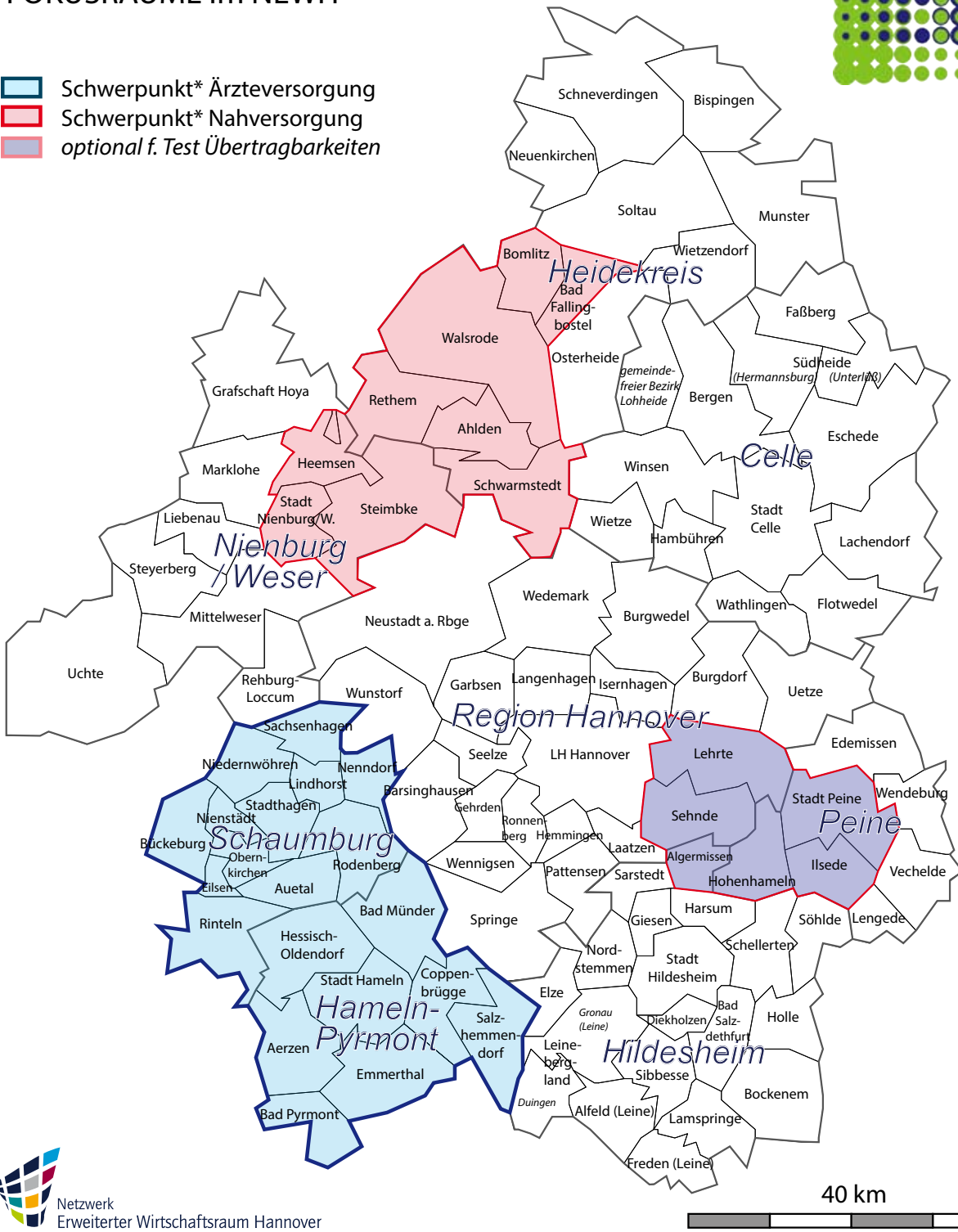
Abb.8: Punktabfragen zur Einschätzung des Handlungsbedarfs und einzelner Parameter in den gewählten Themenfeldern (Workshop vom 15.09.2016)

Projekt UrbanRural SOLUTIONS

FOKUSRÄUME im NEWH



- Schwerpunkt* Ärzteversorgung
- Schwerpunkt* Nahversorgung
- optional f. Test Übertragbarkeiten



Grafik/Darstellung: Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover

*Schwerpunkt = inhaltliche Fokussierung auf das genannte Thema aber dennoch integrative Bearbeitung beider Themenfelder zzgl. Aspekte des sozialen Lebens

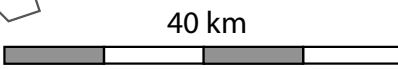


Abb.9: Übersicht über die für die weitere Bearbeitung ausgewählten Fokusräume im EWH (Stand März 2017)



Fokusraum Gesundheit

Im Handlungsfeld Gesundheitswesen wird im Rahmen von UrbanRural Solutions die grundlegende medizinische Versorgung bearbeitet. Deren Infrastrukturen sollen für die Bevölkerung bedarfsgerecht und mit zumutbarem Aufwand gewährleistet werden (BMW 2011: 18). Die medizinische Grund- und Notfallversorgung wird durch Hausärzte, Kinderärzte, Allgemeinmediziner, Not- und Rettungsdienste sowie Krankenhäuser sichergestellt. Herausforderungen ergeben sich unter anderem daraus, dass in der Zukunft der Anteil der älteren Bevölkerung weiter steigen wird und es Nachwuchsprobleme in den medizinischen Berufen gibt.

Da die Mobilität mit zunehmendem Alter häufig eingeschränkt ist, ist eine wohnortsnahe medizinische Versorgung von besonderer Bedeutung. Sie ermöglicht es, (regelmäßige) Arztbesuche bei Haus- oder (anderen) Fachärzten mit einem geringen organisatorischen Aufwand in den Tagesablauf einzubinden (BBSR 2015: 10). Apotheken sichern den Zugang zu Arzneimitteln und sonstigen Medizin- und Pflegeprodukten. Hier sind kurze Wege ebenfalls von Vorteil, da vielfach eine persönliche Beratung erforderlich ist (BBSR 2015: 11).

Der Fokusraum

Allen voran wurde seitens des Landkreises Schaumburg und der Stadt Stadthagen das deutliche Interesse geäußert, Fokusraum für den Bereich Gesundheit beziehungsweise medizinische Grundversorgung zu werden. Da der angrenzende Landkreis Hameln-Pyrmont, im Rahmen seiner Aktivitäten in der vom Land Niedersachsen geförderten Gesundheitsregion Hameln, ebenfalls an einer Verbesserung der Erreichbarkeit von ärztlichen Versorgungsangeboten. Interesse bekundete, konnte das Gebiet der Landkreise Schaumburg und Hameln-Pyrmont als Fokusraum abgegrenzt werden.

Die Versorgungslage der beiden Landkreise ist ei-

Arbeitsfrage:

Wie kann die hausärztliche Versorgung im Fokusraum verbessert werden?

- Welche Möglichkeiten einer hausärztlichen Versorgung können im Fokusraum zu einer Verbesserung auch für wenig mobile Zielgruppen (ohne PKW-Verfügbarkeit / PKW-Tauglichkeit) führen?
- Wo müssen diese Modelle räumlich angesiedelt werden (u.a. unter Berücksichtigung von Fühlungsvorteilen)?

nerseits durch eine zunehmende Alterung der Ärzteschaft und andererseits, im LK Schaumburg, durch eine kürzlich erfolgte Zusammenlegung bislang dreier Krankenhäuser an einem neuen Standort geprägt. Besonders betroffen ist die Kreisstadt Stadthagen (ca. 22.500 Einwohner), die nicht nur den Krankenhausstandort verliert, sondern zudem perspektivisch in die Unterversorgung mit Hausärzten abzurutschen droht. (vgl. Abb. 10 und Artikel der Schaumburger Nachrichten vom 10.08.2017). Aber auch die anderen Standorte (Bückeburg, Rinteln) sind von der Krankenhausverlagerung betroffen und in den kleineren Orten beider Kreise ist mittelfristig mit einem akuten Ärztemangel zu rechnen (vgl. Abb. 14 auf S.22).

Ziele im Fokusraum

Vor diesem Hintergrund möchten die Landkreise Schaumburg und Hameln-Pyrmont im Rahmen von UrbanRural Solutions die aktuelle und mittelfristig absehbare Versorgungslage analysieren und gemeinsam mit lokalen Akteuren innovative Lösungsmöglichkeiten zur Sicherung bzw. Verbesserung der wohnortnahen Versorgung erarbeiten. Im Landkreis Hameln-Pyrmont und insbesondere im Kurort Bad Pyrmont stellt sich die Versorgungslage derzeit noch etwas besser dar als beispielsweise im Planungsbezirk Stadthagen (vgl. Abb. 9) - aber auch dort ist in den nächsten Jahren von einem erheblichen Nachbesetzungsbedarf an Hausärzten auszugehen.

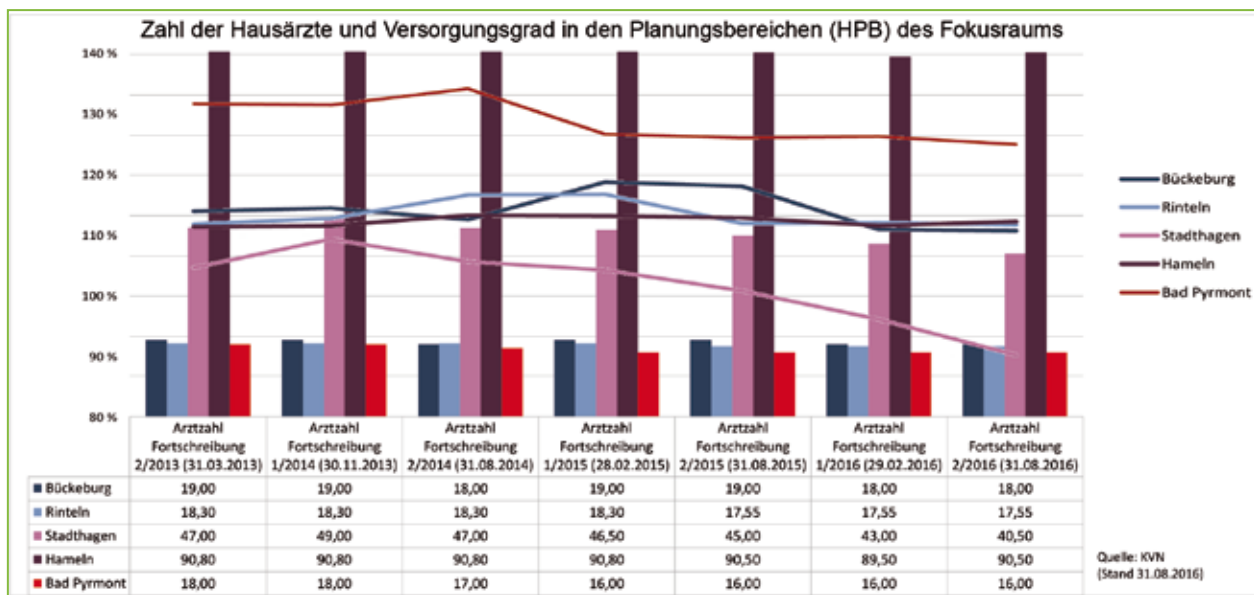


Abb.10: Entwicklung Zahl der Hausärzte und des von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) berechneten Versorgungsgrad im Fokusraum (eigene Darstellung, Daten: KVN 2017)

Hintergrund:

Der Hausarzt auf dem Lande – ein Auslaufmodell?

Der Zugang zu Haus- und Fachärzten zählt zu einem wesentlichen Bestandteil der Daseinsvorsorge und ist ein wichtiger Faktor der Lebensqualität, insbesondere in kleineren Gemeinden und Ortsteilen. Während in den Städten meist eine große Wahlfreiheit zwischen vielen, gut erreichbaren Hausarztpraxen besteht, stellt sich in ländlichen Gebieten eher die Frage, in welcher Entfernung überhaupt (noch) ein Arzt vorhanden ist.

Mit dem demografischen Wandel und der Alterung der Bevölkerung kommen neue Herausforderungen auf das Gesundheits- und Pflegewesen zu, die durch die Alterung beispielsweise der Hausärzte selbst noch verstärkt werden. Zudem ist es aufgrund der mangelnden Vereinbarkeit von Familie und Beruf schwerer für hausärztliche Landarztpraxen eine Nachfolge zu finden. Eine fachärztliche Versorgung ist im Netzwerkgebiet in den größeren Zentren und Städten gegeben und nur vereinzelt in ländlichen Ortschaften. Es besteht die Gefahr einer Unterversorgung insbesondere des ländlichen Raums in Bezug auf die Erreichbarkeit von Haus- und Facharztpraxen sowie

weiteren medizinischen Angeboten. Dies gilt sowohl für niedergelassene Ärzte bzw. dezentrale Angebote wie auch für (zentrale) Klinikstandorte. Letztere werden aufgrund des steigenden Kostendrucks im Gesundheitswesen zunehmend rationalisiert bzw. zusammengelegt. Ein Beispiel hierfür ist die Zusammenlegung der drei Krankenhäuser im Landkreis Schaumburg. Gleichzeitig werden Klinikstandorte zunehmend in Ersatzfunktion aufgrund fehlender Kapazitäten (lange Wartezeiten) für Fachärzte wahrgenommen. Dies führt regelmäßig zu Überlastungen der Notaufnahmen und hohen Kosten bei den Kliniken. Insgesamt sind die kommenden Veränderungen der Gesundheitsversorgung in der Fläche noch nicht wirklich absehbar.

Gleichwohl muss festgestellt werden, dass – besonders im Vergleich zu dünn besiedelten Ländern wie beispielsweise in Skandinavien – hierzulande ein sehr dichtes Netz an medizinischer Versorgung vorhanden ist. In Ballungsräumen stellt sich zwar nicht die Frage der Erreichbarkeit, jedoch sind die Kapazitäten dort oft so ausgelastet, dass die Wartezeit auf Termine ein Problem werden kann. Diese Problematik gilt



allerdings eher für Fachärzte und mit der Einrichtung von zentralen Terminvergabestellen wurde beispielsweise bereits ein Versuch zur Lösung des Problems unternommen.

Planung der hausärztlichen Versorgung

Die Planung der ärztlichen Versorgung erfolgt seit den 1970er Jahren durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Bundesländer. Die Planungsbe-
reiche der KV'en orientieren sich meist an mittelzentralen Verflechtungsbereichen und umfassen in der Regel mehrere Städte und Gemeinden mit insgesamt immer mindestens 10.000 - 15.000 Einwohnern. Innerhalb der Planungsregionen besteht grundsätzlich eine Niederlassungsfreiheit für Ärzte, solange der Planungsbereich nicht als „überversorgt“ gesperrt ist. Von einer ausreichenden Versorgung wird ausgegangen, wenn eine bestimmte Anzahl an Ärzten pro Einwohner nicht unterschritten wird. Diese Zahl orientiert sich am Ärztebestand zum Einführungszeitpunkt der Bedarfsplanung in den 1970ern; allerdings werden mittlerweile auch Unterschiede in der demografischen Struktur der Bevölkerung berücksichtigt (Demografiefaktor). Dabei ist jedoch zu bedenken, dass sich die Versorgung auf den gesam-

ten Planungsbereich bezieht, in dem die tatsächliche Verteilung von Ärzten innerhalb dieses Raumes sehr heterogen sein kann. Die Berechnung berücksichtigt beispielsweise nicht die Tatsache, dass sich generell mehr Ärzte in zentralen als an peripheren Orten niederlassen. Daher kann in Teilen des Planungsbereichs eine lokale Unterversorgung auftreten, obwohl für das gesamte Gebiet die Versorgung mit Ärzten als ausreichend bewertet wird. (vgl. Tangermann et al. 2016: 163) Dennoch ist ein wohnortnaher Zugang zu (haus-)ärztlichen Leistungen gerade für Bevölkerungsgruppen mit geringerer Mobilität, sei es aus Gesundheits-, Alters- oder Armutsgründen, besonders wichtig.

Die Versorgungsqualität mit hausärztlichen Dienstleistungen wird sich in den nächsten Jahren aus mehreren Gründen vermutlich verschlechtern: zum einen führt der demografische Wandel dazu, dass der Anteil an älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt. Und mit steigendem Lebensalter steigt statistisch auch die Zahl der nötigen Arztbesuche (vgl. Abb. 10). Nach Einschätzung der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden wird der Bedarf an hausärztlicher Beratungszeit allein aufgrund der alternden Bevölkerung um unge-

fähr 20% steigen – dies entspricht bundesweit ungefähr 15.000 Vollzeitstellen bis zum Jahr 2020 (vgl. Sachverständigenrat 2009).

Wandel der Ärzteschaft

Auch die Ärzteschaft selbst unterliegt erheblichen Veränderungen: Das Durchschnittsalter der (Haus-) Ärzteschaft in Deutschland ist mit 54,3 Jahren (2016) relativ alt – jeder dritte Arzt ist 60 Jahre oder älter (Infas-Ärztemonitor 2016). Eine Umfrage der kassenärztlichen Bundesvereinigung ergab, dass

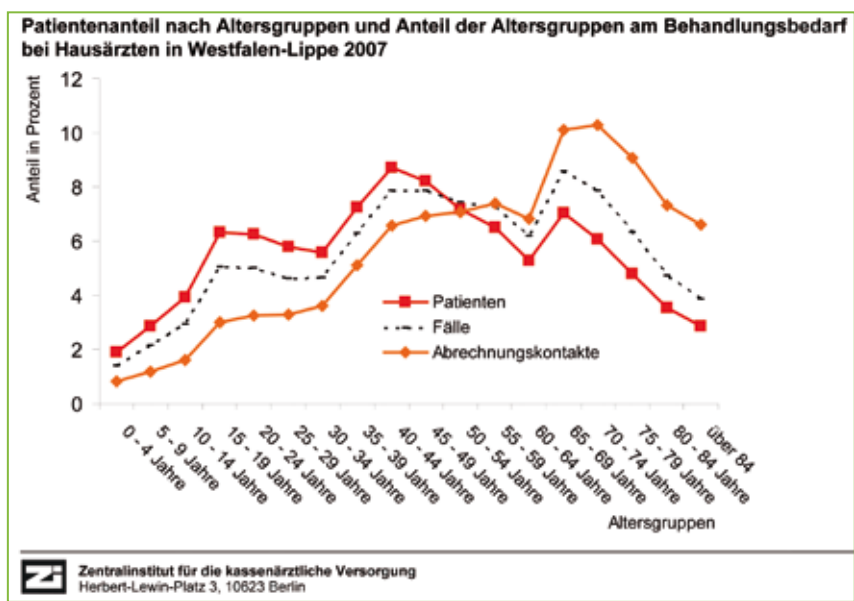


Abb.11: Verhhältnis der Fallzahlen zum Alter der Patienten am Beispiel Westfalen-Lippe (Zentralinstitut für die kassenärztliche Vereinigung (ZI) 2010)

fast jeder vierte Arzt in den nächsten 5 Jahren seine Praxis altersbedingt abgeben möchte – aber nur die Hälfte davon findet derzeit einen Nachfolger ohne größere Probleme (ebenda). Oder eine Nachfolgerin. Denn die Ärzteschaft wird zunehmend weiblich. Der Wandel der Ärzteschaft bezieht sich aber auch auf die Erwartungen an das Berufsleben: Galten bislang für Hausärzte Wochenarbeitszeiten von bis zu 60 Stunden oder mehr als normal, sinkt die akzeptierte Arbeitsbelastung seit Jahren kontinuierlich und lag 2016 im Mittel bei knapp über 50 Wochenstunden (ebenda) - die Vereinbarkeit von Beruf und Familie wird immer wichtiger (vgl. Berufsmonitoring Medizinstudierende 2014). Gleichzeitig nimmt gerade im hausärztlichen Bereich der Anteil von angestellten Ärzten (und Ärztinnen) immer mehr zu (vgl. Abb. 11). Im Jahr 2016 war bereits jede(r) zehnte Hausärzt*in nicht mehr selbstständig sondern arbeitete im Angestelltenverhältnis. Und dies dann oft nicht mehr Vollzeit sondern überwiegend deutlich weniger als 35 Stunden pro Woche (Durchschnitt: 23 Stunden/Woche) (ebenda). Es wird somit damit gerechnet, dass drei „Ärzt*innen neuen Typs“ benötigt werden um zwei in die Rente ausscheidende Ärzte zu ersetzen (Sachverständigenrat 2014).

Allerdings erscheint die Übernahme einer eigenen Landarzt-Praxis mit hoher Arbeitsbelastung durch Bereitschaftsdienste und Hausbesuche und ohne wirkliche Vertretungsmöglichkeit unter diesen Vorzeichen jungen Studierenden zunehmend unattraktiv: viele sehen ihre Zukunft eher als angestellte Fachspezialist*innen in einem urbanen Umfeld. Zudem scheint das Image des Berufs „Hausarzt“ nach wie vor unter Medizinstudierenden relativ schlecht zu sein (vgl. Berufsmonitoring Medizinstudenten 2014). Die Folge ist, dass sich der Anteil der Fachrichtung Allge-

meinmedizin im Vergleich zu anderen Fachärzten von 60:40 in den 1990er Jahren in den nächsten Jahren vermutlich umkehren wird: jährlich werden bundesweit rund 1.000 weniger Hausärzt*innen approbiert als in den Ruhestand gehen (Tangermann et al. 2016) - dies entspricht ungefähr 2% der (Haus-)Arztstühle insgesamt. Die Folge ist, dass sich die Hausarztpraxen in Gebieten wie beispielsweise dem Weserbergland auf Orte mit über 5.000 Einwohnern konzentrieren, während die kleineren Ortsteile ohne zentralörtliche Funktionen nur noch zu rund 13% über eine medizinische Versorgung vor Ort verfügen .

Erwartungen der Patienten

Die Frage ist nun, wie sich diese Entwicklung mit den Erwartungen der Patienten in Deckung bringen lassen (vgl. Abb. 12): Umfragen wie beispielsweise der gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung ergeben, dass für Patienten bei der Arztwahl neben einem Vertrauensverhältnis zum Arzt/zur Ärztin auch die Nähe zum Wohnort eine wichtige Rolle spielt. 76% der Befragten in ländlichen Räumen bezeichneten dieses Kriterium als „wichtig“ oder „sehr wichtig“ – in urbanen Gebieten liegt der Wert etwas darunter

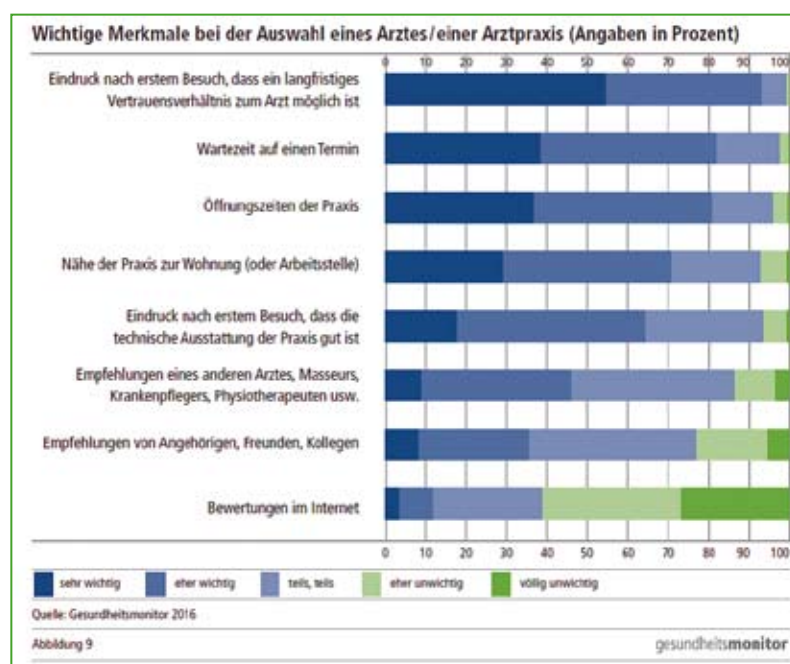


Abb.12: Gründe für die Arztwahl (gesundheitsmonitor 2016: 9)



bei immer noch 69% (gesundheitsmonitor Newsletter 03/2016).

Die gute Nachricht ist: laut der gleichen Umfrage kommt es in Deutschland derzeit so gut wie nicht vor, dass ein Arztbesuch aufgrund mangelnder Erreichbarkeit der Praxis unterbleibt. Als akzeptabel gelten für eine Mehrheit von fast 90% der befragten Patienten Entfernungen von bis zu 20 Kilometern. Eine Entfernung, die von ungefähr der Hälfte der Patienten im ländlichen Raum aber auch tatsächlich zurückgelegt werden muss (gesundheitsmonitor 2012). Die Zufriedenheit mit der Erreichbarkeit von Hausärzten wird dementsprechend – wenig überraschend – vor allem außerhalb der Kernstädte kritischer bewertet als in urbanen Zentren (ebenda).

Ökonomische Situation der Arztpraxen

Als ein Faktor, an dem viele bisherigen Modelle der Förderung von Niederlassungen von Hausärzten ansetzen, sind die ökonomischen Rahmenbedingungen (alle Zahlen entnommen aus: ZiPP - Praxis Panel der KBV). So gewähren einzelne Kassenärztliche Vereinigungen beispielsweise Anschubfinanzierungen oder garantieren für eine gewisse Zeit Jahres-Mindestumsätze. Betrachtet man allerdings die finanzielle Situation der Arztpraxen allgemein (Bundesdurchschnitt), lassen sich sowohl über alle Fachgebiete hinweg wie auch für die Fachgruppe der Hausärzte und hausärztlich tätigen Internisten steigende Jahresüberschüsse im Zeitraum 2011-2014 feststellen: Trotz steigender Betriebskosten konnten diese durch wachsende Einnahmen überkompensiert werden, so dass letztendlich eine Steigerung der Überschüsse verzeichnet werden konnte. Überdurchschnittlich stark war, bezogen auf alle Fachgruppen, die Zunahme der Einnahmen aus kassenärztlicher Tätigkeit (+12,2%). Die Zuwachsraten bei den Privateinnahmen lag jedoch nur bei 4,3%. Das Einnahmenwachstum war in Gemeinschaftspraxen mit 10,2% etwas höher als in Einzelpraxen (+9,6%) – der Zusammenschluss

zu Gemeinschaftspraxen hat offenbar also durchaus auch ökonomisch nachweisbare Vorteile. Die durchschnittliche jährliche Zunahme der Einnahmen der Hausärzte bzw. hausärztlich tätigen Internisten im Zeitraum 2011 bis 2014 lag bei 4,2% (alle niedergelassenen Ärzte: 3,3%). Die Aufwendungen stiegen im gleichen Zeitraum um jährlich durchschnittlich 3,2% (Alle niedergelassenen Ärzte: 2,9%). Es resultierte ein durchschnittliches jährliches Wachstum des Jahresüberschusses um 5% (alle niedergelassenen Ärzte: 3,7%). Mit durchschnittlich 158.200 Euro pro Praxis lagen die Jahresüberschüsse der Hausärzte/ Internisten 2014 leicht über dem Durchschnitt aller Fachgruppen.

Größter Faktor bei den Ausgaben waren die Aufwendungen für Personal: diese verzeichneten im Beobachtungszeitraum mit einer Zunahme um durchschnittlich 12.200 Euro bzw. 19,5% je Praxisinhaber den stärksten absoluten Anstieg aller Ausgabenkategorien (alle Fachgruppen). In 2014 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je hausärztlicher Praxis bei 171.349 Euro, wovon 57,3% (= 98.183 Euro) durch Personalkosten verursacht waren – 2011 lagen die durchschnittlichen Ausgaben je Praxis bei 154.112 Euro, wovon 52,8% (= 81.371 Euro) durch Personalkosten verursacht waren. Die Personalkosten stiegen somit im Zeitraum 2011 bis 2014 um 21% und zeigten sich fast vollständig für die absoluten Aufwüchse bei den Ausgaben verantwortlich. Abweichend von sinkenden Investitionen über alle Gruppen hinweg haben die Investitionen im hausärztlichen Bereich zugenommen. Der hausärztliche Bereich weist in 2014 eine Steigerung der durchschnittlichen Investitionstätigkeit um rund 13% relativ zu 2011 auf, was vermutlich auf einen hohen Investitionsbedarf im hausärztlichen Bereich hinweisen könnte.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Hausarztpraxen bezüglich der finanziellen Überschüsse derzeit leicht über dem Durchschnitt aller Fachgruppen liegen, aber einen leicht höheren Ein-



Die Versorgungslage im Fokusraum

Im Landkreis Schaumburg ist die Situation einerseits durch eine zunehmende Alterung der Ärzteschaft und eine ungleichmäßige Verteilung der Standorte geprägt. Besonders betroffen ist die Kreisstadt Stadthagen (ca. 22.500 Einwohner), die nicht nur den Krankenhausstandort verliert (s.o.), sondern perspektivisch zudem rund 10 Hausarztpraxen. Aber auch die anderen Mittelzentren (Bückeburg, Rinteln) sind von der Krankenhausverlagerung betroffen und in den kleineren Orten des Kreises wird mittelfristig mit einem akuten Ärztemangel gerechnet. In Hameln-Pyrmont stellt sich die Situation noch etwas besser dar, zumal die Stadt Bad Pyrmont (eigener Planungsbereich) als Kurort sicherlich eine Sonderrolle einnimmt.

Schreibt man die aktuelle Altersstruktur der niedergelassenen Hausärzt*innen fort, kann mit einem weiteren Rückgang der Zahl an Vollzeit-Ärzt*innen in den nächsten 15 Jahren gerechnet werden. Grund hierfür ist der relativ hohe Altersdurchschnitt (vgl. Abb. 14) der Ärzt*innen von rund 55 Jahren verbunden mit einer zu erwartenden geringen Nachbesetzungsquote und den zuvor beschriebenen, veränderten Arbeitszeitmodellen.

Ansässig sind die Ärzt*innen vor allem (46%) in den Städten mit mehr als 20.000 Einwohner – dies sind die Kreisstädte Hameln und Stadthagen sowie die Stadt Rinteln. Insgesamt sind rund 75% der

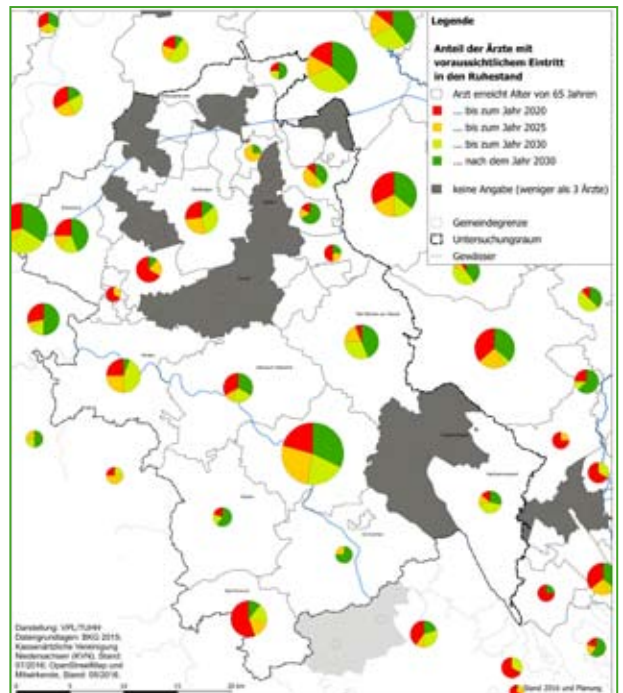


Abb.14: Voraussichtlicher Eintritt in den Ruhestand der Ärzte im Fokusraum (Darstellung: TUHH, VPL)

Ärzt*innen in den 9 Orten über 10.000 Einwohner zu finden, die allerdings nur 65% der ansässigen Bevölkerung ausmachen. Dies bedeutet, dass es hier - bezogen auf die Einwohnerzahl - verhältnismäßig viele Hausärzt*innen gibt. Im Gegenzug bedeutet dies: deutlich weniger Ärzt*innen haben ihren Sitz in Gemeinden und Kleinstädten unter 10.000 Einwohner (vgl. Abb. 15). Dies heißt, dass sich insbesondere auf die 26 Gemeinden unter 2.500 Einwohner schon jetzt nur 12 Hausärzt*innen verteilen von denen die Hälfte zudem über 63 Jahre alt ist. In den kleinen

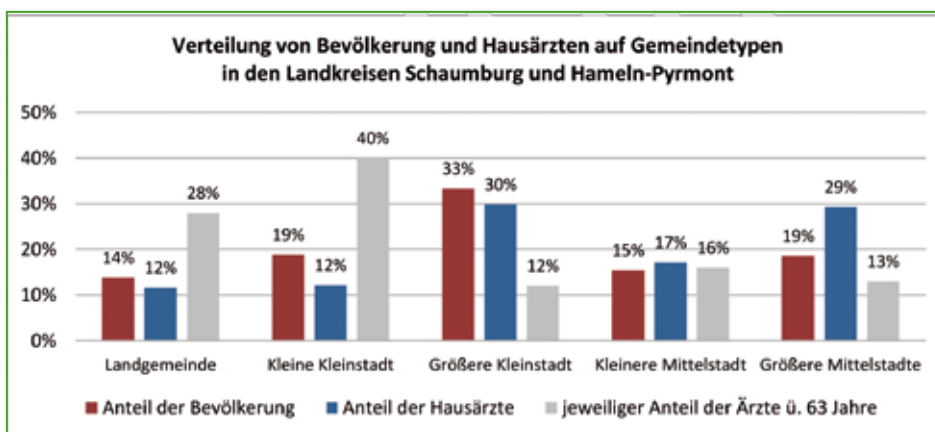


Abb.15: Verteilung von Bevölkerung und Hausarztpraxen im Fokusraum nach Gemeindetypen; jeweiliger Anteil der Ärzte über 65 Jahre (eigene Darstellung)

Siedlungszusammenhängen des Fokusraums lebt ein Drittel der Bevölkerung, es praktizieren dort aber nur ein Viertel der Ärzt*innen - also besteht ein unterdurchschnittliches Arzt-Einwohner-Verhältnis (vgl. Abb.18). Und in genau diesen Orten wird die Nachbesetzung

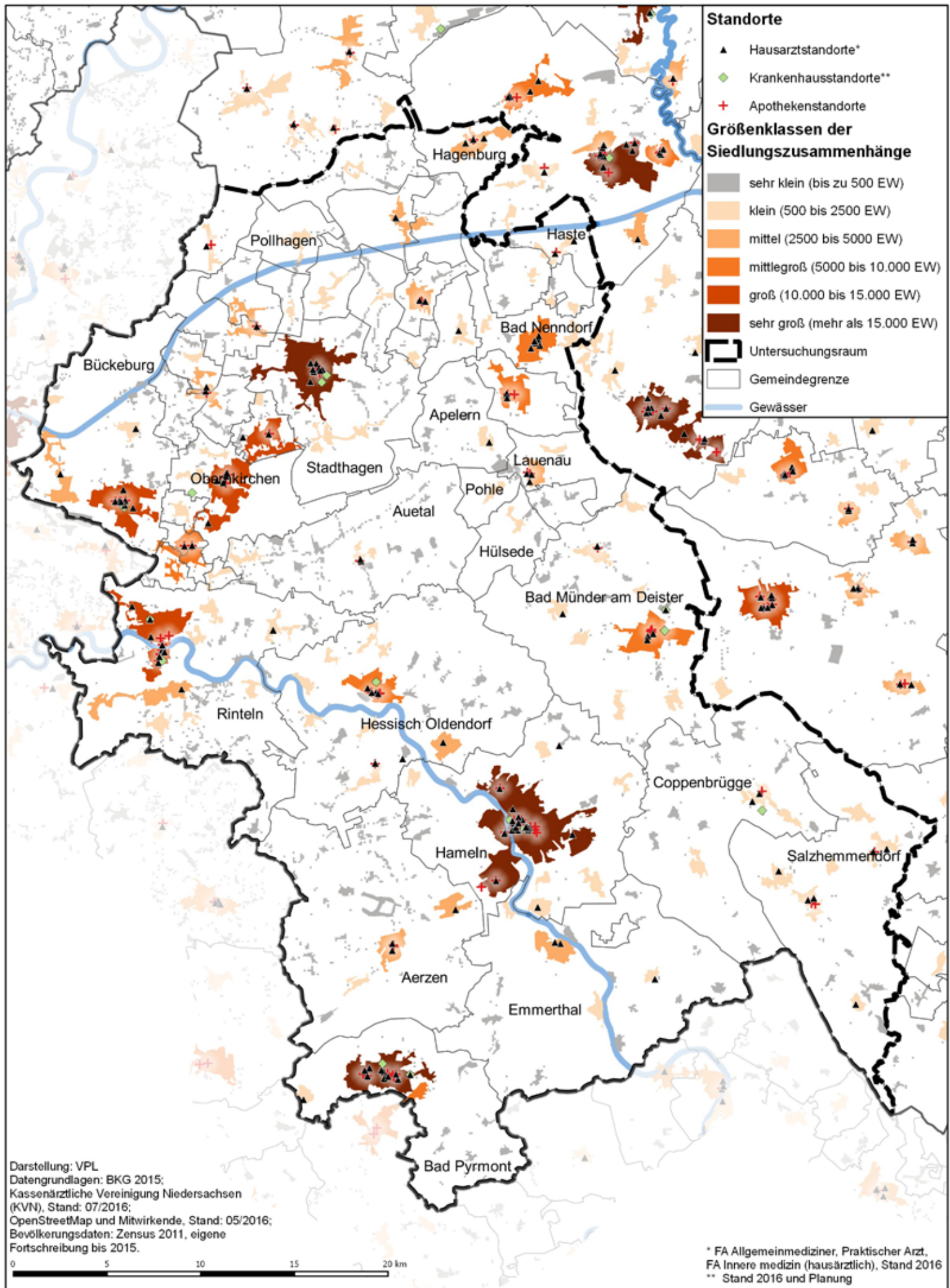


Abb.16: Standorte von Hausarztpraxen und Apotheken im Fokusraum (Darstellung: TUHH, VPL)

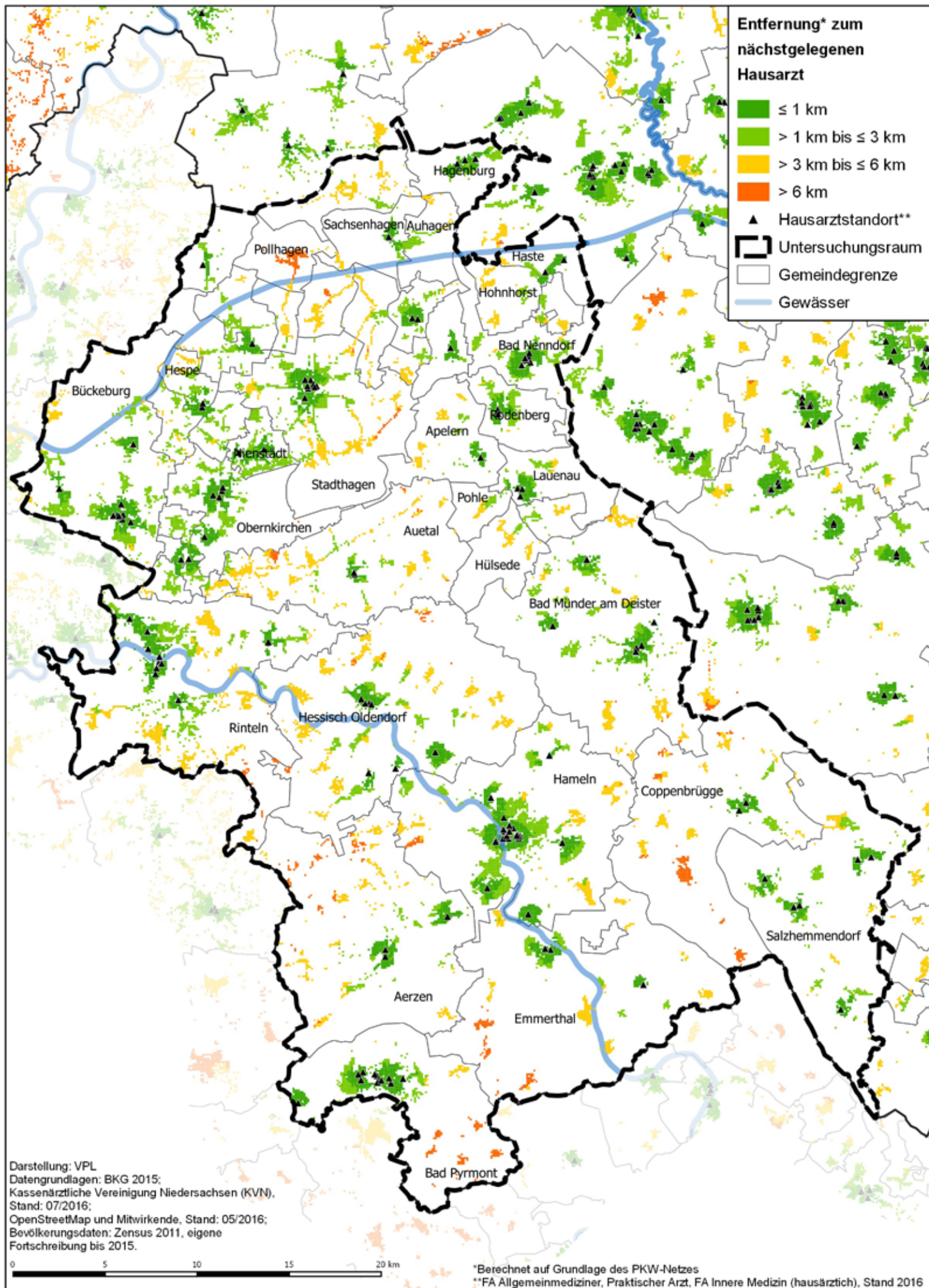


Abb.17: Entfernung zur jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis im Fokusraum (Darstellung: TUHH, VPL)

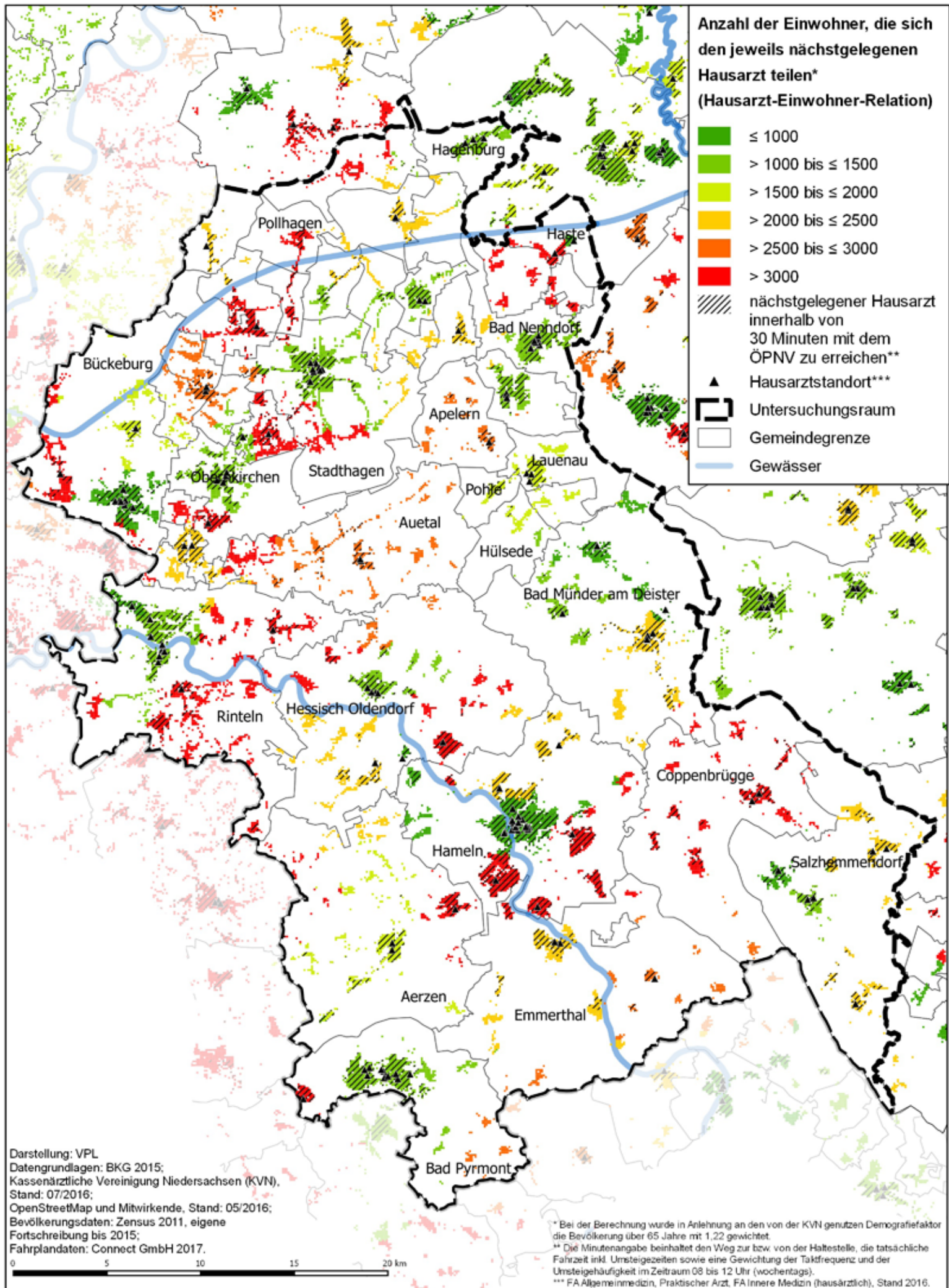


Abb.18: Hausarzt-Einwohner-Relation bezogen auf den jeweils nächstgelegenen Hausarzt (Darstellung: TUHH, VPL)

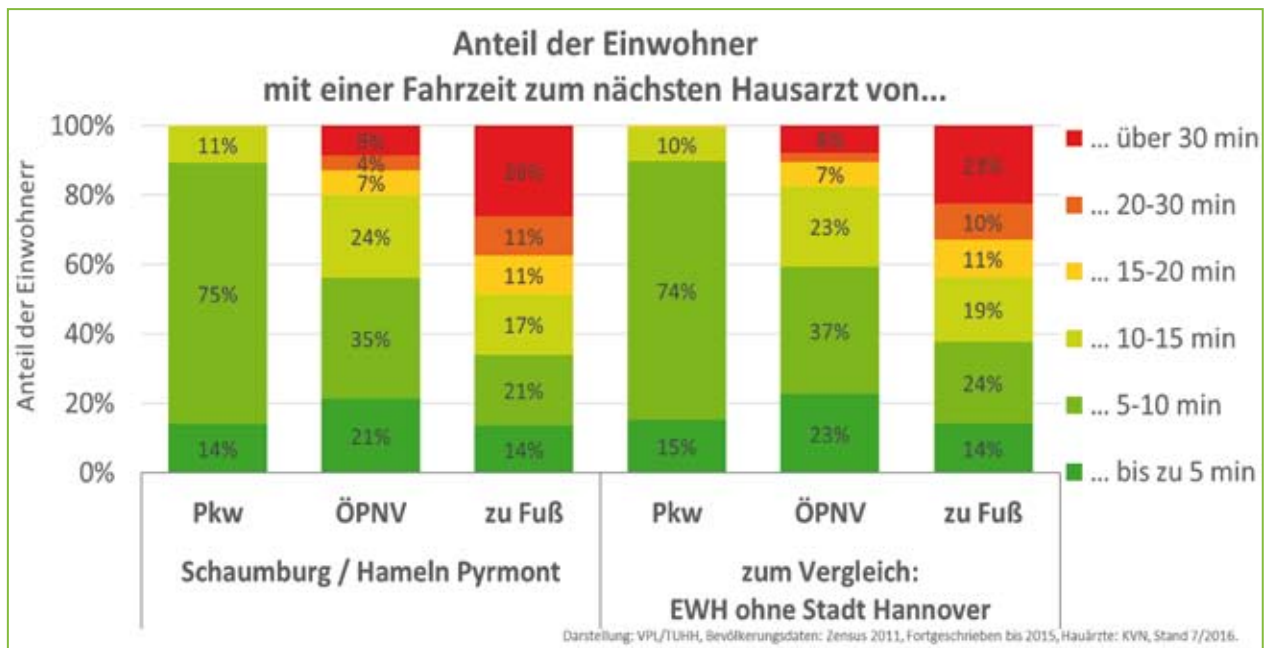


Abb.19: Einwohneranteile der Fahrzeiten zur jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis (Darstellung: TUHH, VPL)

von Praxen in Zukunft vermutlich besonders schwierig werden, zumal von den 74 heute dort ansässigen Ärzt*innen 15 über 63 Jahre alt sind und damit ihre Praxis in den nächsten Jahren vermutlich aufgeben werden. Der Anteil der Ärzt*innen über 63 liegt in den kleinen Gemeinden mit 28% und den kleinen Kleinstädten (40%) signifikant höher als beispielsweise in den größeren Kleinstädten mit nur 12% (Gesamtanteil im Fokusraum: 16%).

Die Darstellung der Erreichbarkeiten (vgl. Abb. 17 und 19) zeigen, dass weniger die PKW-Erreichbarkeit zum nächsten Hausarzt, als vielmehr die Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln (vgl. Abb. 19 und 21) ein Problem darstellt. Mit dem PKW benötigen

die meisten Personen – auch aus den ländlicheren Teilen des Fokusraums - in der Regel weniger als 15 Minuten zur nächsten Hausarztpraxis (vgl. Abb. 19). Die mittleren Fahrtzeiten (standortbezogen) liegen über alle Gemeindetypen hinweg bei 6-8 Minuten mit dem PKW, was dem Durchschnitt im gesamten Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover entspricht.

Da die künftig zu erwartende Entwicklung von vielen Faktoren - bspw. der Zahl der Ärzt*innen oder neuen Versorgungsmodellen und eHealth - abhängig ist, werden im Folgenden zwei Szenarien aufgespannt. In einem Szenario (Einfach weiter so...) werden die Entwicklungen der letzten Jahre ohne eine Trendumkehr für die Zukunft fortgeschrieben.



Abb.20: PKW-Fahrzeiten zur jeweils nächstgelegenen Hausarztpraxis nach Größen der Siedlungszusammenhänge (Darstellung: TUHH, VPL)

Im zweiten Szenario (Hausarzt 2.0) führen aktuell diskutierte Ansätze zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung tatsächlich zu einer entsprechenden Trendumkehr. Die Szenarien stellen damit jeweils die extremen Varianten des möglichen Entwicklungspfadens dar und die tatsächlich eintretende Wirklichkeit wird wohl irgendwo dazwischen zu verorten sein.

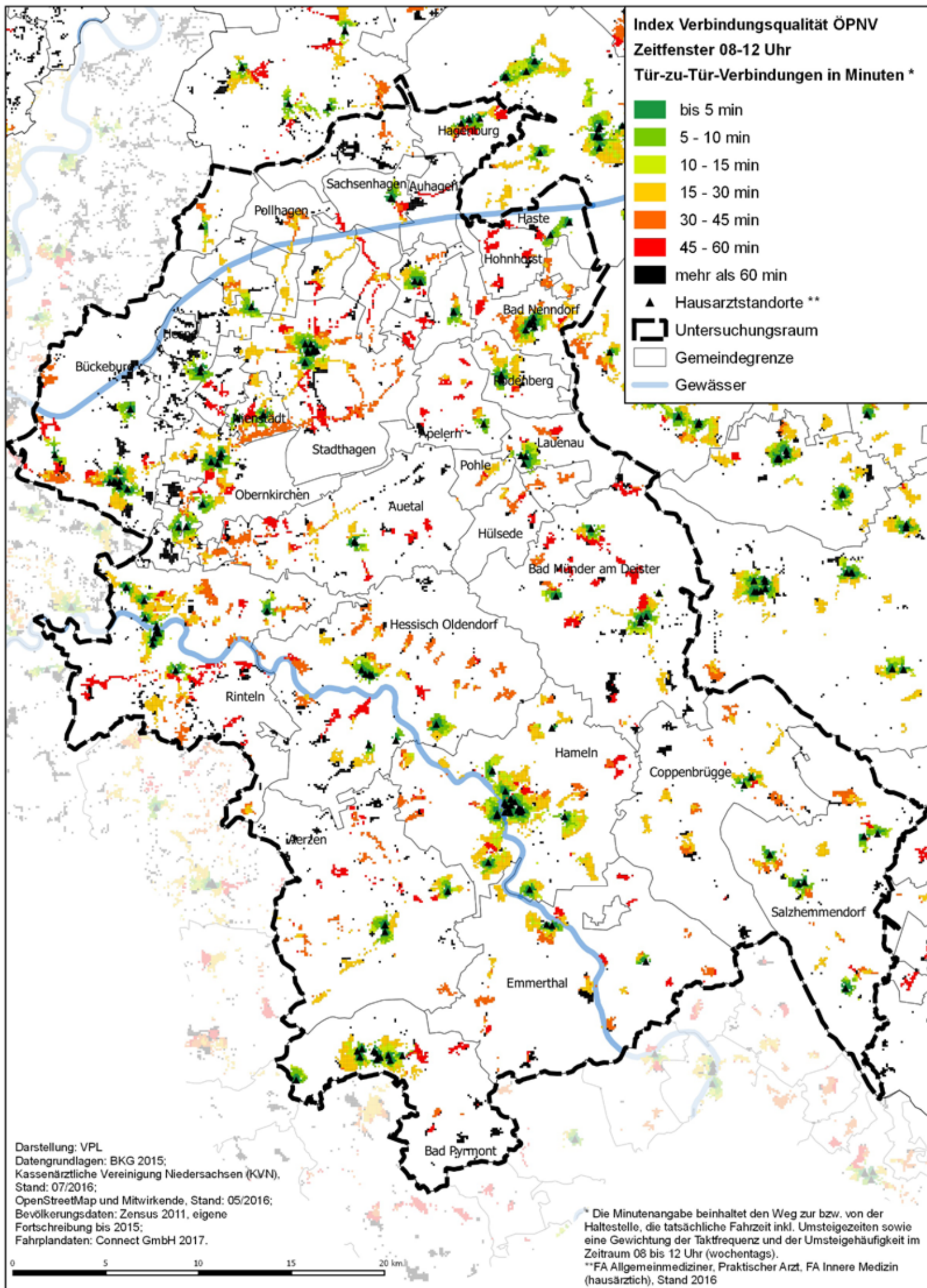


Abb.21: Erreichbarkeit von Hausarztpraxen mit dem ÖPNV im Fokusraum (Darstellung: TUHH, VPL)

Szenariobeschreibung 1:

Einfach weiter so:

was passiert, wenn nichts passiert

Ausgehend von den aktuellen Trends der Bevölkerungsfortschreibung werden in den Landkreisen Schaumburg und Hameln-Pyrmont im Jahr 2030 rund 10% weniger Menschen leben als heute. Der Bevölkerungsrückgang ist mit einem deutlichen Wandel der Altersstruktur verbunden: während die wichtige Altersgruppe der 18- bis 50-jährigen überdurchschnittlich abnehmen wird, ist für die 65- bis 80-jährigen und über 80-jährigen bis 2030 ein Anstieg von 20% beziehungsweise fast 50% im Vergleich zum Ausgangsjahr 2014 zu erwarten (vgl. Abb. 24 auf S.30). Damit steigt der Altersquotient, das Verhältnis von über 65-jährigen zu den 18- bis 65-jährigen, von 40,5% auf 65,4% - dies heißt, dass 2030 auf drei Personen im erwerbsfähigen Alter zwei „zu versorgende“ Rentner kommen. Dieser starke Anstieg der älteren Bevölkerungsanteile zeichnet sich in kleineren Orten oder Ortsteilen etwas stärker ab als in größeren Städten wie Stadthagen, Rinteln und Hameln.

Doch auch die Zahl der Ärzt*innen wird vermutlich weiterhin abnehmen: ausgehend vom schon 2016 recht hohen Altersdurchschnitt von 55 Jahren und fehlendem Nachwuchs wird nur noch ein Teil der Praxisstandorte im Jahr 2030 vorhanden sein – legt man die Entwicklung der letzten Jahre aus den besonders betroffenen Planungsbereichen des EWH zugrunde, könnte bis 2030 bis zu einem Drittel der heutigen

Standorte wegfallen. Für die verbliebene Bevölkerung hat das zur Folge, dass die Wege zu den Hausarztpraxen insgesamt weiter werden. Aufgrund der reduzierten Zahl an verfügbaren Arztstunden wird es trotz insgesamt weniger Patienten oft schwieriger werden, einen Termin zu bekommen. Die Arzt-Einwohner-Relation wird auf ungefähr 2.663 Einwohner je Arzt (heutiges Vollzeitäquivalent) ansteigen (vgl. Abb. 22).

Besonders betroffen sind Patienten in Siedlungszusammenhängen mit weniger als 10.000 Einwohnern wie beispielsweise in Auetal, Coppenbrügge, Lindhorst, Niedernwöhren, Nienstadt oder Sachsenhagen, da dort vermutlich die meisten Probleme bei der Wiederbesetzung von Arztpraxen entstehen werden. Es ist aber auch festzustellen, dass ein großer Teil der Wohnorte zumindest in Bezug auf die Erreichbarkeit (Fahrzeit) kaum eine Verschlechterung erfahren wird. Doch für die in den ländlicheren Gebieten ansässige Bevölkerung verlängern sich die Wege zur nächsten Arztpraxis (mit dem PKW) abhängig davon, welche Standorte für eine Wiederbesetzung angenommen werden um bis zu 8 Minuten (vgl. Abb. 23). Somit könnte in einzelnen Ortslagen die als maximal akzeptabel identifizierte Fahrtzeit von ca. 20 Minuten (PKW) durchaus erreicht oder sogar überschritten werden.

Insgesamt verschärft sich durch die angenommene Entwicklung bei ungefähr gleicher Bevölkerungsverteilung (bei sinkenden Bevölkerungszahlen) die Ungleichverteilung der Hausarzt-Standorte im Fokusraum. In den Mittelzentren wird trotz des heute ebenfalls schon hohen Durchschnittsalters und der auch dort um rund 15% sinkenden Ärztezahl die Erreichbarkeit der jeweils nächsten Praxis weiterhin noch als gut einzustufen sein. Doch auch dort ist es durch die verstärkt aus dem Umland anreisenden Pa-

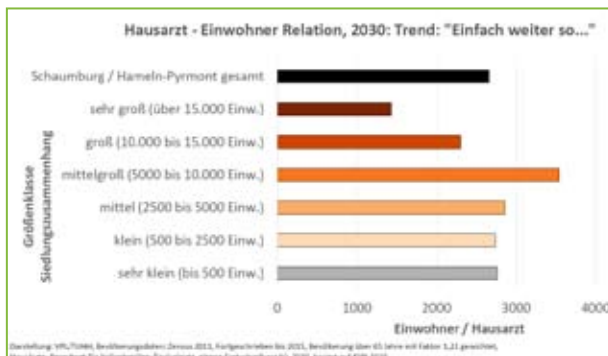


Abb.22: Prognose der Hausarzt-Einwohner-Relation 2030 in heutigen Arzt-Vollzeitäquivalenten - Trend: Einfach weiter so... (Grafik: TUHH, VPL)

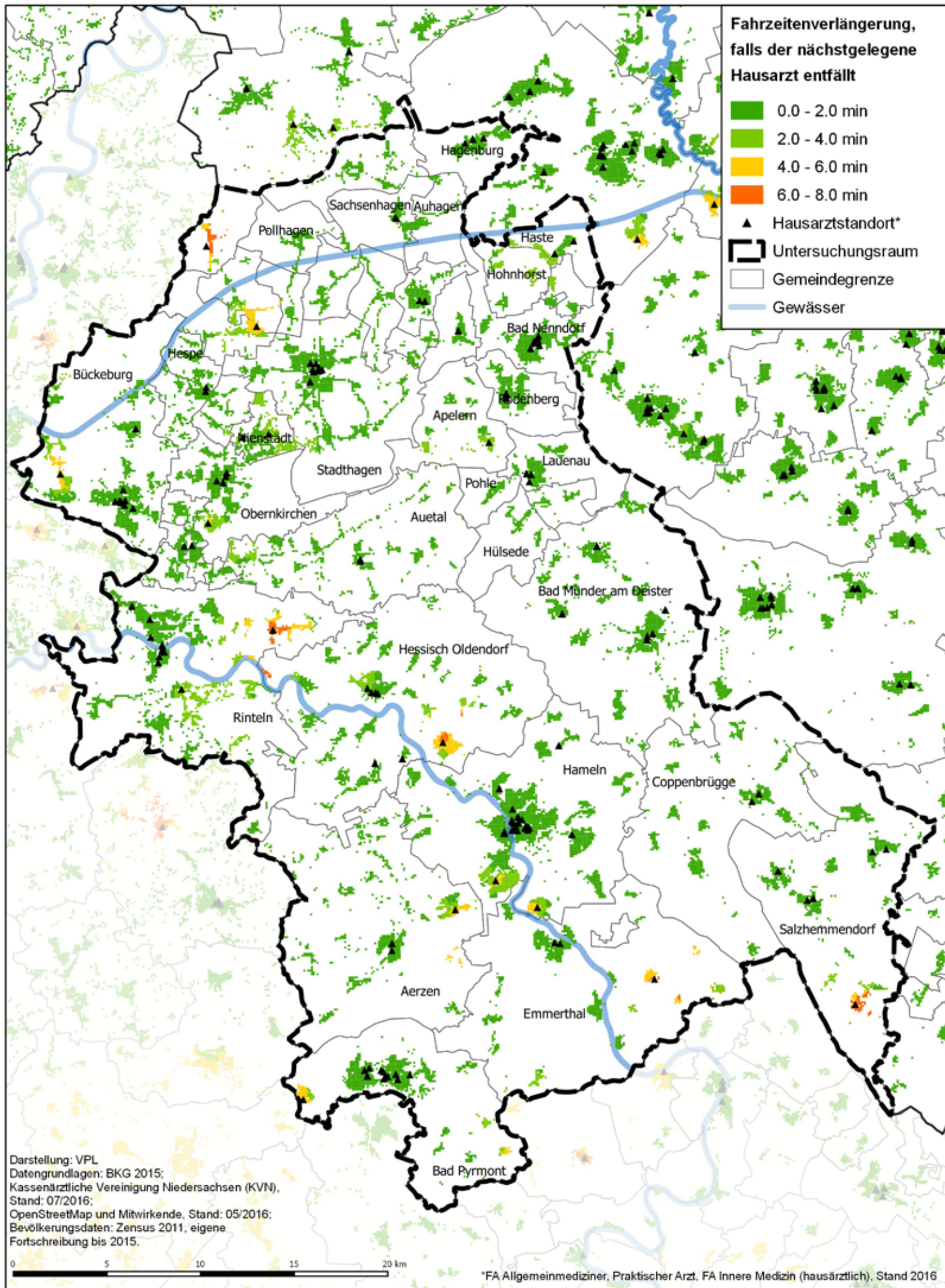


Abb.23: Fahrzeitverlängerung (PKW) falls der jeweils übernächsten Hausarztpraxis im Fokusraum entfällt (Darstellung: TUHH, VPL)

tienten und aufgrund veränderter Lebensmodelle der zunehmend weiblichen Ärzteschaft - viele Praxen bieten inzwischen reduzierte Öffnungszeiten an um ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeits- und Familienzeit zu ermöglichen – oftmals schwierig einen Termin zu bekommen.

Ein Grund für die anhaltend hohe Nachfrage an ärztlichen Dienstleistungen ist das steigende Alter der Bevölkerung und die damit häufigeren Besuche beim Arzt. Bis zum Jahr 2030 können internetgestützte Behandlungsformen noch nicht in größerem Umfang einen Besuch beim Arzt ersetzen: weder sind die entsprechenden (datenschutz-)rechtlichen Voraussetzungen geschaffen noch wird eine Online-Behandlung von einer großen Masse der Patienten akzeptiert. Der persönliche Kontakt zum Arzt / zur Ärztin – und auch nicht zu Gemeindeschwestern als Ersatz – ist nach wie vor der Wunsch um Krankheiten zu behandeln oder den Gesundheitszustand überprüfen zu lassen. Leider haben viele Ärzt*innen aufgrund der hohen Zahl an zu versorgenden Fällen immer weniger Zeit für den einzelnen Patienten oder die einzelne Patientin. Diese hohe Arbeitsbelastung kann, wie

bisher auch, seitens der niedergelassenen Ärzt*innen nur zu Lasten des eigenen Familienlebens bewältigt werden.

Die steigende Nachfrage an die verbliebenen Arztpraxen nach der Behandlung von vielfältigen und zunehmenden Krankheitsbildern der älter gewordenen Patientenschaft hat dazu geführt, dass weiterhin hohe Investitionskosten zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der Praxen nötig sind. Der Mehraufwand in der Behandlung der Patienten schlägt sich auch in den Kosten für gut ausgebildetes medizinisches Personal, das insbesondere im ländlichen Raum nur durch attraktive Gehälter gehalten werden kann, und einen vergleichsweise hohen Abrechnungsaufwand mit den Kassen nieder. Damit verfestigt sich der Trend von stagnierenden Einnahmen für niedergelassene Hausärzte bzw. Internisten mit hausärztlicher Tätigkeit. Teilweise reagieren die niedergelassenen Ärzt*innen hierauf mit dem Zusammenschluss in Gemeinschaftspraxen um sich Investitionen und Personal zu teilen und hierdurch Betriebskosten zu sparen.

Die Wege zu den Arztpraxen werden zumeist mit dem eigenen PKW oder über privat organisierte Mit-

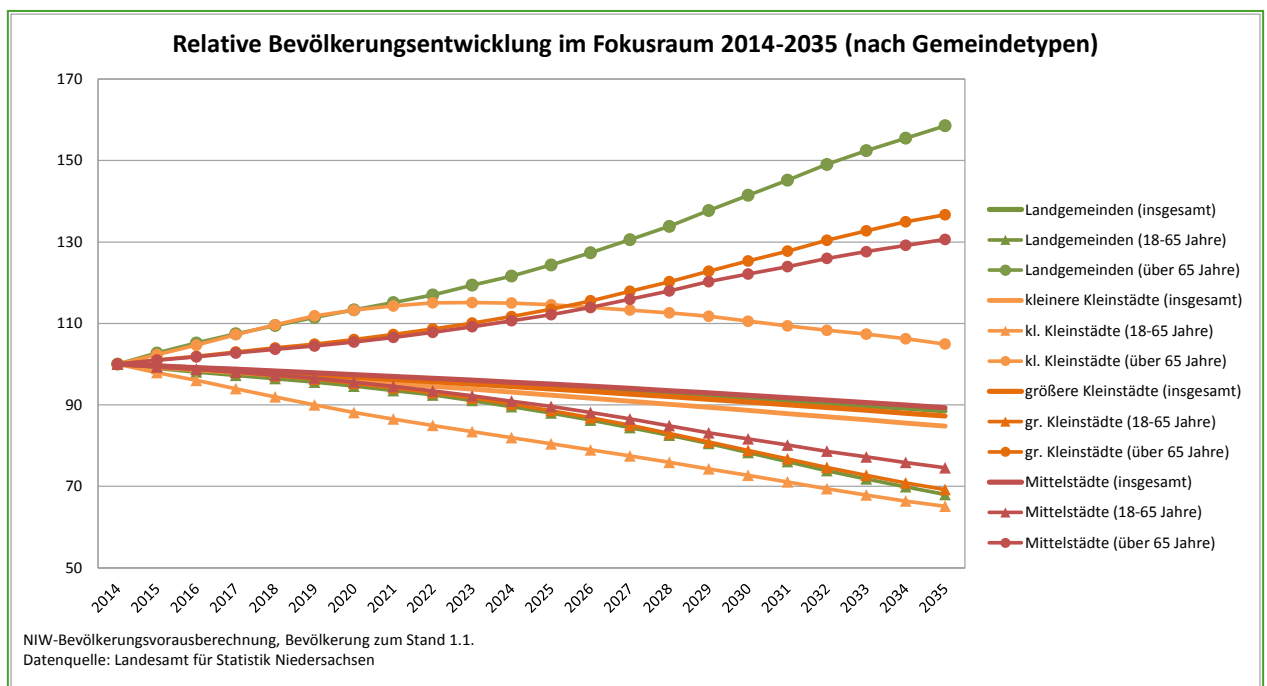


Abb.24: Relative Bevölkerungsentwicklung nach Altersgruppen im Fokusraum
(Daten: NIW-Bevölkerungsvorausberechnung für die Landkreise Schaumburg und Hameln-Pyrmont)

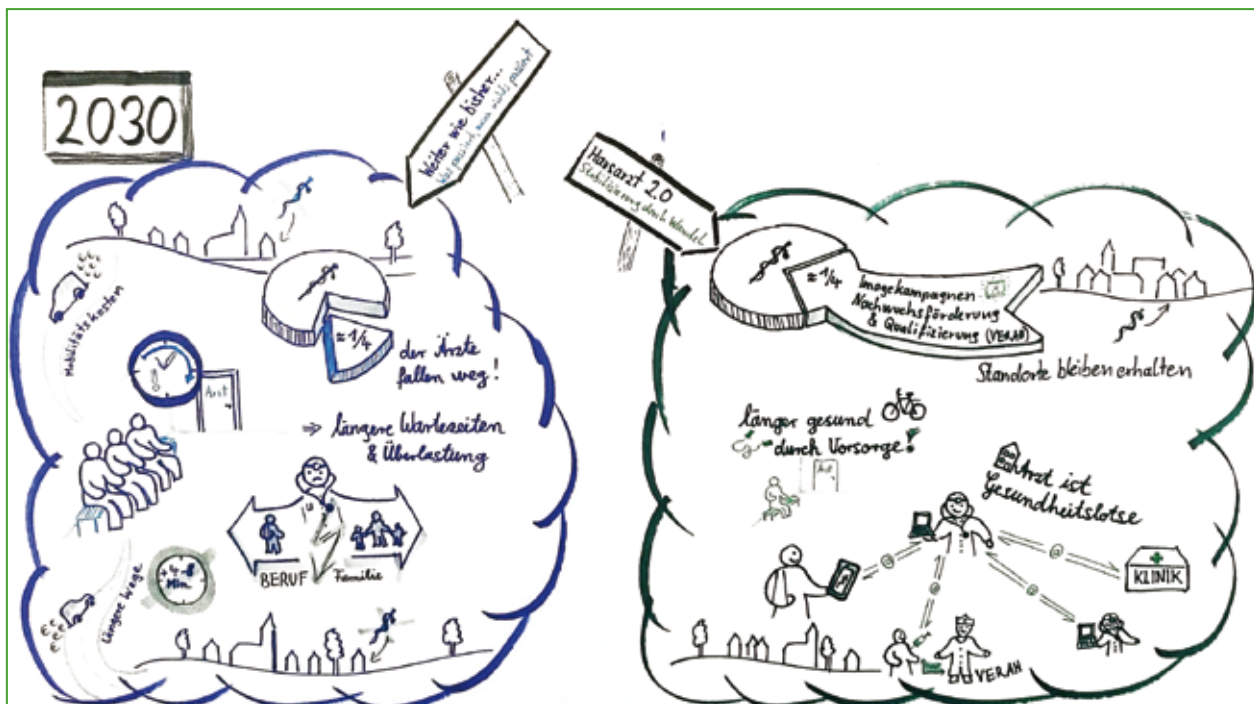


Abb.25: Trendvarianten der hausärztlichen Versorgung (eigene Darstellung)

nahmemöglichkeiten zurückgelegt/bewältigt, da der öffentliche Verkehr für Arztbesuche meist zu unflexibel ist. In einem geringen Teil der Fälle ist es aber gelungen, Mobilität durch Car-Sharing und durch in einem Modellprojekt geschaffene autonome Bedienformen auch abseits der zentralen ÖV-Linien zu gewährleisten. Gerade für entlegene Ortsteile ist dies die einzige Möglichkeit ohne eigenen PKW mobil zu sein und den nächsten größeren Ort zu erreichen.

Szenariobeschreibung 2:

Hausarzt 2.0: ein Wandel stabilisiert die Versorgung

Ausgehend von den aktuellen Trends der Bevölkerungsfortschreibung werden - wie auch im Szenario „Einfach weiter so...“ - in den Landkreisen Schaumburg und Hameln-Pyrmont im Jahr 2030 rund 10% weniger Menschen leben als heute. Der Bevölkerungsrückgang ist mit einem deutlichen Wandel der Altersstruktur verbunden: während die wichtige Altersgruppe der 18- bis 50-jährigen sowohl in den Landgemeinden als auch Städten überdurchschnittlich abnehmen wird, ist für die Gruppe der über

65-jährigen ein Anstieg über alle Gemeindetypen hinweg zu erwarten. Dieser Anstieg der älteren Bevölkerungsanteile stellt sich allerdings sehr unterschiedlich dar: während in kleineren Kleinstädten auf Dauer nicht viel mehr ältere Menschen als heute leben werden – dafür insgesamt weniger – steigt der Altersdurchschnitt in den Landgemeinden des Fokusraums besonders stark an (vgl. Abb. 24). Damit steigt dort vermutlich die Zahl derer, die häufiger medizinische Betreuung in Anspruch nehmen werden und vermutlich auch weniger mobil sind.

Doch kann in diesem Szenario abweichend zum „Einfach weiter so“ die Zahl der Praxisstandorte (nicht zwingend auch Zahl der Vollzeit-Ärzt*innen) aufgrund verschiedener Entwicklungen auch in den Landkreisen Hameln-Pyrmont und Schaumburg stabilisiert und damit dem Trend der letzten Jahre im gesamten Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover angepasst werden: Der Rückgang an Praxisstandorten des Fokusraums in den Jahren bis 2016 hat sich nicht weiter fortgesetzt, da er zum Teil auf einen Konsolidierungsprozess zurück zu führen war. Imagekampagnen in der Mediziner Ausbildung für den Hausarztberuf ha-



ben genauso wie die bestehenden Förderprogramme der Kassenärztlichen Vereinigungen zu einem Ansteigen der Approbationen als niedergelassene Allgemeinmediziner*in oder Internist*in geführt. Es ist wieder genauso attraktiv, sich mit einer Praxis nieder zu lassen wie in einem Krankenhaus zu arbeiten. Dennoch bestehende Lücken in der Nachbesetzung von Arztsitzen konnten durch eine gezielte Qualifizierung von Medizinisch-Technischen Assistent*innen nach dem VERAH-Modell (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) oder die Einrichtung von Zweigpraxen-Modellen ausgeglichen werden. Dennoch wir sich das Verhältnis von Einwohnern je Arzt(sitz) von heute 1.693 Einwohnern auf durchschnittlich 1.937 Einwohner je Arztsstelle (heutige Vollzeitäquivalente) etwas verschlechtern (vgl. Abb. 26).

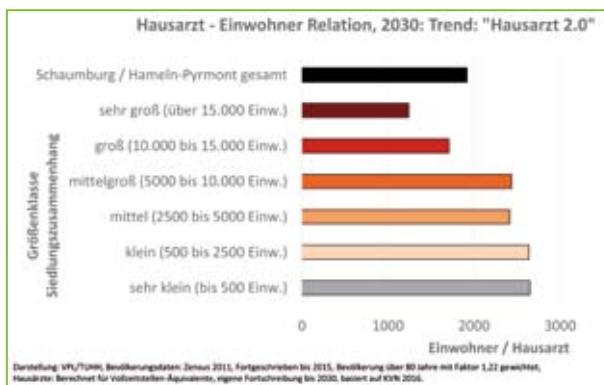


Abb.26: Prognose der Hausarzt-Einwohner-Relation 2030 in heutigen Arzt-Vollzeitäquivalenten - Trend: Hausarzt 2.0 (Grafik: TUHH, VPL)

Doch auch seitens der Patienten kann eine Entwicklung festgestellt werden: durch den Ausbau von Vorsorgemaßnahmen und dem so genannten „zweiten Gesundheitsmarkt“ werden die Menschen zwar älter, bleiben aber länger bis ins hohe Alter gesund. Erst ab ca. 80 Jahren nimmt die Häufigkeit der Arztbesuche signifikant zu. Diese Entwicklung wurde in der Berechnung des Versorgungsgrades im Szenario „Hausarzt 2.0“ bereits durch einen veränderten Demografiefaktor (wirksam erst ab 80 statt ab 65 Jahren) berücksichtigt.

Für die Bevölkerung hat dies zur Folge, dass die Erreichbarkeit der Arztpraxen weiterhin gut bleibt und

es aufgrund insgesamt weniger Patienten trotz reduzierter Arbeitszeiten der ansässigen Ärzt*innen problemlos ist, einen Termin zu bekommen. Ein Teil der Arztbesuche kann zudem durch den zunehmenden Ausbau von Leistungen des eHealth-Sektors entfallen: es ist nicht mehr nötig, für Routinekontrollen beispielsweise der Blutwerte oder optische Kontrollen die Arztpraxis aufzusuchen – dies kann bequem per online-Anbindung von Zuhause aus erledigt werden. Die in den Arztpraxen so frei gewordenen Kapazitäten können stattdessen für eine intensivere Beratung von Patienten genutzt werden, zu der ein(e) an den zentralen Standorten ansässige(r) Fachärzt*in online zugeschaltet wird. Damit können die niedergelassenen Hausärzt*innen ihre Rolle als vertrauensvolle „Lotsen der Gesundheit“ wahrnehmen, einen Teil der fachärztlichen Leistungen erbringen und damit sowohl diese als auch die Patienten durch den Wegfall von Anfahrtswegen entlasten.

Die steigende Nachfrage nach der Behandlung von vielfältigen und zunehmenden Krankheitsbildern der älter gewordenen Patientenschaft hat dazu geführt, dass weiterhin hohe Investitionskosten zum Erhalt der Leistungsfähigkeit der Praxen nötig sind. Der Mehraufwand in der Behandlung der Patienten im Rahmen der verschiedenen Felder von eHealth schlägt sich auch in den Kosten für das zunehmend mit medizinischen Zusatzqualifikationen ausgebildete Personal, das insbesondere im ländlichen Raum nur durch attraktive Gehälter gehalten werden kann, und einen vergleichsweise hohen Abrechnungsaufwand mit den Kassen nieder. Damit verfestigt sich der Trend von stagnierenden Einnahmen für niedergelassene Hausärzt*innen bzw. Internist*innen mit hausärztlicher Tätigkeit. Teilweise reagieren die niedergelassenen Ärzt*innen hierauf mit dem Zusammenschluss in Gemeinschaftspraxen um sich Investitionen und hochqualifiziertes Personal zu teilen und hierdurch Betriebskosten zu sparen.

Ansatzpunkte im Projekt

Eine Herausforderung für die Projektarbeit besteht darin, dass im Rahmen der (öffentlichen) Daseinsvorsorge zwar vielfältige Ansprüche an die öffentliche Hand adressiert werden, aber gleichzeitig vergleichsweise geringe Handlungsspielräume im Themenfeld „Gesundheitsversorgung“ bestehen (vgl. Abb.27).

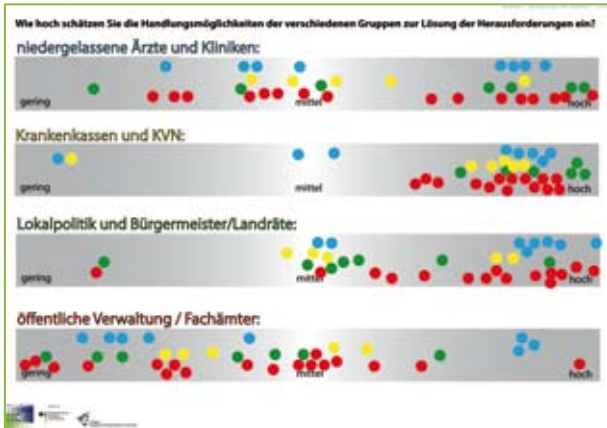


Abb.27: Einschätzung von Handlungsspielräumen durch die Teilnehmenden des Workshops am 17.05.2017

Daher müssen innovative Ansätze erarbeitet werden, um Steuerungs- oder Anreizmodelle für eine bessere Versorgungslage auch in kleineren Orten zu erreichen. Beispielhafte Betätigungsmöglichkeiten von Kommunen mit Bezug zur primärärztlichen Versorgung können sein:

- Mobilitätskonzepte, die den barrierefreien Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Anspruchsgruppen ermöglichen. Der öffentliche Nahverkehr sollte dafür bedarfs- und behindertengerecht an die Leistungen der Gesundheitsversorgung angebunden sein.
- Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement zur Verbesserung von Zugang und Inanspruchnahme (z.B. Dolmetscherdienste für fremdsprachige Zielgruppen, Bürgerbusse für Mobilitätseingeschränkte, etc.).
- Kommunale Koordinations- und Netzwerkerrolle bei ärztlichen und weiteren Gesundheitsleistungen durch lokale Gesundheitsforen (Ein Beispiel sind die u.a. von der Nds. Landesregierung geför-

deten Gesundheitsregionen).

- Unterstützung der Leistungserbringer durch Förderung der ärztlichen Infrastruktur (z.B. Bereitstellung von Praxisimmobilien), finanzielle Förderung und individuelle Unterstützungsangebote (z.B. zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie), etc.

Zusätzlich zur flankierenden Unterstützung gibt es Möglichkeiten für die Kommunen, ihren Gestaltungsspielraum als agierende Akteure in der Gesundheitsversorgung zu nutzen. Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 ist es Kommunen beispielsweise erleichtert worden, Gründer und Betreiber eines medizinischen Versorgungszentrums zu werden. Kommunen können dadurch Ärzt*innen ermöglichen, im Anstellungsverhältnis ohne eigenes unternehmerisches Risiko zu arbeiten. Mit Zustimmung der zuständigen KV konnten Kommunen bereits bislang nur in Ausnahmefällen Eigenrichtungen zur medizinischen Versorgung betreiben, sofern dies für die Sicherstellung als notwendig erachtet wird (§ 105 Abs. 5 SGB V).

Über die genannten Ansätze hinaus besteht im Fokusraum bzw. im EWH ergänzend ein verstärktes Interesse am Austausch zur Analyse und Verbesserung der Pflegesituation wie sie Gegenstand der Projektbearbeitung in der UR-Praxisregion Göttingen(-Osterode) ist (vgl. Einführung zum Projekt auf S. 11).

Entwicklung konkreter Maßnahmen

Als Ergebnis der beiden durchgeführten Workshops (17.05. und 14.06.2017) mit Vertretern aus Verwaltung, Politik, Ärzteschaft und weiteren Interessensgruppen zur aktuellen Versorgungslage in den Landkreisen Schaumburg und Hameln-Pyrmont sowie möglichen Lösungsansätzen wurden verschiedene, an den Raum angepasste, Handlungsoptionen identifiziert.

Zunächst wurde deutlich, dass auch nach Ansicht



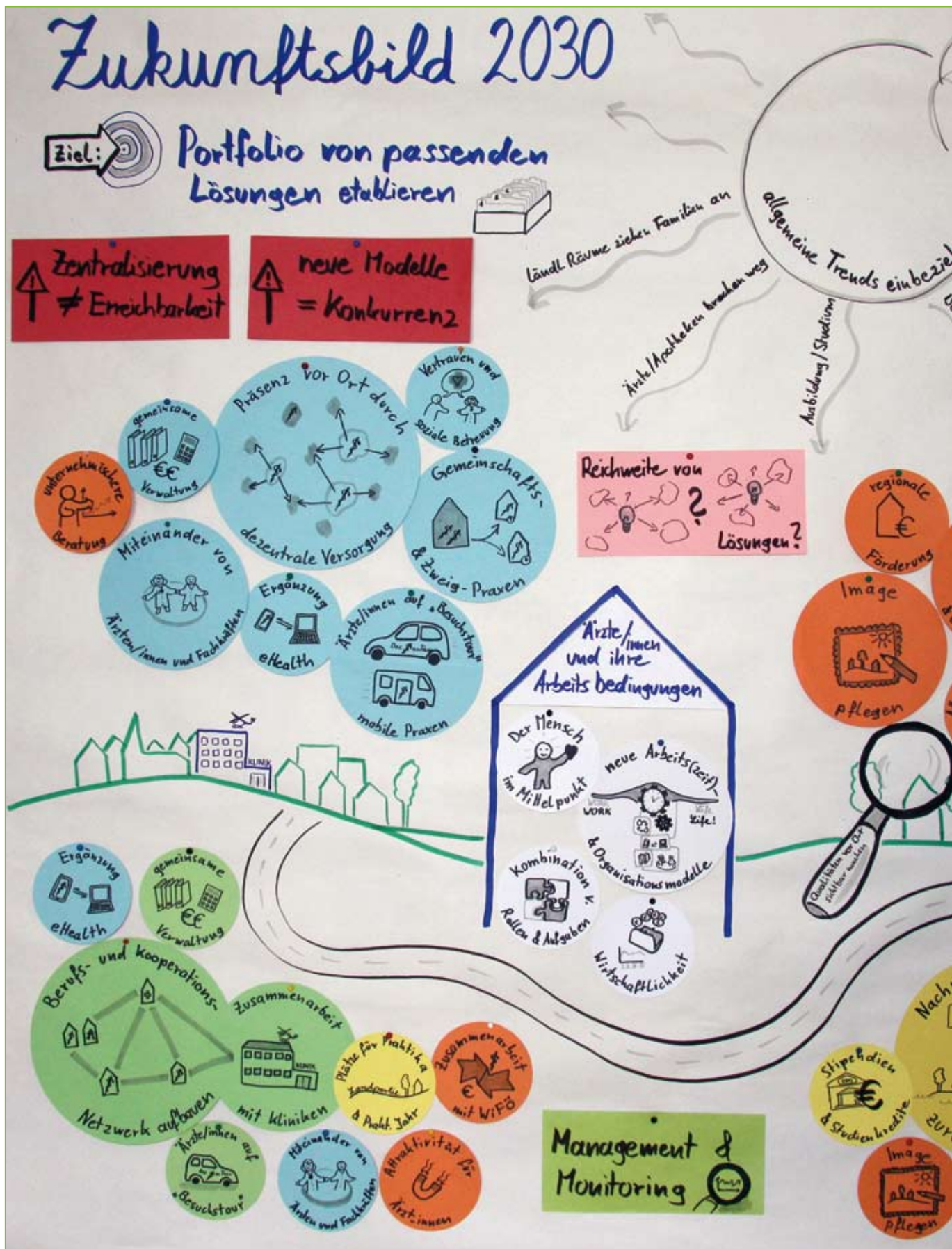


Abb.28: Handlungsansätze zur med. Versorgung als Ergebnis des Workshops am 17.05.2017, eigene Darstellung



der Teilnehmenden die Herausforderungen in Zukunft durch einen demografisch bedingten höheren Versorgungsaufwand von älteren Patienten und gleichzeitig einer zunehmenden Schwierigkeit der Nachbesetzung von freier werdenden Arztpraxen geprägt sein werden. Dabei wird weniger die Erreichbarkeit mit dem Pkw - weder aktuell, noch in Zukunft - das Hauptproblem sein, sondern vielmehr die Suche nach Lösungsansätzen zur Förderung von Nachbesetzungen freier werdender Arztpraxen und zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Hausärzt*innen im ländlichen Raum. Unterstützungsbedarf wird vor allem in ökonomischen und betriebswirtschaftlichen Fragestellungen der Niederlassung bzw. Praxisführung gesehen.

IN KLAMMERN N	ANTEIL „SEHR WICHTIG“ UND „WICHTIG“	SEHR WICHTIG	WICHTIG	WENIGER WICHTIG	UNWICHTIG
Familie und Freizeit (10.727)	87,8	38,7	49,1	11,4	0,8
Abwechslung im Beruf (10.789)	75,5	20,3	55,3	24,1	0,4
Wissenschaftsorientierung (10.801)	54,5	9,9	44,6	42,8	2,7
Teamorientierung (10.825)	46,3	7,2	39,2	49,4	4,3
Prestige und Einkommen (10.763)	34,1	1,8	32,2	58,1	7,8

Abb.29: Erwartungen von Medizinstudierenden an die Berufstätigkeit (Quelle: Berufsmonitoring 2014 im Auftrag der KBV, Tabelle 19)

Hier bestehen anscheinend Defizite in der Berufsausbildung von Nachwuchsmedizinern genauso wie in der Vermittlung eines attraktiven Bildes des Berufs „Hausarzt/-ärztin“. Auch sind die Erwartung der Studierenden an ihre spätere Berufstätigkeit (vgl. Abb. 29) zu berücksichtigen.

Als wichtige Ansätze wurden im Rahmen der Workshops folgende Handlungsfelder erarbeitet:

- **Standorte für neue Arbeits-/Organisationsmodelle für Hausarztpraxen in der Region suchen und die Etablierung neuer Versorgungsstrukturen in bestehenden Praxen unterstützen („Keimzellen-Modell“)**
- **regionales Berufs- und Kooperationsnetzwerk zwischen verschiedenen Fachdisziplinen der med. Versorgung, Kliniken und Praxen aufbauen**
- **Aufbau eines Standortmarketing für Mediziner/-innen und Wirtschaftsförderung/Gründungsberatung für Praxen und eine aktive Ausbildungsunterstützung von Studierenden aus der Region für die Region**
- **Aufbau eines regionalen Monitoring im Rahmen des geplanten Daseinsvorsorge-Atlas' (Verstetigung)**

Vor allem die ersten drei Punkte sollen nun in verschiedenen Arbeitsgruppen weiterentwickelt und somit einer möglichen Umsetzung näher gebracht werden (vgl. geplanter Band 7 der Berichte aus dem EWH).



Fokusraum Nahversorgung

Der östliche Landkreis Nienburg/Weser und der südliche Landkreis Heidekreis sind gemeinsamer Fokusraum zur Verbesserung der Nahversorgung mit Lebensmitteln.

Die Nahversorgung mit Waren des täglichen Bedarfs, also die Möglichkeit, sich wohnortnah beispielsweise mit Lebensmitteln zu versorgen, gehört zu den wesentlichsten Aspekten der Daseinsvorsorge. Die Nahversorgung mit Lebensmitteln und Drogerieartikeln (Waren des periodischen Bedarfs) wird als Element der Grundversorgung angesehen, die nach § 2 Raumordnungsgesetz für alle Teile der Bevölkerung sicherzustellen ist. Gleichzeitig bestehen Einflussmöglichkeiten der öffentlichen Hand größtenteils nur im Bereich der raumordnerischen Beurteilung bzw. Steuerung von großflächigen (mehr als 800m² Verkaufsfläche) Verkaufseinheiten – eine aktivierende Steuerungsmöglichkeit besteht kaum.

In der Einzelhandelsentwicklung gibt es einen Trend zu insgesamt weniger Verkaufseinheiten, während die Gesamtverkaufsfläche stagniert bzw. sogar steigt. Dies bedeutet einen Rückzug aus der Fläche und eine Konzentration in Orten des zentralörtlichen Systems. Einerseits ist diese Konzentration großflächigen Einzelhandels in größeren, gut erreichbaren Zentren in Hinsicht auf Verkehrsvermeidung eindeutig gewollt und entspricht dem raumordnerischen Konzentrationsgebot. Andererseits führt der genannte Konzentrationsprozess zu einem Rückzug des Lebensmittel-Einzelhandels aus der Fläche, was den Zielen der Daseinsvorsorge und einer flächendeckenden, fußläufig bzw. mit kurzen Wegen erreichbaren Nahversorgung widerspricht.

Die genannten Aspekte der Nahversorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs (insbesondere mit Lebensmitteln) sollen im Rahmen des Projekts UrbanRural Solutions zunächst vertieft in einem Fokusraum auf dem südlichen Gebiet des Heidekreises bzw. dem

Arbeitsfrage:

Wie kann die Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs (v.a. Lebensmitteln) in ländlichen bzw. kleinen Gemeinden/Ortsteilen verbessert werden?

- Welche Möglichkeiten gibt es, im südl. Heidekreis / östl. Landkreis Nienburg/W. die Versorgung mit Lebensmitteln des täglichen Bedarfs wohnortnah zu gewährleisten?
- Wo muss welcher Versorgungsgrad/-typ/-modell räumlich angesiedelt werden (unter Berücksichtigung von Führungsvorteilen u.a.)?

östlichen Kreis Nienburg/Weser untersucht werden (vgl. Abb. 9 auf S.15). Das Gebiet ist, insbesondere im Heidekreis durch eine disperse Siedlungsstruktur geprägt. So leben nahezu 40% der Menschen in sehr kleinen und kleinen Siedlungszusammenhängen unter 2.500 Einwohnern. Im Hinblick auf das Ziel des Projekts, Stadt-Land-Kooperationen zu etablieren, umfasst der Fokusraum aber nicht nur ländliche Gebiete, sondern auch die Städte Nienburg/Weser, Walsrode und Bad Fallingb. bostel.

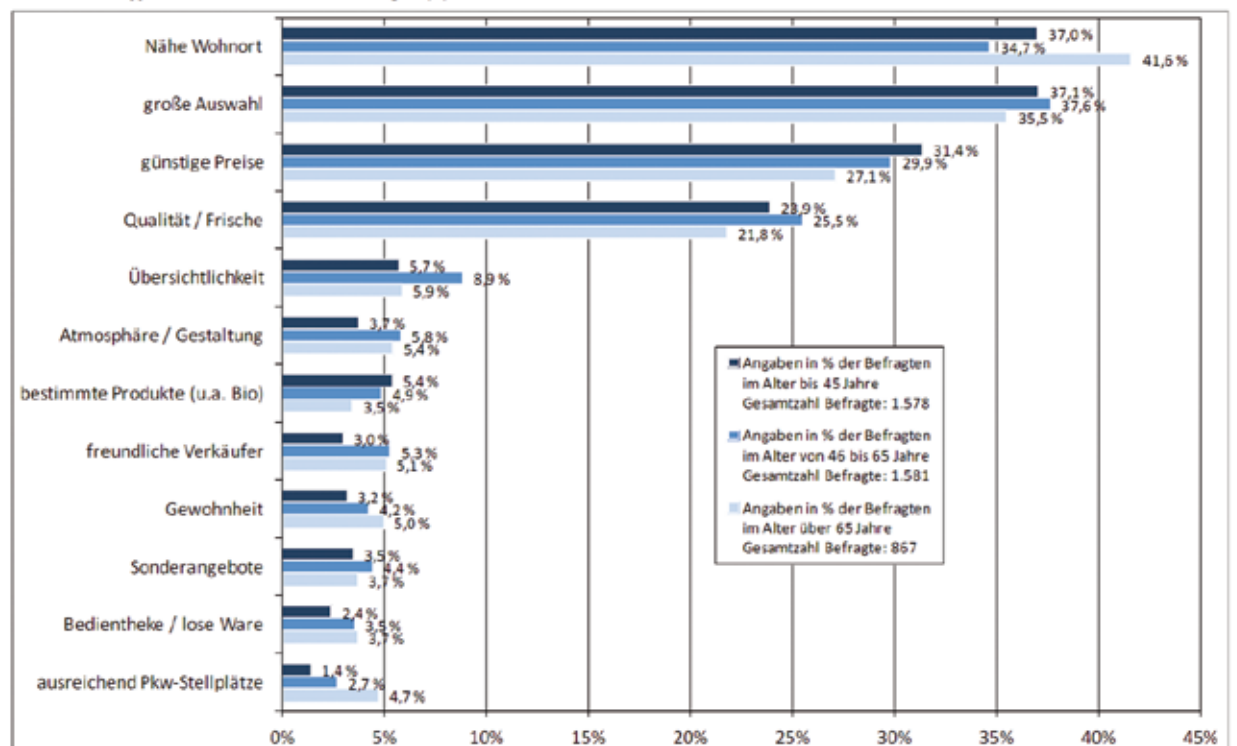


Abb.30: Verteilung der Bevölkerung auf Siedlungszusammenhänge (Größenklassen); Darstellung: TUHH, VPL, Daten: Zensus 2011, fortgeschrieben bis 2015

Ziele im Fokusraum

Vor dem geschilderten Hintergrund sollen im Fokusraum neue Ansätze für die Versorgung mit Lebensmitteln auch in kleineren Ortsteilen entwickelt werden. Ein wichtiger Punkt wird hierbei die Berücksichtigung ausdifferenzierter Lebensstile und ver-

Abb. 36: Haushaltsbefragung – meistgenannte Gründe für die Wahl des Haupteinkaufsortes (1. Stelle), differenziert nach Altersgruppen



Quelle: Eigene Haushaltsbefragung, n = 4.019, 7.060 Nennungen (Haupteinkaufsort 1. Stelle, freie Nennung, Mehrfachnennungen möglich)

Abb.33: Gründe für die Wahl des Haupteinkaufsortes nach Altersgruppen (Quelle: HCU, IRE|BS 2013: 68)

telgeschäfte von rund 85.000 im Jahr 1990 auf nur noch knapp 40.000 im Jahr 2010 ungefähr halbiert (vgl. Abb. 31) – auch ein Ergebnis des seit Jahren harten Konkurrenzkampfes (vgl. HCU, IRE|BS 2013: 7ff). Es darf also gerne ein „bisschen mehr sein“ – mehr Fläche und Angebot, aber das nicht mehr überall. Verlierer dieser Entwicklung sind die auf die Nutzung nahe gelegener Einzelhandelsstandorte angewiesenen Menschen sowie kleine Lebensmittelgeschäfte, die in ihrem Einzugsbereich nicht genügend Umsatz generieren können um im Wettlauf um Kunden und Fläche mit zu halten (ebenda) – oder die sich aufgrund gesetzlicher Einschränkungen (vgl. § 11, Abs. 3 Baunutzungsverordnung) nicht erweitern dürfen. Gerade in ländlichen Räumen, in denen sich der letzte klassische Lebensmittel-Einzelhändler nicht mehr halten kann, werden entweder weitere Wege nötig oder die Lücke wird durch Tankstellenshops, die sich immer mehr zu Supermärkten mit

Zapfsäule entwickeln, beziehungsweise durch Ehrenamt getragene Dorfläden geschlossen. Doch ist dies wirklich eine erstrebenswerte Entwicklung? Dass die Versorgung mit Lebensmitteln am Wohnort nach wie vor die zentrale Rolle spielt, zeigen Befragungen zum Einkaufsverhalten: Einem Großteil der Kunden sind Einkaufsmöglichkeiten in Wohnortnähe wichtig (HCU, IRE|BS 2013: 68) – soweit dies noch möglich ist. Dies entspricht auch den Zielen der Raumordnung, die als Maßgabe für eine wohnortnahe Versorgung mit „Gütern des täglichen Bedarfs“ eine fußläufige Entfernung von 10 Gehminuten ansetzt (vgl. u.a. LROP Niedersachsen) - ein Standard, der schon heute in ländlichen Gebieten utopisch erscheint: dort beträgt die durchschnittliche Entfernung zum nächsten Markt knapp 5 Kilometer (Neumeier 2014: 29). Doch nach welchen Kriterien wählen Kunden ihren Einkaufsort aus? Befragungen haben ergeben, dass neben der Nähe zum Wohn-

ort die Angebotsvielfalt und –qualität und natürlich günstige Preise die wesentlichen Faktoren sind. Mit steigendem Lebensalter spielt die Nähe, also Erreichbarkeit des Ladens, eine zunehmende Rolle (HCU, IRE|BS 2013: 68ff). Ein Großteil der Einkäufe wird in Deutschland mit dem PKW erledigt (70%); in Kernstädten allerdings auch bis zu 38% zu Fuß und nur ein geringer Teil mit öffentlichen Verkehrsmitteln (HCU, IRE|BS 2013: 40).

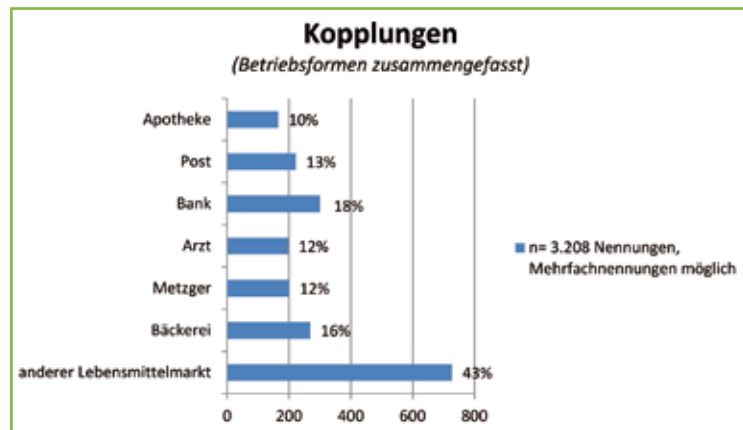


Abb.34: Wahrnehmung von Angeboten in Kombination zum Einkauf von Lebensmitteln (eigene Darstellung, Daten: HCU, IRE|BS 2013: 51)

Online-Handel hingegen spielt im Lebensmittelbereich eine zu vernachlässigende Rolle: derzeit beträgt der im Internet generierte Umsatzanteil im Lebensmittelbereich gerade einmal 1-2% und wird auch laut optimistischer Gutachten in den nächsten Jahren vermutlich selbst in Großstädten nicht über 5-10% steigen (vgl. Ernst&Young 2014: 8). Hemmnisse für den Online-Kauf von Lebensmitteln sind das fehlende „Einkaufserlebnis“ mit der Möglichkeit, Frischwaren zu begutachten und das nach wie vor begrenzte Angebot - verbunden mit hohen Kosten und aufwändigen Lieferketten. Chancen des Online-Handels mit Lebensmitteln werden nach Erfahrungen in anderen Ländern vor allem in der Kombination mit stationären Geschäften in so genannten Cross-Channel-Konzepten gesehen: Beispiele für die zunehmende Vermischung von verschiedenen Handelsformen sind Onlinehändler, die zunehmend auch auf stationäre Vertriebsformen setzen oder stationäre Einzelhändler, die den Onlinehandel als weiteres Standbein nutzen (Cross-Channel-Konzepte) (vgl. Ernst&Young 2014: 23ff). Neu hinzu kommt im Lebensmittelbereich der mittlerweile an Fahrt aufnehmende Ausbau von Tankstellenshops vor allem der großen Konzerne zu „kleinen Nahversorgungszentren“.

Wichtig bei der Gestaltung der verbleibenden Standorte, vor allem im ländlichen Raum, ist die Kombination mit anderen Funktionen und Dienstleistungen (vgl. Küpper, Eberhardt 2013: 1): Die Entwicklung von Dorfladenkonzepten hat gezeigt, dass einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren neben der Identifizierung der Bevölkerung mit dem Projekt beispielsweise die Integration eines gastronomischen Angebots (Café) ist. Dorfläden haben also nicht nur eine Funktion als Versorgungsort, sondern dienen vor allem als Identifikationspunkt für die Dorfgemeinschaft und als sozialer Treffpunkt. Zudem können Dorfläden als Ankerfunktion der Daseinsvorsorge mit weiteren Dienstleistungen des Post- und Bankwesens oder (sozialen) Beratungsangeboten aufgewertet werden (vgl. Küpper, Eberhardt 2013: 23ff. und Abb. 34).

Es darf also auch hier „ein bisschen mehr“ sein: nicht nur die Sicherstellung der Versorgung mit Lebensmitteln sondern auch Anlaufstelle für die soziale Interaktion. Dies ist besonders in Gebieten wichtig, in denen der Lebensmittelhändler eine der letzten verbliebenen Strukturen ist. In größeren Zentren hingegen, sind diese Funktionen auf ein vielfältigeres Angebot verteilt und die Versorgungsfunktion des Einzelhandels tritt in den Vordergrund.

Weitere Informationen und Analysen zur Einzelhandelsentwicklung im Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover (EWH) sowie zur Nahversorgung entnehmen Sie bitte den Berichten zum *Konsensprojekt Großflächiger Einzelhandel*. (Berichte aus dem EWH Band 2 und Band 6)



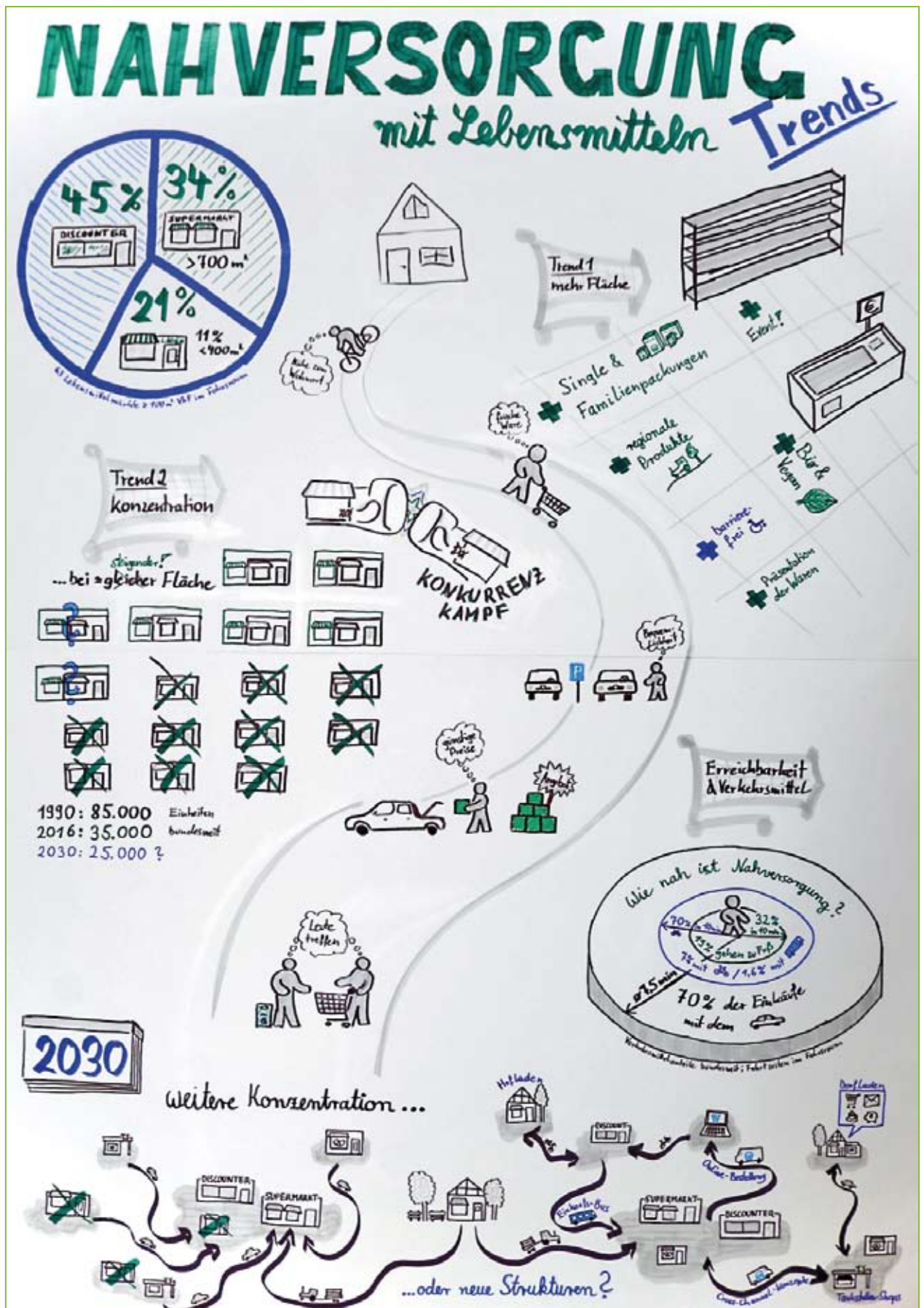


Abb.35: Trends in der Nahversorgung mit Lebensmitteln, eigene Darstellung

Auch für das Themenfeld Einzelhandel werden wie für die medizinische Versorgung (vgl. S.27ff) zwei Szenarien aufgespannt, um die künftige Entwicklung grob einordnen zu können.

Szenariobeschreibung 1:

...weitere Konzentration

Bei einer leicht abnehmenden Gesamtbevölkerung im Fokusraum um ca. -5% (in den kleinen Gemeinden unter 5.000 Einwohnern etwas geringer als in den Orten zwischen 5.000 und 20.000 Einwohnern) im Betrachtungszeitraum 2015 bis 2030 werden durch eine fortschreitende Konzentration von Einzelhandelsstandorten diese für weniger mobile Bevölkerungsgruppen in der Folge teils schwerer zu erreichen sein – dies gilt gleichermaßen für ländliche Räume wie auch für Versorgungslücken innerhalb von Städten. In kleineren Gemeinden des ländlichen Raums wird die Problematik zusätzlich durch die Verknüpfung der raumordnerischen Zulässigkeit von (großflächigem) Einzelhandel auch in der Nahversorgung an die fußläufige Erreichbarkeit verschärft. Damit ist die wohnortnahe Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs oftmals gefährdet. Die zunehmende Individualisierung des Konsumverhaltens erschwert zudem eine (vorausschauende) Planung und Steuerung des Einzelhandels.

Durch diesen Trend der weitere Konzentration auf weniger, aber dafür größere, Standorte des Lebensmittel-Einzelhandels wird eine Erreichbarkeit gerade in kleinen und abgelegenen Ortsteilen vermutlich nur noch mit dem PKW gegeben sein. Dies geschieht zu Lasten der Bevölkerungsteile, die nicht (mehr) über einen PKW verfügen, also vor allem der älteren Menschen (über 75), die bereits heute in einzelnen Ortsteilen bis zu 15% der Bevölkerung stellen.

Szenariobeschreibung 2:

...neue Strukturen

Doch die Möglichkeit am Wohnort Lebensmittel für

den täglichen Bedarf zu erwerben, stellt vor allem für weniger mobile Menschen, wie eben beispielsweise Senioren, ein zentrales Element der Lebensqualität dar. Die Erreichbarkeit von Lebensmittelangeboten sollte sich daher in den Tagesablauf integrieren lassen, damit Besorgungen eigenständig, regelmäßig und mit wenig Zeitaufwand erledigt werden können (BLE 2013: 30; BBSR 2015: 8). Nahversorgungsstätten haben zudem neben ihrer Einkaufsfunktion auch eine soziale Funktion als Begegnungsraum - zum Teil sind sie nach Schließung anderer Einrichtungen oftmals der letzte öffentliche Ort um sich zu treffen. Insbesondere kleinere Lebensmittelgeschäfte vor Ort haben diese Funktion eines sozialen Treffpunkts, die es zu erhalten gilt. Besonders die zunehmend entstehenden Dorfläden sind häufig durch ein Angebot von ergänzenden Dienstleistungen gekennzeichnet und erfüllen neben der Versorgung mit Lebensmitteln auch weitere Funktionen wie beispielsweise Post- und Bankdienstleistungen (ISM 2008: 97). Darüber hinaus dienen sie als Kommunikationsort und Treffpunkt der Bewohner und können die regionale Identität stärken (BLE 2013: 30). Ähnliches gilt für Bäckereien und Metzgereien. Tankstellenshops und mobile Versorger können gegebenenfalls ergänzend zu außerregulären Öffnungszeiten genutzt werden und bieten vor allem in dünnbesiedelten Gebieten eine Möglichkeit anstelle von Supermarkt- und Discounterangeboten (BBSR 2015: 9).

Ergänzt werden können diese Angebote ggf. zusätzlich durch Lieferdienste (Online-Bestellung). Hierbei besteht einerseits die Möglichkeit einer direkten Lieferung nach Hause, wie sie in Städten bereits zum Teil angeboten wird, oder die Möglichkeit einer Lieferung vorbestellter Ware an einen bestehenden Verkaufspunkt ergänzend zu dem dort vorhandenen Grundangebot (Hybrid- bzw. Cross-Channel-Konzept). Solche Lieferstationen können selbstverständlich auch mit Angeboten der Daseinsvorsorge über den (Lebensmittel-)Einzelhandel hinaus gekoppelt werden.



Die Versorgungslage im Fokusraum

Im Fokusraum Heidekreis / Nienburg Weser (Bomlitz, Stadt Bad Fallingbostel, Stadt Walsrode, SG Ahlden, SG Rethem/Aller, SG Schwarmstedt, Stadt Nienburg, SG Heemsen, SG Steimbke) ist ein Grundangebot mit rund 53 Lebensmittelmärkten (Vollsortiment o. eingeschränktes Vollsortiment) über 100m² Verkaufsfläche und Discountern grundsätzlich gegeben. Ergänzt wird dieses durch zahlreiche Betriebe des Lebensmittelhandwerks (Bäcker, Metzger/Schlachter), Hof- und Bioläden sowie Tankstellenshops, Kioske und weitere (Fach-)Geschäfte (vgl. Abb. 36).

Auffallend ist, dass nur noch sehr wenige Märkte in der Größenklasse 400-700m² VKF vorhanden sind (~11%) - hier scheint der Konzentrations- und Verdrängungsprozess innerhalb der Einzelhandelslandschaft bereits weitgehend abgeschlossen zu sein.

Betrachtet man die Verkaufsfläche je Einwohner, wird deutlich, dass ein gewisser Verkaufsflächenüberhang vor allem in den Siedlungszusammenhängen der Größenklassen zwischen 2.500 und 15.000 Einwohnern gegeben ist. In diesen scheint also einerseits das nötige Einwohner- und Kaufkraftpotenzial für die Ansiedlung der - meist großflächigen - Märkte

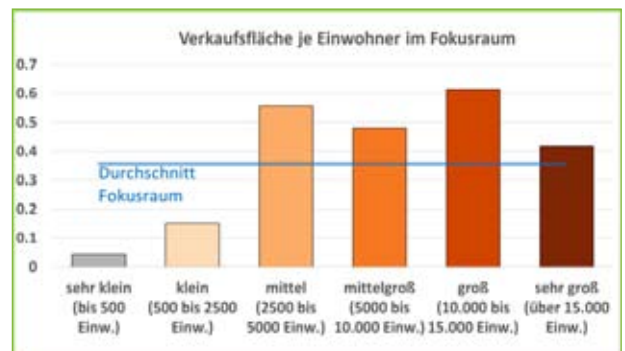


Abb.37: Verkaufsfläche (Lebensmittel-Einzelhandel) in m² je Einwohner nach Siedlungszusammenhängen; Darstellung TUHH, Daten: Stadt+Handel 2017

gegeben zu sein als auch eine Mitversorgungsfunktion umliegender, kleinerer Siedlungszusammenhänge zu erfolgen. Diese Mitversorgungsfunktion ist bei den sehr großen Siedlungszusammenhängen über 15.000 Einwohnern nicht mehr in diesem ausgeprägten Maß aus den Flächenanteilen ablesbar (vgl. Abb. 37 u. 38) sondern vermutlich mehr auf das qualitative Angebot und die höhere Einzelhandelszentralität auch im aperiodischen Bedarf zurück zu führen. Im Gegenzug bedeutet dies, dass insbesondere in kleinen Orts- und Gemeindeteilen zum Teil überhaupt keine oder nur noch eine rudimentäre (z.B. Bäckerei) Lebensmittelversorgung vorhanden ist. Von diesen

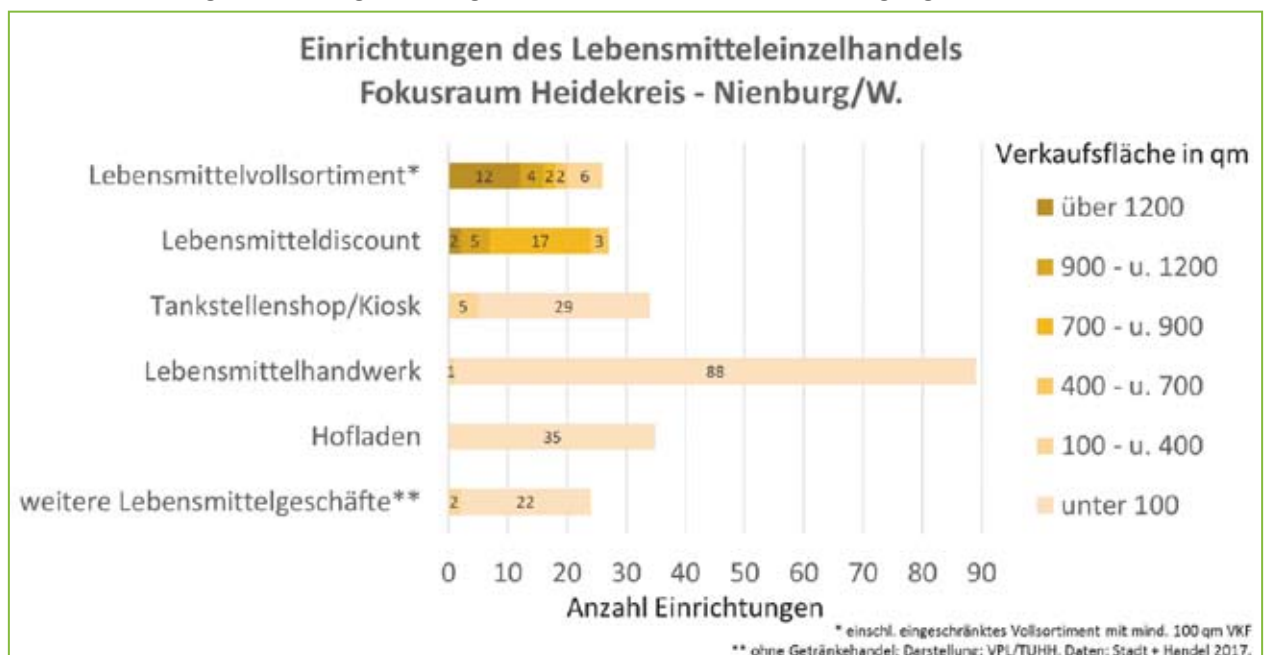


Abb.36: Versorgungslage (Einrichtungen des Lebensmittel-Einzelhandels) im Fokusraum; Darstellung: TUHH

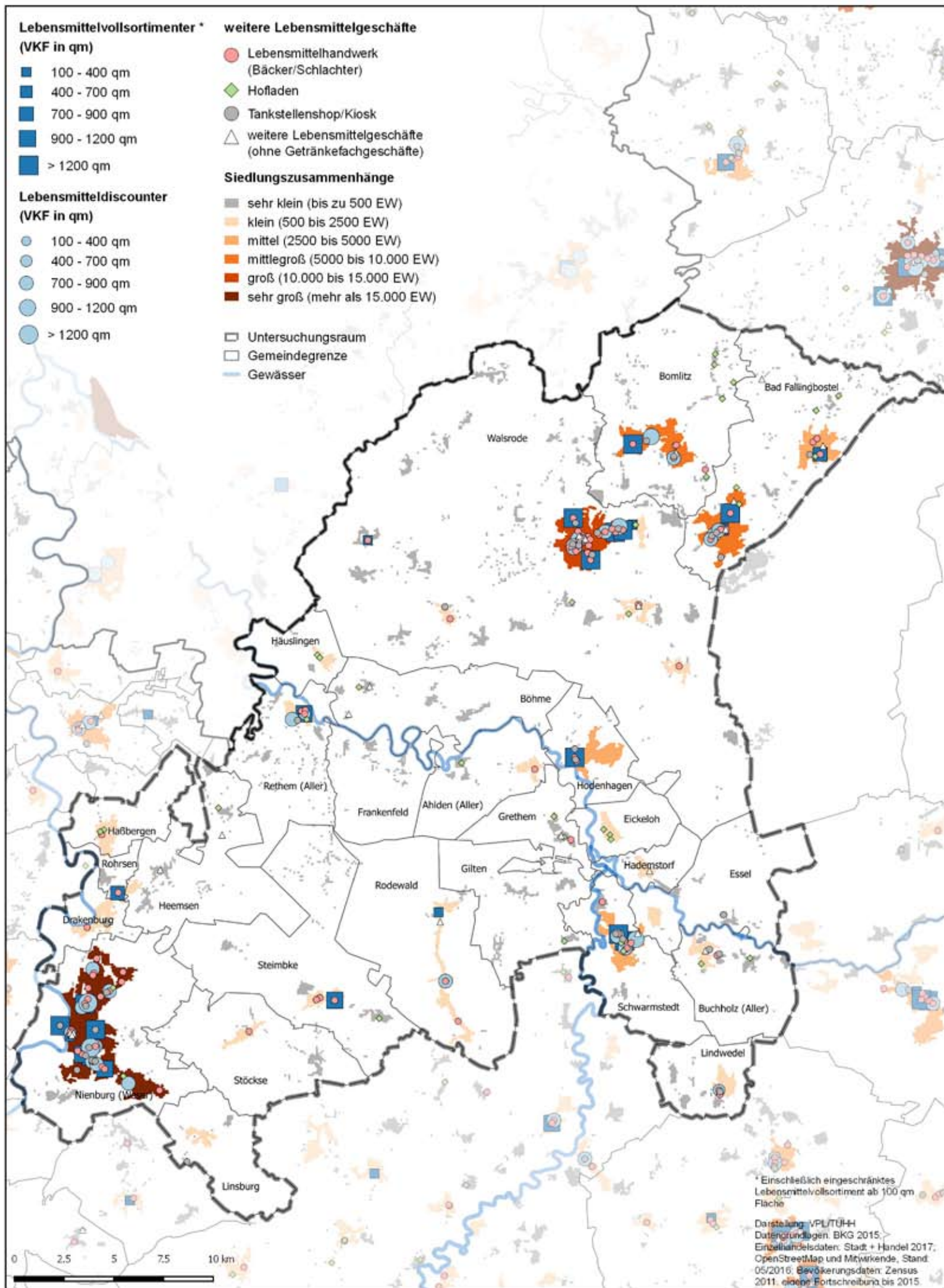


Abb.38: Übersicht über Einrichtungen des Lebensmittel-Einzelhandels im Fokusraum; Darstellung: TUHH

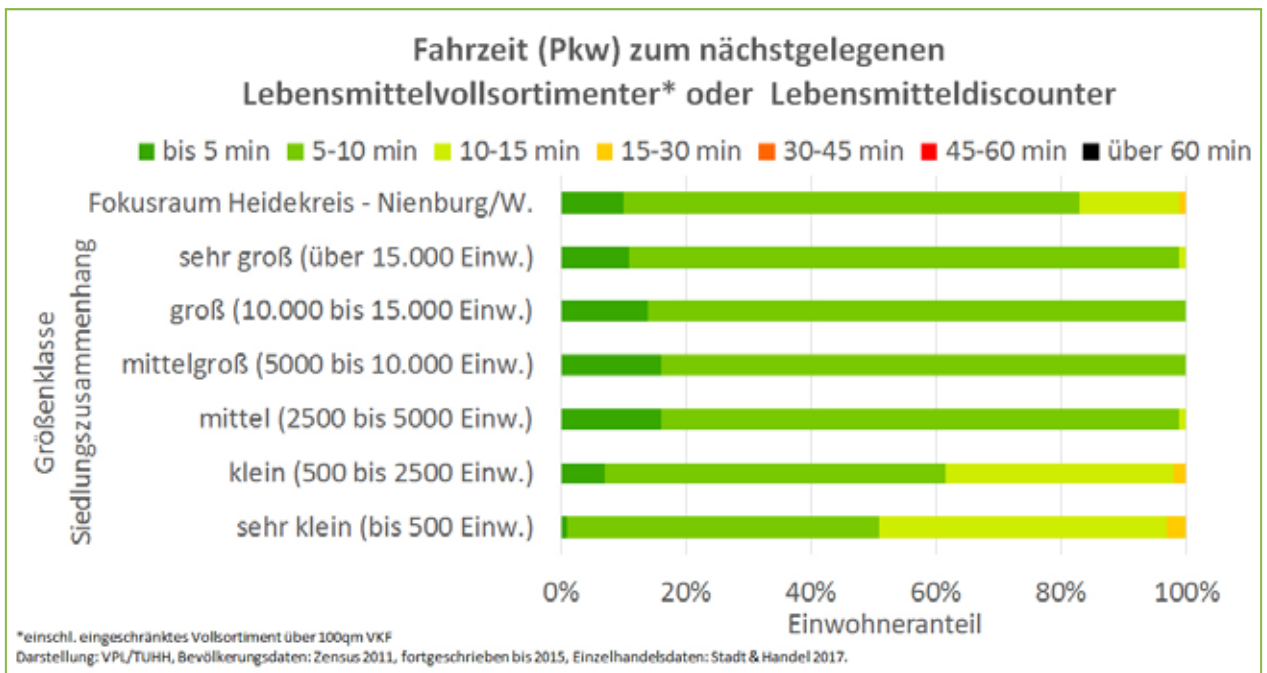


Abb.40: PKW-Fahrzeiten zur nächstgelegenen Einkaufsmöglichkeit (>100m² VKF), Darstellung: TUHH

Ortsteilen sind teilweise auch Fahrzeiten von über 15 Minuten mit dem PKW zum nächsten Supermarkt oder Discounter erforderlich. Insgesamt ist die Erreichbarkeit der nächsten Einkaufsmöglichkeit mit dem PKW bei einer Fahrzeit von durchschnittlich 7,5 Minuten sehr gut (vgl. Abb. 40) und im Fokusraum verfügt bei durchschnittlich 78 PKW pro 100 Einwohnern zwischen 18 und 75 Jahren nahezu jede Person im Führerscheinalter auch über einen PKW

(vgl. Abb.39). Betrachtet man die Erreichbarkeit von Vollsortimentern und Discountern getrennt, ergeben sich nur geringfügige Unterschiede in den PKW-Fahrzeiten (vgl. Abb. 40 u. 43/44). Unterschiede in der Nutzung der Verkehrsmittel ergeben sich laut allgemeiner Untersuchungen vor allem im Zusammenhang mit der Entfernung bzw. Siedlungsstruktur und der unterschiedlichen Betriebstypen (vgl. Abb. 41 und HCU, IRE | BS 2013: 40ff.) Außerhalb von Kern-

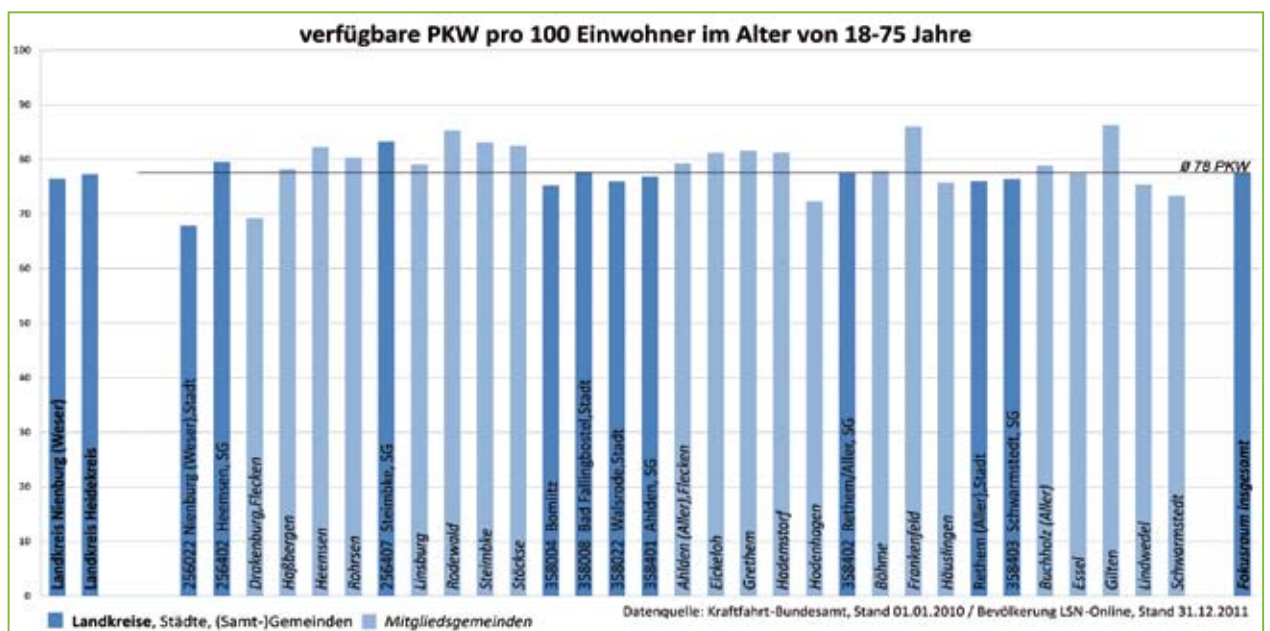


Abb.39: PKW pro Einwohner (18-75 Jahre), eigene Darstellung; Datenquelle: KBA, LSN-Online

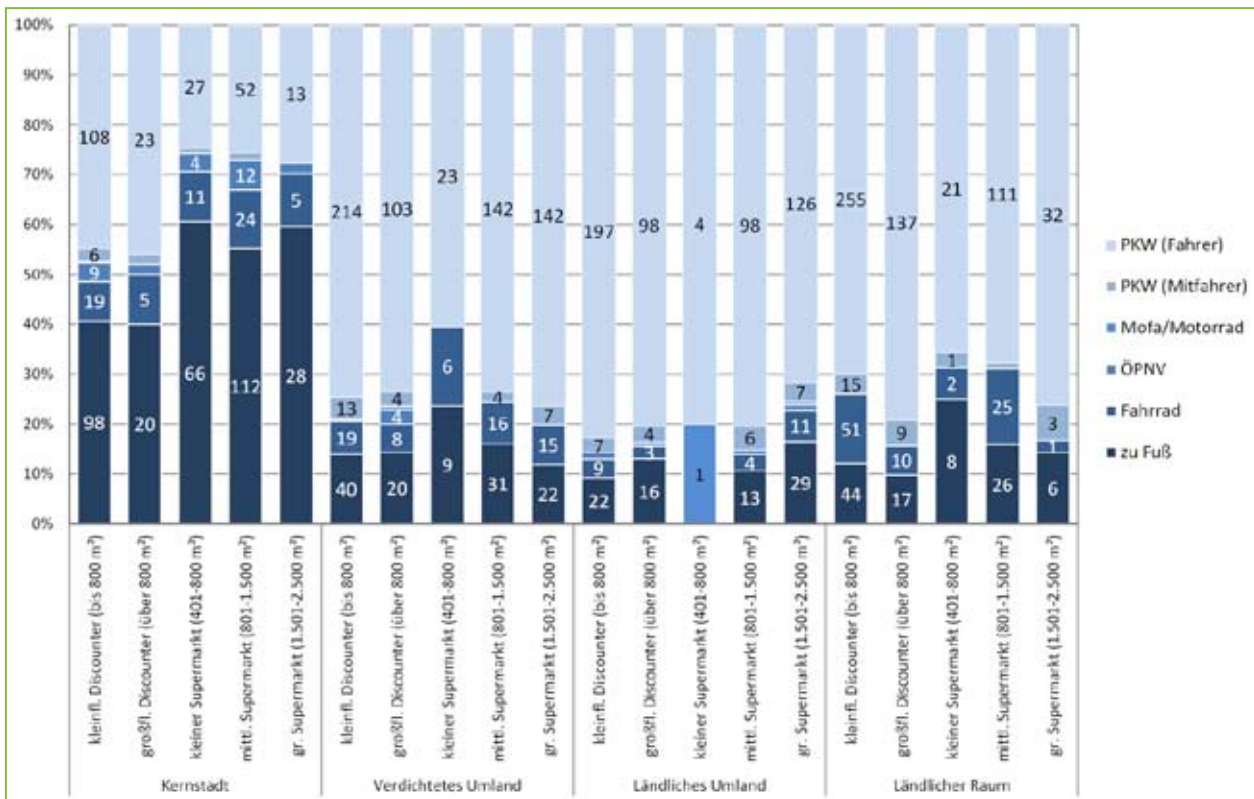
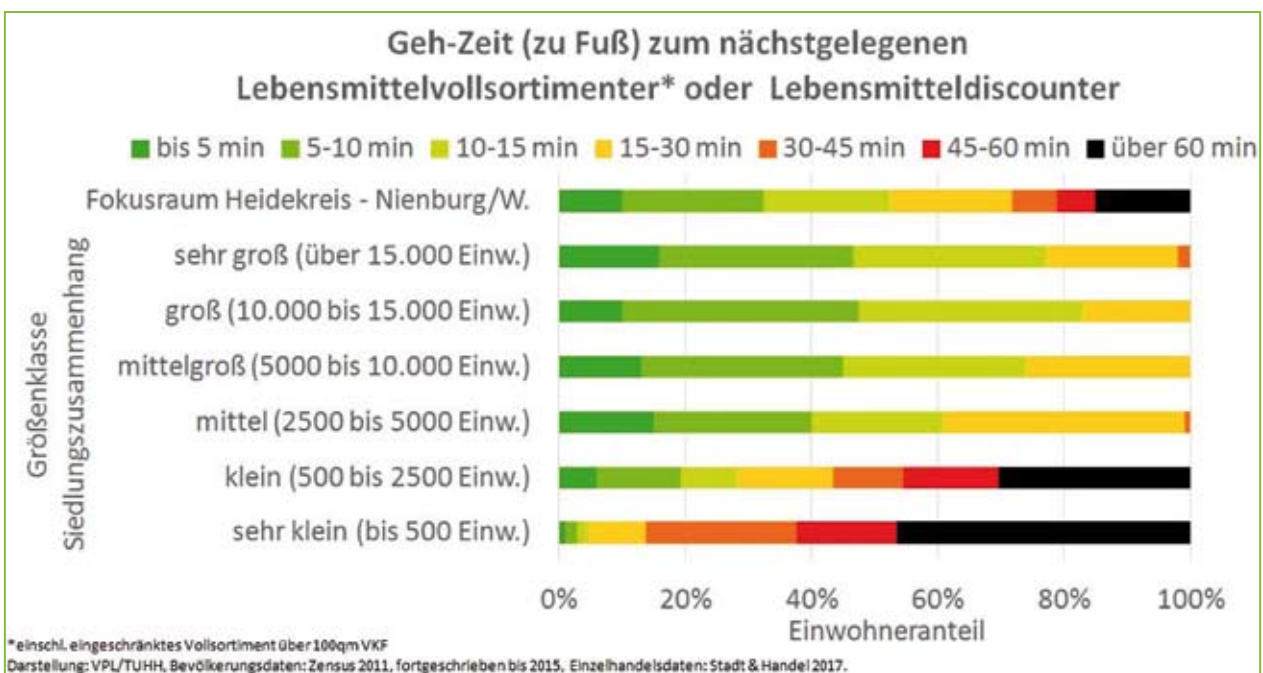


Abb.41: Haushaltsbefragung - Modal Split nach Betriebsformen (Haupteinkaufsort) und Kreistypen, n = 2.933 (Quelle: HCU, IRE/BS 2013: 42); Die Aussagen sind übertragbar aber nicht zwingend repräsentativ für den Fokusraum.

städten dominiert aber eindeutig der PKW (ca. 70%), überraschenderweise gefolgt vom Fahrrad (ca. 19%). In den Städten hat auch der Anteil von Einkaufswegen, die zu Fuß zurück gelegt werden, eine hohe Bedeutung.

Aus der oben beschriebenen Verteilungsstruktur (Konzentration der Einrichtungen auf größere Siedlungszusammenhänge) ergeben sich Unterschiede hinsichtlich der Möglichkeit am Wohnort, eine Einrichtung fußläufig zu erreichen. Immerhin ist es für



*einschl. eingeschränktes Vollsortiment über 100qm VKF
Darstellung: VPL/TUHH, Bevölkerungsdaten: Zensus 2011, fortgeschrieben bis 2015, Einzelhandelsdaten: Stadt & Handel 2017.

Abb.42: Geh-Zeiten (zu Fuß) zur nächstgelegenen Einkaufsmöglichkeit (>100m² VKF), Darstellung: TUHH

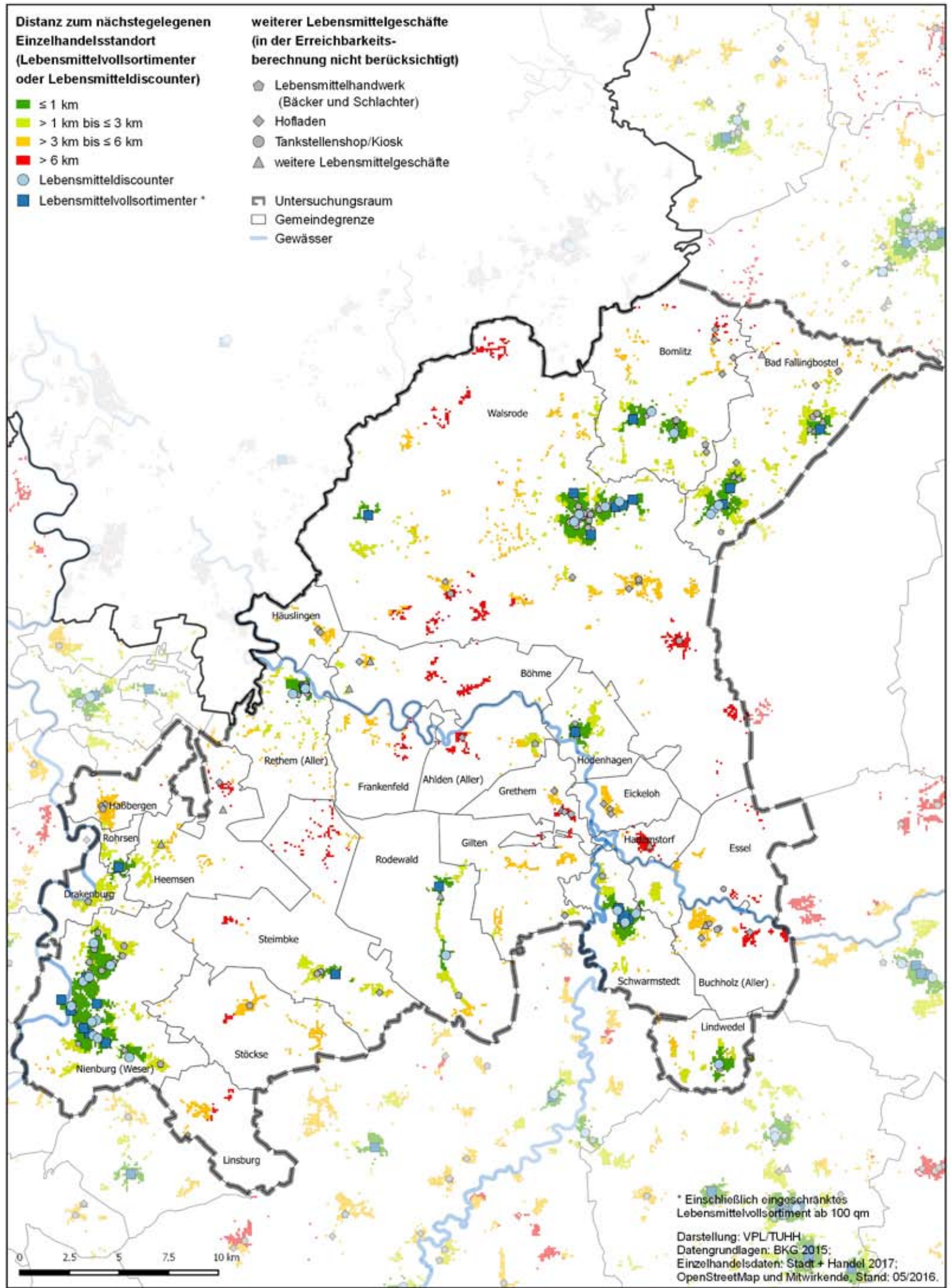


Distanz zum nächstgelegenen Einzelhandelsstandort (Lebensmittelvollsortimenter oder Lebensmitteldiscounter)

- ≤ 1 km
- > 1 km bis ≤ 3 km
- > 3 km bis ≤ 6 km
- > 6 km
- Lebensmitteldiscounter
- Lebensmittelvollsortimenter *

weiterer Lebensmittelgeschäfte (in der Erreichbarkeitsberechnung nicht berücksichtigt)

- ⬢ Lebensmittelhandwerk (Bäcker und Schlachter)
- ◆ Hofladen
- Tankstellenshop/Kiosk
- ▲ weitere Lebensmittelgeschäfte
- Untersuchungsraum
- Gemeindegrenze
- Gewässer



* Einschließlich eingeschränktes Lebensmittelvollsortiment ab 100 qm
 Darstellung: VPL/TUHH
 Datengrundlagen: BKG 2015;
 Einzelhandelsdaten: Stadt + Handel 2017;
 OpenStreetMap und Mitwirkende, Stand: 05/2016.



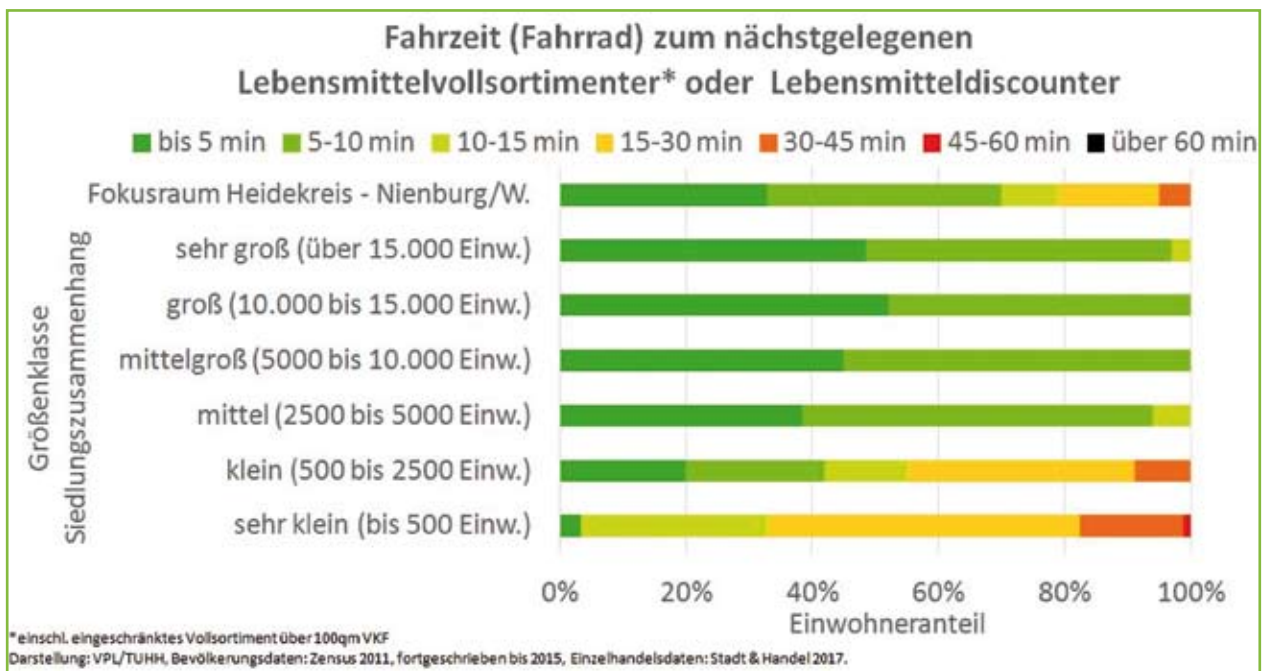


Abb.46: Fahrrad-Erreichbarkeit (Index Verbindungsqualität) der nächstgelegenen Einkaufsmöglichkeit (Vollsortiment > 100m², Discount), Darstellung: TUHH

ungefähr ein Drittel der Bevölkerung möglich, innerhalb von 10 Gehminuten eine Einkaufsmöglichkeit (Lebensmittel-Einzelhandel ohne Getränkehandel u. Handwerk) zu erreichen. Dieser Anteil liegt in größeren Siedlungseinheiten etwas höher: dort ist fast für die Hälfte der Einwohner eine fußläufige Nahversorgung gegeben (vgl. Abb. 42). Dahingegen ist in den kleinen Siedlungszusammenhängen unter 2.500 Einwohnern für die meisten nahezu unmöglich. Selbst mit dem Fahrrad erreichen viele Menschen im ländlichen Raum nur schlecht die nächste Einkaufsmöglichkeit, da die Entfernungen meist über den zumutbaren Entfernungen von 3-6 km liegen (vgl. Abb.

43 und 46) - hier ist das Auto unentbehrlich und im raumplanerischen Sinne eine Nahversorgung nicht gegeben. Die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV, der derzeit insgesamt allerdings nach vorliegenden Erkenntnissen für den Lebensmitteleinkauf kaum eine Rolle spielt, ist in vielen kleinen Ortsteilen (z.B. Ahlden, Buchholz, Grethem) nicht mehr alltagstauglich gegeben und selbst in den Städten können die gewichteten Fahrzeiten in Einzelfällen deutlich über 30 Minuten liegen (vgl. Abb. 45 und 47).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass

- 67% der Einwohner des Fokusraumes mehr als 10 Minuten benötigen um einen Lebensmittelvollsortimenter oder Discounter fußläufig zu erreichen.
- nur 17% der Einwohner länger als 10 Minuten mit dem PKW zur nächsten Einkaufsgelegenheit fahren müssen.
- Siedlungszusammenhänge ab 2500 Einwohner überdurchschnittlich versorgt sind.
- die Versorgung in den kleineren Siedlungszusammenhängen unter 2500 Einwohner deutlich schlechter ist.

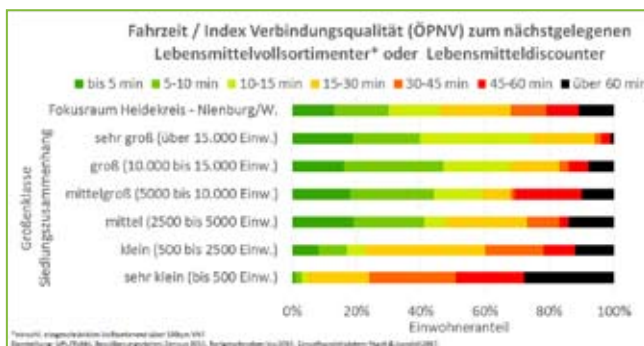


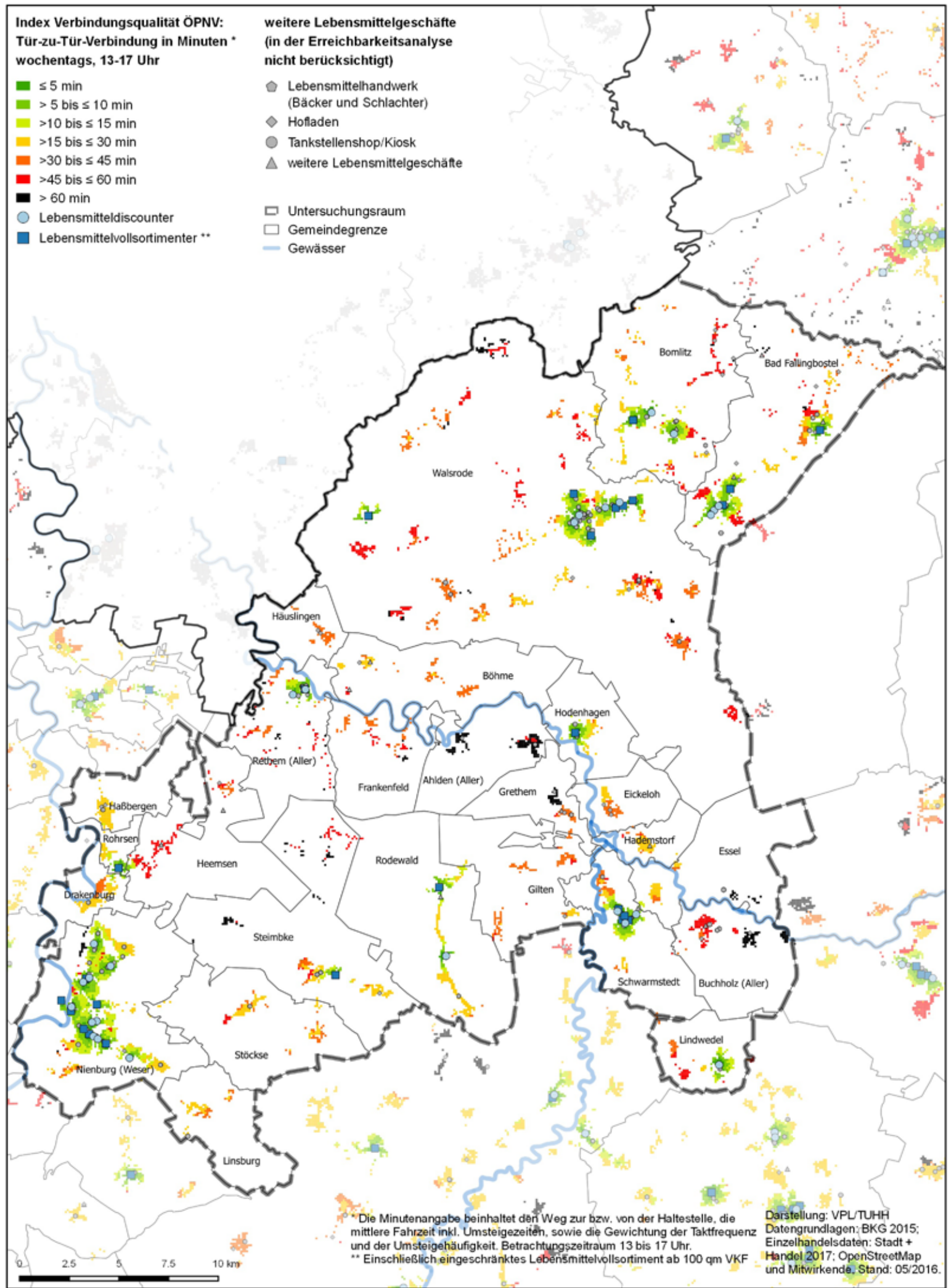
Abb.45: ÖPNV-Erreichbarkeit (Index Verbindungsqualität) der nächstgelegenen Einkaufsmöglichkeit (Vollsortiment > 100m², Discount), Darstellung: TUHH

**Index Verbindungsqualität ÖPNV:
Tür-zu-Tür-Verbindung in Minuten *
wochentags, 13-17 Uhr**

**weitere Lebensmittelgeschäfte
(in der Erreichbarkeitsanalyse
nicht berücksichtigt)**

- ≤ 5 min
- > 5 bis ≤ 10 min
- >10 bis ≤ 15 min
- >15 bis ≤ 30 min
- >30 bis ≤ 45 min
- >45 bis ≤ 60 min
- > 60 min
- Lebensmitteldiscounter
- Lebensmittelvollsortimenter **

- Lebensmittelhandwerk
(Bäcker und Schlachter)
- ◆ Hofladen
- Tankstellenshop/Kiosk
- ▲ weitere Lebensmittelgeschäfte
- Untersuchungsraum
- Gemeindegrenze
- Gewässer



* Die Minutenangabe beinhaltet den Weg zur bzw. von der Haltestelle, die mittlere Fahrzeit inkl. Umsteigezeiten, sowie die Gewichtung der Taktfrequenz und der Umsteigehäufigkeit. Betrachtungszeitraum 13 bis 17 Uhr.
 ** Einschließlich eingeschränktes Lebensmittelvollsortiment ab 100 qm VKF

Darstellung: VPL/TUHH
 Datengrundlagen: BKG 2015;
 Einzelhandelsdaten: Stadt +
 Handel 2017; OpenStreetMap
 und Mitwirkende. Stand: 05/2016.

Abb.47: ÖPNV-Erreichbarkeit der nächstgelegenen Einkaufsmöglichkeit (Vollsortiment > 100m², Discount), Darstellung: TUHH

Ansatzpunkte im Projekt

Insgesamt hat die Diskussion des Themas auf dem ersten im Fokusraum veranstalteten Workshop gezeigt, dass einerseits die Versorgungslage noch als recht gut einzuschätzen ist, andererseits aber die künftigen Entwicklungen schwer abzusehen sind. Als wichtige, zu bearbeitende Trends wurden Fragen der PKW-unabhängigen Mobilität, neue Ideen für stationäre Konzepte im ländlichen Raum und die Kombination von Online-Handel mit stationären Läden als Begegnungsorte genannt (vgl. Abb. 48). Gerade zu letztem Punkt wünschten sich die Teilnehmenden des Workshops vertiefte Informationen um weiter diskutieren zu können.

Zukunft Online-Handel?

Der Blick in andere europäische Länder zeigt ähnliche Erfahrungen, wie sie bereits hier gemacht wurden (vgl. Szenario S.41; Nufer, Kronenberg 2014). Zwar kann beispielsweise Großbritannien auf eine ca. 10 Jahre längere Erfahrung mit Online-Konzepten

zurückblicken und auch die aktuellen Umsatzzahlen liegen ca. um den Faktor 10 höher - doch auch dort wird in diesem Sektor kaum Geld verdient und das Potenzial wird trotz einer Abdeckung mit Liefergebieten von fast 100% (vgl. Nufer, Kronenberg 2014: 2) auf maximal 10% Marktanteil geschätzt (Wirtschafts Woche, 29.10.2013). Die etwas höhere Akzeptanz von Online-Handel (im Lebensmittelbereich) liegt an der deutlich geringeren Verkaufsflächenausstattung und ggf. eingeschränkteren Öffnungszeiten - dies gilt nicht nur für Großbritannien sondern beispielsweise auch für Frankreich (Nufer, Kronenberg 2014). In Frankreich sind weniger Online-Lieferdienste als so genannte Click-&-Collect-Modelle vertreten. Die Kunden bestellen also online und können die Waren dann an einer Abholstation an einer Ausfallstraße quasi im „Vorbeifahren“ abholen. Ähnliche Versuche mit Abholstationen wurden in mehreren deutschen Großstädten wie bspw. Berlin oder Stuttgart ebenfalls unternommen, aber recht bald wieder deutlich ein-

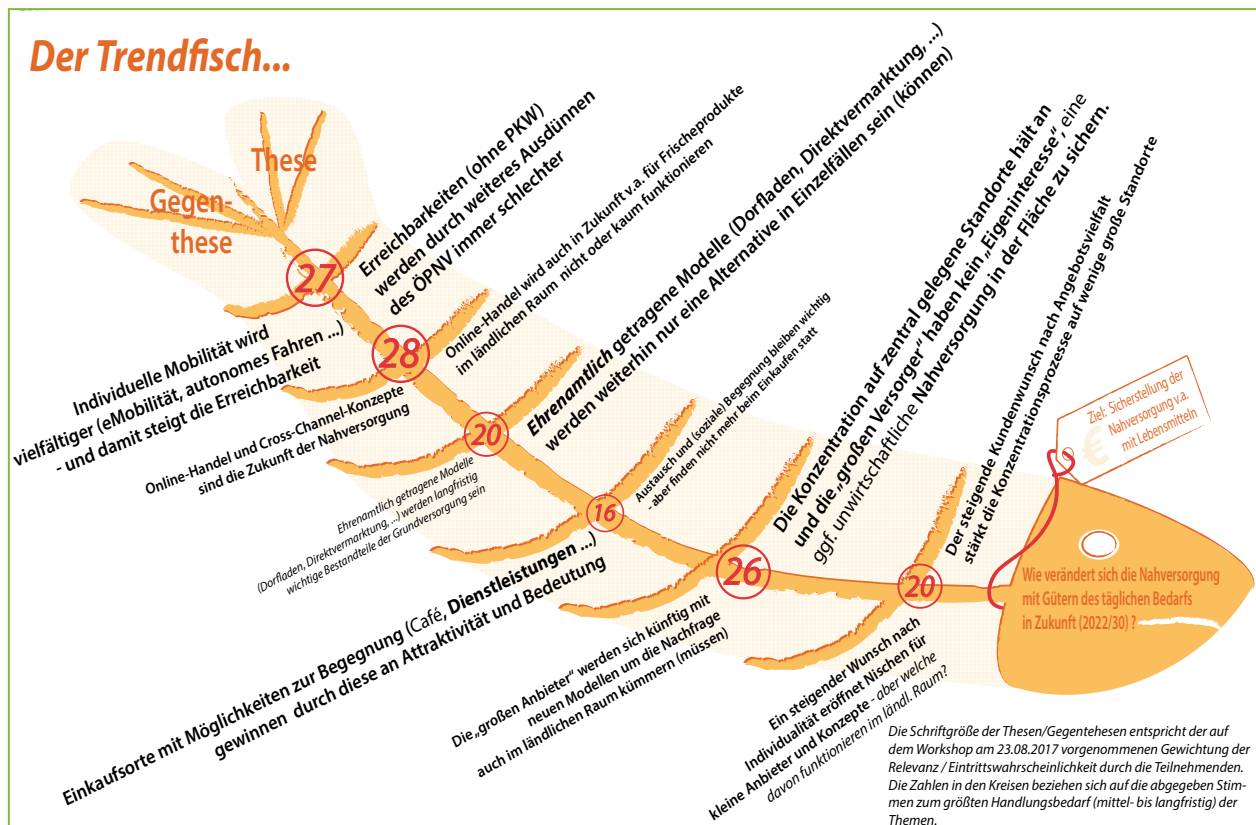


Abb.48: Bewertung der möglichen Trends durch die Teilnehmenden des Workshops am 23.08.2017, eigene Darstellung

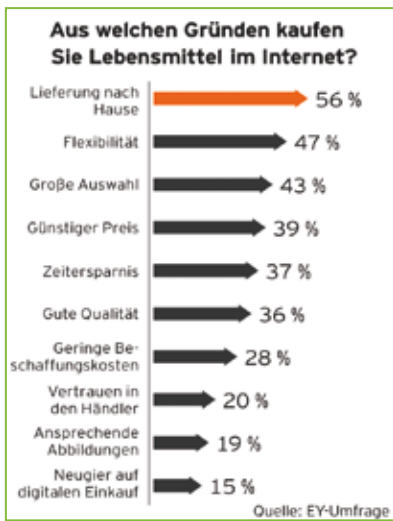


Abb.49: Gründe für den Online-Kauf, verändert n.: Ernst&Young 2014: 20

30; vgl. auch Abb. 49). Das Argument, dass die extrem niedrigen Lebensmittelpreise im „Discounterland“ Deutschland einen rentablen Betrieb von Lieferdiensten verhindern würden, lässt sich so nicht unbedingt halten: zwar sind die Margen im Lebensmittel-Einzelhandel mit bis zu 5% in Großbritannien zwar etwas höher (Nufer, Kronenberg 2014: 20), aber in Bezug auf die Endverbraucherpreise ist das Niveau beispielsweise von Deutschland, Großbritannien und Frankreich durchaus vergleichbar (vgl. Abb. 50).

Ziel: Kluge Kombinationen von Modellen

Zu suchen sind also Ansatzpunkte, die die bereits be-

geschränkt (Supermarktblog, 24.07.2017). Hierzulande bieten die recht langen Öffnungszeiten und das dichte Filialnetz anscheinend weniger Anreize für einen Online-Kauf (Nufer, Kronenberg 2014:

kannten Modelle klug miteinander neu kombinieren und jeweils auf die lokale Situation Bezug nehmen. Neben (ergänzenden) online-gestützten Vertriebskanälen könnten solche Ansatzpunkte für eine Unterstützung alternativer Strukturen im Lebensmittel-Einzelhandel sein (vgl. Küpper, Eberhardt 2013):

- Filiallösungen größerer regionaler Filialisten zur Sicherung kleinerer Standorte. Neben einer gegebenenfalls möglichen Quersubventionierung kann für die Gestaltung der Filialangebote eine Konzentration auf frische und regionale Produkte sowie als Abholstation für online bestellte Waren ein wesentlicher Vorteil sein.
- Bewohnergetragene Kleinflächenkonzepte (Dorfläden). Als weitere Option besteht die Möglichkeit, die Grundversorgung mit bürgerschaftlich getragenen Dorf- oder Genossenschaftsläden zu sichern. Hierbei wird durch eine unternehmerische Beteiligung und den Betrieb durch eine Dorfgemeinschaft die Bereitschaft gesteigert, vor Ort (auch ggf. zu höheren Preisen) einzukaufen.
- Weiterentwicklung des (Dorf)Ladens zum Multifunktionsladen. Ein Multifunktionsladen beherbergt neben einer typischen Einzelhandelsstruktur weitere Zusatzdienstleistungen, um Einwohnern vor Ort ähnliche Kopplungsmöglich-

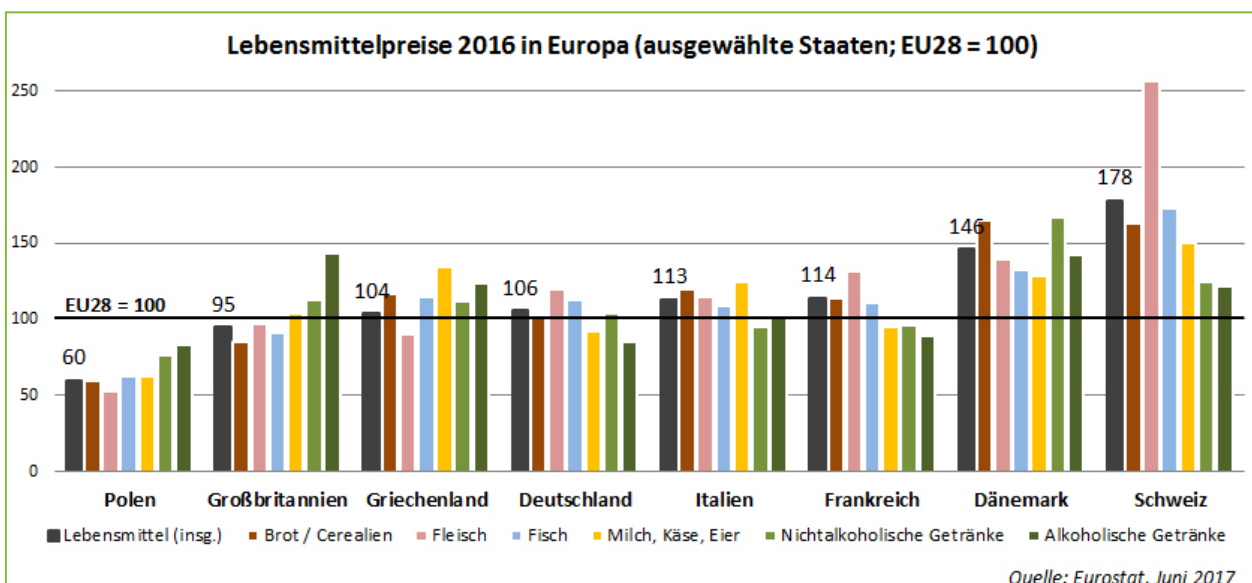


Abb.50: Preisniveaus von Lebensmitteln in ausgewählten EU-Staaten; Daten: Eurostat, eigene Darstellung





Abb.51: Handlungsansätze zur Nahversorgung als Ergebnis der Workshops am 23.08. und 14.09.2017, eigene Darstellung



keiten wie beim Einkauf in größeren Orten bieten zu können. Lebensmittelgeschäfte können mit Hilfe von Metzgern, Bäckern und Direktvermarktern aus der regionalen Landwirtschaft ihr Angebot abrunden. Als weitere Leistungen bieten sich einzelhandelsnahe Dienstleistungen wie Post, Reisebüro, ÖPNV-Fahrkartenverkauf, Reinigung, Sozialberatung aber auch soziale Treffpunkte oder Gastronomie als Einrichtungen zur Erhöhung der Kundenfrequenz an.

- Mobile Lebensmittelversorgung. Sind die Voraussetzungen für einen Laden vor Ort nicht gegeben, kann die Nahversorgung eventuell durch ein mobiles Angebot ergänzt werden (Kuhn, Klingholz 2013: 69). Generell sind mobile Händler daher insbesondere in Ortschaften unter 1.000 Einwohnern zu finden. Das Sortiment mobiler Händler umfasst bis zu 3.000 Artikel, die mobil in einem LKW angeboten werden (Vollsortiment: bis zu 40.000 Artikel). In der Regel umfasst der Verkaufsradius ca. 45km um den Firmensitz des Händlers. Nach Schätzungen lohnt sich das Anfahren eines Ortes ab einem Umsatz von 30 Euro. Mindestens 100 Kunden pro Tag und Tour sind erforderlich, damit die wirtschaftliche Tragfähigkeit gewährleistet ist. (Küpper, Eberhardt 2013: 27)

Zusätzlich zu diesen Ansätzen bietet das aktuelle (2017) Landesraumordnungsprogramm Niedersachsen die Möglichkeit, außerhalb der zentralen Orte ergänzende Standorte mit herausgehobener Bedeutung für die Nahversorgung auszuweisen. An diesen sind dann auch großflächige Projekte möglich, solange die Funktionsfähigkeit der Zentralen Orte nicht beeinträchtigt wird und die Standorte mindestens eine Entfernung von rund 6 km (20 Radminuten) zu diesen aufweisen. Eine Einbindung der Standorte in das ÖPNV-Netz ist vorzusehen. (Arbeitshilfe zum LROP 2017: 70ff)

Die verschiedenen Ansatzmöglichkeiten wurden auf dem zweiten Workshop am 14.09.2016 weiter vertieft und zu Projekten in den nachfolgenden Handlungsfeldern (vgl. Abb. 51) verdichtet, die im Rahmen von UR weiter voran getrieben werden sollen:

- Aufwertung und Unterstützung des vorhandenen, stationären Einzelhandels durch Beratung und Kooperationen (Handel PLUS)
- Erarbeitung neuer Wege des Personen- (Kunden) und Waren-Transports (Lieferdienste) in schwer zu versorgenden Gebieten (Kunde <-> Ware)
- Betonung sozialer Effekte von Einkaufsgelegenheiten als multifunktionale Dorfmittelpunkte für die örtliche Gemeinschaft (Faktor Gemeinschaft)

Zur Umsetzung ausgewählter Projekte und dem weiteren Prozess wird ein weiterer Bericht, Band 7 der Berichte aus dem EWH, erscheinen (*geplant für 2018/19*).



Transdisziplinarität

– Ausblick auf den weiteren Prozess

Ein Kennzeichen des Projekts UrbanRural SOLUTIONS ist die Gestaltung des Prozesses als transdisziplinäres Projekt. Transdisziplinarität beschreibt hier vor allem, die problemorientierte Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis über einzelne (Fach-) Disziplinen hinaus (vgl. Kasten).

Für das Projekt UR im Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover heißt dies, dass das Projekt in erster Linie als Dialogprozess sowohl zwischen den Wissenschafts- und Praxispartnern als auch innerhalb der Region zu verstehen ist. Waren die ersten Projektphasen des „Strategischen Dialogs“ (vgl. Abb. 52) noch sehr stark von der Vertrauensbildung und der

Einbindung des Projekts in die Strukturen und Gegebenheiten des Netzwerks EWH geprägt – Gründung der Projektgruppe, Identifikation der groben Themen und der Fokusräume – wandelte sich der Prozess mit den räumlichen Analysen: es standen verstärkt die Akteure vor Ort (in den Fokusräumen) und deren Sicht auf die gewählten Fragestellungen im Vordergrund.

Die Akteure stehen im Fokus

Organisatorisch schlug sich dieser Wandel in den jeweils durchgeführten Workshops zur medizinischen Versorgung (Mai und Juni 2017) und zur Nahversorgung (August und September 2017) nieder. In einem jeweils ersten Workshop wurde die Versorgungslage vor Ort transparent gemacht und gemeinsam diskutiert, wo genau „der Schuh drückt“. Grundlage hierfür war jeweils eine gründliche Analyse beispielsweise bundesweiter Entwicklungen aber auch eine Betrachtung der Situation in den betroffenen Städten und Gemeinden (in diesem Bericht enthalten). Wichtig für den Prozess ist auch für das weitere Vorgehen – im Sinne der Transdisziplinarität wie auch einer innovationsorientierten Herangehensweise – möglichst alle relevanten Akteursgruppen einzubeziehen (vgl. Abb. 53). Diese umfassen neben der kommunalen Verwaltung auch politische Mandatsträger genauso wie Bürgervertreter und die Anbieterseite von Leistungen (in den vom EWH gewählten Themen also Ärztevertreter bzw. Lebensmittelhändler). Aus den Innovationswissenschaften wurden für die Situations- und Problemanalyse entsprechende Methoden und Werkzeuge herangezogen, um es allen Teilnehmern zu ermöglichen, in ihrer Betrachtung des Themas auch einmal über die eigene Sichtweise hinaus zu gehen. In einem jeweils zweiten Workshop wurden die zuvor ermittelten Einflussfaktoren bzw.

Transdisziplinarität

- ... beschreibt eine Forschungs-, Arbeits- oder Lernform der Wissenschaft.
- ... ist keine eigenständige Wissenschaftsdisziplin, aber greift auf Methoden und Ansätze bestehender Disziplinen zurück.
- ... betont einen Forschungsansatz, in dem Wissensbestände von Wissenschaftler*innen unterschiedlicher Disziplinen und von Nicht-Wissenschaftler/-innen in einen gemeinsamen Forschungsprozess einfließen.
- ... orientiert sich bei der Formulierung der Forschungsfrage(n) an konkreten Problemen der Gesellschaft.
- ... formuliert den Anspruch, in irgendeiner Form zur Lösung des gesellschaftlichen Problems beizutragen (oder zumindest eine Vorstufe davon).
- ... hat in der konkreten Umsetzung vier Kernherausforderungen zu meistern: die Organisation der Forschung durch die Vielfalt der Akteure, die Gestaltung des Forschungsprozesses, die Zusammenarbeit mit Praxisakteuren und die Synthese der unterschiedlichen Perspektiven.
- ... versetzt die Wissenschaftler/-innen stärker in eine moderierende Rolle, in der unterschiedliche Sichtweisen auf ein gemeinsames Problem zusammengebracht werden. Man kann dies als Wissensintegration bezeichnen. (Rogga 2015: 2)

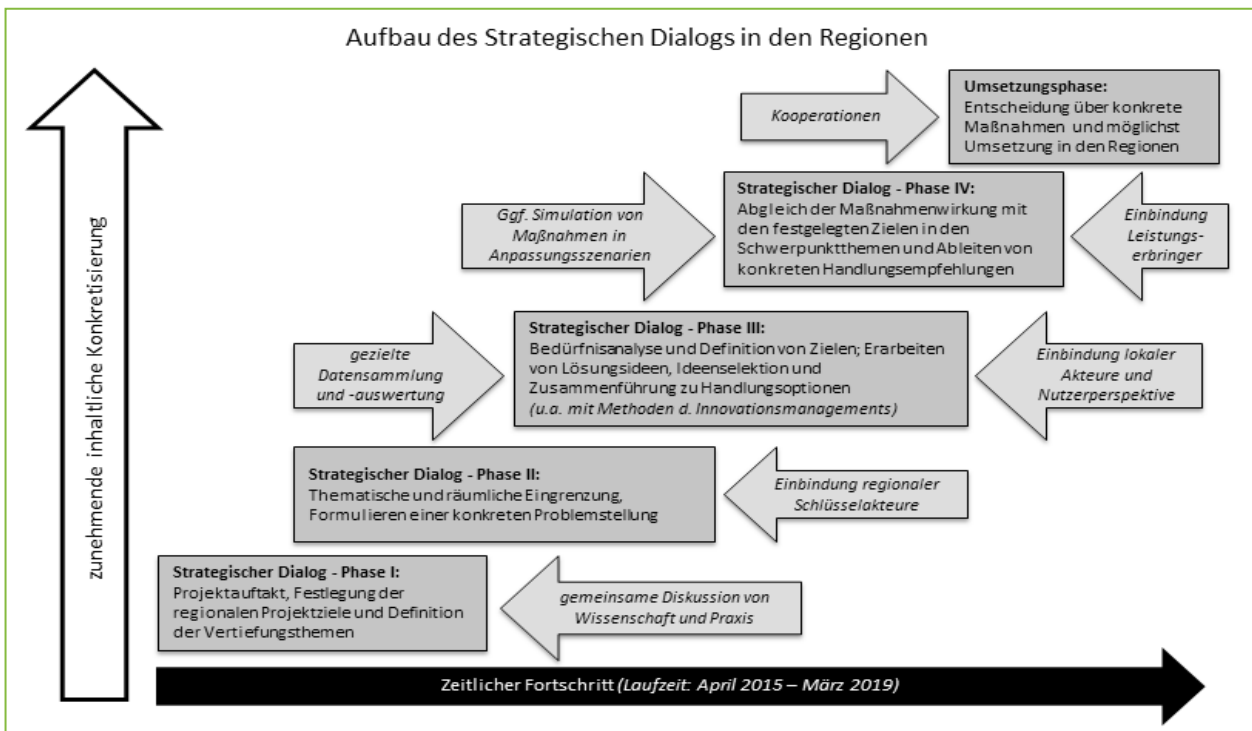


Abb.52: Strukturierung des Projekts in verschiedene Phasen des Strategischen Dialogs (eigene Abbildung)

Problemursachen dann aufgegriffen und – regional passend – in entsprechende Lösungsoptionen bzw. anzustrebende Versorgungsstandards überführt. Im weiteren Prozess der Lösungsentwicklung wird wieder auf Ansätze der Innovationsentwicklung zurückgegriffen: Ziel sind nicht unbedingt Radikallösungen, die mit allem bisherigen brechen, son-

dern eine problemorientierte Weiterentwicklung bestehender Ansätze (=evolutionäre Innovation). Dabei helfen Trendszenarien (vgl. S.28ff, 41ff), die beschreiben, wie sich verschiedene Entwicklungspfade auf die Versorgungslage in Zukunft auswirken könnten. Am Ende dieses Prozesses stehen dann verschiedene Systemlösungen, die gleich einem Baukasten aus

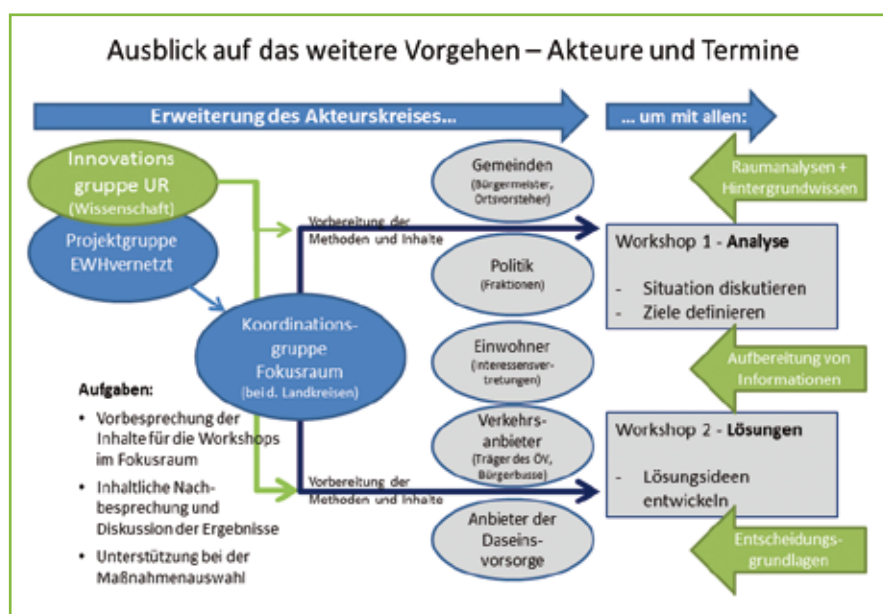


Abb.53: Einbindung der verschiedenen Akteursgruppen in die Phase III des Strategischen Dialogs (eigene Abbildung)

verschiedenen, miteinander kombinierbaren, Modulen bestehen und passgenau auf die Situation vor Ort zugeschnitten werden können. Die Umsetzung von erarbeiteten Lösungsansätzen ist für die letzte Projektphase bis spätestens Anfang 2019 geplant.

In einem weiteren Band der Berichte aus dem Erweiterten Wirtschaftsraum Hannover sollen die Ergebnisse des Projekts UrbanRural SOLUTIONS im EWH aufbereitet und zur Verfügung gestellt werden.



Das Innovationskonzept

Mithilfe der Erfahrungen aus den drei Praxisregionen (EWH, Göttingen und Köln; vgl. Projektbeschreibung auf S. 6/7) wird die Innovationsgruppe UrbanRural Solutions ein sogenanntes Innovationskonzept entwickeln. Das Innovationskonzept soll auf einer übergeordneten Ebene übertragbare Antworten auf das in UR bearbeitete Problem der Daseinsvorsorgeplanung geben. Kern des Innovationskonzeptes werden zwei konkrete Produkte oder Innovationen aus dem Projekt sein:

- Das sogenannte „Planungstool“ (Arbeitstitel), ein geografisches Informationssystem zur Analyse von Daseinsvorsorgestrukturen, u. a. zur Berechnung von Erreichbarkeiten (siehe Abschnitt „Daseinsvorsorge räumlich darstellen“ auf S. 8ff).
- Die Beschreibung des „Dialogprozesses“ wird aufzeigen, wie Elemente, die mithilfe des innovationswissenschaftlichen Know-How entwickelt wurden, den regionalen Dialog zwischen Akteuren bereichern können.

Der Nutzen des Innovationskonzeptes liegt darin, eine Handreichung zur Durchführung von offenen Innovationsprozessen im öffentlichen Sektor allgemein bzw. speziell in der Daseinsvorsorge zu bieten. Die für 2019 geplante Veröffentlichung richtet sich daher sowohl an Praktiker wie auch Wissenschaftler, die einen offenen Innovationsprozess im Rahmen eines Praxisprojektes durchführen wollen.



Quellen- und Literaturverzeichnis

- Arbeitshilfe zum Niedersächsischen Landesraumordnungsprogramm (LROP) 2017; Entwurf 22.05.2017
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (Hrsg.) (2015): Indikatoren zur Nahversorgung. BBSR-Analysen Kompakt 10/2015. Bonn Bertelsmann Stiftung (Hrsg., online): Wegweiser Kommune. <http://www.wegweiser-kommune.de>
- BLE – Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (Hrsg.) (2013): Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen unter Druck. Bonn.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2010): Regionale Daseinsvorsorgeplanung – Ein Leitfaden zur Anpassung der öffentlichen Daseinsvorsorge an den demographischen Wandel. In: Werkstatt, Heft 64. Berlin.
- BMVBS – Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (Hrsg.) (2010): Regionalstrategie Daseinsvorsorge – Denkanstöße für die Praxis. Online verfügbar: http://www.demografie-leitfaden-bayern.de/fileadmin/user_upload/demografie-leitfaden/dokumente/regionalstrategie-daseinsvorsorge.pdf
- BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (Hrsg.) (2015): Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge. Projektassistenz Umsetzungsphase. BMVI-Online-Publikation 04/2015
- BMWI – Bundesministerium für Wirtschaft und Energie - Beauftragter der Bundesregierung für die Neuen Bundesländer (2011): Daseinsvorsorge im demographischen Wandel zukunftsfähig gestalten
- Bojarra-Becker, E. et al. (2016): Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensverhältnisse neu denken. Perspektiven und Handlungsfelder. Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Positionspapier, 108)
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) (Hg.), 2015: Aktionsprogramm regionale Daseinsvorsorge. Projektassistenz Umsetzungsphase. BMVI-Online-Publikation 04/2015.
- Burgdorf, M., G. Krischausky und R. Müller-Kleißler (2015): Indikatoren zur Nahversorgung: Erreichbarkeit von Gütern und Dienstleistungen des erweiterten täglichen Bedarfs. (Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Hg.), Bonn: BBSR.
- Cassing, G. (2011): Daseinsvorsorge-Strategie Südniedersachsen: Stabilisierung der zentralörtlichen Versorgung. Göttingen.
- Einig, K., B. Faller, M. Lobeck, N. Wilmsmeier und J. Aring (2015): MORO Praxis 2/2015: Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge - Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung. (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI), Hg.), Berlin: Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI).
- Ernst&Young (2014): Studie CrossChannel - Die Revolution im Lebensmittelhandel. Download unter www.ey.com/Publikationen
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015a (18. Juni): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V. .
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA), 2015b (20. August): Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). .
- Gerlach, J., D. Bosserhoff, Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen und Forschungsgesellschaft für Straßen- und Verkehrswesen (Hg.) (2009): Richtlinien für integrierte Netzgestaltung: RIN.
- Gesundheitsmonitor 2012 der Bertelsmann-Stiftung



- Geurs, Karst, T.; van Wee, B. (2004): Accessibility evaluation of land-use and transport strategies: review and research directions. In: Journal of Transport Geography 12. 127-140.
- HCU, IRE | BS (2013): Qualifizierte Nahversorgung im Lebensmitteleinzelhandel - Studie im Auftrag des Handelsverbands Deutschland (HDE) und des Bundesverbandes d. Deutschen Lebensmittelhandels (BVL)
- infas und DLR (2004): Mobilität in Deutschland - Ergebnisbericht (Ergebnisbericht No. 70.0736/2003). S. 187, http://www.mobilitaet-in-deutschland.de/pdf/ergebnisbericht_mid_ende_144_punkte.pdf.
- infas Ärztemonitor 2016. Download unter www.kbv.de
- IÖR - Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung (Hrsg., online): Monitor der Siedlungs- und Freiraumentwicklung (IÖR-Monitor). <http://www.ioer-monitor.de/>
- ISM – Ministerium des Innern und für Sport (Hrsg.) (2008): Ziele und Grundsätze der Landesentwicklung Rheinland-Pfalz, Teil B: Ziele und Grundsätze der Landesentwicklung Daseinsvorsorge. Mainz.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (kbv). Internetauftritt unter www.kbv.de
- Kersten, J., C. Neu und B. Vogel (2015): Regionale Daseinsvorsorge: Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe ; Gutachten im Auftrag der Abteilung Wirtschafts- und Sozialpolitik der Friedrich-Ebert-Stiftung., Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Küpper, P.; Eberhardt, W. (2013): Nahversorgung in ländlichen Räumen. BMVBS-Online-Publikation 02/2013
- Kuhn, E.; Klingholz, R. (2013): Vielfalt statt Gleichwertigkeit: Was Bevölkerungsrückgang für die Versorgung ländlicher Regionen bedeutet. Berlin-Institut f. Bevölkerung und Entwicklung
- Neu, C. (Hrsg.) (2009): Daseinsvorsorge – Eine gesellschaftswissenschaftliche Arbeit. Wiesbaden.
- Nufer, G., Kronenberg, S. 2014: Chancen für nachhaltige Geschäftsmodelle im Lebensmittel-Onlinehandel. Reutlinger Diskussionsbeiträge zu Marketing & Management, Hochschule Reutlingen
- Piratenfraktion im NRW-Landtag: Kommunale Finanzdaten. <https://kfd.piratenfraktion-nrw.de>
- Rogga, S. (2015): Transdisziplinarität – Grenzüberschreitung als Prinzip Erfahrungen aus transdisziplinärer Forschung für ein Nachhaltiges Landmanagement. Arbeitspapier, Wissenschaftliches Begleitvorhaben „Innovationsgruppen für ein Nachhaltiges Landmanagement“ Leibniz-Zentrum für Agrarlandschaftsforschung (ZALF) e.V.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Sondergutachten 2009
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Gutachten 2014
- Tangermann, U. et al. (2016): Identifikation schwer zu versorgender Regionen in der hausärztlichen Versorgung am Beispiel von Niedersachsen. In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin Ausgabe 04/2016
- TUHH – Technische Universität Hamburg-Harburg (2014): Urban Rural Solutions. Innovationsgruppe für ein nachhaltiges Landmanagement zu Thema Innovationen im regionalen Daseinsvorsorgemanagement durch optimierte Unterstützung von Stadt-Land-Kooperationen. Projektantrag in der Fördermaßnahme „Nachhaltiges Landmanagement“.
- Wirtschaftsregion Bergstrasse: Übersichtskarte Gewerbeflächen Kreis Bergstrasse. Online verfügbar unter: <http://www.wirtschaftsregion-bergstrasse.de/Wirtschaft/Gewerbeflaechen/Uebersichtskarte-Gewerbeflaechen-Kreis-Bergstrasse>
- Zapf, K. (2005): Soziale Infrastruktur. In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Handwörterbuch der Raumordnung.

Mitglieder der Projektgruppe EWHvernetz (Stand 2017)

Andrea Angerer	Landkreis Heidekreis, Regionalplanung
Frank Bendel	Stadt Hameln, Referat für strategische Grundsatzfragen
Sonja Beuning	Region Hannover, Fachbereich Planung und Raumordnung
Claas Bigos	Stadt Nienburg/Weser, Fachbereich Stadtentwicklung
Arjen deWit	Regionalverband Großraum Braunschweig, Masterplan Demografie
Jürgen Flory	Landkreis Hildesheim, Kreisentwicklung und Infrastruktur
Jochem Glaß	Stadt Peine, Stadtplanerische Sonderthemen
Tanja Göbler	Region Hannover, Team Verkehrsentwicklung
Florian Hahn	Stadt Peine, Hochbauamt
Christina Hein	Landkreis Schaumburg, Regionalplanung
Jörg Heine	Landkreis Hameln-Pyrmont, Wirtschaftsförderung / regionale Entwicklung
Joachim Krenz	Landkreis Peine, Jugendhilfe
Lars Masurek	Stadt Stadthagen, Wirtschaftsförderung
Gerald Mühl	Landkreis Celle, Regionalplanung
Meike Rohlfing	Landkreis Nienburg/Weser, Stabsstelle für Regionalentwicklung
Martina Rütznick	Region Hannover, Team Regionalplanung
Oliver Siol	Stadt Celle, Stadtentwicklungsplanung
Michael Süßmann	Stadt Walsrode, Stadtentwicklung
Michael Veehuis	Landkreis Hildesheim, Stadtplanung/-entwicklung
Dr. Tobias Preisung	Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover, Projektkoordination EWH

Wissenschaftliches Team der Innovationsgruppe UR Solutions

Dr. Gesa Matthes	TU Hamburg, Inst. f. Verkehrsplanung und Logistik (Projektleitung)
Jan Garde	Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS)
Gesine Nitsios (*Holst)	TU Hamburg, Institut für Verkehrsplanung und Logistik (VPL)
Dr. Bernhard Koldert	Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut der Universität zu Köln (FiFo)
Tobias Müller	Finanzwissenschaftliches Forschungsinstitut der Universität zu Köln (FiFo)
Sandra-Luisa Moschner	TU Hamburg, Inst. f. Technologieforschung und Innovationsmanagement
Charlotte Pusch	TU Hamburg, Institut für Verkehrsplanung und Logistik (VPL)
Sara Reimann	Akademie für Raumforschung und Landesplanung (ARL)
Alexandra Terhorst	Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS)
Janina Welsch	Institut für Landes- und Stadtentwicklungsforschung (ILS)

Wir danken dem Büro Stadt+Handel, Beckmann und Föhler Stadtplaner PartGmbH für die tatkräftige Unterstützung bei der Bereitstellung der Einzelhandelsdaten aus dem Konsensprojekt Großflächiger Einzelhandel und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) für die Bereitstellung der Ärztedaten.



Impressum und Kontakt



Netzwerk
Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover

Herausgeber / V.i.S.d.P.:

Region Hannover | Fachbereich Planung und Raumordnung
- Geschäftsstelle Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover -
Höltysteße 17, 30171 Hannover

Tel.: 0511/616-22503 | Fax: 0511/616-22823

Mail: kontakt@netzwerk-ewh.de

www.netzwerk-ewh.de

Inhaltliche Bearbeitung:

Dr. Gesa Matthes, Institut für Verkehrsplanung und Logistik - TU Hamburg

Dr. Tobias Preising, Netzwerk EWH (Region Hannover)

Charlotte Pusch, Institut für Verkehrsplanung und Logistik - TU Hamburg

Redaktion & Layout:

Dr. Tobias Preising, Netzwerk EWH (Region Hannover)

Druck:

print24

Auflage:

500 Exemplare

Das Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover

Das Netzwerk Erweiterter Wirtschaftsraum Hannover (Netzwerk EWH) wurde im Oktober 2010 als Nachfolgeorganisation u.a. des Städteneetzes EXPO-Region gegründet.

Es verbindet die Städte Celle, Hameln, Hildesheim, Nienburg/Weser, Peine, Stadthagen, Walsrode und die Landkreise Celle, Hameln-Pyrmont, Heidekreis, Hildesheim, Nienburg/Weser, Peine und Schaumburg sowie die Region Hannover in freiwilliger, interkommunaler Kooperation. Das Netzwerk EWH verfolgt die Stärkung der regionalen Zusammenarbeit in wichtigen fachlichen und grenzüberschreitenden Kooperationsfeldern sowie die gemeinsame Entwicklung des Wirtschaftsraums. Die Netzwerkpartner tauschen sich in thematischen Foren aus, entwickeln gemeinsame Schwerpunktprojekte und bündeln so aktiv ihre Stärken.

www.netzwerk-ewh.de

