URBANLAND
OstWestfalenLippe

REGIONALE 2022

Gesundes Leben im UrbanLand

Lokale Gesundheitsversorgung von morgen

Abschlussbericht zum Strategieprozess

IMPRESSUM

Herausgeberin

OstWestfalenLippe GmbH
Walter-Rathenau-Str. 33-35
33602 Bielefeld
www.urbanland-owl.de

Verantwortlich

Björn Böker, Geschäftsführer

Auftragnehmer

InWIS Forschung & Beratung GmbH
Springorumallee 20a
44795 Bochum
Tel.: 0234 - 890 34-0
Fax: 0234 - 890 34-49
info@inwis.de
www.inwis.de

InWIS wird getragen von der Gesellschaft der
Freunde und Förderer des InWIS e.V.

Projektleitung

Prof. Dr. Rolf G. Heinze, InWIS/Ruhr-Universität Bochum
Prof. Dr. Torsten Bölting, InWIS, EBZ Business School
Unter Mitarbeit von Rabea Bieckmann, InWIS

Stand

November 2022

KURZFASSUNG ▸ PDF

Das Handbuch „Gesundes Leben im UrbanLand" fasst die wesentlichen Informationen des Abschlussberichts zusammen. In der Kurzfassung finden Sie Lösungsansätze, Handlungsempfehlungen und gute Praxisbeispiele für die Gesundheitsversorgung von morgen. Dazu gehören lokale Gesundheitszentren als Versorgungsanker im Ort, das Lotsenprinzip als Orientierungshilfe im System und quartiersbezogene Wohn- und Versorgungskonzepte.

Inhalt

1. Einleitung ... 3

2. Soziale Daseinsvorsorge als Antwort auf den demografischen Wandel ... 4

3. Stadt, Land, UrbanLand – Daseinsvorsorge regional vermessen ... 6

3.1 Infrastrukturdichte und -qualität als Indikatoren für die Daseinsvorsorge und Lebensqualität ... 7

3.2 Das UrbanLand im Spiegel der Raumtypologien ... 9

3.3 Alterung und Schrumpfung führen in den „Teufelskreis“ der schwindenden Daseinsvorsorge ... 15

4 Aktuelle Antworten aus OWL: Ansätze zur Sicherung der Daseinsvorsorge aus dem UrbanLand ... 16

5 Strategische Grundzüge einer wohnortnahen Versorgung in OWL ... 20

5.1 Szenario 1: Das Gesundheitszentrum der Zukunft in OWL ... 23

5.2 Szenario 2: Der Lotse kommt an Bord. Orientierung im Gesundheitsdschungel ... 26

5.3 Szenario 3: Gesundes Leben im Quartier ... 28

6 Lösungsansätze und Beispiele ... 32

6.1 Bedarfsscreening und Offenheit schaffen ... 33

6.1.1 Vital.Lokal: Gesundheitsperspektiven für Quartiere ... 34

6.1.2 Zukunftswerkstatt Hamminkeln-Mehrhoog: Neue Ziele für einen Ortsteil mit Herausforderungen ... 35

6.2 Eine gemeinsame Vorwärtsgeschichte sowie Geschichtenerzählerinnen und -erzähler finden! ... 37

6.2.1 Altwerden in Vrees – ein Dorf macht sich auf den Weg in die demografische Zukunft ... 38

6.2.2 Bürgergenossenschaft Bocholt: Hilfe gemeinsam organisieren! ... 40

6.3 Koordination ist alles – ohne Koordination ist alles nichts! ... 42

6.3.1 PORT-Zentrum Brüggen/Robert Bosch Stiftung ... 43

6.3.2 „guLIP“ – Gesundes Land Lippe – Ein Modell zur Unterstützung der Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum ... 45

6.3.3 Buurtzorg: Nachbarschaftspflege aus den Niederlanden ... 48

6.3.4 Senioren- und Seniorinnenlotsen Herford ... 50

6.4 Netzwerke zur Überwindung von Sektorengrenzen ... 51

6.4.1 BOHRIS – Ärztenetz Bocholt-Rhede-Isselburg e.V. ... 52

6.4.2 Sektorübergreifendes Case-Management im Kreis Lippe ... 54

6.5 Mixed-Use statt Monokultur schafft Raum für viele Nutzerinnen und Nutzer ... 55

6.5.1 MarktTreff Schleswig-Holstein: Dörfliche Versorgung zwischen Nord- und Ostsee ... 56

6.5.2 DorV-Läden in NRW und anderswo ... 58

6.5.3 Gesundheit um die Ecke: im Gesundheitskiosk Klara ... 60

6.6 Wohnen und Versorgung zusammen denken ... 62

6.6.1 Hiddenhausen: Jung kauft alt als Ausgangspunkt für eine integrierte kommunale Daseinsvorsorgestrategie ... 62

6.6.2 Dorf im Dorf: Rundum-Sorglos-Paket in Nettelstedt ... 65

6.6.3 Schon ein Klassiker? Das Bielefelder Modell ... 67

6.7 Digitale Tools für analoge Wirkung! ... 70

6.7.1 Elektronische Arztvisite im Pflegeheim (elVi) — Medizin und Mehr eG Bünde 70
6.7.2 Die „App zum Doc“ – u. a. im Ärztenetz Lippe 72
7 Thesen für die Gesundheitsvorsorge der Zukunft in OWL 74
Literaturverzeichnis 77

Abbildungen

Abbildung 1: Bereiche der Daseinsvorsorge 5
Abbildung 2: Einsamkeit in NRW – geografische Verteilung 8
Abbildung 3: Raumtypologien des Thünen-Instituts und des Berlin-Instituts für OWL im Vergleich 12
Abbildung 4: Raumtypologie im UrbanLand 13
Abbildung 5: Diskussion der drei Projektfamilien im Beirat 22
Abbildung 6: Aufbau des Projektes „Vital.Lokal“ für Gütersloh und Langenberg 34
Abbildung 7: Beispiel für ein integriertes Gesundheits- und Pflegezentrum (Aufbau) 35
Abbildung 8: Beispiel für eine Infrastrukturanalyse: Mehrhoog 36
Abbildung 9: Durchführung der Zukunftswerkstatt: „Eimer-Methode“ in Mehrhoog 36
Abbildung 10: Der Weg zu einem „Dorf mit Zukunft“ in Vrees 39
Abbildung 11: Baumaßnahmen und Wohnprojekte eingebettet in Akteurslandschaft und Infrastruktur 39
Abbildung 12: Struktur der Mitgliedschaften der BBG 41
Abbildung 13: Entwicklung der Hilfeleistung in der BBG 42
Abbildung 14: GZ Oerlinghausen 46
Abbildung 15: Informationen zu Buurtzorg 49
Abbildung 16: Seniorenlotsin in Herford – gemeinsam mit der AWO 51
Abbildung 17: BOHRIS möchte… Vorstandsmitglieder, Aufgaben und Ziele 53
Abbildung 18: Das doppelte Drei-Säulen-Modell des MarktTreffs 57
Abbildung 19: Finanzierung der MarktTreffs 57
Abbildung 20: Säulen des DorV-Konzepts 59
Abbildung 21: Klara greift aktuelle Angebote rund um Ernährung und Bewegung auf 61
Abbildung 22: Einige der geretteten Häuser in Hiddenhausen 63
Abbildung 23: Das „Dorf im Dorf“ 65
Abbildung 24: Das Bielefelder Modell kompakt 68

1. Einleitung

Die REGIONALE 2022 UrbanLand hat über die Programmlaufzeit in insgesamt sieben wesentlichen Kernthemen „Lösungen für ein gutes Leben“ in OstWestfalenLippe (OWL) gemeinsam mit den Kommunen in der Region und vielen weiteren Akteuren erarbeitet. Eines dieser Themenfelder bezeichnet das Ziel, „medizinische, pflegerische und soziale Sicherheit“ zu geben. Als Strategie zur Erreichung dieses Ziels hat die Region festgelegt, sich um „Daseinsvorsorge und Gesundheitsvorsorge in allen Lebensphasen und überall in OWL“ zu kümmern (vgl. Website urbanland-owl.de [a]). Die vorliegende Studie greift diese Strategie auf und setzt sich mit der Gesundheits- und Daseinsvorsorge der Zukunft in der „UrbanLand“-Region auseinander, die in besonderer Weise von dem Neben- und Miteinander sowie den unterschiedlichen Herausforderungen von Stadt und Land geprägt ist.

Zunächst werden in dieser Studie grundlegende Diskurse für eine zukunftsweisende, vernetzte und wohnortnahe medizinische, pflegerische und soziale Versorgung untersucht. Neben einem Überblick zu bestehenden Ansätzen und Projekten einer kleinteiligen, zukunftsweisenden Gesundheitsvorsorge in OWL werden Beispiele und „Next-Practice“-Projekte (auch) aus anderen Regionen zusammengetragen und diskutiert. Anhand von Szenarien wird beispielhaft dargestellt, wie deren Umsetzung gelingen kann, welcher Voraussetzungen es dafür bedarf und was lokale Akteure und Kommunen dazu beitragen können. Die Studie basiert auf Recherchen und Gesprächen mit zahlreichen Akteuren, Kommunen, Praktikerinnen und Praktikern in OWL und anderswo. Ergänzend konnten strategische Ansätze und konkrete Projekte in einem begleitenden Fachgremium diskutiert werden, das zweimal getagt und sich mit den Teilergebnissen auseinandergesetzt hat.[1] Darüber hinaus konnten viele Projekte und Erkenntnisse im Rahmen einer Fachtagung „Gesundes Leben im UrbanLand“ am 17. August in Herford mit zahlreichen fachkundigen Gästen diskutiert werden.

Nicht zuletzt durch die Diskussionen des Begleitgremiums zeigte sich, dass für die Weiterentwicklung und Sicherung der Daseinsvorsorge in OWL aber auch in anderen Regionen offenbar vor allem **drei Projektfamilien** (vgl. Kap. 4) besonders vielversprechende Lösungen anbieten. Dies sind zum einen Projekte, die sich mit dem Aufbau eines **Gesundheitszentrums** bzw. eines Netzes solcher multifunktionalen Zentren der medizinischen Grundversorgung befassen sowie weiterhin unterschiedliche Ansätze von Projekten, die eine **Lotsenfunktion** im „Dschungel“ unterschiedlicher Angebote, Akteure und Leistungskomponenten einnehmen. Schließlich zeigt sich auch in zahlreichen Projekten, dass eine zukunftsweisende **Daseinsvorsorge als integrierter Bestandteil von Quartiers- und Wohn-Projekten** gesehen werden kann. Daher befassen sich die erarbeiteten **Szenarien** (vgl. Kap. 5) auch mit der – hypothetischen – Umsetzung solcher Projekte in fiktiven Kommunen.

Daneben gibt es in der Praxis viele weitere größere und kleinere Projektansätze, die – für sich genommen oder als Teil z. B. eines Lotsen- oder Quartiersprojektes – gute Ansätze bieten, um Gesundheitsvorsorge in Stadt und Land zukunftsweisend zu sichern und zu entwickeln. Bei der Analyse dieser Projekte zeigen sich immer wieder ähnliche **Prinzipien** oder

[1] Teilnehmende dieses Gremiums waren (alphabetisch): Silke Aron (Stadt Bielefeld), Franz-Ludwig Blömker (BAG Seniorenbüros e.V.), Uwe Borchers (ZIG OWL), Michael Brinkmeier (Stiftung Dt. Schlaganfall-Hilfe), Hubert Erichlandwehr (Stadt Schloss Holte-Stukenbrock), Judith Holtkotte (MHKBD.NRW),.Amelie Montigel (Robert Bosch Stiftung), Prof. Dr. Annette Nauerth (FH Bielefeld, CareTech OWL), Birgit Niemann-Hollatz (Regionalrat), Ansgar von der Osten (KV Westfalen-Lippe), Klaus Overdiek (DAK Gesundheit), Marianne Petersmeier (Kreis Lippe), Patrick Puls (Stadt Herford), Helga Reinisch (Regionalbüro Alter, Pflege und Demenz OWL), Kirsten Rüenbrink (Kris Paderborn), Matthias Schmidt (Caritas Warburg), Anne Wiegers (Dt. Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen). Ihnen allen gilt der Dank der Autoren für die hilfreiche Unterstützung.

Leitlinien (vgl. Kap. 6), die offenbar dazu beitragen, dass solche Projekte gelingen und von Dauer sind. Beispielsweise wird schnell deutlich, dass Projekte der Gesundheits- und Daseinsvorsorge von morgen außerhalb der „Regelversorgung“ eigentlich immer auf besondere **Treiber** oder Kümmerer angewiesen sind, die das Projekt massiv voranbringen. Ebenfalls zeigt sich die Bedeutung einer **sorgfältigen Bedarfsanalyse** oder z. B. die Notwendigkeit einer Einbettung in **lokale und regionale (Akteurs-)Netze**, um nur einige zu nennen.

Schließlich lassen sich – mit Blick auf die Region OstWestfalenLippe aber auch andere Regionen – einige grundlegende handlungsleitende Thesen (vgl. Kap. 0) ableiten, an denen Politik und Akteure sich ausrichten können, wenn sie die Zukunft der lokalen Daseinsvorsorge mit den Bürgerinnen und Bürgern in den Kommunen erarbeiten wollen.

Der vorliegende Bericht fasst Erkenntnisse aus den unterschiedlichen Prozessschritten zusammen und stellt mit seinen Szenarien und den vielfältigen Projektbeispielen einen Fundus an Anregungen für Kommunen und Akteure in OWL und anderswo zusammen, die an der Weiterentwicklung der Daseinsvorsorge interessiert sind. Er ist als Fundgrube und Leitlinie, Ideengeber oder Nachschlagewerk und als Auftakt für eine intensivere Befassung mit der Zukunft der Daseinsvorsorge zwischen Stadt und Land zu verstehen. Deren an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Sicherung und Weiterentwicklung auch außerhalb der Metropolen ist eine wichtige Voraussetzung für die Zukunft – nicht nur des ländlichen Raums.

2. Soziale Daseinsvorsorge als Antwort auf den demografischen Wandel

Zunehmend wird eine **Stärkung der lokalen Daseinsvorsorge** als grundlegende Frage einer nachhaltigen Gesellschaftsgestaltung gesehen. Soziale und gesundheitsbezogene Infrastrukturen sowie die Mobilisierung solidarischer Hilfe gelten als Schlüssel, um Herausforderungen wie dem demografischen Wandel begegnen zu können. Ländliche Regionen sind von diesen Herausforderungen besonders betroffen. Mancherorts geht die Bevölkerungszahl zurück und altert zusehends. So kommt es zu der Situation, dass die Finanzierbarkeit von Leistungen infolge der geringen Besiedelungsdichte gering ist, die Notwendigkeit medizinischer und pflegerischer Daseinsvorsorge mit zunehmender Alterung aber besonders in schrumpfenden Regionen zunimmt (vgl. Weingarten/Steinführer 2020: 659).

Nicht erst seit der Corona-Pandemie erfährt das **Landleben** (oder besser: das Leben auf dem Land) eine neue diskursive Attraktivität. Manche Beobachter und Beobachterinnen – verstärkt durch Pandemie und Home-Office-Optionen – prognostizieren dem ländlichen Raum ein Comeback und ein Blick in die Medien („Landlust“ u. v. m.) verstärken den Optimismus. Allerdings geht die Schrumpfung der Dörfer in vielen ländlich-peripheren Räumen dennoch weiter. Die damit einhergehende „Vergreisung“ stellt die öffentliche Daseinsvorsorge vor große Zukunftsaufgaben und führt u. a. auch zum Wertverfall von Immobilien und damit zu einer weiteren Einschränkung der Investitionsmöglichkeiten aufgrund fehlender Renditen. Die Entwicklungsprozesse verlaufen folglich unterschiedlich in einzelnen Teilräumen, was auch für OWL gilt, wo es neben den Städten und den stadtnahen Kommunen auch periphere Regionen gibt, die vom demografischen Wandel stärker betroffen sind.

Die Politik, kommunale Spitzenverbände und viele weitere Akteure weisen in letzter Zeit immer deutlicher auf die Bedeutung der Daseinsvorsorge für die **Lebensqualität** und auch für die **Wirtschaftskraft** insbesondere in ländlichen Regionen hin. Dabei geht es um

Krankenhäuser, ärztliche Versorgung, Schulen, Kitas, Nahverkehr – aber auch um Räume, wo Menschen sich treffen, zusammen Aktivitäten planen und durchführen können und vieles mehr.

Abbildung 1: Bereiche der Daseinsvorsorge

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Krajewski/Steinführer 2020

Das Thema wird auch von der Landesregierung in Nordrhein-Westfalen im aktuellen Koalitionsvertrag („Zukunftsvertrag“) behandelt und mit konkreten Projektvorschlägen hinterlegt:

> *„Wir werden uns systematisch dem Aufbau und der Förderung von mindestens fünf bevölkerungsbezogenen, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Gesundheitsregionen widmen. In diesen werden wir gemeinwohlorientierte, multiprofessionelle Gesundheitszentren als Modellprojekte fördern. […] Ein Ankerpunkt in der quartiersbezogenen Versorgung und Prävention werden Community Health Nurses sein“ (CDU NRW, Bündnis90/Die Grünen 2022: 96).*

Diese wenigen Worte verweisen schon auf sehr unterschiedliche konzeptionelle Entwürfe. So vielfältig wie die Komponenten der (lokalen) Daseinsvorsorge sind auch die Projekte, die auf eine Sicherung oder Verbesserung in den (mehr oder weniger) ländlichen Regionen abzielen. Es zeigen sich jedoch einige grundlegende Prinzipien, die für viele Projekte maßgeblich scheinen. Diese Studie geht diesen Fragen nach und zeichnet anhand konkreter Beispiele sowie zahlreicher Gespräche und Diskussionen mit Expertinnen und Experten in OstWestfalenLippe und anderswo nach, wie solche Projekte gelingen können, welcher Voraussetzungen es dafür bedarf und welche Rolle unterschiedliche Akteure hierbei einnehmen können. Dabei konzentriert die Untersuchung sich insbesondere auf drei vielversprechende Ansätze zur Sicherung und Verbesserung der lokalen (u. a. medizinischen) Daseinsvorsorge, die bereits in den vergangenen Jahren auch in OWL als besonders bedeutsame Projekttypen für die Sicherung einer zukunftsweisenden Daseinsvorsorge benannt werden:

- Lotsinnen- und Lotsenprojekte als Orientierungshilfe im System
- Lokale Gesundheitszentren als wichtige Versorgungs-Ankerpunkte vor Ort
- Quartiersbezogene Wohn- und Versorgungskonzepte als Mixed-Use-Facilities

Darüber hinaus werden aber auch Hinweise auf weitere Projekte gegeben, die sich nicht eindeutig diesen Kategorien zuordnen lassen. Zudem sind auch Projektansätze denkbar, die mehrere Komponenten miteinander kombinieren.

Der vorliegende Band soll Kommunen, Wohlfahrtsverbänden, lokalen Initiativen aus Wirtschaft sowie Bürgerinnen und Bürgern Mut machen und Ansatzpunkte bieten, selbst solche Modelle umzusetzen. Denn derlei Modelle, wenngleich im Spannungsfeld zwischen Medizin und Pflege, Wirtschafts- und Regionalentwicklung sowie Stadt- und Quartiersplanung seit vielen Jahren diskutiert, sind noch längst kein Standard in der Regelversorgung. Sie werden meist über bestimmte Programme oder als Modell gefördert (z. B. nach dem § 140a SGB V – den Modellen „Besonderer Versorgung). Oft ist besondere Kreativität der initiierenden Personen und Akteure notwendig, um eine Finanzierung auch auf Dauer sicherzustellen.

Hinzu kommt, dass es offenkundig keine eindeutigen Standardlösungen für jede räumliche Situation gibt. Trotz der groben Kategorien oben zeigt sich, dass viele Vorhaben im Detail sehr unterschiedlich angegangen werden und an die örtliche Ausgangslage angepasst wurden. Daher ist zunächst ein Blick auf genau diese Ausgangslage wichtig, um die Bedarfe überhaupt einschätzen zu können.

3. Stadt, Land, UrbanLand – Daseinsvorsorge regional vermessen

In Diskussionen um die Sicherung von Lebensqualität und Daseinsvorsorge spielt die **Typologie des Raumes**, für den beides erreicht werden soll, eine große Rolle. Dabei nimmt die Diskussion um eine (ausreichende) Versorgungsdichte mit Infrastrukturangeboten vor allem im ländlichen Raum viel Raum ein – der vielzitierte „Landarztmangel“ etwa steht exemplarisch für dieses Problem. Gleichzeitig schaffen es auch dichtere, städtische Regionen nicht (immer), alle notwendigen Infrastrukturen überall aufrecht zu erhalten. Hier wird insbesondere auf (innerhalb der Städte) stark gestiegene sozialräumliche Differenzen hingewiesen; es existieren zunehmend einzelne Quartiere, die hinsichtlich der Daseinsvorsorgequalität gegenüber anderen zurückstehen. Im Ergebnis muss man sich vor pauschalen Urteilen über die Lebensqualität in einzelnen Regionen hüten. Es gibt offenbar nicht „den“ ländlichen Raum, auch in OWL zeigt sich eine große Vielfalt. Doch noch immer gilt: Während Teile der jungen Generationen für Ausbildung, Studium oder Arbeitsplatz oft in die Städte ziehen, bleiben insbesondere die älteren Generationen in Dörfern und Kleinstädten zurück. Dort begegnen sie der doppelten Herausforderung einer nicht ausreichenden und schwer erreichbaren Versorgungsinfrastruktur und einer zunehmend fehlenden familiären Unterstützung durch die eigenen Kinder. Wenngleich diese Entwicklung nicht in allen ländlichen Räumen in OWL auftritt, so kann in der Tendenz dennoch meist von erkennbaren Herausforderungen im Bereich Gesundheit, Pflege und Mobilität gesprochen werden

3.1 Infrastrukturdichte und -qualität als Indikatoren für die Daseinsvorsorge und Lebensqualität

Von besonderer Bedeutung ist daher sowohl die Absicherung der bestehenden sozialen Infrastruktur der Daseinsvorsorge als auch der Aufbau neuer Netzwerke, die Leistungen für Menschen vor Ort sicherstellen können. Gefragt sind sozialraumbezogene integrierte Versorgungskonzepte. Hierüber sollen eine Vernetzung von ambulanter und stationärer Behandlung gefördert, die starren Sektorenabgrenzungen gelockert und verschiedene Professionen und soziales (ehrenamtliches) Engagement zusammengeführt werden. Eine solche Ausrichtung wird beispielsweise vom Kuratorium Deutsche Altenhilfe (KDA) gefordert:

> *„Eine effiziente, bedarfsgerechte und auf den Sozialraum hin ausgerichtete pflegerische Versorgung muss die bisher dominanten System- und Sektorengrenzen zwischen ambulant und stationär, zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung überwinden. Insofern gilt es, die Leistungen aus unterschiedlichen Sektoren aufeinander zu beziehen, eine übergreifende Hilfeplanung zu institutionalisieren und auf diese Weise eine effiziente, personenzentrierte Versorgung zu ermöglichen“ (Klie et al. 2021: 4).*

Dazu müssen jedoch die ausgeprägten Fragmentierungen („Silos“) im deutschen Versorgungsmodell überwunden werden. Stationäre, ambulante und rehabilitative Versorgung sind strikt getrennt und diese Abschottungen werden erst langsam aufgelöst (vgl. hierzu Bogumil et al. 2021). Das System, mit Blick auf Krankheitsbilder und Behandlungsketten, integrativ zu organisieren fällt schwer – auch wenn das Bundesgesundheitsministerium auf die Aufhebung der strikten Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung setzt und vor Ort sektorenübergreifende Versorgungskonzepte fördert, die nicht nur „Leuchtturmprojekte“ sein sollen, sondern auf die Regelversorgung zielen. Ohne eine Überwindung dieser Sektorengrenzen wird es jedoch insbesondere in den ländlichen Regionen schwierig werden, Angebote der – spezialisierten – Teilbereiche dauerhaft aufrecht zu erhalten. Die Zusammenfassung von Grundbedarfen aus unterschiedlichen „Silos“ in der Konzeption von Leistungen ist somit ein Schlüssel, um überhaupt eine ausreichende Leistungsdichte erzeugen zu können, die ein Angebot rechtfertigt.

Empirische Untersuchungen weisen darauf hin, wie schwer es ist, verallgemeinerungsfähige Aussagen über die einzelnen **kommunalen Bedarfslagen** vorzunehmen, denn diese **variieren** stark auch in einer Region:

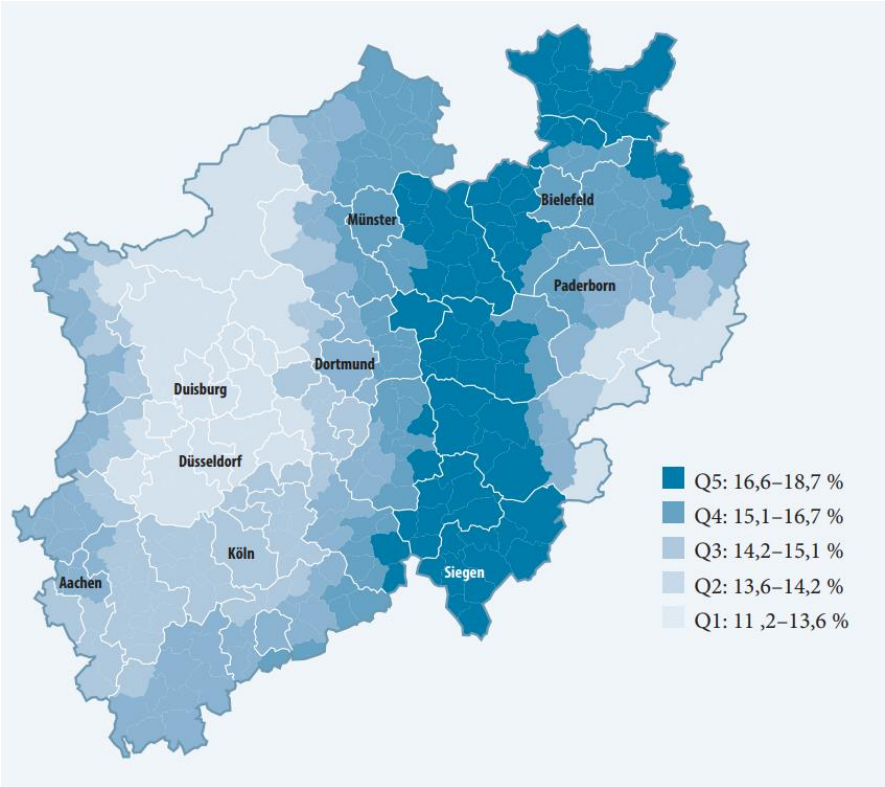
> *„[…] zwischen den Landgemeinden […] zeigt sich kein einheitliches Bild. So gibt es Dörfer mit funktionierenden sozialen Netzen in Form von Vereinsstrukturen und Nachbarschaftshilfe, und es gibt Dörfer ohne ein solches soziales Gefüge. Das Engagement ist oft von Einzelnen oder von Gruppen abhängig. Häufig sind es Zufälle oder historische Entwicklungen, die Zusammenhalt, ehrenamtliches Engagement oder Unterstützung prägen. Der Aspekt erschwert einen generellen siedlungsstrukturellen Unterstützungsansatz“ (Baba/Wilbert 2022: 9).*

Die besonderen Probleme in OWL im Feld der gesundheitlichen Daseinsvorsorge können mit den Daten im Deutschlandatlas anhand der regionalen Apotheken- oder Ärzte/Ärztinnendichte anschaulich gemacht werden. Für OstWestfalenLippe zeigt sich z. B., dass es hinsichtlich der Erreichbarkeit von Apotheken und Arztpraxen etwa im nördlichen Kreis Minden-Lübbecke sowie in Teilen des Kreises Höxter zu einer relativ betrachtet schlechteren Abdeckung kommt. Dabei gilt die wohnortnahe Gesundheitsversorgung (insbesondere mit Blick auf Hausärzte und Hausärztinnen mit ihrer Beratungs- und Vernetzungsfunktion) als wichtiger Baustein jeder Daseinsvorsorgestrategie (vgl. Ried 2016: 14). Auch der Strukturbericht für OWL (2020) weist auf die defizitäre Hausarztdichte in Teilen der Region hin:

> *„[OWL] liegt mit durchschnittlich 54 Allgemeinärzten pro 100.000 Einwohner deutlich unter dem Bundes- und Landesdurchschnitt. In NRW stehen 100.000 Einwohnern 63 Hausärztinnen und -ärzte zur Verfügung, bundesweit sind es 62 Hausärztinnen und -ärzte" (OstWestfalenLippe GmbH 2020: 47).*

Die Verteilung der medizinischen Infrastrukturangebote spiegeln nur einen Ausriss des Spektrums wider. Auch weitere Angebote wie Einkaufs- und Bildungsmöglichkeiten, Arbeitsplätze usw. spielen eine Rolle. Gleichwohl muss das nicht heißen, dass die Lebensqualität in derart geprägten ländlichen Regionen schlechter ist. Vergleicht man die Erkenntnisse z. B. mit der regionalen Verteilung von Einsamkeit in der Bevölkerung, so ergibt sich ein differenziertes Bild. Während die Bevölkerung zwischen Bielefeld und Paderborn offenbar mittelmäßig stark von Einsamkeit betroffen ist, liegen die Werte hierfür in weiten Teilen des Kreises Höxter sogar sehr niedrig. Im Kreis Minden-Lübbecke hingegen werden durchgehend höhere Werte erreicht. Ein Fehlen von bestimmten Infrastrukturen führt also nicht zwangsläufig zu einem Anstieg des Einsamkeitsempfindens und somit einem Verlust an Lebensqualität.

Abbildung 2: Einsamkeit in NRW – geografische Verteilung



Quelle: Landtag NRW (2022): 33 (nach Ebert et al. 2021: 36)

Hier ist auch zu beachten, dass die „ländlichen" Regionen in OstWestfalenLippe teils noch dicht besiedelt wirken, vergleicht man sie z. B. mit Regionen in Mecklenburg-Vorpommern. In OWL erreichen 87 % der Menschen eine Hausarztpraxis in maximal fünf, weitere 11 % in zehn Minuten. In Teilen Ostdeutschlands sind hingegen bis zu 30 Minuten Fahrtzeit mit dem eigenen PKW erforderlich (vgl. Website Deutschlandatlas). Dennoch muss man sagen, dass insbesondere für die (wachsende) Zahl älterer und häufig mobilitätseingeschränkter Personen eine gute **wohnortnahe Versorgung** von großer Bedeutung ist. Neben Einkaufsmöglichkeiten fallen hierunter ärztliche und medizinische Versorgungsangebote (z. B. Apotheken, Sanitätshäuser oder Physiotherapeutinnen und -therapeuten), haushaltsnahe Dienstleistungen, ambulante Pflegedienste sowie Freizeit- und Begegnungsangebote.

Ende 2019 galten 965.000 Menschen in NRW als pflegebedürftig, wovon 800.000 zu Hause versorgt wurden. Die tatsächlich **fußläufige Erreichbarkeit medizinischer Infrastrukturen** ist jedoch in ländlichen Regionen seltener gegeben als in der Stadt. So sind Haus- und Zahnärztinnen und -ärzte „in ländlichen Räumen zu 56 bzw. 55% fußläufig erreichbar", während „der gleiche Wert in nicht-ländlichen Räumen bei 85 bzw. 82%" liegt. „Lediglich 17% der Kinderärzte, 14% der Augenärzte und 11% der Hals-, Nasen-Ohrenärzte in ländlichen Räumen sind fußläufig erreichbar" (Krajeswki/Steinführer 2020, 249 f.).

Hier gibt es auch in OWL in einzelnen Kommunen Handlungsbedarfe. Immer mehr **Hausarztsitze sind auch in OWL unbesetzt** und die Prognosen sehen schlecht aus. Nicht nur, dass es kaum noch gelingt, junge Ärztinnen und Ärzte für eine Niederlassung im ländlichen Raum zu gewinnen, viele der noch praktizierenden werden aus Altersgründen in den nächsten Jahren selbst in den Ruhestand gehen. Diese Situation setzt einen Abwärtstrend in Gang, da in ländlichen Regionen aufgrund der drohenden Unterversorgung noch besetzte Praxen stark überlastet sind, wodurch die Attraktivität einer Niederlassung sinkt. Das klassische Hausarzt-Modell, bei dem der Arzt oder die Ärztin rund um die Uhr für die Menschen zur Verfügung steht, gilt vielen heute als nicht mehr zeitgemäß. Hinzu kommt der bereits angesprochene zusätzliche Bedarf durch die Alterung der Bevölkerung. Deshalb gewinnt die Diskussion um medizinische Versorgungszentren auch in OWL an Bedeutung.

Bürgerinnen und Bürger sehen häufig vor allem die Kommunen in der Pflicht, sich um die Lösung dieser Probleme zu kümmern. Diese sind diesbezüglich allerdings unterschiedlich aufgestellt. Insbesondere die **Größe der einzelnen Kommunen ist hier von Bedeutung**, was in einer empirischen Studie „Demografiewerkstatt Kommunen" (DWK) herausgearbeitet wurde. „Klein" muss dabei nicht unbedingt ein Nachteil sein, da die Zuständigkeit für derartige Themen häufig direkt bei der Bürgermeisterin oder dem Bürgermeister liegt:

> *„Die kleinen Verwaltungen profitieren in der Regel häufiger von einer Kommunikation der „kurzen Wege". Dopplungen in den Arbeiten und Parallelstrukturen können dort einfacher vermieden und Synergieeffekte schneller erkannt werden. In einer anderen, größeren Landkreis-DWK-Kommune wurde aber auch deutlich, dass eben jene positiven Auswirkungen auch über gut vernetzte Schlüsselpersonen erreicht werden können, was abermals zeigt, dass neben rein organisatorischen Strukturen die „gelebte Vernetzung" von großer Bedeutung für eine ressortübergreifende Demografiearbeit ist" (Reuter et al. 2021: 21).*

Auch andere Studien weisen darauf hin, dass der Vernetzung vor Ort, aber auch der **Aufmerksamkeitsschaffung** und dem **Themenmanagement** eine große Bedeutung zukommt. In den Kommunen muss das Thema der Daseinsvorsorge nicht nur objektiv präsent sein, sondern es müssen aufgeschlossene Akteurskonstellationen und „Treiber" vorhanden sein.

3.2 Das UrbanLand im Spiegel der Raumtypologien

Die wachsende Verschiedenartigkeit der Regionen kann durch traditionelle (polarisierende) Raumabgrenzungen wie etwa „Stadt" und „Land" nicht mehr adäquat abgebildet und interpretiert werden, da sie kaum noch etwas über die konkreten Lebensverhältnisse vor Ort aussagen. Dies gilt auch für OWL. Polarisierende Raumabgrenzungen verlieren deshalb an Bedeutung, Vermischungen und teilräumliche Differenzierungen vertiefen sich; so wachsen beispielsweise die Gebiete im Umland wachsender Städte (**urbanisierte ländliche Räume**, wie sie auch in OWL anzutreffen sind). Aktuell führen die Digitalisierungsprozesse und nicht zuletzt die Corona-Pandemie zu einem Wachstum auch im weiteren Umfeld der Metropolen (u. a. durch den Bedeutungsgewinn von Home-Offices und Onlinehandel), wovon infrastrukturell gut aufgestellte Kommunen profitieren (hohe Wohnkosten in den boomenden Städten kommen hinzu). Diese Einschätzung ist auch für ostwestfälische Teilräume bedeutsam.

Zudem zeigen die Pendlerverflechtungen, dass es in OWL enge Verflechtungen zwischen städtischen und ländlichen Regionen gibt und sich damit urbane Lebensweisen auch in vormals ländlich geprägten Kommunen ausbreiten. Die ländlichen Kreise sind oft in sich heterogen und weisen sowohl dynamische Wachstumskommunen wie auch von Schrumpfung und Alterung gekennzeichnete Kommunen auf.

> *„Im ländlichen Raum wachsen soziale, ökonomische und kulturelle Ungleichheiten. Ländliche Räume werden einander immer unähnlicher! Dasselbe gilt für […] die Bevölkerung in Dörfern und Kleinstädten. Auch sie verlieren mehr und mehr soziale Ähnlichkeiten. Sie differenzieren sich in die, die bleiben wollen, die bleiben müssen und die, die immer mal wieder bleiben können! Das spiegelt sich sowohl im Wohlstandsniveau ländlicher Räume, die sich wirtschaftlich differenziert entwickeln, aber auch in der sehr unterschiedlichen Ausstattung mit öffentlichen Gütern, Dienstleistungen und Infrastrukturen." (Vogel 2017: 21).*

Aus wissenschaftlicher Sicht ist dabei einzuräumen, dass es trotz dieser schon länger bekannten Diagnose bislang nicht gelungen ist, überzeugende Begriffe und Kategorien für die teilräumliche Differenzierung der Entwicklungen und Strukturen zu finden. Die Heterogenisierungsprozesse erfordern **kleinräumige Analysen**, denn die interregionalen und interkommunalen Spaltungen haben oft keine klaren Strukturen und wurden durch die Zuwanderung der letzten Jahre noch verstärkt. Hinzu kommt, dass es nicht „die" objektiven Problemlagen in den Kommunen gibt, vielmehr hängen die konkreten Bedarfe auch von den vorhandenen (oft informellen) Ressourcen und Infrastrukturen ab. Der objektive Handlungsdruck und entsprechende Kennziffern zur Ausstattung mit Infrastrukturen treten somit hinter die Problemwahrnehmung und Bewertungsmaßstäbe der Menschen und Akteure vor Ort zurück. Bedeutsam in dieser Analyse ist auch, dass das Interesse der unterschiedlichen Akteure auch von ihrer Ressourcenausstattung und der Einflussmöglichkeit abhängt:

> *„So sind Probleme, für die keine umsetzbaren Lösungen bestehen, politisch wenig attraktiv; konfliktträchtige Themen werden ausgeklammert " (Mettenberger/ Küpper 2021: 203 f.).*

In öffentlichen Diskussionen wird oft der demografische Wandel als zentraler Indikator für die Restrukturierung von Regionen verwandt und mit den Schlagworten „weniger, älter, bunter" charakterisiert. Allerdings beruhen die bisherigen Analysen und Prognosen auf einer Datenbasis, die das aktuelle Migrationsgeschehen noch nicht umfassend einbeziehen kann. Bislang führten alle Prognosen zur Bevölkerungsentwicklung zum Ergebnis, dass in den nächsten Jahren immer mehr und vor allem ländliche Regionen Bevölkerung verlieren würden. Allerdings sind solche Schrumpfungsprozesse oft nicht in dieser Deutlichkeit vollzogen worden, vielmehr haben sich – erneut verstärkt durch die Corona-Pandemie – Binnenwanderungen in den letzten Jahren vielfach zugunsten der kleineren Gemeinden verschoben.

> *„Der Bedeutungsgewinn der Wohnsuburbanisierung ist nach den vorherrschenden Einschätzungen nicht als bewusste Abkehr von städtischen Wohnstandorten zu verstehen, sondern stellt vielmehr eine durch Knappheit getriebene Ausweichbewegung dar. In der Konsequenz sind es vor allem die Umlandräume in den Stadtregionen, denen zuletzt ausgeprägte Wanderungsgewinne zugeschrieben worden sind" (Osterhage/Albrecht 2021: 2).*

OWL weist im Gegensatz zu anderen Regionen in NRW in den letzten Jahren einen positiven Wanderungssaldo auf, was u. a. auf die guten Bildungsangebote und die vielfältige Hochschullandschaft zurückzuführen ist (vgl. u. a. OstWestfalenLippe GmbH 2020 und Heinze et al. 2019). Auch einige als ländlich zu kennzeichnende Kommunen in OWL weisen ganz in diesem Trend eine günstige Wanderungsbilanz auf und für sie kommt es darauf an, vielfältige lokale Wohnungsangebote für die verschiedenen „Wohntypen" zu machen

(insbesondere gilt dies für den Bedarf nach Wohnungen für Menschen mit mittleren und niedrigen Einkommen). Für die ansteigende Zahl älterer Menschen müssen ebenso Infrastrukturangebote zur Sicherung der Daseinsvorsorge geschaffen bzw. abgesichert werden.

Auch in Teilen von OWL sieht es also hinsichtlich der „Kennzahlen" nicht so schlecht aus, wie zuvor teilweise befürchtet. Doch reicht dies, wie dargestellt, nicht aus, um Rückschlüsse für die Qualität der Daseinsvorsorge zu ziehen. Daher wurden verschiedene weiter reichende **Raumtypologien** herangezogen, um ihre Eignung für diese Thematik zu prüfen [2].

So hat die **Bertelsmann-Stiftung** eine Typologie entwickelt, die Kommunen in elf unterschiedlichen Raumtypen verortet. Beispielsweise müssten Kommunen des Typs 8 (in OWL etwa Borchen) demnach mehr Wert auf die Schaffung vielfältiger und z. B. seniorengerechter Wohnangebote legen sowie entsprechende Infrastrukturangebote ausbauen (vgl. Website Wegweiser Kommune a). Demgegenüber müsste etwa in Kommunen des Typs 3 (u. a. Nieheim, Warburg und Vlotho) die Infrastruktur an die Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung angepasst sowie die Wettbewerbsfähigkeit der Kommune gestärkt werden. Auch die Schaffung und Sicherung fußläufig erreichbarer Angebote der lokalen Daseinsvorsorge für Ältere oder alternative Versorgungsmöglichkeiten bzw. kleinteilige Unterstützungsangebote wären dort wichtig (vgl. Website Wegweiser Kommune b). Diese Empfehlungen betonen die Bedeutung einer Daseinsvorsorgestrategie und liefern Hinweise für die kommunale Ausrichtung, sind allerdings aufgrund des Abstraktionsniveaus nicht unmittelbar umzusetzen, da die **kulturellen Spezifika vor Ort** und die politischen und zivilgesellschaftlichen **Akteursstrukturen nicht einbezogen** sind (obgleich viele Indikatoren zur Typisierung generiert wurden).

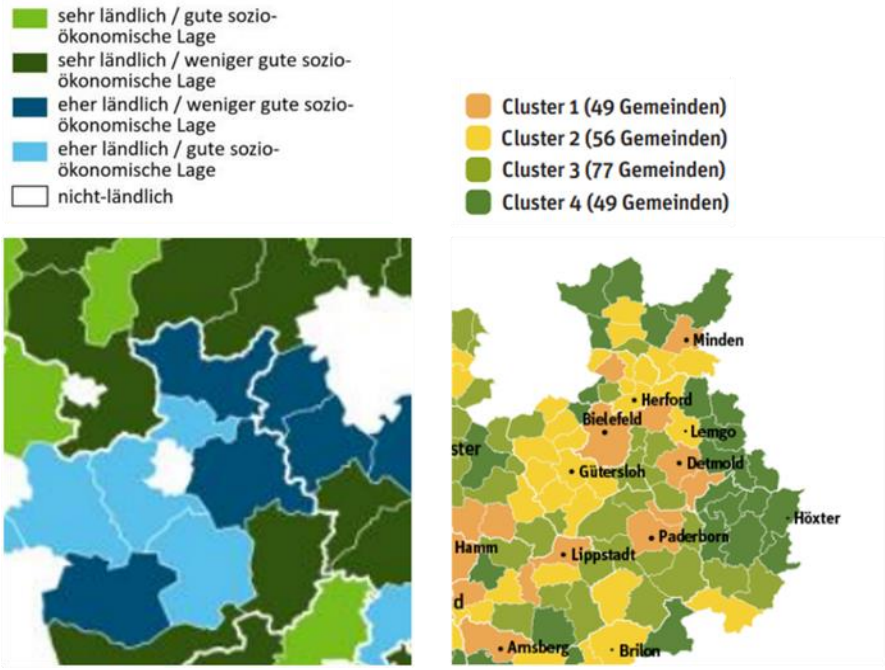
Danielzyk (2019) hat trotz bekannter Abgrenzungsschwierigkeiten (vgl. Danielzyk 2017: 21) eine **Vierertypologie räumlicher Entwicklung** vorgestellt, die Regionen mit Blick auf räumliche Ungleichheiten unterscheidet in peripherisierte ländliche Räume, ökonomisch erfolgreiche aber durch Abwanderung und Schrumpfung geprägte Räume, altindustriell geprägte peripherisierte Industriestandorte sowie erfolgreiche ländliche Regionen mit „Übernutzung". Auch zur letzten Kategorie wären einige der Regionen aus OWL zuzuordnen, ansonsten gilt in ähnlicher Weise, wie für die Bertelsmann-Typologie, dass konkrete Aussagen für eine kleinteilige Daseinsvorsorgestrategie hier noch nicht ad hoc abzuleiten sind.

Am **Thünen-Institut** hat u. a. **Küpper** eine umfangreiche Typologie ländlicher Räume entwickelt (mit besonders großer Vielfalt in NRW und Niedersachsen). Neben der „Ländlichkeit"[3] wird die Dimension der „sozioökonomischen Lage" der Bevölkerung aufgegriffen. Im Ergebnis entstehen erneut vier Typen, wobei nach der Peripherisierung („ländlich" und „sehr ländlich") und jeweils der sozioökonomischen Situation (positiv und negativ) unterschieden wird. Auch hier ließen sich in OWL praktisch alle Typen identifizieren – beispielsweise sehr ländliche strukturschwache Räume im Kreis Höxter und weniger ländliche strukturschwache Regionen im Kreis Lippe sowie ländliche Regionen mit positiver Ausgangslage um die Zentren Bielefeld, Gütersloh und Paderborn herum. Besonders den letztgenannten Typologien unterstellen Kleiner und Burkhardt (2021: 572) ein besonders hohes Engagementpotenzial in der Bevölkerung, was eine wichtige Voraussetzung für die Umsetzung vieler Projekte wäre. Insgesamt bleibt die räumliche Differenzierung allerdings hier zu grob für eine auf Kommunen orientierte Strategiediskussion.

[2] Auf die methodischen Probleme der entsprechenden Clusterbildungen und Abgrenzungen kann hier nicht weiter eingegangen werden; stattdessen soll das Augenmerk auf die regionalen Unterschiede in OWL und daraus abzuleitende Handlungsempfehlungen gelegt werden (vgl. Danielzyk 2017 sowie Steinführer et al. 2021).

[3] Hier werden u. a. die Siedlungsdichte, der Anteil land- und forstwirtschaftlicher Flächen, der Anteil an Ein- und Zweifamilienhäusern, das Bevölkerungspotenzial sowie die Erreichbarkeit größerer Zentren hinzugezogen; vgl. Küpper 2016: 7).

Abbildung 3: Raumtypologien des Thünen-Instituts und des Berlin-Instituts für OWL im Vergleich



Quelle: Küpper/Thünen-Institut (2016, links); Berlin-Institut (2018, rechts)

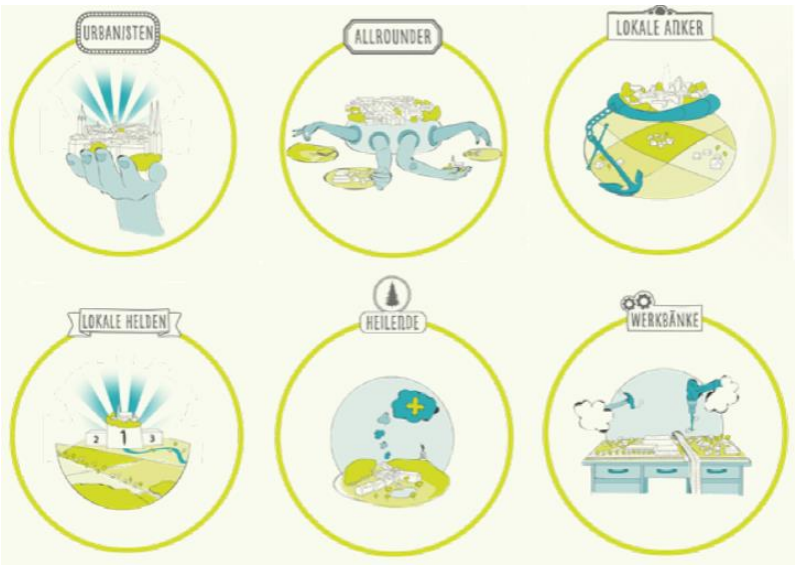
Demgegenüber liegt noch die – wiederum kleinräumigere – Typologie des **Berlin-Instituts** für Westfalen vor. Auch hier wurden vier Cluster gebildet (u. a. ausgehend von Altersdurchschnitt, wirtschaftlicher Stärke, Arbeitslosigkeit, Steuerkraft, Wanderungssaldo, Versorgung usw.). Neben „den Großen" (Cluster 1: 49 größere Städte insbes. auch im westfälischen Ruhrgebiet) und den „wirtschaftlich Starken" (Cluster 2; 56 mittelgroße Städte – oft in den polypolen Verflechtungsräumen zwischen den „Großen" und entlang wichtiger Verkehrsachsen) gibt es auch „Speckgürtel-Gemeinden" (Cluster 3; 77 kleinere Gemeinden im Wesentlichen im Umland der Großstädte Paderborn und Münster mit deutlichem Abstand zu Autobahnen und erkennbaren Defiziten in der Nahversorgung). Schließlich werden die „Ländlichen Räume" identifiziert, die sich vor allem in Südwestfalen konzentrieren und in den „Randgebieten" von OWL, z. B. im Kreis Höxter und im Kreis Minden-Lübbecke. (vgl. Berlin Institut 2018: 14-17) Auch hier zeigt sich jedoch, dass die Ableitung einer eindeutigen Kaskade von konkreten Handlungsempfehlungen zumal für jede einzelne Kommune schwerfällt.

Die **REGIONALE 2022** hat in Workshops Gemeinsamkeiten von Orten speziell für OstWestfalenLippe zusammengetragen und im weiteren Prozess sechs Raumtypen entwickelt (vgl. UrbanLand 2019: 26). Hier wird zwischen Urbanisten (Bevölkerung +100.000), Allroundern (40.000-100.000), Lokalen Ankern (5.000-40.000), Lokalen Helden (bis 5.000), sowie Heilenden und den sog. Werkbänken (jeweils variierende Bevölkerungszahl) unterschieden.

Die OWL-Kommunen wurden den Raumtypen bewusst nicht strikt zugeordnet, stattdessen ist die Typologie „Kooperationswerkzeug" und soll Kommunen helfen, den Blick zu erweitern, Gemeinsamkeiten zu erkennen und Herausforderungen gemeinschaftlich anzugehen Dazu werden Vorteile der Typen angeführt („Sie bieten…") und Bedarfe herausgestellt („Sie brauchen…"), die u. a. auf Angebote der regionalen Daseinsvorsorge abzielen. Insbesondere die Lokalen Anker und die Lokalen Helden bieten gute Bezugspunkte und Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe, brauchen jedoch eine vernetzte Gesundheitsversorgung sowie Strategien für den Umgang mit dem demografischen Wandel (vgl. UrbanLand 2019: 26-30).[4]

[4] Für eine Übersicht der Verteilung der sechs identifizierten Raumtypen von UrbanLand über OstWestfalenLippe hinweg siehe „UrbanLand. OstWestfalenLippe. Navigation" (UrbanLand 2019: 24).

Abbildung 4: Raumtypologie im UrbanLand



Quelle: UrbanLand (2019)

Alle Typologien zeigen für Teile von OWL, dass es sich um „eher" ländliche Regionen handelt, allerdings durchsetzt von mittleren und größeren Zentren und mit unterschiedlicher wirtschaftlicher Ausgangslage. Insofern greift die Ableitung konkreter Handlungsalternativen hinsichtlich der Daseinsvorsorge für ganz OWL allein anhand der Raumtypologien zu kurz.

> *„So vielfältig wie ländliche Räume sind, so unterschiedlich ist auch die Versorgung mit Daseinsvorsorgeeinrichtungen. Eine ausschließliche Abbau-Erzählung greift hier zu kurz […]" (Weingarten/Steinführer 2020: 658).*

Lediglich für den östlichen Rand der Region sowie den nördlichen Bereich des Kreises Minden-Lübbecke wird durchgehend deutlich, dass diese Regionen mindestens mit dem strukturellen Risiko einer (zukünftig) unzureichenden Gesundheits- und Daseinsvorsorge umgehen müssen, hier also der Handlungsdruck möglicherweise besonders groß ist. Besonders in diesen Regionen bedarf es häufig kreativer Strategien und Projekte, da allein eine auf ausreichende Nachfrage und Dichte fußende, „marktwirtschaftliche" Regulierung der Bedarfssituation nicht zu erwarten ist. Allein aus der Typologie eindeutige Lösungen und Projekte abzuleiten, funktioniert jedoch nicht – schon die Vielfalt der Typologien weist darauf hin. Nicht in jeder ländlichen Kommune braucht es zwangsläufig ein solches Projekt und auch in städtischen Regionen oder gar in Teilen von Großstädten kann es zu Minder- oder Mangelversorgungssituationen kommen, auf die eine kreative Reaktion notwendig ist.

Gerade weil die Steuerungsressourcen zunehmend regional ungleich verteilt sind, stehen der Bund und die Länder in der Verpflichtung, den Kommunen Unterstützung zu leisten, um die Ausgestaltung der Daseinsvorsorge zu aktivieren (vgl. Braeseke et al. 2021). Wenn sich die Kommunen in diesem Handlungsfeld stärker engagieren, kommen allerdings neue Aufgaben auf sie zu, auf die die meisten bislang nicht vorbereitet sind. Sie müssten Vernetzungen zwischen verschiedenen Organisationen und Gruppen vor Ort anstoßen, ggf. sogar organisieren und sichern. Zudem muss eine Infrastruktur bereitgestellt werden, die eine selbstverantwortliche Alltagsgestaltung unterstützt, etwa einen möglichst barrierefreien Zugang zu Geschäften und Behörden, öffentlichen Verkehrsmitteln, aber auch zu Freizeit-, Kultur- und Bildungsangeboten. Auf die **Kommunen** in solch einer Situation kommen daher **umfangreiche Aufgaben** zu – in allen Teilen Deutschlands. Daher reagieren auch nicht alle sofort kreativ auf diese neuen Herausforderungen und einige scheuen, aufgrund fehlenden Personals und Kompetenzen, sich stärker in der gesundheitlichen Versorgung zu engagieren.

> *„Bislang sind die Kommunen vor allem präsent als Krankenhausträger (also im stationären Bereich) und über Angebote in den Bereichen Prävention und Rehabilitation. Hinzu kommt die ihnen auf Kreis- bzw. Stadtkreisebene zugewiesene Funktion als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (der Gesundheitsämter). Im ambulanten Bereich der kurativen Medizin verfügen sie im Grunde über keine relevanten Kompetenzen. Teilweise wird versucht, eine Koordinierungskompetenz aufzubauen" (Burgi/Igl 2021: 163).*

Laut Robert Bosch Stiftung kommt es daher darauf an, das Interesse der (kommunalen) Entscheidungsträger zu wecken, um eine bessere Verknüpfung von Angeboten im Primärversorgungszentren mit kommunalen Angeboten zu erreichen. Dabei muss es nicht unbedingt um gesundheitliche Dienstleistungen gehen, auch die Öffnung von Kitas usw. für Angebote der Gesundheitsförderung wie auch die bessere Ausgestaltung des ÖPNV helfen: Dies kann und sollte auch unabhängig von Bestrebungen geschehen, die Rechte und Kompetenzen der Kommunen im SGB V z. B. bzgl. Planungs- und Zulassungsentscheidungen im ambulanten Versorgungsbereich zu erweitern (vgl. Robert Bosch Stiftung 2021: 71 f.).

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

- „multidisziplinäre oder interprofessionelle Verfahren mit einem Mix unterschiedlicher primärversorgender Berufe, Modelle der Teamarbeit und Zielgruppen;
- umfassende Gesundheitsleistungen […] mit vielfältigen Dienstleistungen […] wie Prävention und Gesundheitsförderung […], Kuration, Rehabilitation und Management chronischer Erkrankungen bis zur Unterstützung des Selbstmanagements […];
- bevölkerungsbezogenes Gesundheitsmanagement, welches üblicherweise auf Risikostratifizierungen durch EDV basiert;
- Einbindung der Patienten im Rahmen von Shared Decision-Making" (Robert Bosch Stiftung 2021: 23 nach OECD 2020).

Auch in Deutschland wird eine Stärkung der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge auf kommunaler Ebene immer deutlicher gefordert – auch, um die alternde Bevölkerung in vielen Kommunen dauerhaft adäquat versorgen zu können. Dazu bedarf es altersgerechter Wohnangebote und einer entsprechenden Wohnumgebung, Infrastrukturangeboten u. a. auch im medizinischen Bereich (vgl. Hoffmann et al. 2021: 92). Von der (Kommunal-) Politik wird verstärkt erwartet, dass **Schnittstellen** unterschiedlicher Versorgungssysteme im Sozialraum **besser vernetzt werden**. Sowohl Kommunen als auch die gemeinnützigen Sozialorganisationen sind hier gefordert, zumal in den letzten Jahren die Herausforderungen an die öffentliche Daseinsvorsorge erheblich angestiegen sind.

Die typologische Betrachtung allein reicht also offenbar nicht. „Es kommt eben darauf an." Aber worauf eigentlich genau? In den folgenden Kapiteln wird insbesondere anhand von OstWestfalenLippe herausgestellt, welche besonderen Herausforderungen das Thema birgt und wie vor dem Hintergrund der komplexen Ausgangslage eine zukunftsweisende lokale Daseinsvorsorge „von morgen" umgesetzt werden kann.

3.3 Alterung und Schrumpfung führen in den „Teufelskreis“ der schwindenden Daseinsvorsorge

Neben der Siedlungsdichte oder wirtschaftlichen Kriterien, die auch in den Raumtypologien eine wichtige Rolle spielen, gibt es einen Faktor, der unmittelbar und gleich doppelt auf die Verfügbarkeit und Qualität von Daseinsvorsorge in der Fläche Einfluss hat: die Alterung der Bevölkerung. Die differenzierte demografische Entwicklung hat sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Daseinsvorsorge, indem sich räumliche Ungleichheiten beim Zugang zu Angeboten vertiefen. Die schlechtere lokale Daseinsvorsorge für ältere Menschen gerade in von Alterung betroffenen Regionen wird somit zur Self-Fulfilling-Prophecy:

> *„Der […] Bevölkerungsrückgang bewirkt eine sinkende Nachfrage nach altersübergreifenden Angeboten wie technische Infrastrukturen, Nahversorgung, Kultur- und Freizeitmöglichkeiten. Mit der Alterung nimmt die Nachfrage nach seniorenspezifischen Einrichtungen wie Gesundheitsdienstleistungen, Pflege- und Kulturangeboten zu; weniger nachgefragt werden Einrichtungen für Jüngere, z.B. Schulen, Kitas, […]. Die veränderte Bevölkerungszahl und -struktur erfordert Anpassungen, die häufig mit Kosten verbunden sind. Allerdings fehlen gerade in [schrumpfenden] Regionen oft die nötigen Ressourcen. Denn mit der Einwohnerzahl gehen auch die öffentlichen Einnahmen zurück; wegen hoher Fixkosten, zum Beispiel für das Unterhalten von Abwassersystemen, verteuern sich die Leistungen relativ zur Nutzerzahl. In der Folge verschlechtern sich Angebote, die Gebühren steigen – und der Zugang zu bzw. die Nutzung von Leistungen kann sich weiter reduzieren“ (Küpper; Website Thünen Institut 2022).*

Projekte zur Sicherung und Schaffung von Daseinsvorsorge im ländlichen Raum müssen also diesen **Widerspruch** im Blick behalten: die **steigende Notwendigkeit der Daseinsvorsorgeeinrichtungen bei gleichzeitig knapper werdenden Ressourcen für deren Umsetzung**. Gerade solche Kommunen oder Regionen, die in besonderer Weise mit guten Strategien und Projekten gegen das (drohende) Ausdünnen von Daseinsvorsorge-Infrastruktur angehen müssten, sind dazu immer weniger in der Lage, weil sie aufgrund der Alterung und Schrumpfung in ihren (auch finanziellen) Möglichkeiten zunehmend limitiert sind. Ein (kommunal finanziertes) Handeln wird so zugleich immer notwendiger und unmöglicher. Es ist daher konsequent, dass auch die Bundesregierung im Koalitionsvertrag auf die **Ertüchtigung der Kommunen** in Fragen der Daseinsvorsorge und der sozialen Infrastruktur eingeht:

> *„Wir wollen ein neues kooperatives Miteinander mit den Kommunen. Unser Ziel sind leistungsfähige Kommunen mit einem hohen Maß an Entscheidungsfreiheit vor Ort, eine verlässliche öffentliche Daseinsvorsorge, eine starke Wirtschaft und eine engagierte Zivilgesellschaft. Gleichwertige Lebensverhältnisse sind die Basis für Vertrauen in unsere Demokratie und halten unser Land zusammen“ (Koalitionsvertrag der Bundesregierung 2021: 127).*

Außerhalb Deutschlands wird auch von **„Universal Basic Services“** (universelle Grundversorgung) gesprochen, wozu Wohnen, Verkehr, Kinderbetreuung, soziale Betreuung von Hilfs- und Pflegebedürftigen sowie Zugang zu digitalen Medien gezählt werden. Öffentliche Angebote werden dabei als eine Form des kollektiven Konsums verstanden, die sowohl sozial als auch wirtschaftlich und ökologisch nachhaltiger sei als marktbasierte Systeme. Da über den Markt viele Aufgaben (Schulen, Krankenhäuser, Theater, Museen, Schwimmbäder etc.) nur begrenzt oder gar nicht organisiert werden können, werden solidarökonomische (gemeinwohlorientierte) Organisationsformen in den Kommunen weiter an Bedeutung gewinnen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass sozialräumliche Disparitäten in anderen Ländern deutlich stärker ausgeprägt sind als in Deutschland. In Frankreich z. B. sprechen viele von „Déserts médicaux“, wenn sie vom verfestigten Mangel an Landärztinnen und -ärzten

sprechen; auch die Wirtschaftskraft vieler ländlicher Regionen fällt hier viel deutlicher hinter die der Städte zurück als in Deutschland, wo oft ländliche Räume mit sog. „Hidden Champion"-Unternehmen aufwarten können (Diermeier 2022: 3; vgl. auch Weingarten/Steinführer 2020 und Heintel/Krajewski 2020). Dies gilt explizit für OWL, das sich zu einer Innovationsregion entwickelt hat. So gilt OWL nach dem neuen Zukunftsatlas von Prognos (2022) zu den „Zukunftsregionen" jenseits der Metropolen, wenngleich auch auf die innerregionalen Differenzen hingewiesen wird (beispielsweise liegt der Kreis Gütersloh unter den 50 stärksten Kreisen und kreisfreien Städten, während der Kreis Höxter nur auf Rang 228 platziert ist).

4 Aktuelle Antworten aus OWL: Ansätze zur Sicherung der Daseinsvorsorge aus dem UrbanLand

Die Region OWL mit gut zwei Millionen Menschen entspricht dem Regierungsbezirk Detmold mit 69 Kommunen in den Kreisen Gütersloh, Herford, Höxter, Lippe, Minden-Lübbecke und Paderborn sowie der kreisfreien Stadt Bielefeld. OWL gehört zu den wirtschafts- und innovationsstärksten Regionen in Europa. Im Besonderen gilt dies für die **Gesundheitswirtschaft** in der **überdurchschnittlich viele Menschen tätig** sind: Mehr als 138.000 Menschen arbeiteten 2019 in OWL im Gesundheits- und Sozialwesen – über 17.000 mehr als fünf Jahre zuvor. Das entspricht bei einer bereits hohen Ausgangsbasis einem Zuwachs von 14,4 % (Sozialwesen einschließlich der ca. 380 Pflegeheime: +16,3 %, Gesundheitswesen: +12,1 %) (vgl. OstWestfalenLippe GmbH 2020: 20). Der Anteil der Erwerbstätigen in der Gesundheitswirtschaft am regionalen Arbeitsmarkt lag 2017 in einzelnen Kreisen in OWL (z. B. Minden-Lübbecke) über 15%, während er in den demografisch „jungen" Kreisen wie Gütersloh unter 10 % liegt. Hier zeigt sich die interne **regionale Differenzierung** in OWL.

Insbesondere in den östlichen Kreisen von OWL gibt es eine hohe Dichte an Gesundheitseinrichtungen (Schwerpunkt stationäre Rehabilitation). Vor dem Hintergrund der **„Kurkrise"** in den 1990er-Jahren mit massiv rückläufigen Belegungszahlen mussten sich viele Heilbäder und Kureinrichtungen anders aufstellen. Nicht zuletzt durch den Aufbau regionaler Marketingkonzepte, eine stärkere Vernetzung untereinander und einer Fokussierung auf bestimmte Leistungen im Zusammenspiel von Gesundheit und Tourismus ist dies gelungen. Die **Gesundheitswirtschaft ist Pionierbranche** in der Etablierung von „open innovation" - Netzwerken, wie sie für die Überwindung sektoraler Politikkonzepte gefordert werden (vgl. Kemna 2022: 257). Angeregt durch das Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OstWestfalenLippe (ZIG) wurden sektorenübergreifende Netzwerke und Transferstrukturen für angewandte Forschung aufgebaut (u. a. zur digitalen Logistik im Krankenhaus, telemedizinischen Assistenzsystemen, Sensorik in der Orthopädie und zur Humanmechatronik).

Inzwischen wird aber auch in OWL auf die Engpässe bei der medizinischen Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen hingewiesen und es gibt viele Anstrengungen, diese Versorgungsdefizite aktiv anzugehen (beispielsweise mit der Gründung einer neuen medizinischen Fakultät an der Universität Bielefeld, die sich stark auf die hausärztliche Versorgung konzentriert). Diese Fokussierung ist sinnvoll, da die hausärztliche Versorgung gerade im ländlichen Raum in manchen Kommunen in OWL gefährdet ist und deshalb gezielt gestärkt werden muss. Weitere Projekte laufen hierzu, die sowohl auf den „Klebeeffekt" der Medizinstudierenden setzen wie auch weitere Neuerungen umfassen und auch die Digitalisierungsoptionen für die hausärztliche Versorgung mit einbeziehen.

Aber auch andere Felder der Daseinsvorsorge (wie beispielsweise das Wohnen im Alter) schaffen in manchen Kommunen inzwischen Probleme. Gerade bei einem hohen Anteil von Wohneigentum wie in OWL, wo rd. zwei Drittel der Bevölkerung eine eigene Immobilie besitzen (und es einen hohen Bedarf an altersgerechter Wohnversorgung gibt), stehen sie hier vor großen Herausforderungen. Diese konzentrieren sich auf folgende Schwerpunkte:

- gesundheitliche Versorgung der Bewohner sicherstellen (Erreichbarkeit der medizinischen Infrastruktur, Telemedizin, technische Hilfen),
- Mobilitätsgarantie unabhängig von Alter und Handicap,
- Nahversorgung,
- lokale Kommunikation und Gemeinschaft sichern (beispielsweise von Vereinen/Förderung ehrenamtlicher Strukturen und nachbarschaftlicher Unterstützung),
- Breitbandausbau vorantreiben, um digitale Angebote (beispielsweise in der Telemedizin und Pflege@Home) zu nutzen.

Hier geraten die staatlichen Standard-Regelungsmöglichkeiten an Grenzen; um diesen Themen nachzugehen, ist eine ressortübergreifende und z. T. interkommunal abgestimmte Politik notwendig. Positive Wirkungen auf die Lebensqualität ergeben sich erst im Zusammenspiel von einer guten Gesundheitsversorgung und Pflege, von kulturellen Angeboten sowie Bildungs- und Mobilitätsangeboten. Solch **integrative Sichtweisen sind allerdings nur in wenigen Kommunen etabliert,** bei vielen muss zunächst ein Handlungskonsens geschaffen werden, der in einen Umsetzungsprozess führt. Aus einer großangelegten Studie zur Daseinsvorsorge nehmen wir für unseren Kontext folgende wichtige Empfehlung mit:

> *„Leistungen der Daseinsvorsorge in Koproduktion erbringen: Die Sicherung der Daseinsvorsorge kann nur im Zusammenspiel von öffentlicher Hand, Privatwirtschaft und Zivilgesellschaft gelingen. Koproduktionen von Akteuren aus unterschiedlichen Sektoren zielen darauf ab, die jeweiligen Stärken aller Akteure für die Daseinsvorsorge nutzbar zu machen. Je nach Zweig der Daseinsvorsorge und je nach lokalen und regionalen Gegebenheiten sind unterschiedliche Arbeitsteilungen möglich. Staat und Kommunen bleiben jedoch stets in einer herausgehobenen, koordinierenden Rolle. Zum einen verfügt allein die öffentliche Hand über das gesamte Spektrum möglicher Instrumente zur Einbindung und Koordination weiterer Akteure. Dazu zählen regulative Instrumente ebenso wie anreizorientierte und informatorisch-persuasorische. Zum anderen bleibt die öffentliche Hand in der Letztverantwortung für die flächendeckende Gewährleistung einer Mindestversorgung“ (Stielike 2018: 604).*

Wenngleich die klassischen Silostrukturen bereits an einigen Orten aufgebrochen und die sozialräumliche Dimension (wieder-) erkannt wurde, bleiben nachhaltige Kooperationsstrukturen zur Überwindung der Fragmentierungen noch selten und erfordern grundlegende sozialpolitische Reformen. Über ein kluges intersektorales Schnittstellenmanagement, dass auch die Stärken der verschiedenen Organisationen und Netzwerke der Zivilgesellschaft nutzt, könnten aber schon heute bessere Zugänge und insgesamt eine Qualitätsverbesserung der Daseinsvorsorge erreicht werden. Eine solche nutzensteigernde und die tendenzielle Überbürokratisierung reduzierende Schnittstellendynamik bildet sich bislang nur situativ ab, allerdings besteht durch die Erfahrungen in der Corona-Pandemie die Chance, solche sozialinvestiven und auf Vernetzung setzenden Strategien stärker in politische Diskurse einzubringen. Dies gilt auch für ein ambitioniertes Vorhaben aus OWL, das auf **integrierende, sektorenübergreifende und patientenorientierte Lösungen** in der Versorgung von alterstypischen Erkrankungen setzt: STROKE OWL – Schlaganfall-Lotsen für OstWestfalenLippe:

> *„Im Grunde lebt damit wieder die Gemeindeschwester von früher auf […] digital unterstützt und mit Zugriff auf alle […] Angebote des Sozialstaates. So ein Kümmerer […] ist dann die zentrale Instanz, die mit Verstand (Case) und Herz (Care) Menschen in schwieriger Lage eine professionelle Begleitung bietet. Diese Erstinstanz kann nicht nur in mehr oder weniger plötzlich auftretenden Notsituationen eine Anlaufstelle sein, sondern auch in Situationen, die das ganze Dorf, den ganzen Stadtteil oder eben alle betreffen. […] Wir verbinden dies mit dem eindringlichen Plädoyer, das Gesundheits- und Sozialwesen auf kommunaler Ebene […] koordinativ zu verknüpfen und […] damit aufzuhören, wie das Kaninchen auf die Laokoon-Schlange zu starren" (Galle/Brinkmeier 2021: 163).*

Die Ziele in diesem Projekt sind ambitioniert und werden von vielen nachvollzogen, dennoch hat es bislang keine dauerhafte Verankerung in der regionalen Daseinsvorsorge bzw. in der Versorgungslandschaft gefunden. Lotsen bzw. Lotsinnen sind sektorenunabhängig und können sich so stark an den konkreten Bedarfen der Klientinnen und Klienten orientieren:

> *„Sie entkoppeln für den Betroffenen den Zwang, sich mit den verschiedenen Sektoren unseres Gesundheitssystems […] auseinanderzusetzen, von der Erreichung des eigentlichen Gesundheitsziels. Das […] lässt sich einfacher erreichen, wenn ein Case- und Care-Manager sich um die Verbindungen zu den Leistungserbringern kümmert. Diese Funktion einer One-Stop-Agency bezieht sich nicht nur auf die Bereiche Akut-Rehabilitation und ärztliche Nachsorge mit ihren Schnittstellen, sondern auf alle Bereiche, die aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht die Lebenswelt der Betroffenen berühren, also z.B. die Pflege und die Rente. [Deshalb müsste] dieses Prinzip notwendigerweise in allen betroffenen Sozialgesetzbüchern, also neben dem SGB V auch in IX, XI und sogar VI kongruent verankert [werden]: Ein Lotsengesetz wäre eine Art „SGB Null", quasi ein Deckblatt über alle Sozialgesetzbücher, zur Manifestierung dieses übergeordneten Prinzips" (Brinkmeier 2020: 245).*

Das Wissen um die demografische Alterung und ihre Folgen, z. B. bzgl. altersbedingter Erkrankungen, ist in Deutschland und auch in OWL vorhanden; durch die eingeschränkte Mobilität Älterer ist der Fokus auf wohnortnahe Versorgung und Lotsen logisch. Dennoch dringt die Erkenntnis immer noch nicht durch alle Instanzen vollständig durch; Franz-Xaver Kaufmann, Bielefelder Sozialpolitikforscher, hat dieses Problem bereits Anfang des Jahrtausends als „demografische Blindheit" bezeichnet. Die Systeme – auch die Finanzierungssysteme aus Kranken- und Pflegekassen – müssen also entsprechende Lösungen standardmäßig vorsehen. Aber auch wenn das derzeit noch nicht gelingt, sollten die Regionen „durchstarten" und das Engagement vor Ort ausbauen bzw. die Sache selbst in die Hand nehmen.

Das kann auch gelingen, indem an anderer Stelle angesetzt wird – wie z. B. bei beim **„Gesundheitskiosk"**, wie derzeit in Versmold umgesetzt (vgl. Kap. 6.5.3). Das Projekt setzt sehr niederschwellig an, zielt aber auch u. a. darauf ab, Hürden und Schranken im komplexen Gesundheitssystem im Sinne der Menschen zu überwinden. Auch das Projekt **„Kümmern vor Ort"** setzt darauf, präventiv und dezentral das Leben gesundheitlich beeinträchtigter Menschen zu vereinfachen.

> *„Zukünftig sollen Menschen, die beispielsweise gesundheitliche Probleme haben oder von einem plötzlichen Todesfall in der Familie betroffen sind, an ihrem Wohnort eine ausgebildete Ansprechperson finden, die sie über einen relevanten Zeitraum begleitet, Angebote abspricht und die richtigen Beratungs- und Unterstützungsleistungen koordiniert. Ziel ist es, […] mehr Teilhabe und eine gute Lebensqualität an ihrem Wohnort zu bieten" (Website Urbanland-Owl.de b).*

Ein weiterer Ansatz, wie Kommunen und ihre Verbündeten „ins Tun" kommen können, ist das Feld des **Wohnens im Alter**. Allerdings gilt es zunächst, den Blick von der (möglichst

barrierefreien) Wohnung selbst in das Wohnumfeld zu erweitern und die Versorgungssituation mitzudenken. Mit dem **„Bielefelder Modell“** (vgl. Kap. 6.6.3) kann die Region OWL einen Exportschlager vorweisen, der mittlerweile in vielen Kommunen kopiert oder adaptiert wurde. Auch der Ansatz einer nachhaltigen Stadtentwicklungspolitik unter Einbeziehung der demografischen Risiken im Immobilienbestand, wie er im Projekt **„Jung kauft Alt“** (vgl. Kap. 6.6.1) in Hiddenhausen umfassend erprobt wurde, ist mittlerweile deutschlandweit ein Begriff. Beide Ansätze zielen u. a. darauf ab bzw. haben (bestenfalls) zur Folge, dass es gelingt, Infrastrukturen und Versorgungsstrukturen im Wohnkontext gezielt zu entwickeln (Bielefelder Modell) oder zu erhalten (Jung kauft Alt). **Wohnortnahen Versorgungskonzepten** mit Infrastrukturangeboten (von Arztpraxen bis hin zum Supermarkt) gehört nach Meinung vieler Experten und Praktiker die Zukunft. Dies ist in Städten eher zu realisieren, aber auch in den Dörfern und Quartieren mit starken Eigenheimanteilen, die oft von kollektiver Alterung betroffen sind, sind adäquate Sorgestrukturen aufzubauen bzw. abzusichern (hier gilt es, stärker beispielsweise die Potentiale technischer Assistenzsysteme zu nutzen und in die Versorgungslandschaft einzubauen). Neben der Wohnraum- und Gesundheitsversorgung ist in schrumpfenden ländlichen Regionen insbesondere die **Mobilitätsfrage** eine große Herausforderung. Wer hier keinen PKW nutzen kann, hat Schwierigkeiten, Angebote oder Einrichtungen zu erreichen. Der ÖPNV kann nur begrenzt helfen und man bemüht sich deshalb, für ländliche Gebiete Linienbusse mit Rufbussen, Anruf-Sammeltaxis etc. zu kombinieren. Allerdings tun sich viele Menschen schwer, ihr Verkehrsverhalten zu verändern und von einem bislang bevorzugten Verkehrsmittel auf andere Verkehrsmittel umzusteigen.

Hieran müssten auch die Kommunen interessiert sein, denn wenn ältere Menschen möglichst lange in der eigenen Immobilie verweilen, fallen oft weniger Kosten als bei stationärer Unterbringung an. Die Kosten für Hilfen zur Pflege in den Kommunen sind in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen und machen inzwischen eine beträchtliche Größenordnung im Kommunalhaushalt aus. Da die Zahl der Pflegebedürftigen steigt und zudem bei einer wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen eine zunehmende Diskrepanz zwischen Pflegebedarfen und aus eigenen Mitteln zu finanzierenden Pflegeleistungen besteht, wird das **Interesse der Kommunen an Optionen zur Kostenreduzierung** anwachsen.

Die Steigerung der Effizienz und damit auch die Begrenzung von Kostensteigerungen ist auch ein Ziel regionaler Strategien zur Gesundheitsvorsorge, wie etwa im Kreis Lippe. Dort wird mit den **„Kümmerern am Küchentisch“** versucht, die Optimierung der komplexen medizinischen Versorgung älterer Patientinnen und Patienten durch besonders geschulte Gesundheitshelferinnen und -helfer zu erreichen. Mit dem sektorübergreifenden Fallmanagement für chronisch Kranke mit komplexen Versorgungsverläufen werden diese entlastet und ihre Versorgung optimiert (vgl. Website Gesundheitshelferin-Lippe).

In diesem Projekt wie auch in einigen anderen spielen **Digitalisierungsprozesse** eine große Rolle. Entsprechende Anwendungen sind vielfältig; sie reichen von der Vernetzung von Akteuren (wie z. B. in Ärztenetzen, vgl. Kap. 6.4.1) über telemedizinische Angebote bis zu Nachbarschaftsplattformen. Dies schafft Voraussetzungen für soziale und kulturelle Teilhabe:

> *„[…] Digitalisierung [kann] helfen, dem […] Landarztmangel zu begegnen und durch telemedizinische Angebote und eine bessere Vernetzung des ambulanten und des Pflegesektors die Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen weiterzuentwickeln. Schließlich kann digitale Daseinsvorsorge auch Bildungs- und Arbeitsbedingungen der lokalen Bevölkerung verbessern, indem freies WLAN im Stadtkern, Co-Working-Spaces mit digitalem Anschluss und digitale Multifunktionshäuser geschaffen werden, die Angebote der Daseinsvorsorge bündeln (z.B. Bildung und Weiterbildung, Kita- und sonstige Betreuung, Beratung, Mütter- und Jugendzentren und Dorfgemeinschaftsräume). […] öffentliche Räume mit digitalem Anschluss werden insbesondere für den ländlichen Raum*

als Möglichkeit gesehen, die Chancen der Digitalisierung möglichst vielen Bürger:innen zukommen zu lassen und sozial-, wirtschafts- und strukturpolitische sowie umweltpolitische Ziele gleichermaßen zu realisieren" (Klenk 2021: 160).

In OWL konnten in den vergangenen Jahren verschiedene **modellhafte Projekte** aufgesetzt werden, die sich mit der Sicherung und Weiterentwicklung lokaler Daseinsvorsorge und der Verbesserung der medizinischen Versorgungssituation bzw. des Angebots an Gesundheitsdienstleistungen auseinandersetzen. Neben den bereits aufgeführten und einigen weiteren, in Kap. 6 ausführlicher behandelten Projekten in OstWestfalenLippe lassen sich dazu unterschiedliche Ansätze finden:

- Projekte, die unmittelbar auf eine Verbesserung der örtlichen Infrastruktur abzielen (z. B. in lokalen Gesundheitszentren, s. etwa guLIP im Kreis Lippe),
- Projekte, die auf frühzeitige Information und Beratung von Bürgerinnen und Bürgern sowie Patientinnen und Patienten setzen (z. B. die Seniorenlotsen in Herford),
- Projekte mit dem Ziel einer Bereitstellung von Orientierungshilfe, wie etwa Lotsenprojekte der Dt. Schlaganfallhilfe,
- Projekte, die auf eine Stärkung und Verbesserung der wohnortnahen medizinischen Versorgung in Verbindung mit attraktiven Wohnangeboten setzen, wie z. B. in Lübbecke-Nettelstedt, Warburg oder auch Hiddenhausen.

Diese Zusammenfassung ist keineswegs vollständig – viele weitere Projekte finden in OWL statt und zeugen von einer beachtlichen Kreativität, an die lokalen Gegebenheiten angepasste, bedarfsgerechte Ansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgungssituation zu sichern. Ausgehend von Projekten aus verschiedenen Regionen werden im Folgenden strategische Grundzüge einer wohnortnahen Versorgung für OWL skizziert.

5 Strategische Grundzüge einer wohnortnahen Versorgung in OWL

Der Bandbreite möglicher Reaktionen auf wachsende Probleme bei der Sicherung oder beim Ausbau der Daseinsvorsorge sowie der medizinischen Grundversorgung in (eher) ländlichen Regionen ist groß. In OWL wurde zuletzt, wie bereits dargelegt, vor allem mit drei Typen von Projekten versucht, auf die entsprechenden Herausforderungen zu reagieren:

Lokale Gesundheitszentren als wichtige Versorgungs-Ankerpunkte vor Ort

Auch die Gesundheitszentren setzen an der Überwindung von Silos an, indem eine Leistungsvielfalt im fragmentierten Gesundheitssystem dort „unter einem Dach" angeboten werden soll, wo sie benötigt wird. Das Leistungsspektrum ist möglichst auf den regionalen Bedarf abgestimmt und bietet eine koordinierte Versorgung „aus einer Hand", Multiprofessionalität und Teamarbeit zwischen den Disziplinen und sowohl ärztlichen wie auch pflegerischen Berufen wird angestrebt; auch die Einbindung in ein kommunales Leistungsspektrum ist möglich (vgl. Klapper 2018: 47).

Lotsinnen- und Lotsenprojekte als Orientierungshilfe im System

Ein Problem des Gesundheitssystems ist die „Versäulung" von Leistungen und Zuständigkeiten. Lotsinnen- und Lotsenprojekte zielen auf Patientinnen, Patienten sowie Angehörige und versuchen, die Silos der Gesundheitsversorgung produktiv zu verkoppeln und zu

überwinden. Sie sind „One-Stop-Agency“ und kümmern sich neben Akut-Rehabilitation und ärztlicher Nachsorge auch um Pflege- und Rentenleistungen – also um „alle Bereiche, die aus sozialversicherungsrechtlicher Sicht die Lebenswelt […] berühren“ (Brinkmeier 2020: 242).

Quartiersbezogene Wohn- und Versorgungskonzepte als Mixed-Use-Facilities

Ergänzend zu den Lotsenmodellen und den – stärker noch an bestimmte Räumlichkeiten und Infrastrukturen gebundenen – Gesundheitszentren hat sich in den vergangenen Jahren verstärkt eine integrierte (Weiter-) Entwicklung von Wohnquartieren etabliert. Dabei wird versucht, ergänzend zu Wohnnutzungen (oft für sehr unterschiedliche Zielgruppen) grundlegende Versorgungs- und Betreuungsangebote auch aber nicht nur aus dem Gesundheitssektor (jedenfalls zeitweilig) unmittelbar in dem Wohnquartier anzubieten. Alternativ entwickeln sich auch stationäre Einrichtungen der Altenpflege durch die Vergrößerung des Angebotsspektrums und auch die „Öffnung“ der Angebote für Menschen, die nicht in der Einrichtung selbst leben, teils zu solchen Wohn- und Versorgungsquartieren. Ziel ist zumeist die Sicherung der lokalen Daseinsvorsorge und die Ermöglichung auch für z. B. ältere oder bewegungseingeschränkte Personen, lange in ihrem Wohnquartier zu leben. Neben verschiedenen Dienstleistern spielen auch Wohnungsunternehmen und -genossenschaften eine große Rolle bei der Entwicklung solch integrierter Konzepte. Im Zusammenhang mit Gemeinschaftsräumen und anderen Einrichtungen kommt es häufig zu einem „Sharing“ – d. h. Räume und Infrastrukturen werden von verschiedenen Akteuren für ihre Zwecke genutzt.

Der diese Studie begleitende Fachbeirat hat sich auch mit diesen Projektfamilien auseinandergesetzt und u. a. Gelingensfaktoren sowie mögliche Hemmnisse identifiziert:

Abbildung 5: Diskussion der drei Projektfamilien im Beirat

Lokale Gesundheitszentren

Gelingensfaktoren	Hemmnisse
- Kommunikation und Netzwerkarbeit - Erreichbarkeit und Zentralität - Beratung(squalität) und Beratungsinhalte über reine Pflegeberatung hinaus - Sektorübergreifender Ansatz - Bedarfsbezogen (abgestimmt)	- Unterschiedliche Rollen und Interessen der Akteure - Interkommunale Zusammenarbeit und fehledne Kommunikation / Erreichbarkeit - Fehlende Ressourcen (Personal, Finanzierung) - Überforderung des Ehrenamts

Lotsen- und Kümmererstrukturen

Gelingensfaktoren	Hemmnisse
- Kooperation mit Akteuren (Kliniken, Ärzte, KoPS) - Abgrenzung zu Community Health Nurse und Patientenlotsen - Kommunikation und Marketing - Einbindung Ehrenamt und Engagement vor Ort - Nähe, Erreichbarkeit, Quartiersbezug, - Intelligente Finanzierungsstruktur (SGB-übergreifend)	- Fehlende Ressourcen (Finanzierung, Liquidität Kommune usw.), - Fehlende Kenntnisse (Wissen) - (schlechte/fehlende) Einbindung, Organisation, Erreichbarkeit, Bekanntheitsgrad des Angebotes - Konkurrenzvermutung bei anderen Akteuren? Doppelstrukturen statt Vernetzung

Quartiers-, Wohn-Versorgungskonzepte

Gelingensfaktoren	Hemmnisse
- Interkommunaler Ansatz, regionale Aufhängung (BezReg) - Sektorübergreifender Ansatz, Vernetzung mit anderen Akteuren und ggf. „Lotsenfunktion“ (s.o.) sowie Ehrenamt - Verknüpfung mit Stadtplanung - Öffnung der Angebote für alle - Externe Moderation bei der Planung und Umsetzung	- Problematische Finanzierung - Fehlende Grundstücke oder fehlende Berücksichtigung in der Bauleitplanung - „eingefahrene“ Strukturen werden nicht überwunden und Interessenskonflikte nicht erkannt bzw. behoben - Fehlende Vernetzung auch auf höheren Verwaltungsebenen (Ministerien: gemeinsame Förderansätze fehlen)

Quelle: Beirat „GutVersorgt OWL“ – eigene Darstellung

Es fällt auf, dass insbesondere bei den Gelingensfaktoren bestimmte Themen oder auch Prinzipien häufiger genannt werden wie eine „Kommunikation“ oder auch „Netzwerkarbeit“ u. a. mit Blick auf die Überwindung klassischer Sektorengrenzen. Aber auch das notwendige „Marketing“ eines (Lotsen-) Projektes oder auch die Bemessung des Projektes am konkreten Bedarf wurden genannt. Viele dieser Leitlinien guter Projekte gelten nicht nur für Vorhaben in den drei genannten Projektfamilien – sie sind darüber hinaus auch wichtiger Bestandteil vieler weiterer Projekte in dem Kontext. Daher werden diese Leitlinien später wieder aufgegriffen und anhand konkreter Projekte (u. a. aus den drei hier behandelten Themenclustern) dargestellt (vgl. Kap. 6).

Zunächst soll hier anhand der bereits erfolgversprechenden Projekttypen in Szenarien gezeigt werden, wie ein solches Projekt umgesetzt werden könnte. Die Szenarien gehen dabei von einer fiktiven Ausgangslage aus. Darauf folgt eine mögliche Vorgehensweise, wie Kommunen und andere Akteure ein solches Projekt erfolgreich angehen könnten. Es ist klar, dass dies kaum je genauso mit denselben Akteuren usw. passieren wird, doch können Kommunen und andere so herausfinden, ob die Umsetzung eines solchen Projektes insgesamt realistisch erscheint. Hierbei gilt es, neben den Gelingensfaktoren, auch die spezifischen Hemmnisse jeweils konkret zu analysieren.

5.1 Szenario 1: Das Gesundheitszentrum der Zukunft in OWL

Ausgangslage

Die Gemeinde K. mit ca. 12.000 Einwohnerinnen und Einwohnern verteilt auf sieben Dörfer liegt in ländlicher Umgebung im Landkreis X. Die Kreisstadt mit ca. 35.000 Einwohnerinnen und Einwohnern ist ca. 25 Minuten Fahrtzeit entfernt; direkte Busverbindungen dorthin (wenige Fahrten am Tag) gibt es aus drei Dörfern. In der Gemeinde ist eine **deutliche Alterung der Bevölkerung** festzustellen; lediglich im Hauptort und einem kleineren Ortsteil konnte zuletzt ein Bevölkerungswachstum durch Zuzug generiert werden. Beide Orte liegen noch relativ verkehrsgünstig in der Nähe einer Autobahnauffahrt, sodass sie für Pendler in die nächstgelegene Großstadt attraktive Wohnlagen bieten. Seit ca. 15 Jahren stellen die Bürgerinnen und Bürger von K. fest, dass die vorhandene **Infrastruktur merklich ausdünnt**. Einkaufsmöglichkeiten und Bildungs- bzw. Kinderbetreuungseinrichtungen konzentrieren sich auf den Hauptort; weiterführende Schulangebote gibt es nur in der Kreisstadt.

Auch die **medizinisch-pflegerische Infrastruktur** wirkt zunehmend **perforiert**. Noch gibt es **zwei Hausarztpraxen,** wovon eine im Hauptort gelegen ist, die andere in dem nächstgrößeren Ortsteil. Letztere ist akut von der Schließung bedroht; der praktizierende Arzt, der im Ort seit Jahrzehnten praktiziert, ist fast 70 und möchte sich zur Ruhe setzen. Eine seiner Töchter ist zwar Ärztin an einem renommierten Forschungskrankenhaus über 500 km entfernt; dort lebt sie mit ihrer Frau und Kindern. Ein Interesse an der Fortführung der Praxis besteht ihrerseits nicht. Die andere Arztpraxis wird von einer jungen Ärztin in zweiter Generation geführt. Da sie alleinerziehend ist, sucht sie Unterstützung für die Praxis, ist sich aber nicht sicher, ob diese eine angestellte Ärztin oder einen angestellten Arzt tragen kann. Außerdem müsste sie perspektivisch erheblich investieren; viele Geräte sind veraltet oder nicht vorhanden und die Räumlichkeiten sind nicht barrierefrei und sehr eng. Deshalb scheuen die wenigen Interessentinnen und Interessenten einen Einstieg in die Praxis. Die Kassenärztliche Vereinigung hätte dem zugestimmt, sofern der ältere Hausarzt seine Praxis aufgibt.

Darüber hinaus besteht noch eine **Apotheke** im Hauptort. Der Apotheker ist ein Freund des älteren Arztes. Ihm ist es gelungen, seine Tochter für die Nachfolge in der Apotheke zu begeistern. Sie ist nach ihrer Promotion zunächst einige Jahre in einer dänischen Apotheke tätig gewesen und hat dort moderne Konzepte der pharmazeutischen Grundversorgung kennengelernt, bevor sie mit ihrem Mann nach K. zog, um in die väterliche Apotheke einzusteigen. Sie möchte diese moderner aufziehen; ihr schwebt ein umfangreicheres Angebot an ergänzenden Gesundheitsleistungen bis zu Wellness-Angeboten vor. Ihr Vater scheut allerdings das Risiko der Investition: „Wenn ich hier raus bin, kannst du machen, was Du willst!“

Den Boden bereiten: Analyse

Die Bürgermeisterin beobachtet seit längerer Zeit mit Sorge die Entwicklung ihrer Gemeinde: Schlimmstenfalls bräche nicht nur eine Praxis ganz weg, auch die andere Praxis steckt in der Entwicklung fest. Wenn es nicht gelingt, die Apotheke besser aufzustellen, wird die junge Apothekerin ihre Pläne nicht realisieren können und womöglich wieder nach Dänemark ziehen. Zudem fällt es der Gemeinde schwer, den Bürgerinnen und Bürgern eine angemessene Gesundheitsberatung im Rahmen der kommunalen Gesundheitsvorsorge anzubieten; der Kreis würde dabei zwar unterstützen, es fehlt aber an geeigneten Räumlichkeiten.

Die Bürgermeisterin spricht mit dem Landrat und besucht Veranstaltungen, die sich mit den Entwicklungspotenzialen im ländlichen Raum auseinandersetzen. Hierüber sucht sie **Kontakt zu anderen Kommunen**, die ähnliche Herausforderungen haben. Sie trifft auf einen Vertreter der Stadt Gütersloh, der ihr empfiehlt, zunächst einmal eine **strukturierte Analyse** vorzunehmen – dies sei spätestens dann zwingend notwendig, wenn man entweder mit

anderen Akteuren, wie z. B. der KV, in Verhandlung treten müsse. Zum anderen würde bei jeder Art der Förderung zunächst die Frage nach dem tatsächlichen Bedarf und einer entsprechenden Ermittlung und Bestätigung gestellt. Außerdem helfe eine solche Analyse, mögliche (bislang nicht bekannte) weitere Herausforderungen, aber auch konkrete Handlungsansätze aufzuzeigen und die Diskussionen vorzustrukturieren.

Die Bürgermeisterin nimmt Kontakt zum Landkreis auf, um zu beraten, wie eine solche Analyse aussehen könne und wie sie sich finanzieren ließe. Dabei erfährt sie, dass es in ihrem Bundesland Möglichkeiten gibt, über ein vom Gesundheitsministerium verwaltetes Förderprogramm Erhebungen und Prognosen zur Sicherung der lokalen Daseinsvorsorge (**lokale Demografieversorgungskonzepte**) gefördert zu bekommen, wenn bestimmte Kriterien eingehalten werden. Daraufhin schreibt die Stadt eine entsprechende Leistung aus. Zum komplexen Ausschreibungsverfahren lässt sie sich vom Landkreis beraten. Parallel nutzt die Bürgermeisterin ihre Kontakte zu den Kommunen, die sie von den Veranstaltungen kennt, um aus ihrer Sicht geeignete Planerinnen und Planer, Büros und Institute auf die Ausschreibung hinzuweisen. Sie achtet auch darauf, dass in der Ausschreibung neben der Auswertung statistischer Daten etc. auch eine erste **Komponente der Akteursbeteiligung** vorgesehen ist; die Gutachterinnen und Gutachter sollen relevante Personen und Akteure identifizieren und mit ihnen sprechen, um deren Sicht auf die Versorgungslage, die Pläne für ihre Einrichtungen und Voraussetzungen für ein stärkeres Engagement etc. zu ermitteln. Eine umfassendere Befragung aller Bürgerinnen und Bürger zur Bedarfslage soll später erfolgen, wenn die Erkenntnisse aus der Befragung der Expertinnen und Experten verarbeitet sind.

Das Gutachten wird beauftragt und durchgeführt. Das Ergebnis macht schwarz auf weiß deutlich: es besteht Handlungsbedarf. Insbesondere die Situation um die o. g. Ärztinnen und Ärzte wird offenkundig. Die Fraktionen des Gemeinderats sind nun überzeugt: es muss etwas geschehen; weitere Schritte sollen angeschoben werden. Ein Mitarbeiter aus dem Planungsamt schlägt vor, parallel eine **Liegenschaftsanalyse** durchzuführen, um Flächen und Gebäude zu identifizieren, die für eine Entwicklung zur Verfügung stehen könnten.

Initialzündung

So stößt man auf den **historischen Bauernhof** nahe dem Ortszentrum, der schon lange nicht mehr landwirtschaftlich genutzt wird. Die letzte Eigentümerin und Bewohnerin ist im vorigen Jahr 86jährig verstorben. Seitdem kümmert sich ihre alleinstehende Tochter von Berlin aus, wo sie seit langem lebt, so gut es geht um den Hof. Sie hatte ursprünglich vor, selbst dort einzuziehen und übrige Teile der Gebäude zu Ferienwohnungen umzubauen, scheut aber die Investitionen und kann sich aufgrund ihrer beruflichen Verpflichtungen nicht kümmern. Traditionell ist sie aber zum Weihnachtsmarkt im Dorf und sieht nach dem Hof.

Nach dem Weihnachtskonzert auf dem Markt geht die Bürgermeisterin auf den alten Arzt und seinen Freund, den Apotheker zu. Sie bittet beide auf einen Glühwein an den Tisch mit der Erbin des Gutshofs und stellt sie einander vor. Die Bürgermeisterin seufzt und berichtet von den Ergebnissen des Gutachtens. Nach kurzem Small Talk kommt das Gespräch auf die Zukunft des Hofs. Der Apotheker erzählt von seiner Tochter, die in die Apotheke investieren will und schnell reift eine Idee. Der alte Arzt verspricht, mit seiner jüngeren Kollegin zu sprechen und lädt alle in seine Praxis zum Gespräch.

Wie wäre es, wenn man in dem alten Hof eine moderne Praxis mit zwei Arztsitzen, eine service-orientierte Apotheke und weitere medizinische Dienstleistungen organisieren könnte? Vielleicht gelänge es so, das denkmalwürdige Gebäude zu erhalten und einer neuen Nutzung zuzuführen und gleichzeitig die Versorgungslage zu verbessern?

Umsetzung

Die Gespräche laufen positiv. Die junge Ärztin kann sich vorstellen, in eine Praxis einzusteigen, wenn sie nicht allein für die hohen Investitionen geradestehen muss. Die Bürgermeisterin klärt, inwieweit die Kommune als Eigentümerin und Betreiberin eines **Gesundheitszentrums** infrage käme; alternativ schlägt die junge Apothekerin vor, eine **GmbH zu gründen**, die den Hof kauft und die notwendigen Investitionen vornimmt. Daran könnten sich die Akteure beteiligen; zudem sichert die Bürgermeisterin zu, sich auf die Suche nach Investoren zu machen. Sie wird fündig, ein regional tätiger Träger von Gesundheits- und Pflegeleistungen will sich engagieren, wenn er auch Wohngruppen für demenziell erkrankte Personen mit unterbringen kann. Platz ist genug da, die alte Scheune kann dafür umgebaut werden.

Über Vermittlung von Kreis und Kommune gelingt es nicht nur, für diese Wohngruppen und einige betreute Wohnungen **Wohnraumfördermittel** zu akquirieren. Zusätzlich werden auch Mittel aus einem Sonder-Heimatprogramm zur Sicherung alter Bausubstanz gewährt. Damit und mit den Tilgungsnachlässen der Wohnraumförderung lässt sich ein großer Teil des Kapitals zusammenbringen, das für die Finanzierung des Umbaus erforderlich ist.

Über eine regional tätige Entwicklungsagentur mit dem Schwerpunkt auf Beratungen und Konzepte im Gesundheitswesen gelingt es, die **Verhandlungen mit der KV** und weiteren Dienstleisterinnen und Dienstleistern aus der Gesundheitsbranche zu kanalisieren. So können ein Pflegedienst und eine Physiotherapeutin gewonnen werden, die das Angebot ergänzen. Parallel sagt das Kreisgesundheitsamt zu, regelmäßig Beratungen und Informationen im neuen **Gesundheitszentrum** anzubieten.

Die Bürgermeisterin entschließt sich, die weitere Entwicklung in professionelle Hände zu geben und löst einen Kick-Off-Auftrag für die **Beratungsagentur** aus, damit diese die Planungen weiter vorantreiben kann. Weitere Planungsleistungen werden aus der Projektfinanzierung vollzogen. Bezüglich der konkreten Ausgestaltung des Leistungsumfangs des Gesundheitszentrums orientieren sich die Beteiligten an dem PORT-Modell der Bosch-Stiftung. Hierbei soll auch berücksichtigt werden, dass perspektivisch in den anderen Ortsteilen auch Basis-Leistungen ausgehend vom Gesundheitszentrum angeboten werden.

Ergebnis

Im Ergebnis ist es gelungen…

- …die medizinische Versorgung (hausärztliche Versorgung) in der Gemeinde zu sichern,
- …zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen und -beratungen am Ort anzubieten und somit die Versorgungslage für die Bevölkerung nachhaltig zu verbessern,
- …Lösungen für ansonsten von der Schließung bedrohte Praxen bzw. die Apotheke zu bieten und somit Arbeitsplätze dauerhaft zu sichern,
- …eine junge Ärztin und eine junge Apothekerin zu entlasten und gleichzeitig an die Kommune zu binden,
- …eine schützenswerte Hofstatt zu erhalten und zu entwickeln und die Besitzerin von einer großen Last zu befreien.

5.2 Szenario 2: Der Lotse kommt an Bord. Orientierung im Gesundheitsdschungel

Ausgangslage

Der Landkreis W. erstreckt sich über eine große Fläche und ist sehr ländlich geprägt. Vor allem im südlichen Bereich schaffen die Ausläufer eines kleinen Mittelgebirges eine liebreizende Hügellandschaft mit zahlreichen kleinen Tälern; die dortigen Dörfer erleben allerdings eine starke Überalterung der Bevölkerung. Das bringt **zahlreiche gesundheitliche Probleme** mit sich; viele **ältere Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen** und müssen sich regelmäßig entsprechenden Untersuchungen und Kontrollen unterziehen. Hierfür müssen sie u. a. aufgrund der Topographie weite Wege in Kauf nehmen – die nächste kardiologische Praxis bzw. die Klinik, welche viele der Patientinnen und Patienten betreut, liegen in der Mittelstadt P., die Fahrzeiten dorthin betragen zwischen 40 und 120 Minuten, je nachdem von wo die Patientinnen und Patienten aufbrechen.

Schon länger bemerkt der Chefarzt dieser Klinik, dass viele der Patientinnen und Patienten, die aus dem Kreis W. von Zeit zu Zeit zu ihm kommen, nicht optimal versorgt werden. Zum einen würde er sie gerne regelmäßiger betreuen, was wegen der langen Fahrzeiten kaum realistisch ist. Zum anderen hat er den Eindruck, dass viele neben der kardiomedizinischen Betreuung auch weitere Unterstützung benötigten – z. B. bei der Behandlung anderer Krankheiten aber auch mit therapeutischen Angeboten sowie einer Beratung zum Führen eines gesunden Lebenswandels. Ihm schwebt eine Art **„Orientierungshilfe“ im Gesundheitssystem** vor Ort vor. Er hat schon von Lotsinnen- und Lotsenprojekten gehört, aber weder die Klinik noch die örtlichen Gemeinden oder die wenigen dort ansässigen Hausärztinnen und Hausärzte sind aktuell bereit und in der Lage, so etwas zu organisieren.

Initialzündung

Bald gibt es ein Abstimmungstreffen zur Gesundheitspolitik mit Akteuren aus der Region; u. a. ist dort neben dem Chefarzt auch die Leiterin des **Kreisgesundheitsamtes** und erläutert die Sicht des Kreises auf die Gesundheitsversorgung vor Ort. Nach ihrer Analyse fehlt vielen Menschen in der Region die Orientierung im Gesundheitssystem. Da viele Angebote nur mit langen Fahrzeiten erreichbar sind, scheitern die Menschen häufig daran, wenn es gilt, mehrere Termine mit unterschiedlichen Ärztinnen und Ärzten sowie Dienstleisterinnen und Dienstleistern abzustimmen. Auch die örtlichen Hausärztinnen und Hausärzte sind damit überfordert. In der Pause kommt sie mit dem Chefarzt ins Gespräch und sie vereinbaren, nach einer Lösung zu suchen. Der Arzt bringt den Aufbau eines **Lotsensystems** für das Gesundheitssystem ins Spiel; es fehlt jedoch ein Ansatz für eine Finanzierung.

Umsetzung

Kurz darauf veranstaltet das Kreisgesundheitsamt eine **Gesundheitskonferenz** für den Südkreis. Dazu werden neben den Bürgermeisterinnen und Bürgermeistern aller Kommunen auch Ärztinnen und Ärzte, Anbieterinnen und Anbieter von Pflegeleistungen, Beratungsstellen etc. eingeladen, die für ein entsprechendes Angebot eine Rolle spielen. Ihnen wird die Idee vom Lotsensystem präsentiert und viele sehen darin Vorteile. Die Leiterin des Kreisgesundheitsamtes lädt alle an einer weiteren Mitwirkung Interessierten zu einem folgenden Treffen ein. Neben dem Chefarzt, der aufgrund seiner Verpflichtungen sich nicht dauerhaft vor Ort im Südkreis W. engagieren kann, erscheinen dort einige ansässige Hausärztinnen und Hausärzte, die ähnliche Beobachtungen gemacht haben, eine Physiotherapeutin sowie Vertreterinnen und Vertreter mehrerer Pflegedienste aus der Region. Auch sie beschließen, dass eine **Trägerschaft für das Lotsenprojekt** gefunden werden muss.

Zunächst gründet sich daraufhin ein **Verein** mit dem Zweck, die Gesundheitsvorsorge in der Region nachhaltig zu entwickeln. Der Verein bereitet gemeinsam mit einem ortsansässigen caritativen Träger einen Antrag für den „Landesförderplan Alter und Pflege“[5] vor. Ziel des Antrages ist es, eine Grundfinanzierung für die weitere Umsetzung der Lotsenidee zu sichern, um damit starten zu können. Das Projekt wird bewilligt und es kann eine erste Lotsin eingestellt werden, die fortan den Kontakt zu den Patientinnen und Patienten zunächst in zwei Ortschaften hält. Sie kennt deren gesundheitliche Einschränkungen und erstellt gemeinsam mit den Ärzten **abgestimmte Behandlungs- und Heilkonzepte** im Sinne eines „Case- and Care-Managements“ für die Patientinnen. Gleichzeitig achtet sie darauf, dass die Patientinnen und Patienten diese Leistungen auch erreichen können. Ergänzend organisiert sie Fahr- und ggf. Pflegedienste, um die Klientinnen und Klienten zu versorgen.

Im Vereinsvorstand und einem erweiterten Beirat engagieren sich auf Vermittlung des Landrats mehrere honorige Persönlichkeiten aus der Region; sie sprechen weitere Akteure an, Mitglied zu werden. Es gelingt – u. a. unterstützt durch Spenden regionaler Unternehmen – ein **Budget** aufzubauen, um eine **Grundausstattung** an Personal jedenfalls für eine **Konsolidierungsphase** zu gewährleisten. Mittelfristig wird eine Möglichkeit darin gesehen, zumindest Teile des Leistungsumfangs auch durch die Kassen finanziert zu bekommen.

Es zeigt sich, dass durch die Tätigkeit der Lotsin insbesondere auch ältere Menschen besser versorgt werden, die Leistungen nach SGB XII beziehen. Dadurch, dass sie nun besser medikamentös eingestellt sind und behandelt werden, reduzieren sich teure Klinikaufenthalte. Parallel engagiert sich der neue Verein darin, gemeinsam mit dem Kreis und der Klinik ein Tele-Health-Care-Programm aufzubauen, um die Kardio-Patientinnen und -Patienten besser betreuen zu können. Hierfür haben Kreis und Verein eine App beschafft, die Gesundheitsdaten den zuständigen Ärztinnen und Ärzten zukommen lässt. Den Menschen wird deutlich, dass entsprechende Leistungen nur funktionieren, wenn sich möglichst viele in dem als gemeinnützig anerkannten Förderverein engagieren. Durch Spenden gelingt es, für Vereinsmitglieder die erforderlichen Geräte günstig zu beschaffen.

Ergebnis

Mit der Zeit gelingt es, mehr und mehr Menschen von Mitarbeit bzw. Spenden für den Verein zu überzeugen. Zunehmend integrieren sich die Gesundheitsdienstleisterinnen und Gesundheitsdienstleister in der Region; mittlerweile arbeiten vier Lotsinnen und Lotsen im Kreisgebiet, die etwa zur Hälfte aus Spenden und Mitgliedsbeiträgen finanziert werden. Darüber hinaus begleitet der Kreis das Vorhaben und unterstützt auch finanziell mit Haushaltsmitteln. Schließlich konnten verschiedene ergänzende Förderprogramme angesprochen werden.

Im Ergebnis ist es gelungen…

- …die Versorgung der älteren Menschen insbesondere mit Blick auf kardiologische Risiken im Südkreis deutlich zu verbessern,
- …Abstimmungshürden zwischen Akteuren im Gesundheitswesen abzubauen und Wege sprichwörtlich zu verkürzen (die Menschen kommen schneller zu Terminen),
- …die Patientinnen und Patienten auf dem Weg durch den „Gesundheitsdschungel“ zu begleiten und ihnen pragmatische Hilfestellung und Beratung zu bieten – das führt zu einer verbesserten Versorgung und senkt das Risiko ernsthafter Erkrankungen,

[5] Förderprogramm des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

- …in der regionalen Bürgerinnen- und Bürgerschaft sowie auch bei Unternehmen Interesse an einer zukunftsweisenden Organisation der Daseinsvorsorge zu wecken und dieses Interesse über eine Beteiligungsmöglichkeit zu „kanalisieren“.

5.3 Szenario 3: Gesundes Leben im Quartier

Ausgangslage

„Das Quartier“ gilt in der (integrierten) Stadtplanung als wichtige räumliche und strukturelle Option. Im Kern geht es darum, Bedarfe und Bedürfnisse, Angebote, Möglichkeiten und Restriktionen aus verschiedenen Dimensionen und von verschiedenen Menschen oder Gruppen kontextuell zu betrachten.

Das „Dorf“ N. mit ca. 3.500 Einwohnerinnen und Einwohnern ist ein eigenständiger Ortsteil einer Kleinstadt, liegt aber einige Kilometer vom Zentrum entfernt. N. ist zuletzt in den 1970er-Jahren stärker gewachsen, als ein kleineres Baugebiet erschlossen wurde. Seitdem sind die Bewohnerinnen und Bewohner des Dorfes älter geworden, viele sind im Ruhestand und leben in großen Einfamilienhäusern, meist ohne die eigenen Kinder, die ausgezogen sind und entweder in der Region oder auch weiter entfernt eigene Familien gegründet haben. Noch sind viele Bewohnerinnen und Bewohner mobil und können sich selbständig versorgen, doch bei dem einen oder anderen machen sich die Beschwerden des Alters bemerkbar. Unausgesprochen ist allen klar: wenn man wirklich alt, krank und dadurch pflegebedürftig wird, ist an ein **selbständiges Leben im „Dorf“ kaum mehr zu denken**. Allerdings fehlt eine Perspektive; Geschosswohnungsbau (und zumal altersgerechten) gibt es im Ort nicht.

Den Boden bereiten: Analyse

Die Verwaltung der Kommune, zu der neben anderen Ortsteilen auch N. gehört, schaut mit gewisser Sorge auf die Situation in N. Scheinbar unbekümmert leben dort die älter werdenden Haushalte in großen **„Empty Nest-Häusern“**. Es ist bekannt, dass der Zusammenhalt in dem Dorf groß ist, aber eine wirkliche Lösung für das Problem gibt es nicht.

Die Stadtverwaltung beschließt, der Sache auf den Grund zu gehen. Die **Amtsleiterin für Soziales** nimmt sich des Themas an und bezieht von Anfang an ihren Kollegen aus dem Ressort Planen/Bauen sowie das Kreissozialamt mit ein. Über den **Ortsvorsteher** ist zudem der örtliche **Heimat- und Nachbarschaftsverein** eingebunden, der sich seit vielen Jahren für unterschiedliche Projekte im Ort einsetzt. Sie führt mit einem entsprechenden Institut eine Befragung unter älteren Menschen (in allen Ortsteilen) durch, um herauszufinden, wie die Lebenssituation der älteren Haushalte ist und inwieweit sie sich auf Herausforderungen der Zukunft eingestellt haben. Finanziert wird die Befragung aus einer gemeinsamen Aktion von Kommune und Kreis mit den **ortsansässigen Banken**; die Genossenschaftsbank und auch die Kreissparkasse teilen die Sorge der Verwaltung durchaus. Auch sie fragen sich, was mit den Menschen (ihren Kundinnen und Kunden) passiert, wenn Pflegebedürftigkeit eintritt. Zudem ist klar, dass notwendige Umbauten an den Häusern kompliziert und teuer würden; die Immobilienabteilungen der Geldhäuser sehen aber durchaus Chancen, dass die Einfamilienhäuser jungen Familien, die in der Region lange suchen, sicher willkommen wären. Das Ergebnis der Analyse bestätigt die Befürchtungen. Die meisten Haushalte haben zwar finanziell in gewisser Weise für das Alter vorgesorgt, ein Wohn- oder gar Pflegekonzept besteht allerdings nicht. Viele hoffen, dass sich vielleicht doch Sohn oder Tochter kümmern könnten, andere hoffen einfach, dass ihnen – so schnell jedenfalls – noch nichts passiert.

Der Bürgermeister und der Ortsvorsteher sind sich einig, dass etwas passieren muss, ansonsten werden viele Bürgerinnen und Bürger gezwungen sein, ihr Dorf zu verlassen.

Initialzündung

Beide, Bürgermeister und Ortsvorsteher, beschließen, dass die Ergebnisse im Ortsteil vorgestellt werden sollten. Sie sprechen mit den Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Banken sowie des Kreises und steigen in die Planung eines **Workshops für Bürgerinnen und Bürger** ein. Auch dieser Workshop kostet Geld, zumal er von einem Büro professionell moderiert werden soll; die Sozialamtsleiterin geht von ca. 7.500 Euro netto aus, wofür sie allerdings kein Budget hat. Zudem haben die beteiligten Banken bereits einen großen Teil der Erhebung finanziert. Erfreulicherweise gibt es ein Landesförderprogramm, das hierfür geeignete Ansätze bietet (in NRW z. B. der „Heimat-Scheck", mit dem Initiativen, Veranstaltungen und Projekte bis zu 2.000 Euro gefördert werden). Der Ortsvorsteher spricht mit dem Vorstand des Heimatvereins und der Verein beschließt in einer Vorstandssitzung, diese Mittel zu beantragen (Kommunen sind nicht antragsberechtigt), sofern die anderen Beteiligten den übrigen Kostenblock übernehmen. Darüber ist man sich schnell einig.

Zu der Veranstaltung sind alle Bürgerinnen und Bürger geladen; etwa 90 kommen tatsächlich abends im Saal der Dorfkneipe zusammen. Sie erfahren von den Ergebnissen der Studie und diskutieren m Anschluss in einer kleinen **Zukunftswerkstatt** darüber, was man dagegen tun könne. Schnell ist klar: es braucht verschiedene Angebote wie z. B. **verbesserte ambulante Pflegeangebote** (viele Pflegedienste fahren den Standort nur ungern an). Auch ein **Versammlungsort** und ein **Handwerksraum** usw. werden gewünscht, wo Menschen niederschwellig zusammenkommen können, um sich auszutauschen und an gemeinsamen Themen zu arbeiten. Insbesondere wird allerdings ein **Bedarf für ein altersgerechtes Wohnen** festgestellt; zudem müsste eine Lösung für die zunehmend in den „Generationenwechsel" geratenden Einfamilienhäuser her.

Die beteiligten Büros fassen alles zusammen, die Dokumentation geht allen Anwesenden zu, die ihre Kontaktdaten hinterlassen hatten oder die im Nachgang danach fragen.

Bei der Veranstaltung hatte der örtliche Verein auch darum geworben, eine eigene Gruppe zu dem Thema zu gründen. Die Stadtverwaltung unterstützt dies und das Engagement des Vereins, besteht aber darauf, dass die Mitgliedschaft im Verein keine Voraussetzung für die Teilnahme ist. Schon lange ist es dem Verein zwar gelungen, viele Mitglieder zu erreichen, doch stehen einige dem Heimatverein auch skeptisch gegenüber. Diese sollen hier ausdrücklich nicht ausgeschlossen werden. Die **Moderation** der Gruppe wird daher ein Dreier-Team, bestehend aus der Sozialamtsleiterin, einem Vorstandsmitglied des Vereins und zunächst dem Ortsvorsteher durchgeführt; es ist allerdings festgelegt, dass innerhalb der nächsten sechs Monate ein Modell für eine künftige Begleitung gefunden werden soll. Dazu wird erneut zu einer Veranstaltung eingeladen, auf der verschiedene Modelle präsentiert werden. Hier können alle Anwesenden dann abstimmen.

Umsetzung

Nachdem die Gruppe sich und ein geeignetes Modell gefunden hat (man hat sich entschieden, einen eigenen **Verein zu gründen**, der sehr konkret auf die Errichtung und den Betrieb eines integrierten Quartiersprojektes zugeschnitten ist) beginnen die Konkretisierungen.

Einerseits macht man sich auf die Suche nach einem **Grundstück** für ein altersgerechtes Wohnprojekt. Schnell gerät eine zentral gelegene Fläche in den Blick, auf der ein altes Schulgebäude steht, das in den vergangenen Jahren für unterschiedliche Nutzungen zur Verfügung stand. Aber auch andere, private Flächenalternativen werden geprüft. Hier sind u. a. die Vertreterinnen und Vertreter der Kommune aber auch Banken behilflich, die bei der Ansprache von Eigentümerinnen und Eigentümern unterstützen. Parallel sucht man geeignete Investoren oder Investorinnen. Die Stadt erwägt, sofern es gelingt, die privaten

Liegenschaften zu erwerben, eine **Konzeptvergabe** durchzuführen. Es ergibt sich allerdings ein anderer Weg. Parallel hat der Vorstand der Genossenschaftsbank den Vorstand einer Wohnungsbaugenossenschaft angesprochen, die in der Kernstadt zahlreiche Wohnungen vermietet. Der Vorstand findet dies interessant und sagt zu, sich des Themas anzunehmen. Nachdem der Aufsichtsrat überzeugt ist, gelingt es tatsächlich, private Grundstücke zu erwerben (u. a. auch Teilgrundstücke, die ehemals für die Unterbringung landwirtschaftlicher Geräte und für Stallungen genutzt wurden, die aber heute nicht mehr benötigt werden). Da das Konzept selbst nicht mehr infrage steht, ist eine Konzeptvergabe nicht erforderlich. Alternativ hatte auch der Vorstand der Sparkasse signalisiert, dass man sich durchaus vorstellen könne, auch selbst als Investor tätig zu werden; viele andere örtliche Banken und Sparkassen haben in den vergangenen Jahren bereits in nachhaltige Wohnprojekte selbst investiert.

Die Wohnungsbaugenossenschaft beauftragt ein Büro mit der **Vertiefung der Konzeptstudien**; schnell liegen erste Ergebnisse vor, die den vom Verein diskutierten Wohnungs- und Nutzungsmix berücksichtigen. Parallel treibt die Stadt ein B-Plan-Verfahren voran; ein Aufstellungsbeschluss wird gefasst und festgelegt, dass im Rahmen eines **vorhabenbezogenen Bebauungsplans** schnell Baurecht hergestellt werden soll.

Zudem engagieren sich Stadtverwaltung und die Kommunalpolitik bei der Ansprache möglicher Nutzerinnen und Nutzer. Neben der Wohnnutzung (barrierefreie Wohnungen, zum kleinen Teil öffentlich gefördert aber auch viele größere Wohnungen angesichts der Wohnwünsche am Ort) sollen einige Kern-Nutzungen etabliert werden, die auf weitere Bedarfe aus dem o. g. Workshop eingehen. Beispielsweise ist eine **Ärztin aus einem Nachbarort** bereit, unter gewissen Umständen hier einen Praxisstandort zu eröffnen. Parallel gelingt es durch die Vermittlung des Kreises, einen **Anbieter ambulanter Pflege** für das Projekt zu gewinnen. Dessen Bedingung ist allerdings, dass es gelingt, **ambulant betreute Wohngruppen** zu etablieren. Hier wären theoretisch bis zu 24 Plätze möglich, was allerdings etwas hoch gegriffen erscheint; in Verhandlungen kommt man auf zwei Gruppen á acht Personen. Die Objekte werden so geplant, dass die Wohngruppen-Räumlichkeiten auch zu je drei Einzelwohnungen umgebaut werden können.

Schließlich sagen Stadtverwaltung und Kreis zu, vor Ort selbst **Beratungen** anzubieten und hierfür kleinere Räumlichkeiten anzumieten. Die beteiligten Banken sichern zu, jeweils einmal wöchentlich mit der **„mobilen Banksprechstunde“** vorbeizuschauen.

Trotzdem ist es schwierig, die **Finanzierung** für das gesamte Vorhaben zusammenzubringen. Daher beschließt die Genossenschaft, eine **Entwicklung in Bauabschnitten**; zunächst soll mit dem Bau der Wohngruppen und eines Teils der Geschosswohnungen begonnen werden. Hierfür können sich Interessierte melden und Mitglied der Genossenschaft werden.

In diesem Moment kommt für die Interessierten auch das Thema der **Zukunft der eigenen Immobilie** wieder zum Tragen. Dazu haben sich die Stadtverwaltung (Planen/Bauen), die örtlichen Banken und die Wohnungsbaugenossenschaft ein gemeinsames Beratungskonzept überlegt. Die Stadt sieht ohnehin Bedarf für die Ausweisung von Wohnungsbauflächen für Familien, hat hierzu allerdings kaum noch durch den Regionalplan gesicherte Möglichkeiten. Insofern schlägt sie vor, begleitend zu dem Bauprojekt ein Projekt nach dem Muster **„Jung-kauft-alt“** aufzulegen. Konkret gewährt sie, wie auch im Vorbild Hiddenhausen, unter bestimmten Voraussetzungen die Übernahme von Kosten für Gutachterinnen bzw. Gutachter. Parallel legen die beiden örtlichen Kreditinstitute ein doppelt attraktives Finanzierungsangebot auf. Sie sichern den Käuferinnen und Käufern entsprechender Immobilien attraktive Konditionen zu, wenn diese zustimmen, dass die Banken die Vermarktung der Immobilien

durchführen können. Die Verkäuferinnen und Verkäufer der Alt-Immobilien profitieren auch, weil sie gleichzeitig einen gesicherten Platz auf der Liste für das Projekt bekommen.

Zudem haben Stadt und Genossenschaft eine **gemeinsame Handwerkerplattform** aufgelegt. Letztlich ist es eine Erweiterung des bei der Genossenschaft bereits bestehenden „Einheitspreisabkommens“ mit vielen Handwerksbetrieben auf Objekte außerhalb des eigenen Bestands; d. h. die örtlichen Handwerksbetriebe verschiedener Gewerke wurden gezielt zur Kooperation angeregt (alle wurden angeschrieben und eingeladen, sich zu beteiligen) und legen auf Wunsch der (neuen) Eigentümerinnen und Eigentümer von Immobilien ein gemeinsames Angebot vor bzw. sichern zu, dass die Umsetzung vor Ort „Hand-in-Hand“ geht – für viele Neueigentümerinnen und Neueigentümer ist das der ausschlaggebende Punkt. Die Menschen müssen sich somit nicht in einer fremden Umgebung mit ihnen unbekannten Firmen etc. auseinandersetzen. Genossenschaft, Banken und Stadt (ko-) finanzieren zudem einen **ansässigen Architekten** über **„Beratungsgutscheine“** mit der Koordination; ein weiterer Teil der Finanzierung dieser Koordinationsleistung erfolgt über eine Solidaritätsbeteiligung der Handwerkerschaft (allerdings unabhängig von den einzelnen Vergabeleistungen; hiermit soll vermieden werden, dass Wettbewerb untergraben wird).

Auf Vorschlag des Sozialamtes wird in der **Kreditvergabe** an Neu-Eigentümerinnen und Neu-Eigentümer ein **Kinderbonus** integriert; d. h. kinderreiche Familien, die ansonsten möglicherweise größere Schwierigkeiten haben, an Kredite zu kommen (z. B., weil nur ein Einkommen zur Verfügung steht), können diese Nachteile zum Teil ausgleichen. Finanziert wird dieser Kinderbonus von den Banken selbst, da sie Interesse an der Gewinnung von Neukundinnen und Neukunden haben, sowie durch einen Zuschuss in Höhe von 5.000 Euro pro Kind in den Kredit, der als Tilgungsnachlass durch die Bank gewährt wird.

Auf Anregung des örtlichen Vereins wird eine **gemeinsame Web-Präsenz** aufgelegt, auf der die Angebote zusammengestellt werden. Sowohl im Verein, bei der Genossenschaft, den Banken und auch bei der Kommune sind **konkrete Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner** benannt, die über das gesamte Spektrum der Leistungen informieren können und über die Informationen z. B. zu verfügbaren Objekten im Bestand wie im Neubau Auskunft geben können. Sie schließen mit Interessentinnen und Interessenten einen Interessenbekundungs-Vorvertrag ab (zwischen Verein und Interessentin oder Interessent), der zunächst keine dauerhafte Verpflichtung entfaltet außer der Zusicherung der Interessentinnen und Interessenten, die erforderlichen Unterlagen für eine Bewerbung binnen einer bestimmten Frist beizubringen und der Zusicherung der Umsetzungspartnerinnen und -partner, die Interessentinnen und Interessenten für eine bestimmte Zeit auf die Liste der Interessierten einzutragen.

Ergebnis

Nach einer Vorlauf- und Planungszeit von zwei Jahren startet der Bau der Wohnungen mit dem ersten Spatenstich; parallel konnten bereits acht „Jung-kauft-Alt“ Verträge geschlossen werden. Weitere sechs Wohnungen im ersten Bauabschnitt stehen zur Verfügung, davon sind allerdings drei öffentlich gefördert und stehen dem Jung-kauft-Alt-Tauschprogramm nicht zur Verfügung. Die Genossenschaft kalkuliert mit einer Vorvermietungsquote von 100% auf alle nicht-öffentlich geförderten Wohnungen.

Mittlerweile ist es gelungen, die Ärztin und einen Physio-Therapeuten zu gewinnen, Praxisräume im Erdgeschoss wechselseitig zu bespielen. Auch hierzu liegen Mietverträge vor; über das Kreissozialamt gelang es, eine Grundausstattungsförderung für die Praxisräume sicherzustellen. Die Räume werden durch die Kommune zu einem festen Staffelmietsatz für zehn Jahre angemietet (mit Option auf Verlängerung), es erfolgt eine Untervermietung an die Ärztin und den Therapeuten; damit ist das Risiko für die Genossenschaft überschaubar.

Insgesamt ist damit (und mit den Räumen für den Pflegedienst) das Potenzial für gewerbliche Nutzungen allerdings ausgeschöpft, sodass die Wohnungsbaugenossenschaft den Anteil gewerblicher Nutzungen im Bestand möglichst geringhält, um steuerschädliche Auswirkungen für den Gesamtbestand zu vermeiden. Auch für den Gemeinschaftsraum gibt es eine Lösung: Der Verein sichert zu, sich um eine Betreuung und „Bespielung" zu kümmern, im Gegenzug entfällt eine Kaltmiete. Lediglich die Betriebskosten müssen durch den Verein getragen werden. Dies ist über die Mitgliedsbeiträge sowie Spenden an den Verein möglich.

Aufgrund dieser Voraussetzungen ist die Planung für den zweiten Bauabschnitt vorangetrieben worden; es ist geplant, etwa 1,5 Jahre nach dem Start auch den zweiten Abschnitt mit weiteren Wohnungen und den Praxis- bzw. Gemeinschaftsräumen voranzutreiben, um somit auch weitere Wohnungen für das Jung-kauft-Alt-Tauschprogramm vorhalten zu können.

Im Ergebnis ist es gelungen…

- …Menschen in „Empty-Nest-Immobilien" eine Perspektive für die Zukunft zu eröffnen, die auch wirtschaftlich interessant ist, ,
- …Menschen den Verbleib im Ort zu ermöglichen,
- …die lokale Infrastruktur (Pflege, medizinische Versorgung, Beratung, Banksprechstunden etc.) zu verbessern,
- …das lokale Handwerk zu fördern,
- …den Schrumpfungstrend aufzuhalten bzw. zu vermeiden.

6 Lösungsansätze und Beispiele

Der Umgang mit den Herausforderungen einer nicht mehr flächendeckenden Daseins- und Gesundheitsvorsorge hat in der Vergangenheit in OWL aber auch in anderen Regionen zu zahlreichen Handlungsansätzen und vielfältigen, teils bemerkenswerten Projekten geführt – auch über die in den drei Szenarien geschilderten Ansätze hinaus. Viele dieser Projekte werden im weiteren Verlauf beispielhaft vorgestellt. Klar ist auch, dass es kein „Allheilmittel" gibt; es wird kaum gelingen, eine bestimmte Strategie oder einige wenige Projekte zu identifizieren, die garantiert gelingen – dazu ist die Ausgangslage in den Kommunen selbst innerhalb einheitlicher Typologien (vgl. Kap. 3.1) viel zu heterogen und zu komplex. So können z. B. die demografischen Bedarfe und Prognosen voneinander abweichen; die Ausstattung der örtlichen Kommune mit finanziellen oder personellen Ressourcen kann unterschiedlich sein ebenso wie der Zugang zu Förderprogrammen (z. B. im Zuge der Städtebauförderung). Auch die Landschaft möglicher ansprechbarer und einzubindenden Akteure sowie deren strategische und personelle Ausstattung weichen vielerorts deutlich voneinander ab.

Dennoch haben sich in den Recherchen zu den Projekten, in Expertinnen- und Expertengesprächen sowie auch in der Diskussion mit dem Beirat einige Prinzipien oder grundlegende Herangehensweisen bzw. Strategien herausgestellt, die in vielen der betrachteten Projekte auf die eine oder andere Weise eine Rolle spielten:

- Bedarfsscreening und Offenheit schaffen
- Gemeinsame Vorwärtsgeschichte und Geschichtenerzählerinnen und -erzähler finden
- Koordination ist alles – ohne Koordination ist alles nichts

- Netzwerke zur Überwindung von Sektorengrenzen
- Mixed-Use statt Monokultur schafft Raum für viele Nutzerinnen und Nutzer
- Wohnen und Versorgung zusammen denken
- Digitale Tools für analoge Wirkung

Diese Leitlinien können nur einen Ausschnitt darstellen, der sich umfangreich weiter ergänzen lässt. Je nach Situation und Projekt sind auch nicht alle Leitlinien gleich wichtig; ebenso gilt, dass viele tatsächlich umgesetzte Projekte mehrere dieser Leitlinien berücksichtigt haben. Auf den folgenden Seiten werden die identifizierten Leitlinien skizziert, die bei der Ausarbeitung und Anpassung von Projekten hilfreich sein können. Sie werden ergänzt durch gelungene Projekte aus OWL sowie Next-Practice-Projekten auch aus anderen Regionen, bei denen dieser Aspekt (ggf. neben anderen) besonders deutlich hervortrat.

6.1 Bedarfsscreening und Offenheit schaffen

Wie eingangs dargestellt sind die Bedarfe kleinräumig höchst heterogen. Nicht überall fehlen die gleichen Bausteine einer integrierten Daseinsvorsorge. Mancherorts fehlen Hausärztinnen oder Hausärzte oder der Zugang zu Fachärztinnen bzw. Fachärzten ist erschwert, andernorts sind es möglicherweise Dienstleistungen oder Beratungen, die für die Menschen vor Ort nicht unmittelbar zu erreichen sind. So wie es nicht das „Standard-Problem“ gibt, existiert auch nicht die „Standard-Lösung“ für alle Regionen und Gemeinden.

Für die Kommunen und weitere beteiligte Akteure bedeutet dies zunächst, dass sie sich der konkreten lokalen Defizite und der jeweiligen Bedarfssituation bewusst werden müssen. Eine kleinteilige und aktuelle Analyse der Vor-Ort-Situation ist zwingend notwendig, um Umfang und Qualität des Angebots abschätzen zu können, wie auch um die Bedarfe näher beschreiben zu können. Insbesondere hierzu empfiehlt sich eine frühzeitige Einbindung von Expertinnen und Experten aber auch Bürgerinnen und Bürgern – beispielsweise in lokalen Zukunftswerkstätten, in Praxisworkshops und/oder über Befragungen.

Grundlage aller konzeptioneller Planung sollte eine sorgfältige Analyse von Angeboten und Bedarfen sein; über die Ergebnisse sollte innerhalb der Kommune und auch zwischen den Akteuren Klarheit bestehen. Solche Analysen können selbst – z. B. von den Kommunen – durchgeführt oder auch z. B. im Rahmen von lokalen Handlungskonzepten Wohnen oder Demografieentwicklungskonzepten beauftragt werden. Neben der Recherche von Angeboten sollten empirische Erhebungen (z. B. über Befragungen) und auch qualitative Bausteine, wie z. B. Bürgerinnen- und Bürgerwerkstätten Bestandteil dieser Analysen sein.

6.1.1 Vital.Lokal: Gesundheitsperspektiven für Quartiere

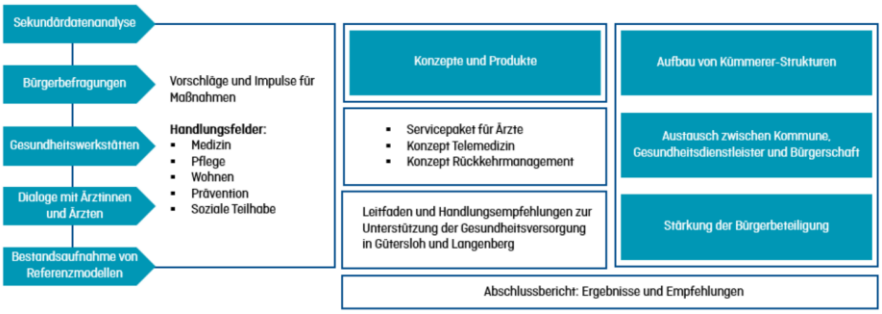
Name	Vital.Lokal
Ort(e)	• Gütersloh-Blankenhagen • Langenberg
Trägerstruktur	• Stadt Gütersloh, Gemeinde Blankenhagen • ZIG.OWL, IAT, InWIS (als betreibendes Konsortium)
Durchführung	• 2019-2021
Dimension	• Kleinteilige Vor-Ort-Analyse in zwei Gemeinden/Ortsteilen
Kontakt	• https://www.zig-owl.de/projekte/detail/vitallokal.html

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die Kommunen Gütersloh und Langenberg haben im Laufe des Jahres 2019 ein Konsortium aus Forschungs- und Beratungseinrichtungen damit beauftragt, für den Ortsteil Gütersloh-Blankenhagen sowie das Gemeindegebiet Langenhagen eine kleinteilige Analyse und Bedarfsermittlung umzusetzen. Ausgangspunkt war die Feststellung, dass es sowohl in dem Stadtteil Blankenhagen als auch in der ländlich gelegenen Gemeinde Langenberg möglicherweise zu Schwierigkeiten bei der Aufrechterhaltung einer medizinischen bzw. gesundheitlichen Infrastruktur kommen könnte. In Gütersloh-Blankenhagen, einer Neubausiedlung der 1960er-Jahre mit den üblichen städtebaulichen Herausforderungen sowie der sich verändernden demografischen Entwicklung nach dem Abzug der britischen Streitkräfte, wurde auch aufgrund der unzureichenden Anbindung an die Gütersloher Kernstadt eine strukturelle Unterversorgung festgestellt. Auch in Langenberg gab es entsprechende Erkenntnisse.

Projektumsetzung

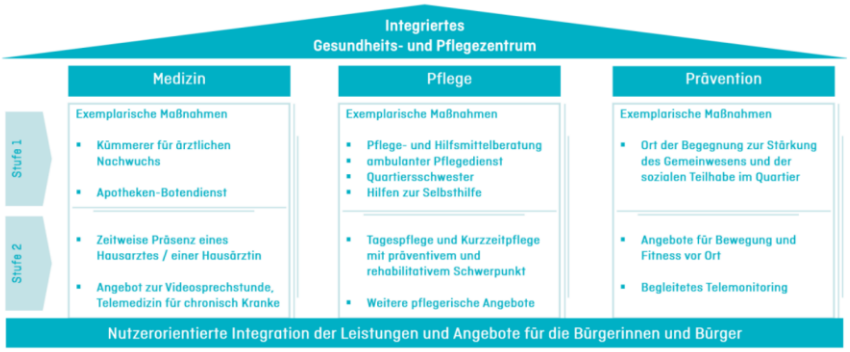
Abbildung 6: Aufbau des Projektes „Vital.Lokal" für Gütersloh und Langenberg



Quelle: ZIG OWL et al. (2021): Leitfaden Vital.Lokal, S. 10

Das Projekt kombinierte zahlreiche methodische Ansätze von der Sekundärdatenanalyse über Befragungen und Werkstätten bis zum Dialog mit örtlichen Akteuren. Im Ergebnis wurden verschiedene Lösungsansätze vorgeschlagen – u. a. ein integriertes Gesundheits- und Pflegezentrum (für Blankenhagen) oder die Etablierung altersgerechter Wohnformen, Kümmererstrukturen etc.

Abbildung 7: Beispiel für ein integriertes Gesundheits- und Pflegezentrum (Aufbau)



Quelle: ZIG OWL et al. (2021): Leitfaden Vital.Lokal, S. 12

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Das Projekt hat deutlich veranschaulicht, wie **komplex eine dezidierte Bedarfsanalyse** vor Ort sein kann, wenn man die vielfältigen Themenstränge bearbeiten will. Die beteiligten Kommunen erhielten teils **kleinteilige und kleinräumige Handlungsempfehlungen** zur Weiterentwicklung der Versorgungssituation in den Ortsteilen und können diese nun angehen.

6.1.2 Zukunftswerkstatt Hamminkeln-Mehrhoog: Neue Ziele für einen Ortsteil mit Herausforderungen

Name	Zukunftswerkstatt Hamminkeln-Mehrhog
Ort(e)	• Hamminkeln, Ortsteil Mehrhoog
Trägerstruktur	• Stadt Hamminkeln, InWIS (Auftragnehmer)
Durchführung	• 2020-2021
Dimension	• Umfangreiche Zukunftswerkstatt in einem Ortsteil
Kontakt	• https://www.lokalkompass.de/hamminkeln/c-wirtschaft/viele-teilnehmer-mobilisieren-fuer-die-zukunftswerkstatt-in-mehrhoog_a1305087

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Der Ortsteil Mehrhoog liegt im Westen Hamminkelns in der Nähe des Niederrheins. Aus historischen Gründen ist der Ortsteil insbesondere durch die ihn zerschneidende Bahntrasse geprägt, die zurzeit für den internationalen Güterverkehr ausgebaut wird. Im Zusammenhang mit den dafür erforderlichen Bauarbeiten entstand eine Bewegung im „Dorf“ Mehrhoog, die sich mit dieser Trasse und den zu erwartenden Belastungen sowie mit der Zukunft des Ortes insgesamt auseinandersetzte. Die Stadt Hamminkeln wollte diese Ideen aufgreifen und kanalisieren sowie in einem Prozess nutzbar machen; langfristiges Ziel könnte u. a. die Beantragung von Fördermitteln für die Durchführung notwendiger Entwicklungsmaßnahmen sein.

Projektumsetzung

Dazu wurde eine umfangreiche Zukunftswerkstatt mit interessierten Bürgerinnen und Bürgern durchgeführt. Die Einladung wurde breit gestreut; schon im Vorfeld wurden die Bürgerinnen und Bürger am örtlichen Supermarkt durch Handzettel informiert und die

Moderatorinnen und Moderatoren standen für Gespräche zur Verfügung. Dies geschah u. a. aufgrund einer Infrastrukturanalyse bzw. der Analyse sozialer Orte in Mehrhoog.

Abbildung 8: Beispiel für eine Infrastrukturanalyse: Mehrhoog

Vgl. InWIS (2022), auf Grundlage von RVR / Geoportal Ruhr (Luftbild 2020)

Ergänzend wurde eine Akteursanalyse durchgeführt, d. h. aufgrund von Interviews, Zeitungsberichten und eigener Recherchen wurden 23 Sport- und Kulturvereine, Initiativen, Schützengilden, Kirchengemeinden etc. identifiziert, die bzw. deren jeweilige Sprecherinnen und Sprecher gezielt über die Zukunftswerkstatt informiert und eingebunden wurden.

Abbildung 9: Durchführung der Zukunftswerkstatt: „Eimer-Methode“ in Mehrhoog

Quelle: InWIS

Während der Werkstatt wurden unterschiedliche Methoden kombiniert. Durch die Aufteilung an Thementische mit wechselnder Besetzung („World Café“) konnte gewährleistet werden, dass die Menschen sich in unterschiedliche Themen einbringen konnte. An den Thementischen wurde nach der „Kopfstand-Methode“ verfahren, d. h. die Bürgerinnen und Bürger waren zunächst dazu aufgefordert, sich einen möglichst schlechten Zustand vorzustellen und zu überlegen, wie man dorthin gelangen könnte, bevor die Ergebnisse dann „auf den Kopf gestellt“ und positiv gewandelt wurden. Teilanonymisiert konnten die Besucherinnen und Besucher sich zum Abschluss für die weitere Mitarbeit in verschiedenen Themengruppen anmelden; hierzu wurden die Eimer als Wahlurnen genutzt.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Aufgrund der Corona-Pandemie konnte der Prozess in den einzelnen Gruppen nicht so fortgesetzt werden wie ursprünglich geplant; dennoch nutzt die Stadt die Ergebnisse bis heute

und knüpft nun daran an, um mit den Interessierten konstruktiv an verschiedenen identifizierten Themen zu arbeiten. Der **umfangreiche Prozess,** der hier für die Beteiligung der Bürgerinnen und Bürger gewählt wurde, ist beispielgebend und lässt sich womöglich kaum in allen Ortsteilen einer Gemeinde in gleichem Umfang und Intensität umsetzen. Dennoch zeigen sich hier auch die Grenzen von Beteiligung – schwerwiegende „Störungen", wie in diesem Fall die Lärmemissionen der Bahnlinie – lassen sich nicht „wegbeteiligen". Trotzdem kann ein entsprechender Prozess dazu führen, die Bedarfslage zu sondieren und zu sortieren, um auf dieser Grundlage mit den Menschen Anknüpfungspunkte zu finden, wo die **Lebensqualität** tatsächlich konkret positiv beeinflusst werden kann.

6.2 Eine gemeinsame Vorwärtsgeschichte sowie Geschichtenerzählerinnen und -erzähler finden!

Die Schaffung und Sicherung vernetzter, lokaler Strukturen und Projekte zur Stabilisierung der lokalen Daseinsvorsorge sind vielfach sowohl was die inhaltliche Ausrichtung der Projekte angeht als auch bezogen auf den einzubindenden Akteurshorizont komplex. Umso wichtiger ist es, alle Beteiligten mitzunehmen. Empirische Verlaufsstudien über die Durchsetzung von Innovationen in Kommunen verweisen in diesem Kontext auch auf die Bedeutung von gemeinsam geteilten lokalen Erzählungen bzw. **Narrativen**.

> *„Nur wenn die kommunikativen Mechanismen genutzt werden und die „gute Geschichte" über Innovation mit einem lokal vorherrschenden Erzählmuster verbunden werden kann, wird eine strategische und praktische Veränderung möglich. Dann können lokale Akteure davon überzeugt werden, dieser neuen Erzählung darüber zu folgen, wie man in einem bestimmten lokalen Kontext innovativ sein kann" (Heinelt/Terizakis 2021: 49)*

Diese Erkenntnis wird auch in der Praxis von der politisch-administrativen Führung wahrgenommen und treffend kommentiert:

> *„Wo alte Bilder dominieren, bleibt man oft auch bei alter Politik, alter Macht, während anderswo neue Kräfte nachgefragt und dezentral zur Entfaltung gebracht werden" (Vogel 2021: 393 f.).*

Der Hinweis auf die „neuen Kräfte" zeigt, dass es eine anstrengend sein kann, dieses Narrativ zu finden und – ist es einmal etabliert – konkrete Handlungsansätze zu definieren. Hierfür braucht es Personen, die als Treiberin oder Motivator, Ideengeberin und Moderator den Prozess an sich nehmen, sich mit der Idee gemein machen und eigene Kraft einbringen, um das Projekt zum Erfolg zu führen. In praktisch allen Projekten, die in diesem Werk betrachtet wurden, gab es jedenfalls über eine Zeit hinweg solche Personen. Das können Privatleute sein, Ärztinnen oder Ärzte (ggf. im Ruhestand), Fachleute aus der Verwaltung, Vertreterinnen und Vertreter lokaler Gesundheitsakteure u. v. m. Oftmals treten sie auch dann, wenn ein Projekt bereits etabliert ist, noch als „Graue Eminenz" im Hintergrund auf; Ziel ist es in vielen Fällen allerdings, das umfangreiche Engagement einzelner Personen, das diese meist gar nicht über längere Zeit aufrechterhalten können, in eine gemeinschaftlich getragene Struktur zu übertragen (z. B. in einen Verein, eine Genossenschaft oder auch eine GmbH) – das Engagement also zu institutionalisieren. Bis dahin kann es ein langer Weg sein, weshalb die Einzelkämpferinnen und -kämpfer, so sie einmal gefunden sind, Unterstützung und Wohlwollen von Akteuren, Politik und Verwaltung am Ort und in der Region benötigen.

Komplexe Projekte der neuen Daseinsvorsorge haben nur dann eine Chance, wenn es auf der einen Seite ein gemeinsam getragenes Narrativ, ein Vorwärts- oder Wunschbild gibt, das möglichst viele beteiligte oder auch profitierende Personen teilen. Regionale Akteure tun gut

daran, diese Narrative zu erkennen und aufzunehmen sowie die Botschafterinnen und Botschafter, die es tragen, zu unterstützen und zu motivieren.

6.2.1 Altwerden in Vrees – ein Dorf macht sich auf den Weg in die demografische Zukunft

Name	Altwerden in Vrees
Ort(e)	• Vrees (Samtgemeinde Werlte)
Trägerstruktur	• Gemeindeverwaltung, Bürgermeister
Gründung	• Seit Mitte der 1990er Jahre
Dimension	• Gemeinde Vrees
Kontakt	• https://www.demografie-portal.de/DE/Gute-Praxis/wir-fuer-euch-altwerden-in-vrees.html

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die Gemeinde Vrees mit ihren rund 1.800 Einwohnerinnen und Einwohnern liegt im Nordosten des Kreises Emsland, etwa 30 km südwestlich von Cloppenburg und ebenso weit nordöstlich von Meppen. Das Dorf als Teil der Samtgemeinde Werlte ist in den vergangenen Jahren noch stetig gewachsen, allerdings nahm die Zahl älterer Menschen im Zuge des demografischen Wandels deutlich zu. Aufgrund der geringen Größe und der großen Entfernung zu größeren Städten war schnell klar, dass es integrierter Lösungen bedurfte, um sich den Herausforderungen des demografischen Wandels zu stellen.

Projektumsetzung

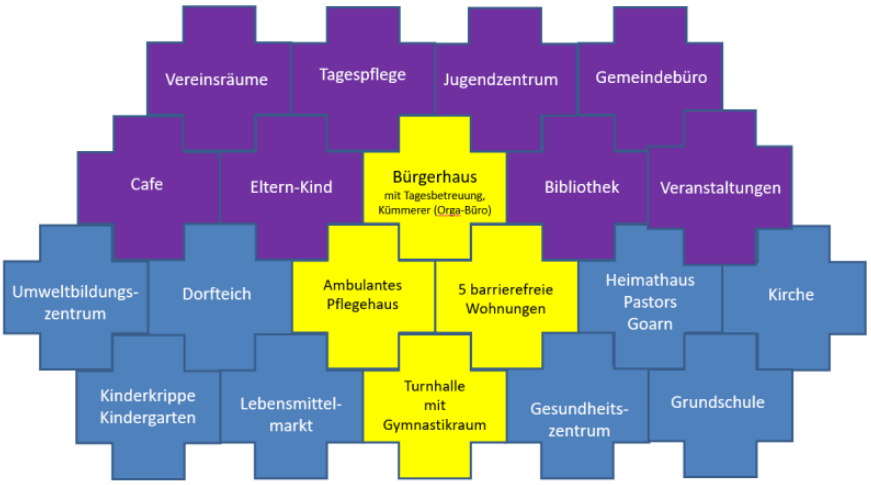
Ausgehend von Wettbewerben, bei denen Vrees erfolgreich abschneiden konnte (z. B. „Unser Dorf hat Zukunft“ des BMEL, 1995) etablierte die Gemeinde eine ganzheitlich angelegte Strategie der Sicherung lokaler Daseinsvorsorge.

Abbildung 10: Der Weg zu einem „Dorf mit Zukunft“ in Vrees

Quelle: Kleene H. (2022), Vortrag im Rahmen einer Veranstaltung im August 2022

Diesen Weg beschreitet die Gemeinde seitdem mit vielen kleineren und – gemessen an der Größe der Gemeinde – auch aufwändigeren Projekten, bei denen die Gemeinde entweder selbst als Akteur (z. B. Planerin bzw. Planer oder Bauherrin bzw. Bauherr) antritt oder auf entsprechende Partnerschaften setzt. Neben vielen flankierenden Maßnahmen umfasst das Vorhaben auch einige Bauvorhaben im Dorfkern, um dem strukturellen Mangel an für die geplanten Leistungsbausteine erforderlichen Immobilien begegnen zu können. Beispielsweise konnten so schon ein Bürgerhaus (2014), fünf barrierefreie Wohnungen mit digitaler Technik (2018), ein multifunktionaler Sport- und Spielraum (2019) und zuletzt ein ambulantes Pflegehaus (2021) fertiggestellt werden.

Abbildung 11: Baumaßnahmen und Wohnprojekte eingebettet in Akteurslandschaft und Infrastruktur



Quelle: Kleene, H. (2022), Vortrag im Rahmen einer Veranstaltung im August 2022

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Die Besonderheit des Ansatzes in Vrees ist, dass es eben gelungen ist, die unterschiedlichen Maßnahmen in eine gemeinsame Geschichte, in das Narrativ vom „Dorf mit Zukunft“

einzubetten. Die Maßnahmen trafen alle auf hohe Zustimmung und werden von der gesamten Dorfgemeinschaft mitgetragen.

Neben der Geschichte selbst ist es auch wichtig, eine **Geschichtenerzählerin oder einen Geschichtenerzähler** zu haben – der seit 1991 ehrenamtlich tätige Bürgermeister Heribert Kleene (CDU) hat diese Rolle geprägt. Ihm ist es nicht nur zu verdanken, dass die vielen Projekte und einzelnen Themen Gehör bei Samtgemeinde, Kreis und Land als möglichen Förderern fanden, sondern er stellte auch den Kontakt zwischen zahlreichen einzelnen Akteuren her und schaffte es immer wieder, die Dorfgemeinschaft in die Planungen zu integrieren und den konkreten Bedarf der Menschen im Dorf in die Planung einzubringen. Zudem gelang es ihm, den **gesamten Prozess über nunmehr dreißig Jahre strategisch aufeinander aufbauend zu gestalten** und doch immer wieder, so es nötig wurde, **an aktuelle Gegebenheiten anzupassen**. Die langfristige Zielorientierung bei gleichzeitig ausgeprägtem Pragmatismus sind Erfolgsfaktoren für das Projekt. Hinzu kommt, dass es über die Zeit gelungen ist, auch infolge der sichtbaren Erfolge des Projektes, mehr aktive Unterstützerinnen und Unterstützer zu gewinnen.

6.2.2 Bürgergenossenschaft Bocholt: Hilfe gemeinsam organisieren!

Name	Bürgergenossenschaft Bocholt
Ort(e)	• Stadt Bocholt, Westmünsterland
Trägerstruktur	• Genossenschaft
Gründung	• 2013/2015
Dimension	• Ca. 650 Mitglieder
Kontakt	• https://bocholter-bg.de/

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Ende 2013 gründeten Bocholter Bürgerinnen und Bürger die Bocholter Bürgergenossenschaft eG, die seit dem 1. August 2015 eigenständig ist. Sie ist anerkannte steuerbegünstigte Körperschaft und verfolgt gemeinnützige und mildtätige Zwecke; damit ist sie in der Lage, Spendenbescheinigungen auszustellen. Schon seit einiger Zeit hatten sich verschiedene Bürgerinnen und Bürger in Bocholt Gedanken darüber gemacht, wie man insbesondere Angebote für Seniorinnen und Senioren sowie Familien in Bocholt bündeln und die städtischen Leistungen ergänzen könnte. Ziel war es, den demografischen Wandel als Chance zu begreifen und durch die gezielte Aktivierung von Ehrenamt die unterschiedlichen gesellschaftlichen Gruppen in stärkeren Austausch zu bringen und einen Beitrag zur Sicherung von Lebensqualität zu bieten (vgl. https://bocholter-bg.de/).

Projektumsetzung

Die Gründung einer Genossenschaft wurde als eine Möglichkeit gesehen, die Akquisition und Organisation von Ehrenamt und die Abwicklung eines Leistungsbezugs umzusetzen und gleichzeitig eine nicht-gewinnorientierte Organisationsform zu finden. Bewusst hat man in der Satzung den Zweck der Genossenschaft sehr weit gefasst und auf die „Förderung der Alten- und Jugendhilfe“ bezogen. Konkret werden Personen gefördert, die…

- …aufgrund ihres körperlichen, geistigen oder seelischen Zustands auf die Hilfe anderer angewiesen sind oder
- …deren Bezüge nicht höher sind als das Vierfache des Regelsatzes der Sozialhilfe im Sinne des § 28 des SGB XII; bzw. bei Alleinstehenden oder Alleinerziehenden das Fünffache des Regelsatzes oder
- …die das 75. Lebensjahr vollendet haben (ohne Prüfung unterstützungsberechtigt).

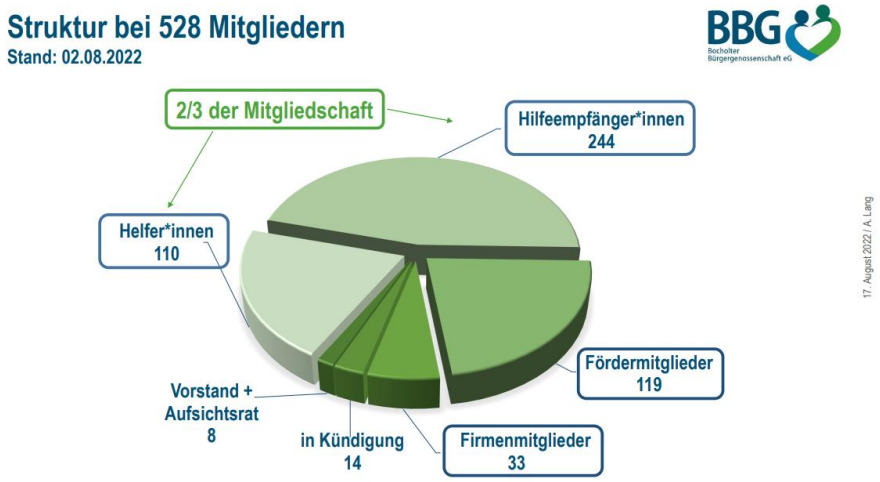
Einschränkend sind Personen ausgenommen, deren Vermögen (nicht Einkommen) als ausreichend gilt, um den Lebensunterhalt nachhaltig zu bestreiten (und man es ihnen auch zumuten kann, das Vermögen zu verwenden – also nicht z. B. ein eigenes Haus aufgegeben werden muss usw.).

Die Genossenschaft versteht sich aber weniger als „Anbieter“ von Leistungen, sondern eher als Plattform, um die Hilfe von Mensch zu Mensch zu organisieren. Hier besteht eine gewisse Ähnlichkeit zu Tauschringen und Sozialwährungsprojekten, wie es sie schon seit vielen Jahrzehnten gibt. Allerdings führt die hier gewählte genossenschaftliche Organisationsform einerseits zu einer größeren Ablauf- und Rechtssicherheit, zur Förderfähigkeit und auch zu einer „sauberen“ steuerlichen und juristischen Bewertung – die Genossenschaft ist als juristische Person handlungs- und vertragsfähig. Dies ist u. a. auch für den Abschluss von Versicherungen (für Fahrzeuge) wichtig.

Die Helferinnen und Helfer können die geleisteten Stunden auf einem Zeitkonto ansparen und sie bei Bedarf selbst in Anspruch nehmen. Für die Leistungen wird ein Satz von derzeit 8,00 Euro pro Stunde berechnet – sofern nicht die „angesparten“ Leistungen eingesetzt werden – wovon ein kleiner Teil (ca. 3,00 Euro) für die Verwaltung benötigt wird und ein Teil von 5,00 als Aufwandsentschädigung für die Helfenden vorgesehen ist (die diese aber wiederum „spenden“ können bzw. der eben „angespart“ wird).

Heute leistet die Genossenschaft mit über 500 Mitgliedern einen wichtigen Beitrag zur Sicherung der Versorgungs- und Lebensqualität in Bocholt. Fast ein Viertel sind „helfende“ Mitglieder, bieten also ihre Hilfe aktiv an; etwa die Hälfte sind Empfänger von Hilfeleistungen.

Abbildung 12: Struktur der Mitgliedschaften der BBG



Quelle: Lang, A. /Vortrag 22. August 2022

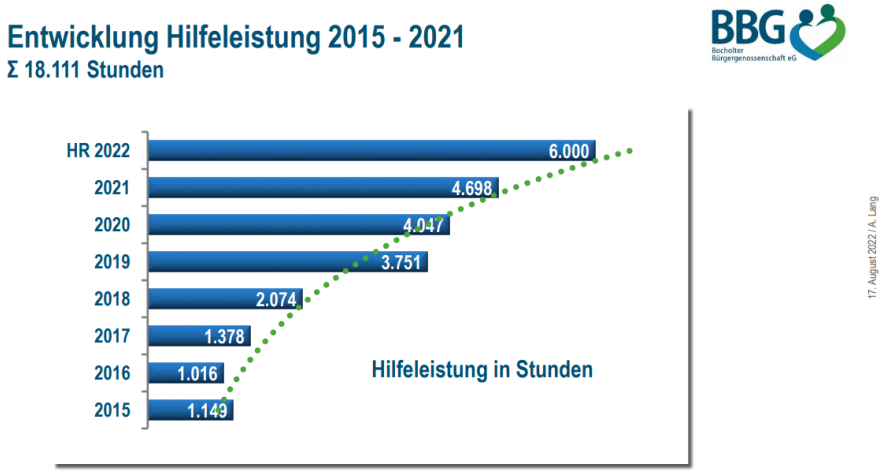
Zu den Leistungen gehören neben Angeboten der Freizeitgestaltung für Seniorinnen und Senioren sowie der Begleitung von Patientinnen und Patienten auch Einkaufsdienste,

Einkaufshilfen im Haushalt, die Haustierversorgung oder Garten- und Grabpflege, aber auch Kinderbetreuung oder handwerkliche Dienste (vgl. Vortrag A. Lang, 22.08.2022).

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Die Finanzierung der Genossenschaft insgesamt gelingt auch, weil Sponsorinnen bzw. Sponsoren (insbes. die örtliche Sparkasse und die Genossenschaftsbank) unterstützen. Zudem wird ein (geringer) Mitgliedsbeitrag von 12 Euro pro Jahr von allen Mitgliedern erhoben. Für die Gründungsphase ist es gelungen, Fördermittel des Landes (konkret aus dem Landesförderplan Alter und Pflege) zu beantragen, um die umfangreichen Vorarbeiten fachlich unterstützen und organisieren zu können. Viele bürgerschaftliche Aktionen vor Ort weisen darauf hin, wie die Corona-Krise als „**Katalysator**“ für eine Revitalisierung der Daseinsvorsorge sorgte. Manche der solidarischen Aktivitäten in der Nachbarschaft und darüber hinaus sind zwar schon wieder ein wenig verblasst, dennoch haben sie einen Schub nach vorne gebracht; von einem reinen „Nischen-Ansatz“ sind entsprechende Modelle zur anerkannten Normalität geworden, sofern es gelingt, sie entsprechend umzusetzen.

Abbildung 13: Entwicklung der Hilfeleistung in der BBG



Quelle: Lang, A., Vortrag 22. August 2022

Für das Gelingen der Bürgergenossenschaft in Bocholt waren verschiedene Aspekte von besonderer Bedeutung. Zum einen war dies von vornherein eine Etablierung des Vorhabens in lokal anerkannten Netzwerken. Die Initiatorinnen und Initiatoren, namentlich auch der Mitgründer Herr Lang, waren und/oder sind in lokal sehr bedeutenden Unternehmen und Institutionen tätig (gewesen) und verfügten damit über **ein hohes Maß an Anerkennung** und vielfältige **Netzwerke in Politik und Akteurslandschaft**. Der Ansatz wurde zudem von vornherein so gewählt, dass (auch) institutionelle Partner gewonnen werden konnten, um eine Grundfinanzierung der Idee zu sichern. Ähnlich wie in vielen anderen Projekten gab es auch hier die **engagierten Personen**, die als wesentliche Treiber des Vorhabens immer wieder für neuen Schwung gesorgt haben und viel Zeit und (unbezahlte) Arbeit in dieses Projekt gesteckt haben. Zudem ist es – auch aufgrund der beruflichen Vorkenntnisse der Treiber-Personen – gelungen, das Projekt schnell mit der notwendigen **fachlichen Expertise** zu unterfüttern. Dies war nicht zuletzt für die **Akquisition von Fördermitteln** unabdingbar.

6.3 Koordination ist alles – ohne Koordination ist alles nichts!

In OWL läuft eine Debatte, wie die hausärztliche Versorgung gesichert werden kann und es gibt wie auch in anderen Regionen Förderprogramme (z. T. mit der Kassenärztlichen Vereinigungen Westfalen-Lippe). Insbesondere in Kommunen, wo die Versorgungsabdeckung jetzt schon unter 80 % liegt, bemüht man sich gezielt um junge Medizinerinnen und Mediziner

zur Fortführung der Hausarztpraxen (etwa mit dem Programm „Kreis Herford sucht Hausarzt: Mit Praxis zur Praxis“). Mittelfristig soll die Universität Bielefeld mit eigener medizinischer Fakultät OWL und einem Modellstudiengang den „Klebeeffekt“ nutzen und mehr Studierende in der Region halten. Die medizinische Daseinsvorsorge wird aber wohl erst dann zukunftsfest sein, wenn sie auch neue **teambasierte Arbeitsformen** fördert und diese **modernen Primärversorgungformen in der Kommune** auch narrativ verankert. Dazu gehört auch die bessere Vernetzung der verschiedenen lokalen Akteure im Feld Gesundheit und Pflege vor Ort, um eine patientenorientierte und koordinierte Versorgung zu gewährleisten.

Die Koordination der verschiedenen Angebote ist umso wichtiger, als in Deutschland in der sozialen und gesundheitlichen Daseinsvorsorge ein **Spezifikum** in Form des **„Wohlfahrtspluralismus“** besteht. Konkret bedeutet dies eine starke Stellung der Wohlfahrtsverbände, die einen öffentlichen Status erlangt haben und auf lokaler Ebene vielfältige soziale Dienste anbieten und auch ehrenamtliches Engagement (allerdings zurückgehend) bündeln. Rund drei Viertel der sozialen Dienste in Deutschland werden von gemeinnützigen Organisationen wie den Wohlfahrtsverbänden angeboten. In den letzten Jahren hat sich die Angebotsstruktur weiter **pluralisiert** und es sind Social-Entrepreneurship-Projekte hinzugekommen. Insgesamt dürften derzeit hierzulande in Non-Profit-Organisationen etwa 3,7 Millionen Beschäftigte tätig sein (mit weiterwachsender Dynamik), was nachdrücklich auf die Bedeutung dieses Sektors hinweist (vgl. Obuch/Grabbe 2019 und Heinze 2020) und in die politischen Debatten zur Daseinsvorsorge einfließen sollte.

Die Angebote zur Verbesserung der hausärztlichen Versorgung leben davon, dass sie in die lokale Akteurslandschaft eingebettet sind und dieser nicht entgegenstehen. Es muss darum gehen, die vorhandenen Anbieterinnen und Anbieter einzubeziehen, sie am Aufbau von Strukturen zu beteiligen und in der Verantwortung zu belassen. Gleichzeitig bedarf es häufig einer ergänzenden Moderation zwischen den lokalen Beteiligten sowie zwischen Kammern, Kostenträgern und Kommunen. Voraussetzung ist, dass die Beteiligten sich auf gemeinsame Ziele verständigen und den Weg dorthin operationalisiert beschreiben.

6.3.1 PORT-Zentrum Brüggen/Robert Bosch Stiftung

Name	Port Zentrum/Hausarztzentrum Brüggen
Ort(e)	• Brüggen/Schwalm-Nette
Trägerstruktur	• Praxisgemeinschaft
Gründung	• 2018
Dimension	• z. Zt. acht Ärztinnen und Ärzte, 39 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vier Standorte
Kontakt	• https://hausarztzentrum-brueggen.de/

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Angeregt durch die Robert Bosch Stiftung ist in das Konzept der Patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung entwickelt worden mit dem Ziel, an den lokalen Bedarf angepasste Versorgungsleistungen dort zu erbringen, wo sie benötigt werden. Die PORT-Zentren sind auf den regionalen Bedarf abgestimmt, bieten eine patientenzentrierte, koordinierte, kontinuierliche Versorgung „aus einer Hand“ und unterstützen Patientinnen und

Patienten im Umgang mit ihrer Krankheit. Dazu setzen sie auf multiprofessionelle Teamarbeit auf Augenhöhe, Digitalisierungspotenziale und die Verknüpfung und kommunale Einbindung von Prävention, Gesundheitsförderung und medizinisch-pflegerischer Versorgung (vgl. Klapper 2018: 47). Die Stiftung fördert den Aufbau der Zentren (supPort) durch Vernetzungstreffen, die Teilnahme an Fachtagungen, Expertenberatungen, Studienreisen u.v.m.

Projektumsetzung

Eines von 13 Zentren nach diesem Modell in Deutschland ist in NRW – das Hausärztezentrum Brüggen. Dort entsteht das Port-Zentrum im Kern aus einer Hausarzt-Gemeinschaftspraxis, in der seit bereits 20 Jahren verstärkt ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsleistungen gemeinsam angeboten werden. Später wurde das MVZ Schwalm-Nette gegründet, das diese Praxis und drei weitere an unterschiedlichen Standorten zusammenfasst. Nun soll ein Port-Zentrum aufgesetzt werden, um die Patientenorientierung weiter zu verbessern.

Das Team ist gemischt; neben einigen Ärzten und Ärztinnen (Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin, Palliativmedizinerinnen und -mediziner, Diabetologen u.v.m.) arbeiten im Zentrum z. B. Fachkräfte aus der Krankenpflege sowie der sozialen Arbeit bzw. dem Case-Management.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

So gelingt es, die medizinisch-pflegerische Ausrichtung um die gesellschaftlichen Bezüge von Gesundheit und Pflege zu erweitern. Hierzu ist der Robert Bosch Stiftung zufolge ein aktives Vorgehen und Unterstützung der kommunalen Entscheidungsträger erforderlich:

> *„[…] beispielsweise durch eine kooperative Ausrichtung kommunaler Hilfs- und Beratungsangebote, eine Öffnung von Kindertagesstätten für Zentrumsangebote zur Gesundheitsförderung, eine intensivierte Zusammenarbeit mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine [verbesserte Erreichbarkeit durch die] Ausgestaltung der Angebote des öffentlichen Personennahverkehrs […].“ (Robert Bosch Stiftung 2021: 72)*

Die PORT-Projekte auf Grundlage der Skizze, die von der Robert Bosch Stiftung erarbeitet wurde, zeichnen sich durch ihre strukturierte Vorgehensweise aus. Offenbar ist es hier gelungen, die relativ **komplexe Struktur eines MVZ so zu operationalisieren**, dass nicht nur Ärztinnen und Ärzte, sondern auch andere Beteiligte die Vorteile des Modells verstehen und für sich nutzen können. Dennoch, das zeigen auch die Erfahrungen mit PORT, ist dies **kein Selbstläufer**. Es bedarfnach wie vor einer **intensiven Motivations- und Gewinnungsphase** in den Kommunen, auch die Anlaufphase braucht noch Begleitung und Unterstützung. Hier kommen somit ähnliche Mechanismen zum Tragen, wie sie auch in anderen Modellen benötigt werden.

6.3.2 „guLIP“ – Gesundes Land Lippe – Ein Modell zur Unterstützung der Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum

Name	guLIP – Gesundes Land Lippe
Ort(e)	• Kreis Lippe
Trägerstruktur	• Kreis Lippe, Klinikum Lippe
Durchführung	• Ab 2019
Dimension	• Oerlinghausen, Lüdge und Bad Salzuflen (geplant)
Kontakt	• https://www.kreis-lippe.de/kreis-lippe/verwaltung-und-service/themen-und-projekte/soziales-und-integration/gesundes-land-lippe-gulip-gesundheitszentren.php

Ausgangslage und Rahmenbedingungen[6]

Mit guLIP – gesundes Land Lippe gestaltet der Kreis Lippe ein zukunftsweisendes Modell für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Zielsetzung ist die Unterstützung der Gesundheitsversorgung durch Auf- und Ausbau von gesundheitsbezogenen Beratungs- und Präventionsangeboten. Ergänzt wird dies durch eine organisatorische Anbindung an die Aufgaben des ÖGD (Öffentlichen Gesundheitsdienstes des Kreises Lippe). Der ÖGD nimmt im Rahmen der Daseinsvorsorge öffentliche Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung wahr, ist zivilgesellschaftlich orientiert und partnerschaftlich mit vielen Akteuren verbunden (alternativ: vernetzt).

„guLIP“ integriert in jedes Gesundheitszentrum ein Patienteninformationszentrum (PIZ), an welches die umgebenen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und ihre Patientinnen und Patienten mit einer gesicherten Diagnose verweisen können. Dort werden die Ratsuchenden und deren Angehörige bei der Informationssuche in seriösen Quellen unterstützt. Sie erhalten qualifizierte Beratung und Hilfestellung bei der Neuordnung ihrer persönlichen Situation, beispielsweise bei Antragstellungen oder psychischer Belastung. Auch können sie dort an spezifischen Selbsthilfegruppen, Angeboten für den Erwerb von Digital-, Gesundheits- und Pflegekompetenzen sowie an Präventions- oder Edukationsangeboten teilnehmen. Medizinische Behandlung, medizinische Beratung oder Heilplanung findet weiterhin außerhalb des Gesundheitszentrums in ärztlichen Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren statt. Ein Arzt oder eine Ärztin kann bedarfsweise an die Gesundheitszentren verweisen, welche ihn um die soziale Sorge und Beratung seiner Patienten entlasten können. Auf diese Weise werden zum einen zeitliche Ressourcen auf ärztlicher Seite frei. Zum anderen werden auch gleich die flankierenden kommunalen und sozialen Hilfesysteme und -strukturen miteinbezogen, so dass Versorgungsbrüche an diesen Übergängen vermieden werden können.

Zukünftig sollen auch die Potenziale der Digitalisierung für die neuen Versorgungsansätze eingesetzt werden. Digital unterstützende Technologien in Medizin und Pflege werden in die Lebens- und Arbeitswelten gebracht und sollen Pflegebedürftigen, deren Angehörigen sowie Fachkräften aus Medizin und Pflege die Zusammenarbeit und gemeinsame Versorgung

[6] Der vorliegende Text zu diesem Projekt wurde gemeinsam mit Marianne Petersmeier, Kreis Lippe erarbeitet.

erleichtern. Diese und weitere Ausbaustufen, beispielsweise die Einbindung von E-Health-Komponenten, telemedizinischen Angeboten oder der Einsatz von Patientenlotsen und Community Health Nurses, werden in den kommenden Jahren sukzessive erfolgen können, da hier in großen Teilen Kompetenzen und Finanzierungen sowohl in und mit den Verbänden, als auch auf (bundes-) politischer Ebene zu diskutieren und klären sind.

Projektumsetzung

Durch den Aufbau der drei Gesundheitszentren entstehen im Kreis effizientere und leistungsfähigere Strukturen auf hohem Qualitätsniveau. Der Kreis Lippe zeigt hier modellhaft auf, wie Kommunen die Daseinsvorsorge über den Öffentlichen Gesundheitsdienst stärker steuern und ausgestalten können: Koordinierung, Abstimmung und partizipative Entwicklung von gemeinsamen Sorge- und Versorgungsstrukturen vor Ort. Die Gesundheitszentren und der ÖGD leisten damit vor dem Hintergrund des Hausärzte bzw. -ärztinnen- und Fachkräftemangels und einer drohenden Unterversorgung einen entscheidenden Beitrag zur zukunftssicheren Versorgung im ländlichen Raum in OstWestfalenLippe

Oerlinghausen

Das erste Gesundheitszentrum am Standort Oerlinghausen hat den Qualifizierungsprozess der REGIONALE 2022 mit der Entscheidung für den A-Status erfolgreich durchlaufen: Es entsteht im historischen Kontorgebäude der Weberei von Carl Weber. Die öffentliche Nutzung des traditionsreichen Industriegebäudes und des umgebenden Parks beleben den Ortskern von Oerlinghausen. Mit der Bündelung von Versorgungsstrukturen in zentraler Lage und den neuen Angeboten zu Pflege und Gesundheit, bietet Oerlinghausen ein attraktives Arbeitsumfeld und kann einen wesentlichen Beitrag zum Standortvorteil beim Wettbewerb um Fachkräfte bieten

Abbildung 14: GZ Oerlinghausen

Förderbescheid-Übergabe am Gesundheitszentrum Oerlinghausen. Quelle: Kreis Lippe

Im Haus ziehen verschiedene Akteure ein: Der Investor plant mit einer Kita, Tagespflege, einer Hausarztpraxis und dem Gesundheitszentrum. Die allgemeinmedizinische Praxis ist bereits seit 2020 geöffnet. Das Ende der Bauarbeiten für das gesamte Gebäude ist investorenseitig mit dem spätesten Termin 31. März 2023 angesetzt. Im Anschluss werden die Einrichtungsarbeiten und der Bezug erfolgen.

Über den Standort hinaus ist bereits vom Kreis Lippe ein „Netzwerk Pflege Lippe-Südost“ gegründet worden, in welchem sich die Teilnehmenden regelmäßig zu Themen wie Versorgungsgestaltung oder Demenz austauschen (vgl. dazu Website Kreis Lippe (b). Weitere Pflegenetzwerke in Lippe sollen den nächsten Jahren dazukommen.

Lügde und Bad Salzuflen

Nach dem Rückzug des Investors aus dem Bauvorhaben arbeitet der Kreis Lippe derzeit an einer alternativen Raumlösung für den Standort Lügde. In Bad Salzuflen wird derzeit ein Dienstleistungszentrum geplant, in welches auch das Gesundheitszentrum einziehen soll. Der Schwerpunkt dort wird in der Zusammenarbeit mit dem Klinikum Lippe liegen.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Als Erfolgsfaktor in der konzeptionellen Planung der Gesundheitszentren lässt sich einerseits die **Kooperation wesentlicher Akteure** benennen. Der Kreis hat von vornherein sehr eng mit Vertreterinnen und Vertretern des Klinikum Lippe, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Ärztekammer und dem Ärztenetz innerhalb einer Arbeitsgemeinschaft zusammengearbeitet. Aber auch die Corona-Pandemie hat sich unverhofft als Impulsgeber gezeigt. Dadurch dass hier der ÖGD, der Bevölkerungsschutz, das Klinikum, die Kassenärztliche Vereinigung, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sowie andere Akteure sehr intensiv und konzertiert zusammenarbeiten mussten, haben sich auch für eine gemeinsame Versorgung neue Perspektiven ergeben.

Ein in seiner Wirkung nicht unerheblicher, aber auf das einzelne Vorhaben am Standort Oerlinghausen bezogener Erfolgsfaktor, ist die beantragte **Förderung** – in Oerlinghausen war es gelungen, knapp 700.000 Euro Fördermittel aus der Städtebauförderung für den Umbau des Objektes zu akquirieren. Hierzu war es hilfreich, dass die Stadt Oerlinghausen mit entsprechenden integrierten Städtebaulichen Entwicklungskonzepten sowie diversen Vertiefungskonzepten bereits frühzeitig die Voraussetzung für die Inanspruchnahme entsprechender Fördermittel geschaffen hatte und im Bereich der Städtebauförderung über umfangreiche Erfahrung verfügte.

Hemmend wirkt sich bislang aus, dass oft noch Einzelinteressen und daraus resultierende wirtschaftliche Überlegungen sowie **ökonomische Grenzen der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte** von der Idee einer gemeinsamen und partnerschaftlichen Versorgung abweichen. Zwar ist vielen, auch Ärztinnen und Ärzten, bewusst, dass die klassischen Versorgungsstrukturen kaum auf Dauer aufrecht zu erhalten sind – auch weil kaum noch Nachfolgerinnen bzw. Nachfolger für Praxen gefunden werden. Ein weiteres Problem ist die wachsende Belastung durch das Praxismanagement (vgl. Zwierlein et al. 2020: 4). Aber auch für einen kollegialen Austausch und eine interprofessionelle und strukturierte Zusammenarbeit über die Sektorengrenzen hinweg, bspw. über eine gemeinsame digitale Fallakte oder standardisierte QM-Prozesse, sind die Hürden durch den Gesetzgeber teilweise unüberwindlich.

Offenbar reichen diese latenten Problematiken aber bislang nicht aus, um in andere organisatorische Strukturen, wie bspw. kommunale Medizinische Versorgungszentren einzutreten. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die Situation der Praxen auf dem Land durchaus unterschiedlich ausgeprägt sein kann. Auch **finanzielle Aspekte**, wie z. B. der **Besitz oder die Betriebskosten von Immobilien** etc. können z. B. eine Rolle spielen. So gibt es Fälle, wo ein Umzug von Arztpraxen auch deshalb nicht erwogen wird, weil damit die rentierliche Nutzung der Praxisräume aufgegeben werden müsste und somit – mangels entsprechender Nachnutzungen – die langfristige Finanzierung einer Immobilie nicht gefährdet werden soll. Auch andere, persönliche Gründe können hier eine Rolle spielen.

Für die Zukunft wird es in Lippe, wie auch andernorts darauf ankommen, insbesondere junge Medizinerinnen und Mediziner dafür zu gewinnen, **tradierte Rollenmodelle aufzubrechen**, gute Übergabe- und Übernahmebedingungen auszuhandeln und moderne Primärversorgungsmodelle mit **teambasierten Arbeitsformen**, **familienverträglichen Arbeitszeitmodellen** und mit einer **hohen medizinischen Leistungsqualität** zu fordern und zu fördern. Dies können genannte kommunale medizinische Versorgungszentren oder – wie hier – die interprofessionelle Zusammenarbeit in lokalen Versorgungszentren leisten, die u. a. auch den Einsatz moderner Berufsbilder und Technologien bzw. E-Health-Services ermöglichen.

Für guLIP zeigt die gute Zusammenarbeit der Akteure, dass eine positive Entwicklung möglich ist. Wenn es gelingt, die geplante Kooperation u. a. mit Hochschulen sowie weiteren regionalen Akteuren und die bestehende Vernetzung u. a. im Verbund „RVL – Regionales Versorgungskonzept Lippe“ weiter auszubauen, hat das Gesundheitszentrum in Oerlinghausen das Potenzial, als positives Beispiel in die Region auszustrahlen und zu weiteren Modellversuchen anzuregen.

6.3.3 Buurtzorg: Nachbarschaftspflege aus den Niederlanden

Name	Buurtzorg
Ort(e)	• Div. in den Niederlanden
Trägerstruktur	• Zwei Selbstständige Gesellschaften in den Niederlanden und div. in anderen Ländern
Gründung	• Ca. 2006
Dimension	• 15.000 „Nurses“ in 950 Teams (allein in den Niederlanden)
Kontakt	• https://www.buurtzorg.com/

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

In den Niederlanden wurde bereits vor fast 20 Jahren das gemeinnützige Modell „Buurtzorg“ (dt. etwa: „Nachbarschaftspflege“) entwickelt (www.buurtzorg.com), das nicht nur in Deutschland auf großes und steigendes Interesse stößt. Erste Modellprojekte kundschaften aus, ob und wie Buurtzorg eine Zukunftsperspektive für Pflegeangebote auch in ländlichen Regionen sein kann. Ziel ist eine ganzheitliche pflegerische Versorgung mit weniger Bürokratie. Gegründet wurde die Organisation Mitte der 2000er-Jahre von Gemeindeschwestern (community health nurses), die die traditionelle Pflege überwinden wollten und stark auf eigenverantwortliche Pflegeteams setzen.

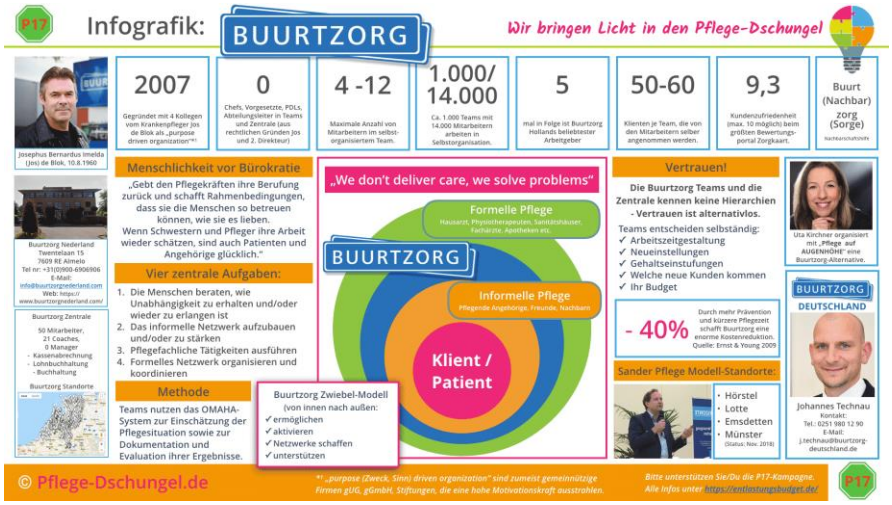
Projektumsetzung

Bereits 2020 war Buurtzorg mit 14.500 Angestellten einer der größten ambulanten Pflegedienste in den Niederlanden mit mehr als 800 Teams (und „nur“ 45 Verwaltungskräften) Sowohl aus Sicht der Klientinnen und Klienten als auch der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter stößt das Konzept auf großes Interesse und wird in über 20 Staaten erprobt.

Selbstorganisation mit wenig Bürokratie und flachen Hierarchien sowie eine starke Vernetzung mit nachbarschaftlichen und familiären Netzwerken ist die Leitidee. Die Pflegekraft koordiniert alles, was zum Verbleiben in der Häuslichkeit benötigt wird: Pflege,

hauswirtschaftliche Tätigkeiten, bis hin zu sozialen Kontakten. Buurtzorg rechnet nicht wie in Deutschland nach Aufgaben ab, sondern nach Zeit. Ziel ist es, die Patientin bzw. den Patienten ein möglichst eigenständiges Leben zu ermöglichen und nur Aufgaben zu übernehmen, die die Patienten und Patientinnen allein oder mit Hilfe von Familienmitgliedern nicht mehr schaffen. Alle Kooperationspartnerinnen und -partner sind miteinander vernetzt: Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Ärztinnen und Ärzte, Ehrenamtliche, Sanitätshäuser, Kranken- und Pflegekassen. Die Pflegeteams arbeiten ohne Leitungen und entscheiden alles im Team, jedes Teammitglied ist gleichgestellt. Damit bleibt mehr Zeit für individuelle Versorgungswünsche, die nicht nur medizinischer Art sind. Deshalb umfasst das Angebot von Buurtzorg (mit 24-Stunden-Erreichbarkeit) ein breites Spektrum an Leistungen, das auch viele unterstützende Tätigkeiten beinhaltet und zudem eine Aktivierung der sozialen Kontakte und die Bildung von informellen Netzwerken vor Ort vorantreibt. Ziel ist, dass die Patientinnen und Patienten möglichst lange in ihrem sozialen Umfeld selbstständig bleiben können.

Abbildung 15: Informationen zu Buurtzorg



Quelle: https://pflege-dschungel.de/buurtzorg/

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Maßgeblich sind zwei Prinzipien, nach denen Buurtzorg handelt: Erstens die Selbstorganisation – die Entscheidungsgewalt liegt bei den unmittelbar Handelnden, also der Pflegekraft vor Ort (und nicht der Pflegedienstleitung) - und zweitens die Förderung der Eigenständigkeit des Patienten im sozialen Umfeld (vgl. Hilbert et al. 2019: 193 f.). Damit dies gelingt sind die Pflegeteams (ca. 10-12 Personen) mit vielen Kooperationspartnerinnen und -partnern vernetzt. Sowohl von Patienten und Patientinnen als auch von Mitarbeitenden wird das Modell sehr positiv bewertet; zudem konnten gegenüber „normaler" ambulanter Pflege signifikante Kosteneinsparungen durch die Kassen festgestellt werden (6.000,00 Euro mtl. vs. 4.900,00 Euro mit Buurtzorg) (vgl. Kremer-Preiß 2021: 51).

> *„Die größte Herausforderung stellt dabei die in Deutschland übliche Abrechnung nach Leistungskomplexen dar, die dem ganzheitlichen Ansatz von Buurtzorg bzw. der Abrechnung von Besuchspauschalen entgegensteht." (Kremer-Preiß 2021: 52).*

Im Rahmen eines vom GKV-Spitzenverband geförderten Projektes erfolgt derzeit eine Evaluation bei deutschen Umsetzungspionieren (2019 bis 2022). In Deutschland gewinnen solche neuen Versorgungsstrukturen erst langsam an Bedeutung, denn es fehlen die förderlichen Rahmenbedingungen. Zwar hat der Gesetzgeber die Vertragsparteien in den letzten Jahren auf beteiligungsorientierte Qualitätssicherungskonzepte für neue Wohnformen für

Pflegebedürftige (beispielsweise ambulant betreute Pflegewohngemeinschaften, Betreutes Wohnen) verpflichtet, allerdings sind die Settings und vor allem Finanzierungsfragen noch nicht hinreichend umgesetzt. Insbesondere **fehlt ein sektorenüberwindender Modul- und Leistungskatalog für die Abrechnung der integrierten Versorgungsformen**.

6.3.4 Senioren- und Seniorinnenlotsen Herford

Name	SeniorInnenlotsen Herford
Ort(e)	• Herford
Trägerstruktur	• Stadt Herford, AWO
Durchführung	• Seit 2018
Dimension	• Im Quartier Stiftberg und Friedenstal
Kontakt	• https://www.awo-herford.de/angebote/senioren/seniorenlotsin/index.html

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die Sozialplanung der Stadt Herford hat sich schon seit einigen Jahren damit beschäftigt, wie ältere und hilfebedürftige Menschen befähigt werden können, so lange wie möglich selbständig zu Hause zu leben. Dies soll u. a. durch den „präventiven Hausbesuch“ unterstützt werden. Durch Beratung und ggf. Case-Management sollen Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe erhalten oder aktiviert werden. Folgende Ziele werden verfolgt:

- Weiterentwicklung des Stadtteilzentrums zu einem Modellstandort, verbunden mit dem Ziel einer verbesserten Teilhabe für ältere, vereinsamte Menschen und ältere Menschen in prekären sozialen Situationen
- Angebot konkreter Unterstützungsmöglichkeiten für Ältere (75+) im Quartier (vor allem in prekären Lebenslagen); Vermeidung frühzeitiger Pflegebedürftigkeit und Förderung der sozialen Reintegration und der psychischen und physischen Gesunderhaltung
- Erfassung der Gesundheits- und Lebenssituation zur späteren Risikoabschätzung

Projektumsetzung

So wurden in den letzten Jahren Projekte in zwei ausgewählten Wohnquartieren (Stiftberg und Friedenstal) durchgeführt. Die Resonanz war hoch (fast 80 % der durch die Stadt Herford angeschriebenen Personen konnten kontaktiert werden) und auch Personen, die keinen Beratungsbedarf aufweisen, stehen dem Projekt positiv gegenüber und begrüßen die Informationen über das Angebot der Seniorenlotsinnen bzw. -lotsen.

Abbildung 16: Seniorenlotsin in Herford – gemeinsam mit der AWO

Quelle: AWO Herford; https://www.awo-herford.de/angebote/senioren/seniorenlotsin/index.html

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Es hat sich gezeigt, dass die Einbindung in seniorenrelevante Angebote (Teilhabe-, Gesundheits-, Informations-, Kultur- und Gemeinschaftsangebote) Isolation und Vereinsamung aufbrechen oder verhindern kann. Dies bietet Sicherheit im Lebensumfeld, stärkt Lebensqualität und fördert Lebensbewältigung im Alter. Eine besondere Rolle kommt in diesem Zusammenhang dem Begegnungszentrum zu. Isolierte Personen lassen sich durch den Hausbesuch ansprechen und für eine Erweiterung der Außenkontakte gewinnen. Es hat sich gezeigt, dass das Anschreiben der Hansestadt Herford als Türöffner dient. Die Stadt wird hier als seriöser Anbieter und „Kümmerer" wahrgenommen. Durch den präventiven Hausbesuch wird von finanziellen Einsparungen im Zusammenhang mit einer späteren Heimaufnahme bzw. Heimvermeidung, sowie der Erhöhung der Lebensqualität ausgegangen; schon ab sechs vermiedenen Heimeinweisungen pro Jahr ergibt sich eine Kostendeckung der Maßnahme. Eine positive Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustandes ist ebenfalls anzunehmen. Dies beinhaltet eine Förderung der Mobilität, die Verringerung des Sturzrisikos, sowie die psychische Stabilisierung der Betroffenen und somit eine geringere Belastung der Systeme hinsichtlich der Leistungen nach SGB V, SGB XI, SGB XII (Outcome).

Aufgrund der positiven Wirkungen wurde von der Stabsstelle Sozialplanung eine Ausweitung des Projekts auf das gesamte Stadtgebiet empfohlen, wobei auf die Anbindung an die bestehenden Stadtteilzentren geachtet werden sollte. Ende 2019 lebten insgesamt 7.828 Menschen in der Altersgruppe ab 75 Jahren in Herford und es wird angestrebt, dass jede Person der Zielgruppe Zugang zu dem Beratungsangebot des Präventiven Hausbesuchs bekommt. Die Anzahl der Pflegebedürftigen wird nach Einschätzung der Kommune vor dem Hintergrund des demografischen Wandels in der Zukunft ohne Intervention stark zunehmen. Durch **präventive Hausbesuche** und Unterstützungsmaßnahmen wird davon ausgegangen, dass der **Eintritt in die Pflegebedürftigkeit hinausgezögert** und die **Anzahl der stationär versorgten Pflegebedürftigen gesenkt** werden kann. Die Effekte liegen damit (teilweise) in ähnlichen Bereichen, wie es auch z. B. vom Buurtzorg-Ansatz berichtet wird; allerdings geht das Modell nicht so weit, als dass es neuer Leistungskataloge o. Ä. bedürfte.

6.4 Netzwerke zur Überwindung von Sektorengrenzen

OWL als Teil von Westfalen-Lippe der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe kann inzwischen durchaus als eine Region der **Arzt- und Praxisnetze** angesehen werden, die sich u. a. in Bielefeld, Bünde, Detmold und Paderborn gegründet haben und deutschlandweit eine Spitzenposition einnehmen (z. B. Interdisziplinäre und multiprofessionelle Versorgung

geriatrischer Patienten Ärztenetz Bielefeld e.V., Ärztenetz Lippe GmbH, MuM Medizin und Mehr eG in Bünde). Die Versorgung geriatrischer Patienten ist anspruchsvoll. Ältere und hochaltrige Menschen leiden häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig (Multimorbidität) und müssen daher oft diverse Medikamente parallel nehmen (Polymedikation). Das erhöht das Risiko unerwünschter Arzneimittelwirkungen und -interaktionen. Hinzu kommt, dass familiäre und soziale Bindungen im Alter oft abnehmen, da die Familie ihren Lebensmittelpunkt an einem anderen Ort hat und die älteren Menschen durch ihre Krankheiten nur noch eingeschränkt am sozialen Leben teilnehmen können. Will man vor diesem Hintergrund eine ganzheitliche Betrachtung und wohnortnahe Behandlung des geriatrischen Patienten oder der Patientin sicherstellen, geht das nur in einem multiprofessionellen und interdisziplinären Team. . Die übergeordneten Ziele sind dabei, die Selbständigkeit und Lebensqualität durch eine weitgehende Teilhabe am sozialen Leben zu erhalten – und zwar so lange wie möglich im häuslichen Umfeld. In beiden Modellprojekten ist der Hausarzt oder die Hausärztin der Ausgangspunkt für das geriatrische Versorgungskonzept. (KVWL 2017: 18). Aktuell arbeiten im Bereich der KVWL 24 Praxisnetze. Dort organisieren die Mitglieder viele Aspekte gemeinsam und pflegen fachlichen Austausch. Neben der Arbeitsteilung und sektorübergreifender Zusammenarbeit gehört die Definition einheitlicher Standards zu den wesentlichen Aufgaben dieser Netze. (KVWL Kompakt 2022: 8).

Ärzte- und Praxisnetze zielen darauf ab, einerseits den Patientinnen und Patienten möglichst umfassende und vielfältige Behandlungsmöglichkeiten anzubieten und andererseits „Reibungsverluste“ durch den Wechsel zwischen Haus- und Fachärzten bzw. -ärztinnen sowie anderen medizinischen Einrichtungen zu vermeiden. Sie übernehmen zudem gemeinsame Aufgaben der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte – so etwa in der Gewinnung und Vermittlung von Nachwuchs, in der Unterstützung von Ärztinnen und Ärzten bei der Niederlassung oder auch in der gemeinsamen Beschaffung z. B. von Zugängen zu IT-Services. Sie sind zudem als Ansprechstelle und Informationskanal für die regionale Ärztinnen- und Ärzteschaft wichtig sowie für andere Akteure, die mit allen oder vielen Ärztinnen und Ärzten in Kontakt treten wollen und müssen, um z. B. Informationen zu streuen. Dies hat sich nicht zuletzt in der Pandemie gezeigt, in der einige dieser Netze wichtige Koordinierungsaufgaben übernehmen konnten.

6.4.1 BOHRIS – Ärztenetz Bocholt-Rhede-Isselburg e.V.

Name	BOHRIS – Ärztenetz Bocholt Rhede Isselburg
Ort(e)	• Bocholt, Rhede, Isselburg (westl. Münsterland)
Trägerstruktur	• Verein (e.V.); Vorstand: (ehem.) Ärztinnen und Ärzte
Gründung	• 2016
Dimension	• 67 Haus- und Fachärztinnen und -ärzte
Kontakt	• www.bohris.net

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Das Ärztenetz BOHRIS gründete sich 2016 auf Initiative einiger Hausärztinnen und Hausärzte in der Region, nachdem bereits seit längerer Zeit bilaterale Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Praxen und im Wesentlichen der Stadt Bocholt bestand. Die beiden

(kleineren) Nachbarstädte Rhede (Kr. Borken) und Isselburg (Kr. Wesel) schlossen sich der Initiative an. Der Vorstand des Vereins ist seitdem durch (ehemalige) Hausärztinnen bzw. Ärzte besetzt und ehrenamtlich tätig. Der Verein beschäftigt eine hauptamtliche Geschäftsführerin, die im Wesentlichen koordinierende und konzeptionelle Aufgaben übernimmt.

Ziele der Vereinsgründung waren und sind neben der Sicherung der ambulanten Versorgung der Bürgerinnen und Bürger auch die Förderung des Ärzte- sowie Ärztinnennachwuchses, die kollegiale und interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die Gestaltung von Fort- und Weiterbildungen für Ärztinnen, Ärzte und Fachpersonal.

Projektumsetzung

Gezielt spricht der Verein Studierende und Medizinerinnen und Mediziner an, um sie für die Region zu gewinnen – auch über die in Zusammenarbeit mit den beteiligten Städten erarbeiteten Förderprogramme. Diese umfassen z. B. eine Unterstützung bzw. Bevorzugung bei der Grundstückssuche. Zudem beraten die organisierten Ärztinnen und Ärzte auch bei der Inanspruchnahme weiterer öffentlich zugänglicher Fördermittel bei Ansiedlung.

Für Patientinnen und Patienten ist das Netzwerk attraktiv, weil eine einfache Suche nach Ärzten oder Ärztinnen und eine komplikationsfreie Weitervermittlung z. B. an Fachpraxen möglich ist. So gelingt es, Termin-Wartezeiten zu reduzieren und Umwege zu vermeiden.

Abbildung 17: BOHRIS möchte… Vorstandsmitglieder, Aufgaben und Ziele

Quelle: Fotos: Bruno Wansing, Grafik: Vanessa Kretschmer, bocholt.de; s. auch: https://www.bohris.net/aerzte-netz-bohris-e-v/ueber-uns

In einem Mitgliederbereich sowie über aktuelle Mailinglisten erhalten die Ärztinnen und Ärzte zahlreiche Informationen u. a. auch der örtlichen Gesundheitsämter, sodass die Arbeit in den Praxen einfacher wird, da nicht jede Praxis eigene Informationen einholen muss. Über den Verein wurden auch bereits gemeinsame Leistungen eingekauft; so ist z. B. die Nutzung einer gemeinsamen Patienten-App (vgl. auch Kap. 6.7) über den Verein zu günstigen Konditionen für die Mitgliedspraxen möglich. Neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten unterhält der Verein auch gute Kontakte in die stationären Einrichtungen in der Region, so z. B. zum Klinikum Westmünsterland GmbH (gemeinsame Fortbildungen, Zusammenarbeit bei der Famulatur etc.) sowie zu weiteren Netzwerken und regional tätigen Akteuren.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Netze von Ärztinnen und Ärzten, wie hier am Beispiel dargestellt, haben eine große Zukunft. Sie unterstützen die ansonsten in der Peripherie schnell einerseits überforderten und andererseits kaum hinreichend leistungsfähigen Einzel-Ärztinnen oder -Ärzte und Praxen durch eine Vernetzung. Vom **Erfahrungsaustausch**, gemeinsamen **Qualitätsstandards** bis hin zur **gemeinschaftlichen Beschaffung und Organisation komplexer Aufgaben** ergeben sich hier viele Vorteile für die Ärztinnen sowie Ärzte in der Region, wodurch der Weiterbetrieb von Praxen gewährleistet werden und ggf. Nachwuchs gewonnen werden kann.

6.4.2 Sektorübergreifendes Case-Management im Kreis Lippe

Name	RVL – Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH
Ort(e)	• Kreis Lippe
Trägerstruktur	• GmbH; Gesellschafter: Ärztenetz Lippe und Klinikum Lippe
Gründung	• 2016
Dimension	• Derzeit zwei Bürostandorte (Detmold, Lemgo)
Kontakt	• www.casemanagement-lippe.de

Ausgangslage

Die Region Lippe ist, wie bereits an anderer Stelle beschrieben (vgl. Kap. 6.3.2.) in vielerlei Hinsicht in besonderem Maße von der Herausforderung geprägt, eine zukunftsweisende medizinische Versorgung aufzubauen. Nicht zuletzt aufgrund der weiten Wege, die sich in Lippe mancherorts ergeben, entstand für Patientinnen und Patienten ein zunehmend großer Aufwand in der Bewältigung der unterschiedlichen Termine und Anforderungen. Verschärft wurde dies, wenn es aufgrund der fehlenden Abstimmung zwischen Akteuren im Gesundheitswesen zu unnötig langen Wartezeiten auf Termine oder gar Versorgungsbrüchen kam. Insbesondere für Menschen mit chronischen Erkrankungen hatte sich die Lage zunehmend verschlechtert und drohte weiter nachzulassen, wenn weitere Praxen schließen würden.

Projektumsetzung

Bereits 2016 haben daher das Klinikum Lippe und das Ärztenetz Lippe zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im Kreis eine gemeinsame Case-Management-Gesellschaft gegründet, die sich definiert als ein „Versorgungsbaustein für eine gesicherte sektorenübergreifende regional vernetzte Versorgung insbesondere von älteren, multimorbiden Menschen.“ Die RVL — Regionales Versorgungskonzept Lippe GmbH ist sowohl im ambulanten wie stationären Sektor verankert. Zentrales Element ist ein strukturiertes Case-Management. Dazu wollen beide ärztliche Sektoren eine gemeinsame Plattform bilden. Beteiligte an der zu gründenden neuen Gesellschaft sind das Klinikum Lippe und das Ärztenetz Lippe (paritätisch). Diese Gesellschaft organisiert, koordiniert und stellt auch die Case-Manager zur Verfügung (KVWL 2017: 16). Das Ziel ist auch hier eine sektorenübergreifende, patientenorientierte Versorgung, die die Fragmentierungen im deutschen Gesundheitssystem überwinden hilft. Das RVL ist derzeit in den Feldern Palliativmedizin, Pflegeheimversorgung, Geriatrie, Adipositas, Schlaganfalllotsen (mit Stroke-OWL, vgl. Kap. 4) und Entlassmanagement engagiert bzw. vernetzt entsprechende Angebote. Nicht alles wird vom RVL und den dort

beschäftigten Gesundheitshelferinnen selbständig geleistet; z.T. – wie bei den Schlaganfalllotsen – kann auf bestehende Angebote zurückgegriffen werden.

Darüber hinaus bietet das Versorgungszentrum niedrigschwellige Beratungen und Unterstützungsleistungen – auch mit dem Ziel, ggf. erforderliche weitergehende Behandlungen veranlassen zu können. Hierzu werden zwei Standorte (in Detmold und Lemgo) unterhalten.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Konzepte, die in eine ähnliche Richtung gehen, werden mittlerweile auch anderswo verfolgt – beispielsweise hat das Land Niedersachsen in diese Richtung Modellvorhaben gestartet (vgl. Website MB Niedersachsen). Als Besonderheit für das Modell in Lippe kann allerdings schon gelten, dass hier ein **Krankenhaus** mit einem **Ärztenetz** direkt kooperiert und sogar eine gemeinsame Gesellschaft gegründet hat. Damit wird das Vorhaben tatsächlich auf sehr konkrete und handlungsfähige Füße gestellt und deutlich **verbindlicher** als viele lose Kooperationen. Wichtig war zudem, dass von vornherein eine breitere Präsenz in der Region geplant war und auch weitgehend umgesetzt wird. Perspektivisch müsste sich allerdings zeigen, ob die zwei Standorte in immerhin noch etwas größeren Städten in der Region ausreichen, um die **Präsenz in der Fläche** sicherzustellen. Gegebenenfalls empfiehlt sich ein ergänzendes Basis-Angebot etwa durch Gesundheitskioske (vgl. Kap. 6.5.3.) oder vergleichbare Lösungen in der Region. Zudem ist denkbar, dass sukzessive weitere Leistungsbausteine und Fachthemen hinzukommen.

6.5 Mixed-Use statt Monokultur schafft Raum für viele Nutzerinnen und Nutzer

Ein grundlegendes Problem des ländlichen Raums ist, dass für viele Nutzungen die erforderliche Nachfrage innerhalb des räumlichen Wirkungskreises des Angebots nicht zu erzielen ist. Die Regionen sind z. T. zu dünn besiedelt, als dass bestimmte Angebote wirtschaftlich umgesetzt werden können. Diese Erkenntnis liegt schon dem System der zentralen Orte (nach Christaller, später angepasst u. a. durch die ARL) zugrunde, wonach eben bestimmte – besonders selten nachgefragte oder kostspielige – Angebote nur in zentralen Orten zu finden sind. Bei der Grundversorgung und insbesondere der medizinischen und gesundheitlichen Grundversorgung kommt diese Logik allerdings an Grenzen. Wenn es nicht mehr gelingt, diese flächendeckend vorzuhalten, führt dies zu einer untragbaren Benachteiligung der ländlichen Bevölkerung.

Eine Strategie, entsprechende Nutzungen dennoch wirtschaftlich anbieten zu können, ist die Reduktion von Fixkosten durch die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und insbesondere Räumen. Wenn jede einzelne Dienstleistung eigene Räumlichkeiten und ggf. eigenes Verwaltungspersonal vorhalten (und mitfinanzieren) muss, ist dies ungleich schwerer, als wenn z. B. Räumlichkeiten zu unterschiedlichen Zeiten von verschiedenen Dienstleisterinnen und Dienstleistern genutzt werden können oder auch technische sowie personelle Ausstattung gemeinsam beschafft und dauerhaft finanziert werden kann. Nach diesem Prinzip funktionieren sog. „Shared Spaces“ – gemischt genutzte Räumlichkeiten oder Einrichtungen.

Durch die gemeinsame Nutzung von Räumen, Personal, technischer Infrastruktur lassen sich die Gemeinkostenaufschläge, die betriebswirtschaftlich auf einzelne Dienstleistungen oder auch Behandlungen aufgeschlagen werden müssten, um die o. g. Komponenten tragen zu können, deutlich reduzieren. Gleichzeitig steigt die Auslastung der Räumlichkeiten, wodurch ein weiterer Hebel in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung aktiviert werden kann.

6.5.1 MarktTreff Schleswig-Holstein: Dörfliche Versorgung zwischen Nord- und Ostsee

Name	MarktTreff Schleswig-Holstein
Ort(e)	• Div. in Schleswig-Holstein (derzeit mehr als 40)
Trägerstruktur	• Landesbüro • Kooperation mit priv. Beratungsgesellschaft; Läden als GmbH, e. K., etc.
Gründung	• Ab ca. 2000
Dimension	• 43 Standorte im Jahr 2022
Kontakt	• https://markttreff-sh.de/de/home

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Seit Anfang der 2000er-Jahre hat die Landesregierung Schleswig-Holstein mit Überlegungen begonnen, wie eine Versorgung der Bevölkerung in den ländlichen Regionen dauerhaft gesichert werden könnte. Etwa 80 % des Landes gelten als „ländlich", dort lebt fast die Hälfte der Bevölkerung (vgl. Appenzeller et al. 2020). Infolge der demografischen Veränderungen (Bevölkerungsrückgang, Alterung) waren die sich im Wandel befindlichen Konzepte für den Einzelhandel nicht mehr rentierlich. Damit zeichneten sich erhebliche Lücken in der Grundversorgung in vielen Gemeinden ab. Dies wirkt sich insbesondere auf die Lebensqualität der Menschen aus, die z. B. wegen ihres Alters nicht oder nicht mehr so mobil sind. Auch die Dorfgemeinschaft leidet unter diesen Entwicklungen; eine Neubelebung wurde hier als zentraler Baustein erkannt.

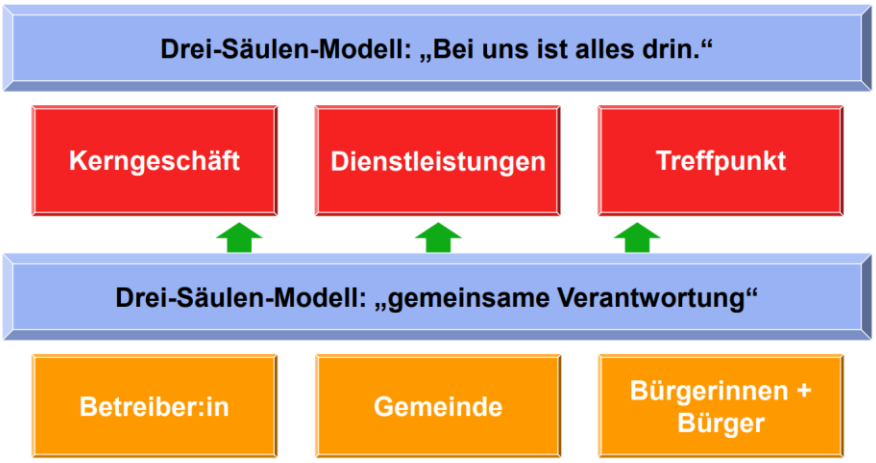
> *„MarktTreffs sichern Nahversorgung, fördern die dörfliche Gemeinschaft und schaffen Arbeitsplätze – alles unter einem Dach. Hier wird eingekauft. Hier treffen sich Menschen. Hier entsteht Bürgerengagement. Gemeinsam mit Akteur:innen aus den Regionen, aus Wirtschaft, Verbänden und Gesellschaft hat die Landesregierung Schleswig-Holstein das MarktTreff-Konzept entwickelt." (https://markttreff-sh.de/de/home.)*

Projektumsetzung

Zur Lösung dieser Problemlage wurde ein ressortübergreifender Ansatz gewählt, der neben der Versorgung und Einkaufsmöglichkeiten auch Gesundheit sowie Pflege, Kultur, Bildung und Mobilität zusammenbringt. Ähnliche Konzepte, die auf „Shared Spaces" setzen, sind aus skandinavischen Ländern bekannt und werden dort seit vielen Jahren erprobt.

In den MarktTreffs wird die Konzeption und Ausstattung kleiner Lebensmittelläden gefördert, die gemeinsam mit weiteren Nutzungen von Kaufleuten (oder als Filialen größerer Supermarktbetreiber) getragen werden. Immer kommt eine örtliche Einbettung in eine Vereins- oder Genossenschaftsstruktur hinzu – dies betrifft nicht direkt den wirtschaftlichen Betrieb des Ladenlokals, sichert aber, dass dort weitere z. B. gemeinschaftsfördernde Aktivitäten stattfinden. Zudem hat die Kommune als Fördernehmerin Verantwortung zu übernehmen.

Abbildung 18: Das doppelte Drei-Säulen-Modell des MarktTreffs

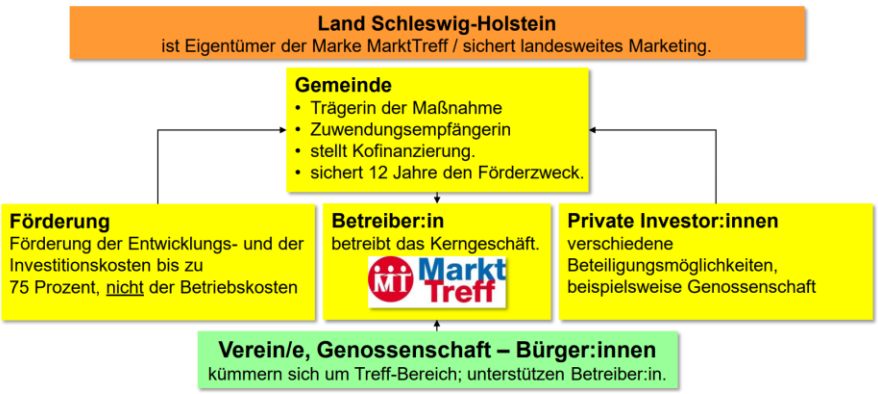


Quelle: MarktTreff, Vortrag Seelhoff, I. 17.08.2022

Im Ergebnis entsteht ein „doppeltes" Drei-Säulen-Modell – einmal bezogen auf die angebotenen Leistungen (Kerngeschäft bzw. Ladengeschäft, Dienstleistungsangebote und ein Ortstreffpunkt) sowie auch auf die Träger-Betreiber-Konstellation (Betreiberin oder Betreiber des Ladenlokals, Gemeinde als Investorin und Fördernehmerin, Bürgerinnen bzw. Bürger z. B. in einem Verein o. Ä. zur ergänzenden „Bespielung" des Dorf-Treffs).

Die Landesregierung hat hierzu nicht nur eine Beratungs- und Begleitagentur ins Leben gerufen, die sie seit nunmehr 20 Jahren finanziert und die von einem breiten Verbände- und Institutionenbündnis akzeptiert und in Form eines Beirates unterstützt wird. Sie hat das Vorhaben aus dem AktivRegion-Programm (vergleichbar zu LEADER in anderen Bundesländern) auch mit Mitteln ausgestattet, um die konkreten MarktTreff-Vorhaben in den Orten nach vorheriger Prüfung und Qualifizierung finanziell zu unterstützen. Bis zu 75 % der Entwicklungs- und Investitionskosten (nicht der Betriebskosten) werden übernommen, sodass die Kommune hier Unterstützung erfährt. Gefördert werden Gemeinden, die weniger als 2.500 Einwohnerinnen und Einwohner haben und in denen durch den MarktTreff keine wettbewerblichen Verzerrungen entstehen. Grundlage ist eine Vorprüfung durch die Agentur, die diese Aspekte umfasst.

Abbildung 19: Finanzierung der MarktTreffs



Quelle: MarktTreff, Vortrag Seelhoff, I., 17.08.2022

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

In dem Aufbaudiagramm (vgl. Abb. 19) wird deutlich, welche wichtige und zentrale Rolle der Gemeinde zukommt. Damit diese in diesem Sinne handeln kann, benötigt sie eine entsprechende politische Willensbildung und Flankierung. Dies spricht wiederum für **starke**

Personen oder Fraktionen, die nicht nur die Notwendigkeit des Handelns erkennen, sondern auch nach vorne gehen und solche Projekte vor Ort mit anschieben. Auch wenn das Konzept MarktTreff „von außen“ – also von Landesebene – kommt, muss die **Initiative** auch in gleichem Maße „von innen“ **aus der Gemeinde** kommen, damit das Konzept eine Chance hat.

Über die Landesagentur findet zudem eine Vernetzung der MarktTreff-Betreiberinnen bzw. -Betreiber wie auch der Kommunen mit MarktTreffs statt, um das Konzept und insbesondere auch die Aspekte des bürgerschaftlichen Engagements stetig weiterzuentwickeln. Auch aktuelle Herausforderungen und neue Möglichkeiten z. B. der Digitalisierung werden hier diskutiert. Damit sind die ansonsten eher kleinen Läden in der Lage, mit globalen Entwicklungen Schritt zu halten und somit **konkurrenzfähig** zu bleiben. Die Erfahrungen mit entsprechenden Ladenkonzepten zeigen, dass – bei ansonsten gleichem Angebot – höhere Preise als in „normalen“ Supermärkten nur in geringem Umfang (wenn überhaupt) auf Dauer akzeptiert werden (vgl. hierzu auch das im Folgenden aufgezeigte DorV-Konzept).

6.5.2 DorV-Läden in NRW und anderswo

Name	DorV-Zentrum
Ort(e)	• Barmen, Düren, Stolberg (und weitere)
Trägerstruktur	• GmbH als Betreiber • GbR als Kapitalgeber
Gründung	• 2004
Dimension	• Derzeit drei eigene Standorte • Weitere als Ideenstifter in div. Gemeinden
Kontakt	• https://www.dorv.de/index.php

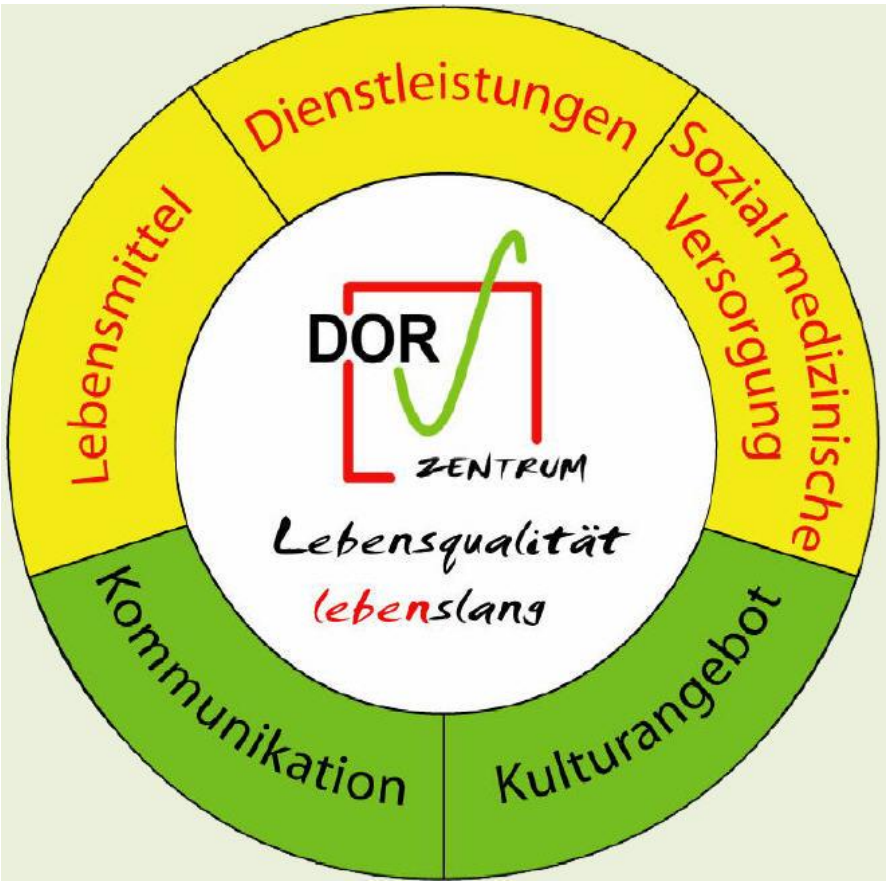
Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Einen ähnlichen Ansatz, wie die MarktTreffs in Schleswig-Holstein stellt das ab 2001 zunächst in Jülich-Barmen entwickelte Konzept eines DorV-Ladens oder DorV-Zentrums dar. Auch hier ging es darum, die Nahversorgung in kleinen Orten mithilfe eines Shared-Space-Konzeptes sicherzustellen. Anlass war die Schließung einer Sparkassenfiliale, womit in Barmen praktisch keine Versorgungseinrichtungen mehr zur Verfügung standen.

Projektumsetzung

Auch hier wurde ein Modell entwickelt, dass verschiedene Säulen kombiniert – neben der Nahversorgung kamen ebenfalls Dienstleistungen, sozialmedizinische Leistungen sowie Kultur- und Kommunikationsangebote zum Tragen. Die Leistungen werden im Wesentlichen zu Marktpreisen angeboten, d. h. eine Subventionierung der Produkte und Leistungen selbst findet nicht statt. Der Einkauf kann über den Großhandel oder auch regional erfolgen. Damit ähnelt das Konzept zunächst dem Modell in Schleswig-Holstein.

Abbildung 20: Säulen des DorV-Konzepts



Quelle: DorV-Zentren - https://www.dorv.de/konzept---idee/5-saeulenmodell/index.php

Ebenfalls vergleichbar zur Vorgehensweise in Schleswig-Holstein ist die Durchführung von Machbarkeitsstudien anhand festgelegter Kriterien. So werden für die Betreiberinnen und Betreiber konkrete und realistische Geschäftsmodelle entwickelt, die einen nachhaltigen Betrieb sicherstellen sollen.

Es bestehen aber auch Unterschiede. Das DorV-Konzept wurde nicht vom Land oder einer Landesstelle entwickelt; es geht wesentlich zurück auf die Initiative der Barmenerinnen und Barmener, namentlich den lokalen Ideengeber und Geschäftsführer Heinz Frey und den Ortsvorsteher Norbert Schommer. Ein zweiter Unterschied besteht in der Grundfinanzierung. Während in Schleswig-Holstein Fördermittel und kommunale Gelder eingesetzt werden, um die Basisausstattung und die Herrichtung der Immobilien usw. zu gewährleisten, ist dies in den DorV-Zentren über ein Kollektiv umgesetzt worden. Parallel zur Betreiber-Gesellschaft entstand eine Art „Bürgergenossenschaft“, ohne allerdings den komplizierten Gründungsprozess einer Genossenschaft zu durchlaufen. In der sehr einfachen Organisationsform GbR entstand eine Konstruktion, bei der die Bürgerinnen und Bürger Anteile (von je 250 Euro) erwerben konnten und damit die Grundfinanzierung sicherten. Anders als bei klassischen Genossenschaften, die zumeist (auch) eine Dividende ermöglichen, wird hier darauf verzichtet. Die Dividende entsteht mittelbar, indem für die Bürgerinnen und Bürger Lebensqualität erhalten und gesichert wird. Gleichzeitig wurde diese Konstruktion auch als Motivation verstanden, dass die Bürgerinnen und Bürger ihr Einkaufsverhalten tatsächlich änderten und eben lokal in „ihrem“ Laden einkauften – darauf war die Konstruktion angewiesen, damit sie dauerhaft tragfähig bliebe. Ergänzend wurde in Barmen auch ein Lieferdienst etabliert, der die Lebensmittel zu den Leuten nach Hause brachte. Das hat sich vor allem in der Corona-Pandemie bewährt.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Das Modell wurde auch von der Landespolitik aufgenommen und auf Übertragbarkeit geprüft; tatsächlich wurden einzelne weitere Anwendungsfälle etabliert. Ohne eine dauerhafte und verlässliche Unterstützung der öffentlichen Hand gelang es jedoch nicht, das Projekt derart zu verbreiten, wie die MarktTreffs in Schleswig-Holstein. Hinzu kam, dass das bürgerschaftliche Finanzierungsmodell an Grenzen stieß; in einigen Regionen ließ sich das nicht ohne Weiteres umsetzen – erst recht, wenn es nicht gelang, ähnlich engagierte Personen vor Ort zu akquirieren, wie es in Barmen und den anderen DorV-Zentren der Fall war.

Aktuell zeigt sich auch in Barmen, wie das Konzept an Grenzen gelangt – angesichts gestiegener Kosten (Energiekosten) lässt sich das Ladengeschäft derzeit nicht (mehr) wirtschaftlich betreiben; aktuell funktioniert daher nur der Lieferdienst.

An dem Projekt wird deutlich, welche Bedeutung **enthusiastische Vorkämpferinnen und -kämpfer** für die Durch- und Umsetzung solcher Vorhaben tatsächlich einnehmen. Ohne das erhebliche Engagement von Herrn Frey und weiteren wäre es kaum gelungen, die DorV-Zentren umzusetzen. Es zeigt sich aber auch, welche **Grenzen die Übertragbarkeit** hat, wenn eben diese Strukturen nicht vorliegen und eine landesseitige Finanzierung des „Vertriebs“ dieser modellhaften Vorgehensweise nicht vorliegt. Dies gilt auch für das **Finanzierungsmodell, das auf eine starke Vor-Ort-Beteiligung setzt**. In einigen der geplanten DorV-Ableger zeigte sich schon früh, dass die Variante der bürgerschaftlichen Beteiligungsgesellschaft nicht überall funktionieren würde. Die einzelnen Bausteine des Vorhabens – etwa das Betriebsmodell oder die Einbettung in einen lokalen Akteurskontext – können jedoch als Vorbild für vergleichbare Projekte gesehen werden.

Nichtsdestotrotz gibt es – auch in OWL – Ansätze für die Umsetzung von Dorf-Läden nach ähnlichen Konzepten, wie es mit DorV erprobt wurde – häufig gehen solche Initiativen von bürgerschaftlichem Engagement aus und bedienen sich bei den Erfahrungen anderer Konzepte einer ländlichen Nahversorgung.

6.5.3 Gesundheit um die Ecke: im Gesundheitskiosk Klara

Name	Klara – miteinander, gesund vor Ort
Ort(e)	• Versmold
Trägerstruktur	• Gesundheitskiosk gUG
Gründung	• 2022
Dimension	• Ein Gesundheitskiosk mit vielfältigen Angeboten
Kontakt	• https://www.klara-gesundheitskiosk.de/

Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Im Juni 2022 eröffnete der zweite Gesundheitskiosk in OWL in Versmold-Loxten ("Klara") und bietet ein niedrigschwelliges Angebot rund um Gesundheit vor Ort. Bürgerinnen und Bürger können ihre Fragen und Wünsche ab sofort persönlich an fachkundige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter richten – ohne vorherige Anmeldung (walk-in) und mit guter Unterstützung zu weiterführenden Angeboten. Ziel sind klare und niederschwellige Beratungs- und

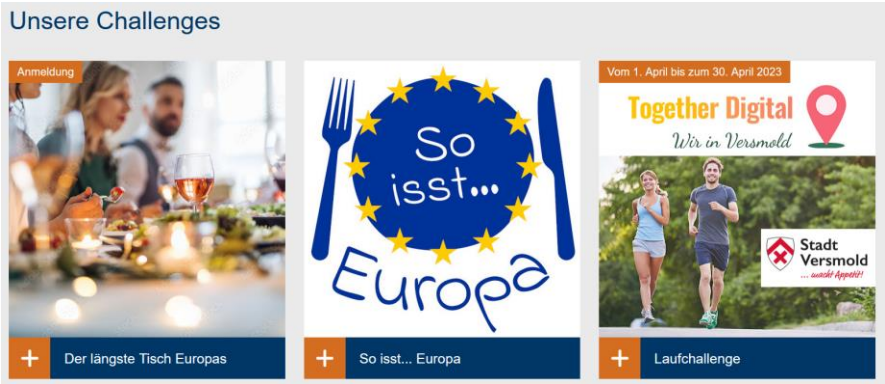
Kursangebote rund um die Themen Gesundheit und Pflege, Sport und Bewegung sowie Ernährung. Damit setzt der Gesundheitskiosk deutlich niederschwelliger an als z. B. ein medizinisches Versorgungszentrum, kann allerdings Teile des Leistungsspektrums eines medizinischen Versorgungszentrums anbieten. Hier setzen die Betreiberinnen und Betreiber des Kiosks u. a. auf telemedizinische Ansätze (z. B. Videosprechstunden). Zudem sind einfache medizinische Tätigkeiten wie Blutzucker- oder Blutdruckkontrollen etc. möglich, womit die Patientinnen und Patienten nicht immer zu einer weiter entfernten Hausarztpraxis müssen.

Projektumsetzung

Im Falle von Klara setzen die BetreiberInnen und Betreiber vor allem auf gemeinschaftliche Aktivitäten rund um Ernährung und Bewegung. Viele Kursangebote werden nach § 20 SGB V („Primäre Prävention und Gesundheitsförderung") von den gesetzlichen Krankenkassen anerkannt, sodass eine Abrechnung möglich ist. Aber auch darüber hinaus können z. B. gemeinschaftlich organisierte Kochkurse stattfinden. Viele dieser Angebote stießen schon vor der Eröffnung auf großes Interesse. Ebenfalls bietet der Kiosk eine Grundversorgung durch den Verkauf von frischem Brot.

Abgesehen davon bietet der Kiosk umfangreiche Beratungs- und Unterstützungsleistungen; konkret nennen die Betreiber das kommunale Gesundheitsmanagement (z. B. die Analysen pflegebedürftiger Personen), das betriebliche Gesundheitsmanagement (z. B. BGM Bedarfsanalysen, Mitarbeitendenbefragungen) und das individuelle Gesundheitsmanagement (z. B. Coachings, Personal Trainings, Körperanalysen…) als Teil ihres Angebotsspektrums (vgl. Website Klara Gesundheitskiosk).

Abbildung 21: Klara greift aktuelle Angebote rund um Ernährung und Bewegung auf



Quelle: Klara-Gesundheitskiosk (https://www.klara-gesundheitskiosk.de/#aktuelles)

Die Betreibergesellschaft ist als gemeinnützige Unternehmergesellschaft (gUG) konsolidiert; damit kombinieren die Betreiberinnen und Betreiber die Möglichkeit, ohne umfangreiches Stammkapital zu agieren und gleichzeitig eine Gemeinnützigkeit (vorläufig) anerkennen zu lassen. Im Normalfall wird in diesen Gesellschaftsformen das Stammkapital weiter angespart (25 % des Gewinns müssen in die Rücklage eingeführt werden), bis die 25.000 Euro Stammkapital erreicht sind und eine Überführung in eine vollwertige gGmbH erfolgt.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Wie erfolgreich der Kiosk in Versmold dauerhaft sein wird, lässt sich im Moment noch nicht sagen, zumal der Start durch die Pandemie deutlich erschwert wurde. Doch die ersten Entwicklungen sind vielversprechend; es scheint, als könnte der Kiosk dazu beitragen, dauerhaft eine grundlegende medizinisch-gesundheitliche Versorgungssicherheit in dem kleinen Ort sicherzustellen. Dies ist im Wesentlichen auf die **Kreativität** zurückzuführen, mit der die Betreiberinnen sowie Betreiber und die Personen vor Ort es immer wieder schaffen, den

Kiosk in der Region zu positionieren. Auch die **Flexibilität** und das **große Leistungsspektrum** ermöglichen es, dass immer wieder neue Zielgruppen auf den Kiosk aufmerksam werden. Im Unterschied zu anderen Kiosk-Modellen, die eher im großstädtischen Kontext (z. B. OptiMedis-Kiosk in Hamburg Horn/Billstedt) oder im Zusammenspiel eines breiten Trägernetzwerkes (z. B. im Schwalm-Eder-Kreis, im Kinzigtal usw.; vgl. Website OptiMedis) operieren, setzt Klara ganz auf die Region und die **passgenauen Lösungen in der einzelnen Ortschaft.**

6.6 Wohnen und Versorgung zusammen denken

Viele der Projekte, die im Kontext der Sicherung lokaler Daseinsvorsorge und auch einer medizinischen Versorgung vorgestellt werden, setzen auf die Kollektivierung von Aufwand einerseits oder auf die Verankerung des Projektes in einem breiten Netzwerk. Häufig ist ein solches Netzwerk bzw. die Einbettung in eine Netzwerkstruktur eine wichtige Voraussetzung, damit die Projekte überhaupt gelingen können, wie sich z. B. bei den DorV-Zentren (vgl. Kap. 6.5.2) gezeigt hat. Einige Projekte setzen jedoch an einem anderen Politik- und Handlungsfeld an: dem Wohnen. Doch gelingt es, durch kreative Strategien und Projekte aus diesem Feld, auch die Zukunft der lokalen Daseinsvorsorge positiv zu beeinflussen.

Die Kombination von zukunftsweisenden Wohnmodellen und Leistungen in den Bereichen Pflege, Betreuung unter Berücksichtigung eines gemeinschaftlichen Ansatzes hat mittlerweile eine lange Tradition. Der Ansatz gilt als vielversprechend, weil die Wohnnutzung eine auf (lange) Dauer angelegte Säule darstellt, die eine große Stabilität in diese Projekte und Programme bringen kann. Gleichzeitig bietet das Wohnen als Investitionsmodell sowie ggf. auch Fördergegenstand viele Möglichkeiten, gute integrierte Projekte anzuschieben, zu stabilisieren oder überhaupt erst zu ermöglichen.

6.6.1 Hiddenhausen: Jung kauft alt als Ausgangspunkt für eine integrierte kommunale Daseinsvorsorgestrategie

Name	Jung kauft alt – Junge Menschen kaufen alte Häuser
Ort(e)	• Gemeinde Hiddenhausen
Trägerstruktur	• Kommunal (mit Partnernetz)
Gründung	• 2007
Dimension	• Ca. 700 veräußerte Objekte mit fast 1.000 heute darin lebenden Kindern
Kontakt	• https://www.hiddenhausen.de/Wohnen/Jung-kauft-Alt/

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Die Bevölkerungsprognosen der 1990er-Jahre wiesen für die Gemeinde Hiddenhausen mit ihren heute knapp 20.000 Einwohnern in sechs Dörfern auf eine dramatische Schrumpfung und Alterung der Bevölkerung hin. Dies führte dazu, dass die Gemeinde sich fragte, wie sie künftig noch ausreichend groß bleiben könnte, um den vorhandenen Angeboten der Daseinsvorsorge dauerhaft eine auskömmliche Nachfrage gewähren zu können.

Projektumsetzung

Hiddenhausen setzte dabei (zunächst) nicht so stark darauf, die Angebote der Daseinsvorsorge (soziale oder gesundheitliche, auch Nahversorgungsangebote) direkt zu beeinflussen, anders zu organisieren oder zu konsolidieren. Vielmehr ging es um den Ansatz am Immobilienmarkt. Man hatte erkannt, dass infolge der Alterung ein großer Teil der bestehenden Wohnobjekte in den kommenden Jahren auf den Markt kommen würde, wenn die Objekte zwangsläufig durch die hochaltrigen Bewohnerinnen und Bewohner aufgegeben werden. Wenn es gelingen könnte, diese Objekte neu zu beleben und hierfür besonders junge Familien zu gewinnen, wäre das eine wichtige Voraussetzung dafür, den Fortbestand der dörflichen Gemeinschaften und auch der ansässigen Nahversorgungsangebote zu sichern.

Abbildung 22: Einige der geretteten Häuser in Hiddenhausen

Quelle: Website Gemeinde Hiddenhausen,

Die Kommune änderte hierzu die strategische Ausrichtung der (vorbereitenden) Bauleitplanung und orientierte sich schon 2007 vollständig auf die Entwicklung des Bestands. Mindestens in dieser Zeit war das ein radikaler Schritt, galt doch gemeinhin die Ausweisung von neuen Baugebieten für Einfamilienhäuser bis weit in die 2000er-Jahre hinein als übliches Instrument, um junge Familien anzuziehen. Nach Beratungen mit einem Kreis aus Expertinnen und Experten z. B. von Banken, Wohnungsbaugesellschaften und aus Architektur und Planung entstand ein kommunales Förderprogramm, das mittlerweile in vielen anderen Orten Nachahmung gefunden hat.

Im Unterschied zu vielen anderen Strategien, die eher bei einer Anpassung der Versorgungseinrichtungen und Infrastrukturen ansetzen, hat Hiddenhausen den Immobiliensektor in den Blick genommen. Die Gemeinde verzichtet auf die Ausweisung von klassischen Neubaugebieten und fördert stattdessen den Kauf und die Sanierung von Altbauten mit bis zu knapp 15.000 Euro aus dem eigenen Haushalt. Konkret werden (derzeit) in Abhängigkeit von der Kinderzahl gefördert:

- ein Altbaugutachten mit bis zu 1.500 Euro,
- bis zu 1.500 Euro Kaufzuschuss über bis zu sechs Jahre (max. 9.000 Euro),
- bis zu 4.200 Euro „Energie-Zuschuss“ in Abhängigkeit von der bei Sanierung erreichten energetischen Qualität des Objektes.

Voraussetzung ist, dass die Haushalte Eigentümer bzw. Eigentümerin des Objektes sind und in Hiddenhausen leben. Im Ergebnis konnten über 700 Förderungen für den Hauskauf erteilt werden; fast 60 % der profitierenden Haushalte sind nach Hiddenhausen zugezogen (vgl. Website Hiddenhausen).

Die Auswirkungen des Programms auf die Qualität der Daseinsvorsorge sind offenkundig. Die Gemeinde kann in jedem Dorf eine Grundschule und umfangreiche Kita-Betreuungsleistungen anbieten – womit die Attraktivität für Familien weiter steigt. Auch private Nahversorgungsangebote haben so dauerhaft eine ausreichende Nachfrage, sodass ein Betrieb weiterhin lohnend erscheint. Zudem betont die Gemeinde die selbstverstärkende Wirkung – durch den Zuzug weiterer Bevölkerung steigen die Schlüsselzuweisungen des Landes, womit der Betrieb und Ausbau öffentlicher Infrastrukturen einfacher wird. Gleichzeitig wird die weitere Zersiedelung der Landschaft vermieden.

Trotz dieses Programms schreitet die Alterung in der Bevölkerung voran; es gibt eine steigende Zahl älterer Menschen, wie ursprünglich errechnet. Insofern mussten auch für diese Menschen Lösungen geschaffen werden. Deshalb ist das Programm „Jung kauft Alt“ nur ein Baustein in der kommunalen Daseinsvorsorgestrategie, die zudem zusätzliche Angebote für ältere Bürgerinnen und Bürger bereitstellt (soziale und ambulante Hilfen, Mahlzeitendienste, Freizeittipps und Vergünstigungen für Menschen 60 plus). Explizit ist auf den von der Kommune organisierten Verein „Gemeinsam statt einsam“ hinzuweisen, der für hilfebedürftige Menschen und Angehörige Dienste anbietet – sowohl Einzelbetreuung als auch die Vermittlung von Gemeinschaftserlebnissen (beispielsweise Spaziergänge, spielen, basteln, singen und vieles mehr, aber auch Begleitung zu Ärzten und Ärztinnen, Apotheken, beim Einkaufen). Seit März 2021 gibt ist in Hiddenhausen außerdem ein Büro für Alter, Pflege und Menschen mit Behinderung zur Vermittlung von Angeboten, die dazu beitragen, altersbedingte Beeinträchtigungen zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern. Ältere Menschen sollen die Möglichkeit erhalten, am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und möglichst lange zuhause wohnen zu können. Das Büro ist erste Anlaufstelle und unterstützt die selbstständige Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe im Alter. Da die verschiedenen Dienste oft fragmentiert angeboten werden, hilft das Büro den Betroffenen sich in der zersplitterten Angebotslandschaft zurechtzufinden und bei Formalitäten. Auch die Vermittlung weiterführender Kontakte zu Kooperationspartnern wird geboten. Beratungen finden im Sinne einer „sorgenden“ Gemeinschaft bei Bedarf auch bei den Hilfesuchenden zu Hause statt.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Das Beispiel Hiddenhausen zeigt, wie eine Gemeinde durch einen integrierten Ansatz und die Veränderung von Strategien in verschiedenen Sektoren eine umfassende, ganzheitliche Wirkung erzielen kann. Letztlich stehen die verhältnismäßig geringen Kosten, die das Förderprogramm „Jung kauft Alt“ für die Gemeinde verursacht, in keinem Verhältnis zu den umfangreichen Erträgen durch Zuzüge, durch die Neubelebung der Dorfkerne und die wirtschaftliche Auslastung von Infrastrukturen. Allerdings ist diese Kosten-Nutzen-Betrachtung im Sinne einer cash-flow-orientierten Haushaltspolitik nur schwer zu rechnen, da die Erträge an anderer Stelle als die Kosten oder nicht sofort anfallen. Die Innovation liegt also darin, eben diesen – vermeintlichen – „Mismatch“ zu erkennen und politisch durchzusetzen. Dies gelang auch, weil schon früh ein Runder Tisch mit allen relevanten Akteuren des Immobilienmarktes eingerichtet wurde, der das Modell mit begleitet hat und somit zur großen Akzeptanz beigetragen hat. Das Modell ist in Hiddenhausen mittlerweile mehrfach verlängert und soll laut Ratsbeschluss unbefristet fortgeführt werden. Es hat zahlreiche Nachahmerinnen bzw. Nachahmer in mehr als 50 Kommunen gefunden und kann – insbesondere in Kombination mit den Maßnahmen für ältere Menschen – als Good-Practice-Beispiel für eine integrierte Daseinsvorsorgestrategie gelten.

6.6.2 Dorf im Dorf: Rundum-Sorglos-Paket in Nettelstedt

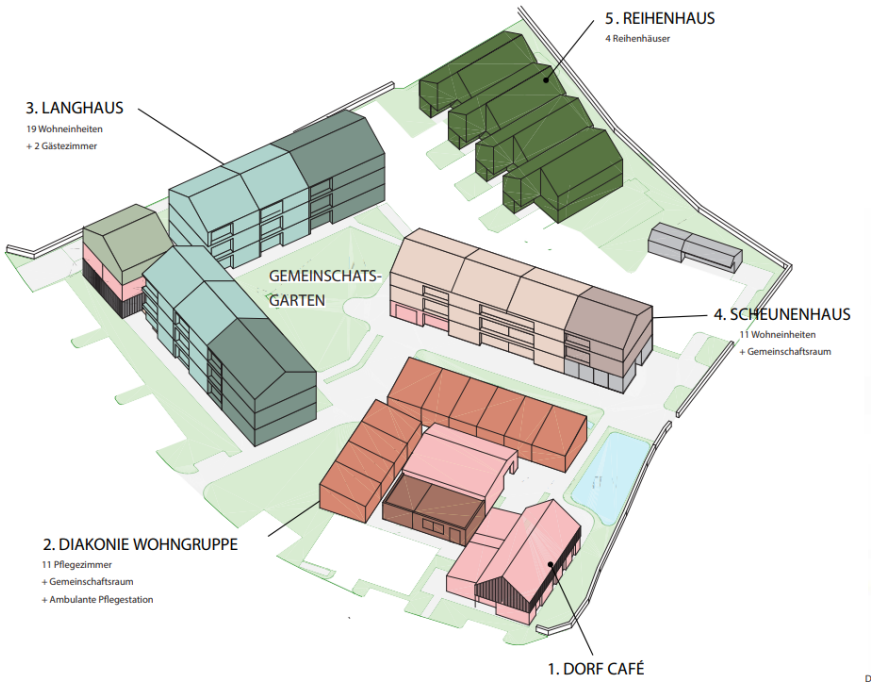
Name	Dorf im Dorf
Ort(e)	• Lübbecke-Nettelstedt
Trägerstruktur	• Wohnungsgenossenschaft • Diakonisches Werk
Gründung	• Ab ca. 2016
Dimension	• 45 Wohnungen
Kontakt	• http://www.dorf-im-dorf-nettelstedt.de/

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

In vielen Gemeinden fehlen nicht nur Angebote der (medizinischen) Daseinsvorsorge. Häufig fehlt es auch an geeigneten Wohnangeboten für eine älter werdende Bevölkerung (vgl. hierzu u. a. die Projekte in Hiddenhausen und Vrees, wo der Umgang mit freiwerdenden Wohnobjekten sowie die Schaffung geeigneter Alterswohnungen eine Rolle spielten). Dies gilt auch für Nettelstedt. In dem Ortsteil mit 2.500 Einwohnerinnen und Einwohnern lebt etwa zehn Prozent der Lübbecker Bevölkerung. Der Ortsteil, am Nordhang des Wiehengebirges etwa vier Kilometer östlich des Zentrums von Lübbecke gelegen, ist durch kleinteilige Bebauung und dörfliche Strukturen geprägt. Für ältere Menschen gibt es kaum geeignete Wohn- und Pflegeangebote; sie sind bislang – sofern sie nicht von Angehörigen zu Hause versorgt werden können – auf einen Umzug in eine geeignete Einrichtung in Lübbecke oder in anderen Städte der Region angewiesen.

Projektumsetzung

Abbildung 23: Das „Dorf im Dorf“



Quelle: Architekturbüro Lindstedt/Studio 8Fold; GBSL Lübbecke

Hier sollen durch ein innovatives Projekt gleich mehrere Probleme gelöst werden. Zum einen wird das Angebot an Wohnungen in Nettelstedt in verschiedene Richtungen ergänzt. Neben Pflegewohnungen entstehen hier ebenso Reihenhäuser und Geschosswohnungen für unterschiedliche Zielgruppen. Gleichzeitig ist durch den Aufbau eines „Diakoniehauses" ein umfangreiches Angebot an Pflege- und Betreuungsleistungen sowie Beratungsangeboten geplant; auch dies kann den älteren Menschen das Leben und Bleiben in „ihrem" Dorf Nettelstedt deutlich vereinfachen. Alles in allem ist das „Rundum-Sorglos-Paket" geplant:

> *„Das Dorf im Dorf (DiD) ist ein Pilotprojekt für kooperative Dorfentwicklung in Ost-Westfalen. In Zusammenarbeit mit einer engagierten Gruppe von Dorfbewohnern wird im historischen Ortskern Nettelstedts ein nachbarschaftliches und generationsübergreifendes Dorfquartier für bis zu 45 Wohneinheiten entwickelt, um ein selbstbestimmtes Leben in einer aktiven Gemeinschaft zu fördern. Das Quartier besteht aus vielfältigen kompakten Wohntypologien in Form von genossenschaftlichen Mietwohnungen, Eigentumswohnungen und Reihenhäusern, die sich um gemeinschaftlich genutzte Räume und Gärten gruppieren. Ein integriertes Pflegekonzept unterstützt die eigene Selbständigkeit in allen Lebensphasen, dazu zählt eine Pflegewohngruppe und eine kleine ambulante Basisstation der Diakonie. Um die Qualitäten des Dorfkerns wieder aufleben zu lassen, soll entlang einer alten Bruchsteinmauer ein kleiner Quartiersteich entstehen und ein Dorf Café betrieben werden" (Dorf im Dorf o. J.: 2).*

Angebote, wie das Dorf-Café und Gemeinschaftsräume schaffen Möglichkeiten auch für alteingesessene Bewohnerinnen und Bewohner, sich zu treffen und das gemeinschaftliche Miteinander im Dorf zu erhalten bzw. neu zu beleben. Die Realisierung als genossenschaftliches Wohnprojekt steht für hohe Wohnqualität und bezahlbares Wohnen. Allerdings zeigt sich, dass – angesichts gestiegener Baukosten – diese Hürde auch für erfahrene Genossenschaften schwierig zu nehmen ist. Parallel soll ein innovatives Energieversorgungkonzept umgesetzt werden; die relative Größe des Quartiersvorhabens erlaubt es, modellhaft in die energetische Sektorenkopplung einzusteigen und Photovoltaik, Wärmepumpen und Geothermie sinnvoll miteinander zu verknüpfen, wie es für kleinere Einzelvorhaben teils nur schwer umzusetzen ist. Car- und Bike-Sharing sowie weitere gemeinschaftliche Angebote sollen das Projekt abrunden und auch eine Dorf-App ist geplant, um den Zusammenhalt in der Nachbarschaft weiter zu fördern.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Auch hier ist die Initiative zu dem Projekt wesentlich auf einen „Vorkämpfer" aus dem Dorf zurückzuführen, der es gemeinsam mit einigen Unterstützern initiiert und vorangetrieben hat. Statt neue Akteure und Genossenschaften zu gründen, hat die Dorfgemeinschaft allerdings den Weg gewählt, **etablierte Akteure aus der Region** für das Vorhaben zu gewinnen. Die GBSL ist eine Wohnungsgenossenschaft in Lübbecke, die bereits seit vielen Jahrzehnten erfolgreich genossenschaftliches Wohnen anbietet und auch die Diakonie ist in vielen Orten der Region tätig. Doch trotz der etablierten Partner und des großen Engagements gerieten die Planungen des komplexen Projektes zeitweise ins Stocken. Nach **Kritik an der Größe des Projektes**, die im Rahmen des Planungsprozesses von Anliegern aufkam, kam es daher zu einer ersten Reduzierung der Wohnungszahl. Dennoch gab es im Rahmen der Offenlegung des Bebauungsplans erneut Einsprüche gegen das Projekt, die sich u. a. an der grobkörnigen Bebauung, die nicht ortstypisch sei, sowie der geplanten Nutzung des Cafés mit den erwarteten Verkehrsströmen entzündeten.

Letztlich zeigt sich, dass neben **Vorkämpferinnen** und **Vorkämpfern** für solche Projekte auch eine gute Portion **Durchhaltevermögen** wichtig ist. Hierbei können gerade etablierte Partner von Vorteil sein, die eben auf langjährige Erfahrung z.B. mit der Planung und Umsetzung von Bauvorhaben zurückgreifen können. Mittlerweile ist die Umsetzung des

Projektes gestartet und alle Beteiligten gehen davon aus, dass die Kritiker nach und nach auch die Vorteile des Projektes für sich sehen werden.

Zu einer insgesamt positiven Wahrnehmung und Verankerung des Projektes hat auch der umfangreich **kollaborativ angelegte Planungsprozess** beigetragen. Viele der zukünftigen Nutzerinnen und Nutzer wurden bereits in der Planungsphase einbezogen und konnten, unterstützt durch eine erfahrene Moderatorin, ihre Wünsche und Bedenken frühzeitig äußern. Dies ist insbesondere im Bau von Miet- bzw. Genossenschaftswohnungen aber auch bei klassischen Eigentumswohnungs-Bauprojekten keinesfalls die Regel. Insbesondere in einem solchen Fall, wo erstmals seit Jahrzehnten ein entsprechend großes Bauvorhaben in einem kleinen Dorf entstehen soll, ist eine solche Unterstützung hilfreich. Unerlässlich ist die **Moderation** bei einer derart komplexen Struktur, wie dieses Projekt sie aufweist: nicht nur kommen sehr unterschiedliche Nutzer bzw. Nutzerinnen und Eigentümerinnen bzw. Eigentümer zusammen, auch sind viele Energie-, Mobilitäts- und Gemeinschaftsprojekte geplant, die mit dem Vorhaben zusammen gedacht werden mussten.

6.6.3 Schon ein Klassiker? Das Bielefelder Modell

Name	Bielefelder Modell
Ort(e)	• Bielefeld
Trägerstruktur	• BGW mbH (komm. Wohnungsunternehmen) • Alt und Jung e. V. • Div. soziale Träger
Gründung	• 1996
Dimension	• Mittlerweile mehr als zwölf Wohnanlagen in ebenso vielen Quartieren
Kontakt	• https://www.bgw-bielefeld.de/mieten/bielefelder-modell/

Ausgangssituation und Rahmenbedingungen

Ziel des Bielefelder Modells ist es, auch bei Pflegebedürftigkeit selbstbestimmt in der eigenen Wohnung zu leben und passgenaue ambulante Pflegedienstleitungen zu erhalten. Zentrales Element ist eine verbindliche Kooperation zwischen einem Wohnungsunternehmen und mindestens einem ambulanten Dienst, der mit einem Servicestützpunkt in das Wohnprojekt einzieht und die unterstützenden Dienste anbietet. Hauptanbieter und Initiator des Bielefelder Modells ist die kommunale Bielefelder Gesellschaft für Wohnen und Immobiliendienstleistungen (BGW), die das Konzept bereits an zahlreichen Standorten mit unterschiedlichen Dienstleistern realisiert hat. Es stellt eine Reaktion auf die Herausforderungen des demografischen Wandels dar und orientiert sich insbesondere an den Bedürfnissen älterer Menschen sowie jüngerer Menschen mit Behinderung. Im Vordergrund steht das Altwerden in der vertrauten Wohnumgebung (die räumliche Bezugsebene ist das Quartier).

> *„Wir möchten Raum für Begegnungen schaffen und damit eine aktive Nachbarschaft fördern. So können Strukturen wachsen, die ein lebenslanges Wohnen in der vertrauten Umgebung ermöglichen“ (Oliver Klingelberg, BGW Sozialmanagement; s. hier: https://www.bgw-bielefeld.de/mieten/bielefelder-modell/).*

Projektumsetzung

Die Umsetzung des Bielefelder Modells erfolgt nicht nur im Rahmen von Neubaumaßnahmen. Bei der Modernisierung ihres Bestandes überprüft die BGW, ob die Erdgeschosswohnungen barrierefrei umgestaltet werden können. Außerdem wird mindestens ein Gebäude im Wohngebiet im Zuge der Modernisierung so umgebaut, dass im Erdgeschoss Gemeinschaftsräume und ein Servicestützpunkt eingerichtet werden können und alle Wohnungen barrierefrei sind. Neben solchen Komplettumbauten besteht häufig die Möglichkeit, durch geringe bauliche Veränderungen im Bestand seniorengerechten Wohnraum zu schaffen. Anders als beim klassischen betreuten Wohnen ist es ein zentrales Anliegen, Leistungen im Rahmen der Vereinbarung nicht pauschal zu gewähren, sondern sie bedarfsgerecht im Einzelfall zu organisieren und zu vergüten.

Den Mittelpunkt der Seniorenwohnanlagen bildet ein großzügiges Wohncafé, in dem sich Mieterinnen und Mieter sowie die Bewohnerinnen und Bewohner des Umfeldes treffen können und in dem eine Vielzahl von Veranstaltungen stattfinden. Hier befindet sich auch die offen gestaltete Küche, in der alle Mahlzeiten durch die Mieterinnen und Mieter organisiert werden. Jeder Mieter und jede Mieterin des Hauses sowie jeder Bewohner und jede Bewohnerin der Nachbarschaft kann nach eigenem Wunsch und gesundheitlichem Befinden am gemeinschaftlichen Leben teilnehmen. Da die Angebote des Wohnungsunternehmens und der Pflegedienstanbieter aber auch begrenzt sind, setzt das Bielefelder Modell auf die Aktivierung sozialen Engagements im Quartier und zivilgesellschaftliche Organisationen und soziale Netzwerke vor Ort.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Andere Wohnungsunternehmen haben das Modell in ihr Portfolio übernommen. Neben dem Engagement des Wohnungsunternehmens ist auch die Unterstützung der Kommune eine wesentliche Gelingensbedingung für die erfolgreiche Entwicklung und Stabilität des Modells. In Bielefeld hat die Kommune insbesondere in der Anfangszeit eng mit der BGW kooperiert. Inzwischen wurde das Bielefelder Modell als Regelangebot in die verbindliche Pflegebedarfsplanung aufgenommen, um es flächendeckend im Stadtgebiet zu etablieren.

Abbildung 24: Das Bielefelder Modell kompakt

Als Vermieter sorgt die BGW für:

- Barrierefreie Wohnungen
- Sicherheit durch Dauermietvertrag
- Angebot eines kompetenten Kooperationspartners für das Serviceangebot
- Versorgungssicherheit rund um die Uhr durch einen Träger für ambulante soziale Dienste
- Wohncafé als Treffpunkt für gemeinsame Mahlzeiten und andere Aktivitäten
- Bereitstellung der Büroräume und Gästewohnungen
- Hausmeisterservice (nicht in allen Quartieren)
- regelmäßigen Austausch mit dem Kooperationspartner zur Sicherung und Weiterentwicklung des Konzeptes

Der jeweilige Kooperationspartner bietet an:

- Quartiers- und Pflegebüro
- Versorgungssicherheit rund um die Uhr
- Förderung der Selbsthilfe, Ehrenamt und Dienstleistungsvielfalt
- Organisation und Begleitung von Selbsthilfe- und Freizeitaktivitäten
- Grund- und Behandlungspflege im Bereich der ärztlich verordneten Anwendungen
- Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung
- Familienentlastungspflege
- Vermittlung von weiteren Diensten wie z. B. hauswirtschaftlichen Hilfen, Hol- und Bringdiensten

Quelle: BGW (o. J.): Broschüre Bielefelder Modell: 31

Das Modell umfasst somit verschiedene Komponenten. Zusammengefasst geht es um die Ermöglichung des Wohnens in modernen und **komfortablen Wohnungen im vertrauten Umfeld bei steigender Hilfebedürftigkeit**. Gleichzeitig sollen hier auch **integrative**

Wohnmodelle z. B. für ältere, behinderte oder auch demenziell erkrankte Personen geschaffen werden. Den Menschen wird – ohne anfallende Betreuungspauschale – eine **24-stündige Versorgungssicherheit** geboten. Weitere Dienstleistungen sind über die örtlichen Pflegepartner (oder auch eigene Dienstleisterinnen bzw. Dienstleister) abrufbar. Hinzu kommt ein **präventiver Ansatz:** durch frühzeitige Unterstützung soll die Selbsthilfefähigkeit der pflegebedürftigen Menschen sowie ihres Umfelds gestärkt werden.

In einer auf Dokumentenbasis und wissenschaftlichen Erörterungen sowie Selbstbeobachtung basierenden Studie hat ein Sozialwissenschaftler die wesentlichen Wirkungen in verschiedenen Dimensionen herausgearbeitet:

> *„Aus Sicht der Pflegebedürftigen bietet das Bielefelder Modell im Vergleich zu der herkömmlichen Pflege, die den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen die Qual der Wahl zwischen einer ambulanten Hilfe mit einem meist eng begrenzten Leistungsspektrum oder einer stationären Unterbringung mit eingebauter Entmündigung aufnötigt, eine neuartige Kombinationslösung, die selbstbestimmtes Wohnen und bedarfsabhängige Pflegeleistungen miteinander verknüpft, bis hin zu einer kompletten Rund-um-die-Uhr-Versorgung, die im Leistungsangebot einer stationären Pflegeeinrichtung fast schon gleichkommt. Damit erwächst für die Pflegebedürftigen aus dem Bielefelder Modell der entscheidende Vorteil, weiterhin selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden leben zu können. Der höhere Grad an Selbstbestimmung im Vergleich zu anderen Wohn- und Unterbringungsformen ist in dieser Perspektive dann der entscheidende Bewertungsmaßstab“ (Voelzkow 2022).*

Das Bielefelder Modell bietet auch für die öffentliche Hand bzw. die Pflegeversicherung wirtschaftliche Vorteile. Diese Vorteile greifen offenbar dann, wenn eine Heimunterbringung vermieden werden kann. Nach Voelzkow ist das Bielefelder Modell offenbar für die Pflegeversicherung meist **kostengünstiger als die stationäre Pflege** – was die Pflegeversicherung und den Träger der Alten- und Sozialhilfe (hier also die Stadt Bielefeld) entlastet (vgl. ebd.). Ob dieser Kostenvorteil wirklich dauerhaft bestehen kann, wäre allerdings zu prüfen – angesichts aktueller Anpassungen z. B. der Bezahlung von (ambulanten) Pflegekräften verändern sich hier die Relationen. Zudem dürfte der Kostenvorteil davon abhängen, in welchem Umfang die Einbindung von Ehrenamt in den Kanon von quartiersbezogenen Leistungen gelingt.

Hier führt auch Voelzkow an, dass eine Übertragung auf andere Kommunen nicht ohne Weiteres gelingt, wenngleich dies vielfach schon versucht und z. T. auch erreicht wurde:

> *„[Das Bielefelder Modell] lässt sich nicht überall in seiner Trägerstruktur und in seinem Umsetzungsprocedere genauso wie in Bielefeld nachmachen, sei es, weil vor Ort der Quartiersansatz nicht greift, weil das geeignete kommunale Wohnungsunternehmen als Bauträger mit Regieverantwortung fehlt, weil die ambulanten Pflegedienste nicht mit dem erforderlichen Leistungspaket zur Verfügung stehen oder weil das bürgerschaftliche Engagement nicht wie gewünscht mobilisiert werden kann. Das Bielefelder Modell wird sich deshalb in der Regel nicht originalgetreu nachbilden lassen, sondern muss bei seiner Übertragung immer an die besonderen Gegebenheiten vor Ort angepasst werden. Aber der Versuch lohnt“ (Voelzkow 2022).*

Das Bielefelder Modell ist vor allem deswegen so erfolgreich, weil es einerseits einen starken **Treiber mit Investitionsbereitschaft** für das Themenfeld Wohnen gab und gibt (die BGW), der zudem dazu bereit war bzw. es gleichsam eingefordert hat, in den einzelnen Quartieren umfangreiche und stabile Verabredungen mit sozialen Diensten umzusetzen. Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die von Anfang an **wohlwollende und unterstützende Haltung der Stadt**,

die gleichzeitig für (Bau-) Genehmigungen und auch die Sozialplanung zuständig ist. Bei allen Akteuren wurde der Vorteil einer quartiersbezogenen Vorgehensweise erkannt.

6.7 Digitale Tools für analoge Wirkung!

Die Digitalisierung gilt gemeinhin als wichtige Strategie zur Vereinfachung von Prozessen und zur Bewältigung ansonsten überkomplexer Aufgaben. Durch die Digitalisierung von Prozessen und Produkten können damit – ähnlich wie ein Jahrhundert zuvor durch die Mechanisierung – bestimmte Leistungen und Produkte überhaupt erst möglich gemacht werden oder zu einem Preis angeboten werden, der für die Menschen tragbar wird. Setzt man die entsprechenden Technologien nunmehr im Gesundheits- und Dienstleistungssektor ein, könnte sich ein ähnlicher Effekt ergeben, wie bereits bei den „Shared Spaces“ dargelegt (vgl. Kap. 6.5). Durch die Digitalisierung kann es gelingen, Leistungen oder bestimmte Leistungskomponenten auch dort (im ländlichen Raum) verfügbar zu machen, wo sie ansonsten wirtschaftlich kaum mehr darzustellen wären.

Der Nutzen dieser digitalen Technik ist jedoch analog – die Menschen erhalten bestenfalls eine deutlich bessere Gesundheitsversorgung oder z. B. einfacher Zugang zu Leistungen oder Beratungen. Digitalisierung ist auch hier kein Selbstzweck, sie dient dazu, den Menschen mehr und bessere Angebote machen zu können.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens steht noch immer am Anfang einer vielversprechenden Entwicklung. Dadurch das Basistechnologien (http, Java, Internet) praktisch überall und durch jeden – dank grafischer Oberflächen – bedient und benutzt werden können, öffnen sich neue Felder in der Patientinnen- und Patienten- sowie der Klientinnen- und Klientenbetreuung wie auch bei der Vereinfachung von Abläufen in Praxen etc. Damit können angesichts zunehmend komplexer werdender Prozesse z. B. in Verwaltung und Abrechnung noch wirtschaftliche Potenziale gehoben werden.

6.7.1 Elektronische Arztvisite im Pflegeheim (elVi) — Medizin und Mehr eG Bünde

Name	elVI – Elektronische Arztvisite
Ort(e)	• Bünde
Trägerstruktur	• Medizin und Mehr (MuM) eG
Durchführung	• 2013
Dimension	• 40 niedergelassene Haus- und Fachärztinnen und -ärzte der Region Bünde-Kirchlengern-Rödinghausen
Kontakt	• https://www.mum-buende.de/la-well-systems-gmbh.html • https://egesundheit.nrw.de/projekt/elvi/

Ausgangslage

Die Situation der Menschen in stationären Pflegeinrichtungen ist schon häufig auch kritisch beleuchtet worden. In den vergangenen Jahren führte vor allem der eklatante Personalmangel zu einer schleichend schwierigeren Versorgung der (älteren oder pflegebedürftigen) Menschen auf der einen Seite und zu einer chronischen Überlastung des Pflegepersonals

auf der anderen Seite. Da viele der Menschen, die in Pflegeheimen leben, multimorbide sind, ist zudem eine umfangreiche medizinische Betreuung notwendig, die durch das Pflegepersonal nicht oder nur eingeschränkt geleistet werden kann und darf. Allerdings stehen viele Hausärztinnen und -ärzte vor dem Problem, dass sie angesichts der immer geringeren Zeit, die ihnen pro Patientin und Patent zur Verfügung steht, kaum in ausreichendem Umfang Hausbesuche durchführen können. Gleichzeitig können die in ihrer Mobilität häufig eingeschränkten Personen in Pflegeheimen kaumin die Praxen kommen, ohne dass insbesondere das Pflegepersonal noch stärker belastet wird.

Hier setzt das Projekt elVi an, das die Anforderung einer virtuellen Visite durch Ärztin oder Arzt bei Bedarf ermöglicht. Es handelt sich somit um ein entlastendes System für die Pflegekräfte, das zugleich zu einer besseren Versorgung und Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Einrichtungen führen kann.

Projektumsetzung

Das elVi-System setzt auf etablierte Video-Conferencing-Technologie:

> *„Bei elVi® handelt es sich um ein pflegekraftentlastendes bzw. arztunterstützendes System, das vor dem Hintergrund eines steigenden Ärzte- und Pflegekräftemangels gerade in ländlichen Regionen einen entscheidenden Mehrwert in der Patientenversorgung bietet. Zudem ist auch die Übertragung von Vitalparametern wie EKG, EEG, Temperaturmessungen, Blutwerten aber auch moderner transkutaner Blutzuckermessverfahren — wie bereits von der Techniker Krankenkasse im Rahmen eines Pilotprojektes umgesetzt — in Echtzeit möglich. Diese wertvollen zusätzlichen Informationen können dem Arzt / der Pflegekraft unter anderem in Notfallsituationen von Patienten lebensrettende Informationen liefern. Die Konzeption der elektronischen Arztvisite ist flexibel einsetzbar und kann, dank einer internetbasierten Anwendung, in jeder Region als Versorgungsprojekt ein- bzw. umgesetzt werden“ (KVWL 2016: 8).*

Seit 2007 haben zahlreiche Haus- und Fachärztinnen und Ärzte (bis heute 40) in der Region Bünde-Kirchlengern-Rödinghausen gemeinsam mit einem Telemedizin-Anbieter (La-Well GmbH) eine Zusammenarbeit organisiert. Sie beteiligten sich ab 2013 an dem elVi-Projekt und ermöglichen somit audio-visuelle Visiten bei den Menschen in den Pflegeeinrichtungen. Die Leistungen wurden sukzessive ausgebaut und mehr und mehr Akteure schlossen sich an. Ziel war es, die Visite nicht nur – wie bislang – aus den geschilderten Gründen im äußersten Dringlichkeitsfall durchzuführen, sondern durchaus öfter zu ermöglichen, um so die Versorgungsqualität und die Sicherheit der Patientinnen und Patienten zu verbessern und ihnen eine bessere Beratung zu ermöglichen. Eine Evaluation (2016/2017 durch ZTG GmbH durchgeführt) zeigte, dass die elVI für sehr unterschiedliche Anlässe zum Einsatz kam, so z. B. bei Wundversorgungen, bei Schmerz- und Unruhezuständen sowie bei Fragen zur richtigen Medikation etc. Die elVi ließ sich sowohl in den stationären Einrichtungen wie auch in den Praxen gut in den Alltag einbinden und führte auf beiden Seiten zu Entlastungen. Mittlerweile wird das System auch in anderen Regionen und Bundesländern eingesetzt; die KV WestfalenLippe und die AOK Nordwest haben hierzu eine Kooperation unterzeichnet.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Ein wesentlicher Erfolgsfaktor des Projektes war die konsequente Einbindung der regionalen Netzwerke und der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kam, dass ein System gefunden wurde, das einfach zu bedienen und **nutzerfreundlich** war – zudem wurde es im Verlauf der Testphase weiter optimiert. Als weiterer Erfolgsfaktor kann gelten, dass dieses Projekt sehr deutlich **auf Seiten aller Beteiligter Mehrwerte** erzeugt – Zeitersparnis bei den Ärztinnen und Ärzten, Zeitgewinn für die wichtigen Themen im Patientinnen- und Patientengespräch,

gleichzeitig auch spürbare Entlastung der Pflegekräfte. Ebenfalls fällt auf, dass dieses Projekt recht klar umrissen ist. Es geht um die elektronische Visite – nicht mehr und nicht weniger. Weitere technische Möglichkeiten und Ansätze wurden behutsam ergänzt, um die Umsetzbarkeit nicht zu gefährden. Hier kam der Vorteil zum Tragen, dass in diesem Fall auf beiden Seiten der „Leitung“ **medizinisch geschultes Personal** vorhanden war – mit den Pflegekräften in den Heimen hatten die Patientinnen und Patienten Fachleute an der Seite, die ggf. komplexe Sachverhalte „übersetzen“ konnten.

6.7.2 Die „App zum Doc“ – u. a. im Ärztenetz Lippe

Name	App zum Doc
Ort(e)	• Kreis Lippe (u. a.)
Trägerstruktur	• Ärztenetz Lippe GmbH • Priv. Dienstleister
Durchführung	• Seit 2015
Dimension	• Realisation durch das Ärztenetz Lippe, mittlerweile auch in weiteren Regionen im Einsatz
Kontakt	• https://www.aerztenetz-lippe.de/app-zum-doc.html • https://app-zum-doc.de/

Ausgangslage

Die Leistungen und Ansprechpartner im Gesundheitswesen sind in vielen Regionen – trotz möglicher Unterversorgungen – kaum zu überschauen. Digitale Technologien bieten nicht nur innerhalb geschlossener Netze (wie z. B. den Ärztenetzen) oder im ansonsten „unsortierten“ Internet die Möglichkeit, auch gezielt Angebote und Netzwerkstrukturen sichtbar und für die Patientinnen und Patienten nachvollziehbar zu gestalten. Hinzu kommt, dass angesichts der großen „Nachfrage“ viele Praxen während der Öffnungszeiten kaum erreichbar sind – eine Kommunikation per Brief aber zu langsam und per E-Mail sich häufig (aufgrund der Unsicherheiten) nicht durchgesetzt hat. Viele Fragen ließen sich aber auch „asynchron“ – also nicht notwendigerweise telefonisch oder im Gespräch – klären, was die Praxen insgesamt entlasten würde.

Projektumsetzung

Das Ärztenetz Lippe setzt mit der Entwicklung einer App für Smartphones ein digitales Service-Angebot für Ärztinnen und Ärzte, Patientinnen und Patienten sowie Therapeutinnen und Therapeuten um. Dabei konnte das Ärztenetz auf Software eines privaten Anbieters zurückgreifen, wie es mittlerweile auch andere Netze tun (u. a. BohRIs, MuM Medizin und Mehr).

> *„Die Abbildung der unterschiedlichen Angebote eines Ärztenetzes sowie der einzelnen Ärzte / Netzmitglieder in einer App ist eine logische Weiterentwicklung, nachdem bisher in Ärztenetzen weitgehend eine Kombination aus Website, Papier, Fax und E-Mail genutzt wurde, um sich selbst und die Patienten zu informieren und zu vernetze.“ (KVWL 2017: 9).*

Die hier bezeichnete App und weitere Angebote werden stetig verbessert und ausgebaut. Sie sind über die üblichen Aktualisierungsroutinen in App- und Play-Stores auf einfachem Wege aktuell zu halten.

Erfolgsfaktoren und Hemmnisse

Das Ärztenetz wird so für das Smartphone-Zeitalter sichtbar. Durch den **modularen Aufbau** entsprechender Apps lassen sie sich flexibel an das Leistungsspektrum eines konkreten Ärztenetzes anpassen. Beispielsweise haben Patientinnen und Patienten die Möglichkeit, mit ihrer Praxis unkompliziert zu kommunizieren (z. B. Anfragen für Rezepte, Termine usw. senden, Bilder sicher **verschlüsselt** senden). Auch für die Praxen bieten diese Apps eine Entlastung – sie erlauben **asynchrone Kommunikation** und entlasten somit die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, da diese die Vielzahl an Anrufen häufig kaum mehr bearbeiten können.

Noch gehen die Apps nicht so weit, umfangreich telemedizinische Leistungen mitzuverknüpfen. Doch dies scheint nur ein kleiner Schritt; damit hätten die Apps weiteres Potenzial zur Sicherung der dezentralen medizinischen Grundversorgung. Arzt oder Ärztin wären plötzlich „in der Handtasche“ verfügbar – jederzeit griffbereit. Kombiniert mit „Wearables“, wie Smartwatches, könnten auch dauerhafte Überwachungen von Körperfunktionen mit den – bislang eher auf Organisation und Verwaltungstätigkeit ausgerichteten – Apps möglich werden.

Ergänzend zu den dargestellten Projekten werden im In- und Ausland zahlreiche weitere Projekte erprobt, die sich mit der zukunftsweisenden Ausrichtung einer lokalen Daseinsvorsorge insbesondere im Gesundheitssektor befassen. Eine vollständige Darstellung solcher Projekte ist somit kaum möglich und würde hier den Rahmen sprengen. Eine interessante Zusammenstellung ausgewählter Projekte bietet auch das in OstWestfalenLippe verankerte Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft auf seiner Internetseite (ZIG.OWL: https://www.zig-owl.de/projekte.html).

7 Thesen für die Gesundheitsvorsorge der Zukunft in OWL

In diesem Band wurden zahlreiche Szenarien, Leitlinien und Beispielprojekte für zukunftsweisende Projekte einer Gesundheitsvorsorge im ländlichen Raum zusammengefasst. Welche Strategie oder welches Projekt im Einzelfall hilft, lässt sich kaum pauschal beantworten. Auch in OWL ist die Situation in den Kreisen und Kommunen sehr unterschiedlich – nicht nur, was den Mangel an Hausärztinnen und -ärzten angeht, sondern auch was andere Voraussetzungen, die die örtliche Akteurslandschaft, die Möglichkeiten von Kreis- und Kommunalverwaltung oder die Diskussion in der jeweiligen Stadt oder Gemeinde betrifft.

Dennoch stellt sich die Frage, was kann OWL nun tun, wie können sich die Akteure in OWL engagieren, um das Thema zukünftig anhand der skizzierten Leitlinien voranzubringen. Hierzu mögen einige Thesen Anregung bieten:

- **Die Region braucht die Stärkung der Gesundheitsnetze**. Schon jetzt gibt es viele Gesundheitsnetze in den einzelnen Kreisen oder kreisfreien Städten. Zukünftig werden diese Netze von der reinen Austauschebene oder der gemeinsamen Leistungserbringung zu strategischen Akteuren einer regionalen Gesundheitsvorsorge. Die Netze können selbst Leistungen anbieten und schaffen durch das Pooling von Leistungen neue Möglichkeiten für die Beteiligten.
- **Mut wird belohnt!** Viele der Projekte haben gezeigt, dass sie immer **einen „Kümmerer" brauchen** – eine Person, die sich die Sache zu eigen macht, die sie vorantreibt und sich kümmert. OWL könnte gezielt solche **„Gesundheitsengel"** identifizieren, sie ansprechen und unterstützen, damit sie ihre großen Netze für die gute Sache einsetzen können.
- **The Agency.** Damit es dazu kommt, dass die Kümmerer gefunden werden und auch mitmachen, braucht es auch fachliche Unterstützung. Das Gesundheitssystem ist komplex, weshalb insbesondere fachlich nicht versierte Menschen aus anderen Professionen aber auch die kommunalen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in kleineren Städten und Dörfern kaum je mit allen Details vertraut sind. **Der Gesundheitsregion OWL stünde eine Agentur gut zu Gesicht, die Kommunen und andere Akteure dauerhaft bei der Projektierung und Projektdurchführung unterstützt** und sich insbesondere im Leistungsrecht wie auch in medizinischen Organisationen auskennt. OWL kann hier auf das ansässige Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft (ZIG.OWL) zurückgreifen und dessen Leistungsspektrum ausbauen.
- **Offen bleiben!** Projekte, Initiativen, Vereine und Gruppen im Allgemeinen neigen zu einer „Sozialen Schließung" – d. h. mit der Zeit schottet sich die Gruppe zusehends gegen Nicht-Mitglieder ab. Für andere Mitglieder wird es dann immer schwieriger, hineinzukommen. Diesem Trend muss von Anfang an begegnet werden. Die hier skizzierten Projekte und Initiativen müssen alle, sofern sie auf eine gemeinschaftliche Basis oder Beteiligung setzen, dafür sorgen, dass sie nicht zum „elitären Club" werden. Es gilt, früh **Mechanismen zu schaffen, durch die das Angebot regelmäßig neuen Leuten bekannt wird**, z. B. durch Öffentlichkeitsarbeit und Gelegenheiten für (noch) Außenstehende, mit dem Projekt in Kontakt zu kommen, sei es durch Tage der offenen Tür, die Beteiligung an Festen oder auch die gezielte Ansprache durch Botschafterinnen sowie Botschafter. Ziel muss es ein, **große Teile der Gesellschaft in den ländlichen Regionen einzubinden**. Hilfreiche Instrumente können hierzu **„Beteiligungen" oder Mitgliedschaften sein, z. B. in Form der Genossenschaft**; allerdings sollte der Beitritt sehr niederschwellig und ohne größere Kosten möglich sein.

- **Langfristig denken, keine One-Man-Show zulassen!** Zwar brauchen wir Kümmerer, die den Weg bereiten und ein Projekt anstoßen (s. o.). Allerdings laufen Projekte Gefahr, zu scheitern, wenn sie zu lange von der Aktivität und dem (übermenschlichen) Einsatz Einzelner abhängen. Schon früh müssen Strukturen geschaffen werden, wo Gründerinnen und Gründer sowie Initiatorinnen und Initiatoren wertschätzend eingebunden sind, aber auch andere Verantwortung übernehmen können. Bei vielen Projekten, auch bei solchen, die wir angeschaut haben, ist dies eine große Schwierigkeit in der Umsetzung. Es sind nun mal häufig Einzelne oder wenige Personen, die ein Projekt maßgeblich voranbringen – viele andere machen zwar mit, setzen sich aber nicht unbedingt mit voller Kraft ein bzw. scheuen die Übernahme von zu viel Verantwortung. **Hier ist auch die Kommune gefragt, Projekte, Initiativen und Vereine dabei zu unterstützen, sich zu professionalisieren und zu organisieren.** Selbstverständlich kann die Kommune nicht immer alle Aufgaben übernehmen – das ist möglicherweise sogar kontraproduktiv und führt dazu, dass sich manche wieder zurückziehen. Aber die Kommune kann dabei unterstützen, tragfähige Strukturen (z. B. eine Geschäftsstelle) aufzubauen. Auch privatwirtschaftliche Akteure, wie Pflegedienste o. Ä., können solche Aufgaben übernehmen; dann ist aber sicherzustellen, dass ehrenamtliche und gemeinnützige Tätigkeiten auch gemeinnützig bleiben – z. B. über geeignete (Förder-) Vereinsstrukturen.
- **Mischung von Kapital und Ertragsmöglichkeiten:** Es ist oft schwierig, den einen Finanzier oder die eine Finanzierin für ein Projekt zu finden. Zudem macht eine solche Struktur stark abhängig. Wenn ein Projekt nur funktioniert, wenn es Fördermittel aus einem bestimmten Programm gibt, kann das ein Anschub sein, aber es ist nicht die dauerhafte Lösung. Allein die Abhängigkeit aus dem kommunalen Haushalt ist schwierig, wenn aufgrund der wirtschaftlichen Entwicklung Mittel gekürzt werden. Gut ist es, wenn es gelingt, **verschiedene Finanzierungsquellen zu erschließen** – so z. B. bei den MarktTreff-Läden (Fördermittel über die Kommune ergänzt durch Kapital von Marktbetreibern/Gewerbetreibenden sowie Humankapital durch Verein und Ehrenamt) oder auch in der Bürgergenossenschaft (z. B. Bocholt: Anschubfördermittel und Mitgliedsbeiträge ergänzt durch Spenden und Erlöse/Kostendeckung durch die vermittelten Tätigkeiten)
- Aus ähnlichen Gründen ist auch ein **modularer Aufbau mindestens komplexerer Projekte** empfehlenswert. Hilfreich ist es, wenn ein Vorhaben nicht auf die Strategie „alles oder nichts“ setzt. **Oft geht nicht (sofort) „alles“** – da hilft es, wenn bereits einzelne Bausteine umgesetzt, finanziert und betrieben werden können. So wie in Vrees, wo es über viele Jahre gelang, das Vorhaben einer generationengerechten Stadt immer weiter auszubauen – durch neue, zu den vorhandenen Angeboten passende, Projektbausteine. So kann es auch gelingen, immer neue Unterstützerinnen und Unterstützer für neue Teilprojekte zu begeistern und zu gewinnen, was den o. g. Aspekten entgegen kommt.
- **Ein Shared Space in jedem Ort!** Viele der Projekte – gleich wie sie am Ende genau funktionieren und ausgerichtet sind – sind darauf angewiesen, in der Fläche Räume zu finden, in denen Leistungen angeboten oder Beratungen durchgeführt werden können. Die Region OWL sollte gemeinsam mit Kreisen und Kommunen überall solche Liegenschaften identifizieren, bei denen eine Entwicklung und Weiterentwicklung sinnvoll wäre, weil sie z. B. zentral liegen, weil sie ohne neue Nutzung dem Verfall preisgegeben sind, weil es gilt, sie aufgrund ihrer lokalen Bedeutung zu erhalten usw. Hier gilt es, zunächst von der Einzelfallbetrachtung wegzukommen und diese Zukunfts-Orte als strategische Größe zu verstehen. Ob es gelingt, alle zu entwickeln, wird sich zeigen. Doch wenn sie erst bekannt sind, wird an vielen Stellen eine Entwicklung in Gang kommen – sei es als Bürgerinnen- und Bürgerzentrum, als Gesundheitskiosk oder gar als (medizinisches) Versorgungszentrum.

- **Wohnen und wohnungsnahe Versorgung:** Insbesondere die Kreise und kreisfreien Städte als Bewilligungsbehörden für die Wohnraumförderung sowie die Kommunen als Planungsträger haben die Möglichkeit, auch inhaltlich Schwerpunkte zu setzen, indem sie bewusst auf die Entwicklung generationengerechter und -übergreifender Wohnprojekte setzen. Möglich ist auch, eine regionale Co-Förderung für solche Projekte zu entwickeln – z. B. durch eine **Planungsunterstützung**, durch die **Übernahme von Eigenkapital** usw. Viele solcher Projekte können Ausgangspunkt auch für eine Verbesserung der medizinischen Versorgung sein.
- **Pflege und medizinische Versorgung zusammen denken:** Oft dominiert in vielen Konzepten und Projekten noch eine „saubere“ Trennung nach SGB. Für die Menschen ist das allerdings nicht zielführend. Beispielsweise ist denkbar, dass es neben „medizinischen“ Versorgungszentren auch „kurative“ Zentren gibt, die also eher von einem (ambulanten) Pflegeangebot ausgehen als von einer umfassenden medizinischen Versorgung. Beides kann für die Patientinnen und Patienten oder Klientinnen und Klienten von großem Vorteil sein.

Literaturverzeichnis[7]

AWO Kreisverband Herford, Hansestadt Herford (Hg.) 2021: Modellprojekt Präventiver Hausbesuch „Seniorenlotsin im Quartier Stiftberg und Friedenstal“: Vorläufiger Abschlussbericht (Berichtszeitraum 01.05.2018 – 30.09.2021)

Baba, L./Wilbert, K., 2022: Soziale Stadt- und Ortsentwicklung in ländlichen Räumen, BBSR Online-Publikation 02/2022.

BGW (Hg.) o. J.: Das Bielefelder Modell. Selbstbestimmt Wohnen mit Versorgungssicherheit. Broschüre, verfügbar unter: https://www.bgw-bielefeld.de/mieten/bielefelder-modell/

Berlin Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hg.), 2018: Eine Region, viele Aussichten. Wie der demografische und wirtschaftliche Wandel Westfalen fordert, Berlin.

Braeseke, G./Naegele, G./Engelmann, F., 2021: Status quo der Senioren- und Pflegeplanung und Handlungsempfehlungen für Kommunen, in: K. Jacobs/A. Kuhlmey/S. Greß/J. Klauber /A. Schwinger (Hg.), Pflege-Report 2021, a. a. O., S. 195 ff.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.), 2016: Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Berlin.

BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.), 2020: Achter Altenbericht. Ältere Menschen und Digitalisierung, Berlin.

Bogumil., J./Hafner, J./Heinze, R. G., 2021: Steuerung kommunaler Sozialleistungen im Kreis Recklinghausen, Bochum (RUB/ZEFIR)

Borchers, U./Hilbert, J./Hildebrandt, H., 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen: Stärkt die Regionen bei der Gestaltung unserer Zukunft!, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 125 ff.

Brinkmeier, M., 2019: Patientenlotsen mit Case-Management, Vortragsfolien beim 20. OWL Forum Gesundheitswirtschaft Bielefeld.

Brinkmeier, M., 2020: Vom Integrator der Versorgung zum Steuermann des Systems: Wie man mit Schlaganfall-Lotsen Innovationen triggert. In: Hahn, U./Kurscheid, C. (Hrsg.): Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Heidelberg, S. 233-250.

Burgi, M./Igl, G., 2021. Rechtliche Voraussetzungen und Möglichkeiten der Etablierung von Community Health Nursing (CHN) in Deutschland, Baden-Baden.

CDU NRW, Bündnis90/Die Grünen 2022: Zukunftsvertrag für Nordrhein-Westfalen. Koalitionsvereinbarung von CDU und GRÜNEN 2022-2027. Düsseldorf

DAK Gesundheit, 2019. Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategie für die Langzeitpflege vor Ort. Online verfügbar unter: https://rekopflege.de/wp-content/uploads/2019/02/Handout_ReKo.pdf.

Danielzyk, R., 2017: Raumstrukturelle Entwicklungsmuster in Deutschland: Raumtypen mit Problemlagen, in: Heinrich-Böll-Stiftung (Hg.), Geteilte Räume. Strategien für mehr sozialen und räumlichen Zusammenhalt, Berlin, S. 16 ff.

Danielzyk, R., 2019: Was heißt eigentlich Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse? Thesen zur aktuellen Diskussion, in: M. Junkernheinrich/J. Lange (Hg.): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse: Zwischen produktiver Vielfalt und problematischer Ungleichheit, Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle 80/2018), S. 55 ff.

[7] Alle Internetquellen wurden zuletzt am 09.11.2022 abgerufen.

Diermeier, M., 2022: Der Elefant im französischem Raum: Regionale Disparitäten. IW-Kurzbericht 28/2022.

Dorf im Dorf (DiD) o. J.: Dorf im Dorf. Nachbarschaftlich und generationsübergreifend wohnen und leben in Nettelstedt. (Broschüre).

DStGB/Landsberg, G., 2019: Ärztliche Versorgung flächendeckend sicherstellen. Positionspapier des DStGB v. 02.12. 2019

Fischer, B./Hilbert, J., 2021: Welche Rolle werden Krankenhäuser für zukunftsfähige ländliche Versorgungslandschaften spielen, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a.a.O., S. 75 ff.

Galle, G./Brinkmeier, M., 2021: Mut zu echter Innovation: Die Einführung von Gesundheitslotsen in Deutschland, in: R. Engehausen/S. Scholz (Hg.), Innovationsfonds – Transfer in die Regelversorgung. Zwischenbilanz, Best Practice-Beispiele & Handlungsempfehlungen, Heidelberg, S. 148 ff.

Gerlinger, T., 2021: Daseinsvorsorge in der Gesundheitspolitik, in: F. Blank/C. Schäfer/D. Spannagel (Hg.) Grundsicherung weiterdenken, Bielefeld, S. 189 ff.

Gesundes Kinzigtal GmbH, 2020: Gesundes Kinzigtal GmbH: Was es über uns zu wissen gilt. Online verfügbar unter: https://www.gesundes-kinzigtal.de/gesundes-kinzigtal/

GKV-Spitzenverband (Hg.), 2021: Forschung für die Pflege – Impulse zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Berlin.

Heinelt, H./Terizakis, G., 2021: Warum sind einige Städte innovativer als andere? Eine Antwort auf der Grundlage eines interpretativen Konzepts, in: Egner, B./Heinelt, H./Hlepas,N. (Hg.): Bedingungen lokaler Innovationen. Zur Bedeutung von kommunikativen Mechanismen und lokalen Narrativen, Baden-Baden, S.33-50.

Heintel, M./Krajewski, C., 2020: Daseinsvorsorge für ländliche Regionen auf dem Prüfstand: eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung im Spiegel der Regionalentwicklung (Editorial). Europa Regional, 26.2018(3), 2-6.

Heinze, R. G., 2020: Gesellschaftsgestaltung als Neujustierung von Zivilgesellschaft, Staat und Markt, Wiesbaden.

Heinze, R. G./Bogumil, J./Beckmann, F./Gerber, S., 2019: Vernetzung als Innovationsmotor – das Beispiel Westfalen, Münster.

Hilbert. J./Merkel, S./Technau, J., 2019: Transformation der Pflegewirtschaft: Buurtzorg und der Nutzen digitaler Technik – Erkenntnisse aus den Niederlanden, Gestaltungsperspektiven für Deutschland, in: Heinze, R. G./Kurtenbach, S./Üblacker, J. (Hg.): Digitalisierung und Nachbarschaft. Baden-Baden, 185-206.

Hildebrandt, H. et al, 2020: Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene, in: Welt der Krankenversicherung, H. 7-8 (9. Jhg.), S. 164 ff.

Hoffmann, E./Lozano Alcantara, A./Gordo, L. R., 2021. „My home is my castle“: Verbundenheit mit der eigenen Wohnung im Alter, in: Destatis/WZB/BiB (Hg.), Datenreport 2021. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S. 87-92.

Kemna, K., 2022: Auf dem Weg zum Netzwerkmanager? Institutioneller Wandel der Kommunalverwaltungen in der lokalen Pflegelandschaft in Nordrhein-Westfalen, Weinheim.

Kersten, J./Neu, C./Vogel, B., 2015: Regionale Daseinsvorsorge. Begriff, Indikatoren, Gemeinschaftsaufgabe, Bonn (FES).

Klapper, B. 2018: Das PORT-Modell als Perspektive. Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: patientenorientiert – wohnortnah – integrierend. KU 8-2018; 87: 45-47.

Kleiner, T.-M./Burkhardt, L., 2021: Ehrenamtliches Engagement: Soziale Gruppen insbesondere in sehr ländlichen Räumen unterschiedlich stark beteiligt, in: DIW Wochenbericht Nr. 35/2021, S. 572 ff.

Kleene, H., 2022: Altwerden in Vrees. Vortragsfolien der Gemeinde Vrees. Interner Workshop, August 2022.

Klenk, T., 2021: Digitale Daseinsvorsorge, in: F. Blank/C. Schäfer/D. Spannagel (Hg.) Grundsicherung weiterdenken, Bielefeld, S. 155 ff.

Klie, Thomas/Wernicke, Florian/Lissek, Katarina, 2018: Daseinsvorsorge neu gedacht: Bürgergenossenschaften – gemeinwohlorientiert, demokratisch, zukunftssicher, in: GENOGRAPH H. 10/2018, S. 53-54.

Klie, T./Ranft, M./Szepan, N.-M-, 2021: ECKPUNKTE Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesellschaftspolitik (Kurzfassung des Strategiepapiers), Berlin (KDA).

Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Grüne und FDP, 2021: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit, Berlin.

Krajewski, C./Steinführer, A., 2020: Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen und ihre Ausgestaltung zwischen Staat, Markt und Ehrenamt, in: C. Krajewski/C.-C. Wiegandt (Hg.): Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung, S. 242-260.

Küpper, P., 2016: Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume, Thünen Working Paper 68, Braunschweig (Thünen-Institut).

Kremer-Preiß, U.,2021: Wohnen 6.0. Mehr Demokratie in der (institutionellen) Langzeitpflege. KDA-Schriftenreihe „Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken“ Kuratorium Deutsche Altershilfe e.V.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), 2016: Bericht zur Förderung von innovativen Versorgungsmodellen der anerkannten Praxisnetzte nach § 87b SGB V durch die KVWL im Jahr 2015, Dortmund.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), 2017: Westfalen-Lippe: Land der Arzt- und Praxisnetze. Dortmund.

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), 2022; Praxisnetzte in Westfalen-Lippe: Weiterhin bundesweiter Vorreiter, in: KVWL Kompakt Nr. 1 vom 27.01 2022, S. 8 ff.

Landtag Nordrhein-Westfalen (Hg.), 2022: Einsamkeit. Bekämpfung sozialer Isolation in Nordrhein-Westfalen und der daraus resultierenden physischen und psychischen Folgen auf die Gesundheit. Abschlussbericht der Enquetekommission IV Einsamkeit und Soziale Isolation.

Lang, A., 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen. Mehr Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 113 ff.

Lang, A. 2022: Hilfe von Mensch zu Mensch. Vortragsfolien der Bocholter Bürgergenossenschaft. Interner Workshop, August 2022.

Lange, J./Hilbert, J. (Hg.), 2021: Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen, Rehburg-Loccum (Loccumer Protokolle 67/2020).

Langkafel, P./Matusiewicz, D. (Hg.), 2021: Digitale Gesundheitskompetenz, Heidelberg.

Lubbe, B., 2021: Hausarzt im ländlichen Raum: eine bedrohte Art?, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 53 ff.

Mettenberger, T./Küpper, P., 2021: Innovative Versorgungslösungen in ländlichen Regionen: Ergebnisse der Begleitforschung zum Modellvorhaben Land(auf)Schwung im Handlungsfeld „Daseinsvorsorge“ Band 1 der Begleitforschung Land(auf)Schwung, Braunschweig (Thünen-Institut).

Mettenberger, T./Zscherneck, J./Küpper, P., 2021: Wenn Neues aufs Land kommt. Entwicklung, Umsetzung und Verbreitung innovativer Lösungen zur digitalen Daseinsvorsorge, in: Raumforschung und Raumordnung 79/6, S. 543-556.

Neu, C. (Hrsg.) 2009: Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden.

Obuch, K./Grabbe, C., 2019: Sozialunternehmertum und Social Entrepreneurship in Deutschland: Change Maker im Kommen?, in: Freise, M./Zimmer, A. (Hg.), Zivilgesellschaft und Wohlfahrtsstaat im Wandel, Wiesbaden, S. 143-168.

Osterhage, F./Albrecht, J., 2021: Schwankungen – Verschiebungen – Brüche: Veränderungen beim bundesweiten Wanderungsgeschehen in den vergangenen zwei Jahrzehnten, ILS-Trends 3/21, Dortmund.

OstWestfalenLippe (OWL) GmbH (Hg.), 2020: OstWestfalenLippe Strukturbericht 2020, Bielefeld.

Prognos AG, 2022: Prognos Zukunftsatlas 2022. Das Ranking für Deutschlands Regionen, Berlin.

Reuter, V./Schlinge, M./Teichmüller, A.-K., 2021: Austausch, Beratung und Beteiligung – Schlüsselfaktoren zur Gestaltung des demografischen Wandels auf kommunaler Ebene. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung zum Projekt „Demografiewerkstatt Kommunen“ (DWK). Dortmund: Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V./Institut für Gerontologie an der TU Dortmund.

Ried, W., 2016: Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren, in: M. Herbst/F. Dünkel/B. Stahl (Hg.), Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum, Wiesbaden, S. 1 ff.

Robert Bosch Stiftung, 2021: Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, Stuttgart.

Robert Bosch Stiftung, 2021a: Die Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl, Stuttgart.

Rothgang, H./Müller, R., 2021: BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends, Berlin.

Schneider, N./Kitte, I./Stegemann, R./Afshar, K., 2021: „Landpartie“ in der Ausbildung von Medizinstudenten, in: J. Lange/J. Hilbert (Hg.), Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen, a. a. O., S. 59 ff.

Seelhoff, I. 2022: MarktTreff Schleswig-Holstein: Orte der Begegnung und Versorgung/Dorfläden. Vortragsfolien der EBS-Gruppe. Interner Workshop, August 2022.

Stadt Herford/Dezernat 3 – Jugend, Bildung, Soziales, 2021: Ausweitung des Präventiver Hausbesuch auf alle Herforder Stadtteile im Rahmen der Verbesserung der Lebenslagen der Menschen im Quartier und der Weiterentwicklung der Stadtteilzentren im Rahmen der Wirkungsorientierten Steuerung

Statistisches Bundesamt, 2021: Fast 6 Millionen ältere Menschen leben allein. Pressemitteilung Nr. N057 vom 29. September 2021. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html

Statistisches Bundesamt, 2021a: Gesundheit/Pflege/Pflegebedürftige https://www.gbe-bund.de/gbe/pkg_isgbe5.prc_menu_olap?p_uid=gast&p_aid=31662970&p_sprache=D&p_help=0&p_indnr=510&p_indsp=&p_ityp=H&p_fid=/

Steinführer A./Küpper P., 2020: Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen, in: Inf Polit Bildung 343(2):16-25 (https://www.bpb.de/izpb/laendliche-raeume-343/abger. am 25.1. 2022)

Steinführer, A./Porsche, L./Sondermann, M., 2021: Kompendium Kleinstadtforschung. Forschungsberichte der ARL 16, Hannover.

Stielike, J. M., 2018: Sozialstaatliche Verpflichtungen und raumordnerische Möglichkeiten zur Sicherung der Daseinsvorsorge, Baden-Baden.

Teti, A./Nowossadeck, E./Fuchs, J./Künemund, H. (Hg.), 2022: Wohnen und Gesundheit im Alter, Wiesbaden

UrbanLand (Hg.) 2019: Navigation. Das neue UrbanLand. verfügbar unter: https://www.urbanland-owl.de/fileadmin/user_upload/REGIONALE_Files/REGIONALE_2022_-_Die_Navigation_web.pdf

Voelzkow, H., 2022: Das Bielefelder Modell - Eine wegweisende Innovation in der Pflege?, Bielefeld (MS)

Vogel, B., 2017: Wie geht es weiter in Dorf und Kleinstadt? Demografische Provokationen und neue Konflikte um Daseinsvorsorge, SOFI Göttingen https://sofi.uni-goettingen.de/fileadmin/user_upload/Forschungsmagazin_Beitrag_Vogel_2017_Weboptimiert.pdf

Vogel, B., 2020: Covid-19 als Weckruf? Plädoyer für eine neue Politik öffentlicher Güter, in: WSI Mitteilungen H. 6/2020, S. 468 ff.

Vogel, H.-J., 2021: Der ländliche Raum in der Metamorphose – Räume nicht verteidigen, sondern regionale Innovationsprozesse anstoßen und unterstützen, in: Junkernheinrich, M./Lorig, W.-H./Masser, K. (Hg.): Brennpunkte der Kommunalpolitik in Deutschland, Baden-Baden, S. 381-400.

Weingarten,P./Steinführer, A., 2020: Daseinsvorsorge, gleichwertige Lebensverhältnisse und ländliche Räume im 21. Jahrhundert, in: Zeitschrift für Politikwissenschaft, Volume 30, Nr. 4, S. 653-665.

Zwierlein, R./Portenhauser, F./Flägel, K./Steinhäuser, J., 2020: Determinanten der Niederlassung als Allgemeinmediziner – eine qualitative Studie, Stuttgart/New York.

Internetquellen:

Website Bürgergenossenschaft Bocholt (BBG): https://bocholter-bg.de/die-bbg/ueber-uns/

Website Deutschlandatlas https://www.deutschlandatlas.bund.de/DE/Karten/Unsere-Gesundheitsversorgung/120-PKW-Hausaerzte.html

Website Gemeinde Hiddenhausen: https://www.hiddenhausen.de/Wohnen/Jung-kauft-Alt/index.php?object=tx,2483.5&ModID=255&FID=2483.1266.1&NavID=2483.145&La=1

Website Gesundheitshelferin-Lippe: http://www.gesundheitshelferin-lippe.de

Website Kreis Lippe (a): https://www.kreis-lippe.de/kreis-lippe/aktuelles/meldungen/referat-landrat/gesundheitszentrum-oerlinghausen-durch-regionale-2022-ausgezeichnet.php

Website Kreis Lippe (b): https://www.kreis-lippe.de/kreis-lippe/aktuelles/meldungen/soziales-und-integration/kreis-lippe-gruendet-regionales-pflegenetzwerk.php

Website LKT-NRW.de: https://www.lkt-nrw.de/aktuelles-und-presse/alle-meldungen/aerztemangel-im-laendlichen-raum

Website MB Niedersachsen: https://www.mb.niedersachsen.de/startseite/regionale_landesentwicklung_und_eu_forderung/regionale_landesentwicklung/weitere_instrumente/regionale_versorgungszentren_in_niedersachsen/alles-unter-einem-dach-regionale-versorgungszentren-in-den-landlichen-raumen-194968.html

Website Q-Acht.net 2022: https://www.q-acht.net/qplus/qplusalter/symposium.php

Website Thünen-Institut: https://www.thuenen.de/de/thema/laendliche-lebens-shyverhaeltnisse/daseinsvorsorge-zwischen-abbau-umbau-und-aufbau/demographischer-wandel-wer-ist-betroffen

Website urbanland-owl.de (a): https://www.urbanland-owl.de/projekte/loesungen-aus-ostwestfalenlippe-fuer-ein-gutes-leben/

Website urbanland-owl.de (b): https://www.urbanland-owl.de/projekte/die-neuen-kommunen-ohne-grenzen/kuemmern-vor-ort-in-owl/

Website Wegweiser Kommune a): https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Typ+8.pdf/39beb170-61db-e3dc-78c3-6b1f7ca7d62d?t=1624448828205

Website Wegweiser Kommune b): https://www.wegweiser-kommune.de/documents/20125/132144/Typ+3.pdf/8846ff9d-7b26-3c78-7c64-07c717c7508e?t=1624448914425

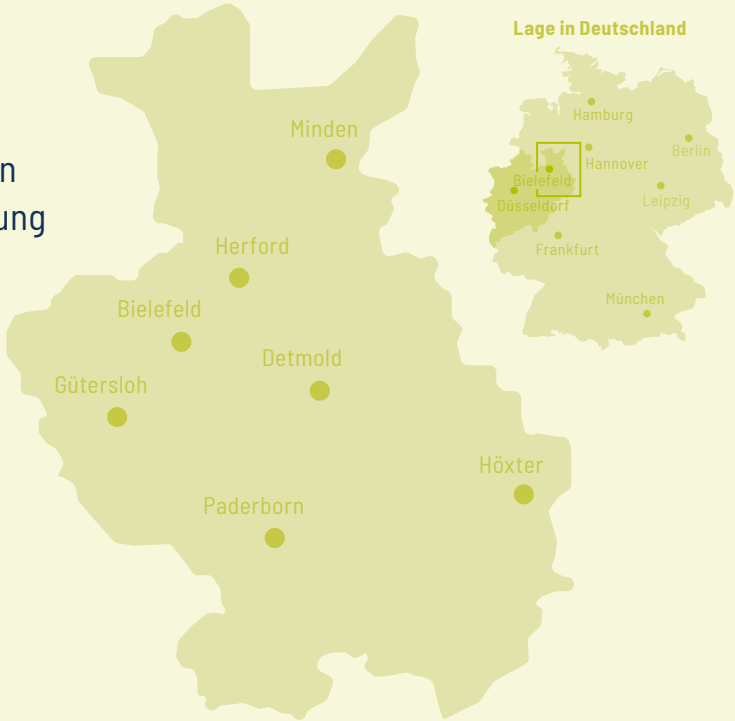
OstWestfalenLippe
Eine Region. Ein Wort.

OstWestfalenLippe GmbH
REGIONALE 2022
Walther-Rathenau-Straße 33-35
33602 Bielefeld

0521 96733-133
urbanland@ostwestfalen-lippe.de

Der Abschlussbericht „Gesundes Leben im UrbanLand – Lokale Gesundheitsversorgung von morgen“ fasst die aktuelle Fachdiskussion zu Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung in der Stadt und auf dem Land zusammen. Er zeigt Lösungsansätze und Strategien auf, wie Versorgung in Zukunft gestaltet kann. Als Inspiration und Anregung werden zahlreiche Beispiele von guten Projekten und Prozessen vorgestellt.

www.urbanland-owl.de



Kommunen in OWL
Altenbeken | Augustdorf | Bad Driburg | Bad Lippspringe
Bad Oeynhausen | Bad Salzuflen | Bad Wünnenberg
Barntrup | Beverungen | Bielefeld | Blomberg | Borchen
Borgentreich | Borgholzhausen | Brakel | Bünde | Büren
Delbrück | Detmold | Dörentrup | Enger | Espelkamp
Extertal | Gütersloh | Halle (Westf.) | Harsewinkel | Herford
Herzebrock-Clarholz | Hiddenhausen | Hille | Horn-Bad Meinberg
Hövelhof | Höxter | Hüllhorst | Kalletal | Kirchlengern | Lage
Langenberg | Lemgo | Leopoldshöhe | Lichtenau | Löhne
Lübbecke | Lügde | Marienmünster | Minden | Nieheim
Oerlinghausen | Paderborn | Petershagen | Porta Westfalica
Preußisch Oldendorf | Rahden | Rheda-Wiedenbrück
Rietberg | Rödinghausen | Salzkotten | Schieder-Schwalenberg
Schlangen | Schloß Holte-Stukenbrock | Spenge | Steinhagen
Steinheim | Stemwede | Verl | Versmold | Vlotho | Warburg
Werther (Westf.) | Willebadessen

Die REGIONALE 2022 wird gefördert durch:

Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen

STÄDTEBAU-FÖRDERUNG
von Bund, Ländern und Gemeinden

Ministerium für Heimat, Kommunales, Bau und Digitalisierung des Landes Nordrhein-Westfalen