

Machbarkeitsstudie zur Errichtung eines
Regionalen Versorgungszentrums“ (RVZ)
in Neustadt am Rübenberge

Berlin, den 29. Dezember 2025 (*finale Fassung vom 04.02.2026*)

Inhalt

1. Ausgangslage und Vorhaben	03
2. Zielsetzungen und Projektschritte	04
3. Bestands- und Bedarfsanalyse	06
4. Kommunale Versorgungssituation und Ziele	39
5. Standortanalyse	50
6. Realisierungspotenziale MVZ und RVZ	56
7. Kommunales MVZ – Gründung und Organisation	80
8. Regionales Versorgungszentrum (RVZ) in Neustadt am Rübenberge	92
9. Kommunales MVZ – Finanzprognose 5 Jahre	97
10. Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen Strategien / Förderungen	101
11. Handlungsempfehlung und Ergebnis	106

Anlagen

1. Servicegesellschaft einschl. Checkliste
2. Beispielhafte Finanzplanung RVZ & MVZ in der Stadt Neustadt am Rübenberge
3. Land Niedersachsen Kurzgutachten zu vorgelagerten Fragestellungen für die Gründung eines RVZ mit Bestandteil MVZ

1.1 Ausgangslage und Vorhaben

Die Stadt Neustadt am Rübenberge (ca. 45.000 Einwohner) prüft die Gründung eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ)“ und die damit verbundene Entwicklung eines integrierten Zentrums, das verschiedene Dienstleistungen im Bereich der medizinischen, pflegerischen und sozialen Versorgung bündeln und damit einen umfassenden Beitrag zur Daseinsvorsorge für die Bevölkerung leisten würde.

Mit Zuwendungsbescheid des Niedersächsischen Ministeriums für Bundes- und Europaangelegenheiten und Regionale Entwicklung vom 09.05.2025 wurde hierfür die Förderung zur Erstellung einer Machbarkeitsstudie bewilligt.

Kern des geplanten RVZ soll ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) bilden, welches die hausärztliche und fachärztliche Versorgung im Einzugsbereich langfristig absichert und zukunftsfähig gestaltet. Darüber hinaus sollen weitere Leistungen wie Beratung, soziale Dienste oder alltagsunterstützende Angebote eingebunden werden, sodass ein generationenübergreifender Treffpunkt entsteht. Die vorliegende Studie hat hierzu eine fundierte Bedarfsanalyse vorgenommen, unter anderem zu den absehbaren Nachfolgelücken in der hausärztlichen Versorgung sowie zu Engpässen in der kinderärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung.

Neben der medizinischen Bedarfs- und Standortanalyse wurden auch Beteiligungsformate für Fachkräfte und soziale Träger berücksichtigt. Ziel war es, die vorhandenen Strukturen aktiv einzubinden, Akzeptanz zu sichern und gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln. Dabei sollten verschiedene Trägermodelle, wirtschaftliche Aspekte sowie die langfristige Realisierbarkeit bewertet werden.

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Studie das generische Maskulinum verwendet. Die hier verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

2.1 Zielsetzungen und Projektschritte

Die Stadt Neustadt am Rübenberge umfasst 33 Ortsteile neben der Kernstadt und ist Teil der Region Hannover. Während im Süden der Kernstadt mit einem Klinikum und einem Ärztehaus zentrale Versorgungsstrukturen bestehen, sind im Norden des gesamten Stadtgebiets Versorgungslücken erkennbar. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung – zunehmende Alterung in den ländlichen Ortsteilen bei gleichzeitigem Zuzug junger Familien in Neubaugebieten – wird das geplante RVZ als koordinierendes, ergänzendes und integrierendes Element angesehen, das die gesundheitliche Versorgung sichert und zugleich soziale Teilhabe sowie Begegnung fördert.

In einem ersten Schritt soll ein entsprechendes Versorgungskonzept entwickelt und auf seine wirtschaftliche Tragfähigkeit hin geprüft werden. Bestehende ärztliche Versorgungsstrukturen vor Ort werden aktiv in diesen Prozess eingebunden, um gemeinsam tragfähige Lösungen zu entwickeln, die auch auf die Akzeptanz der regional niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stoßen.

Die hausärztliche Versorgung in der Stadt Neustadt am Rübenberge wird seitens der KV Niedersachsen auf Ebene des gleichnamigen Planungsbereiches Neustadt am Rübenberge geplant. Der Planungsbereich weist mit Stand 04.07.2025 einen Versorgungsgrad von 105,5 % auf. Die Zahl der Niederlassungsmöglichkeiten bis zur Sperrung des Planungsbereichs lag zu dem genannten Stichtag bei 1,5. Im Planungsbereich sind aktuell 30,25 Kassensitze besetzt, davon sind 8,5 Sitze durch Hausärzte in Anstellung belegt. Laut aktueller Prognose ist lediglich ein leichter Rückgang des Versorgungsgrades im Planungsbereich auf bis zu 95 % bis zum Jahr 2035 zu erwarten. Unberücksichtigt bei dieser Betrachtung bleibt jedoch die räumliche Verteilung der hausärztlichen Kapazitäten im Stadtgebiet, sodass trotz statistisch noch ausreichender Versorgung eine bedarfsgerechte und wohnortnahe ärztliche Grundversorgung nicht flächendeckend sichergestellt sein wird.

2.2 Zielsetzungen und Projektschritte



3. Bestands- und Bedarfsanalyse

3.1 Bestands- und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (sozio-demografisch)

- Neustadt am Rübenberge weist mit rund 45.300 Einwohnern eine für die Region Hannover relevante Größenordnung auf und übernimmt als Mittelzentrum eine zentrale Versorgungsfunktion für das gesamte Stadtgebiet sowie das weitläufige Neustädter Land. Die Stadtstruktur ist durch eine klare funktionale Zweiteilung geprägt: Eine leistungsfähige Kernstadt mit hoher Versorgungsdichte und ein großflächiges, überwiegend ländlich geprägtes Umland mit 33 Stadtteilen, die überwiegend nur grundversorgt sind. Bereits heute bündelt die Kernstadt einen Großteil der medizinischen Nachfrage und übernimmt eine Ausgleichs- und Auffangfunktion für die umliegenden Ortsteile.
- Die demografische Entwicklung ist insgesamt stabil bis moderat wachsend. In den letzten zehn Jahren ist die Bevölkerung um rund 4,5 % gewachsen. Der Altersdurchschnitt liegt bei 45,6 Jahren, das Medianalter bei 47,9 Jahren und damit nur leicht über dem Bundesdurchschnitt. Zwar ist der Altenquotient mit 40,9 % angestiegen, der Jugendquotient bleibt jedoch stabil. Der natürliche Bevölkerungssaldo ist dauerhaft negativ, da die Zahl der Sterbefälle die Geburten übersteigt. Dieser Effekt wird jedoch durch einen klar positiven Wanderungssaldo von 9,5 je 1.000 Einwohner ausgeglichen, der insbesondere durch Zuzüge von Familien und Personen im erwerbsfähigen Alter getragen wird. Entsprechend wird Neustadt am Rübenberge dem Demografietyt 4 „stabile Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen“ zugeordnet.

3.2 Bestands- und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (Gesundheitszahlen)

- Die Analyse der Krankheitsprävalenzen zeigt, dass die Region Hannover und damit auch Neustadt am Rübenberge im Vergleich zu Land und Bund insgesamt eine günstige gesundheitliche Ausgangslage aufweist. Die meisten Indikatoren liegen nahe am Durchschnitt oder leicht darunter. Dies gilt insbesondere für Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, bei denen Bluthochdruck, koronare Herzkrankheit und Herzinsuffizienz unter oder auf Landesniveau liegen. Auch bei Muskel-Skelett-Erkrankungen wie Hüft- und Kniearthrose, Rückenschmerzen sowie bei Stoffwechselerkrankungen wie Adipositas und Typ-2-Diabetes ergeben sich keine Hinweise auf eine strukturelle Überlastung der Versorgung.
- Leichte Auffälligkeiten zeigen sich bei psychischen Erkrankungen. Die Prävalenzen von Depressionen und Angststörungen liegen geringfügig über den Vergleichswerten von Land und Bund. Diese Befunde sind konsistent mit der Altersstruktur und der Rolle Neustadts als zentraler Wohn- und Pendlerstandort, deuten jedoch nicht auf eine ausgeprägte Unterversorgung hin, sondern vielmehr auf einen steigenden Bedarf an koordinierter und niedrigschwelliger psychosozialer Betreuung.

3.3 Bestands- und Bedarfsanalyse – zusammenfassendes Fazit (Gesundheitszahlen)

- Die Todesursachenstatistik nach ICD-10 bestätigt dieses insgesamt stabile Bild. In den meisten Krankheitsgruppen liegen die tatsächlichen Todesfälle unter den statistisch erwarteten Soll-Werten der Region Hannover. Eine Ausnahme bilden psychische und Verhaltensstörungen, bei denen die Ist-Zahlen über dem Erwartungswert liegen. Dies deutet weniger auf akute Versorgungslücken als auf strukturelle Herausforderungen in Prävention, Früherkennung und langfristiger Begleitung hin.
- In der Gesamtschau besteht in Neustadt am Rübenberge kein akuter medizinischer Versorgungsnotstand, sondern ein vorausschauender Struktur- und Steuerungsbedarf. Die Kernstadt fungiert bereits heute faktisch als regionales Versorgungszentrum. Die Einrichtung eines Regionalen Versorgungszentrums oder eines angebundenen medizinischen Versorgungszentrums würde daher keine zusätzliche Zentralisierung erzeugen, sondern bestehende Versorgungsströme ordnungspolitisch sinnvoll bündeln, stabilisieren und langfristig absichern. Der Schwerpunkt liegt weniger auf dem Schließen gravierender Versorgungslücken als auf der strukturierten Weiterentwicklung der hausärztlichen Versorgung, der Koordination chronisch erkrankter Patienten, dem Ausbau geriatrischer und präventiver Angebote sowie der Integration psychosozialer Versorgungsbausteine.

3.4 Bestands- und Bedarfsanalyse – Lage innerhalb der Region Hannover

- **Lage und Erreichbarkeit**

Die Stadt Neustadt am Rübenberge befindet sich im nordwestlichen Teil der Region Hannover und gehört zu den Kommunen des zweiten Rings um die Landeshauptstadt Hannover. Eine leistungsfähige Anbindung an Hannover besteht über S-Bahn- und Regionalexpressverbindungen; die Fahrzeit zum Hauptbahnhof Hannover beträgt ohne Umstieg rund 20 bis 30 Minuten. Ergänzend gewährleistet die Bundesstraße B 6 eine direkte Straßenverbindung zwischen Neustadt am Rübenberge und der Landeshauptstadt.

- **Raumordnung, Regionalplanung und Siedlungsentwicklung**

Im Rahmen der zentralörtlichen Gliederung übernimmt die Kernstadt Neustadt am Rübenberge die Funktion eines Mittelzentrums. Dem zentralen Siedlungsgebiet der Kernstadt kommt dabei eine besondere Bedeutung als Standort zur Sicherung und Weiterentwicklung von Wohnnutzungen zu.



3.5 Bestands- und Bedarfsanalyse – Stadtteile im Überblick

Stadt Neustadt a. Rbge. – Ortschaften mit den zugeordneten Stadtteilen

 Bevensen	 Mardorf	 Poggenhagen
 Bordenau	 Mariensee	 Schneeren
 Eilvese	 Mühlenfelder Land	 Suttorf
 Helstorf	 Neustadt a. Rbge.	
 Mandelsloh	 Otternhagen	

Neustadt am Rübenberge ist als Einheitsgemeinde organisiert und setzt sich aus der Kernstadt, der ehemaligen Kreisstadt, sowie 33 weiteren Stadtteilen zusammen, die ehemals eigenständige Gemeinden waren. Diese Stadtteile werden gemeinsam unter der Bezeichnung „Neustädter Land“ geführt.

Quelle: Stadt Neustadt am Rübenberge

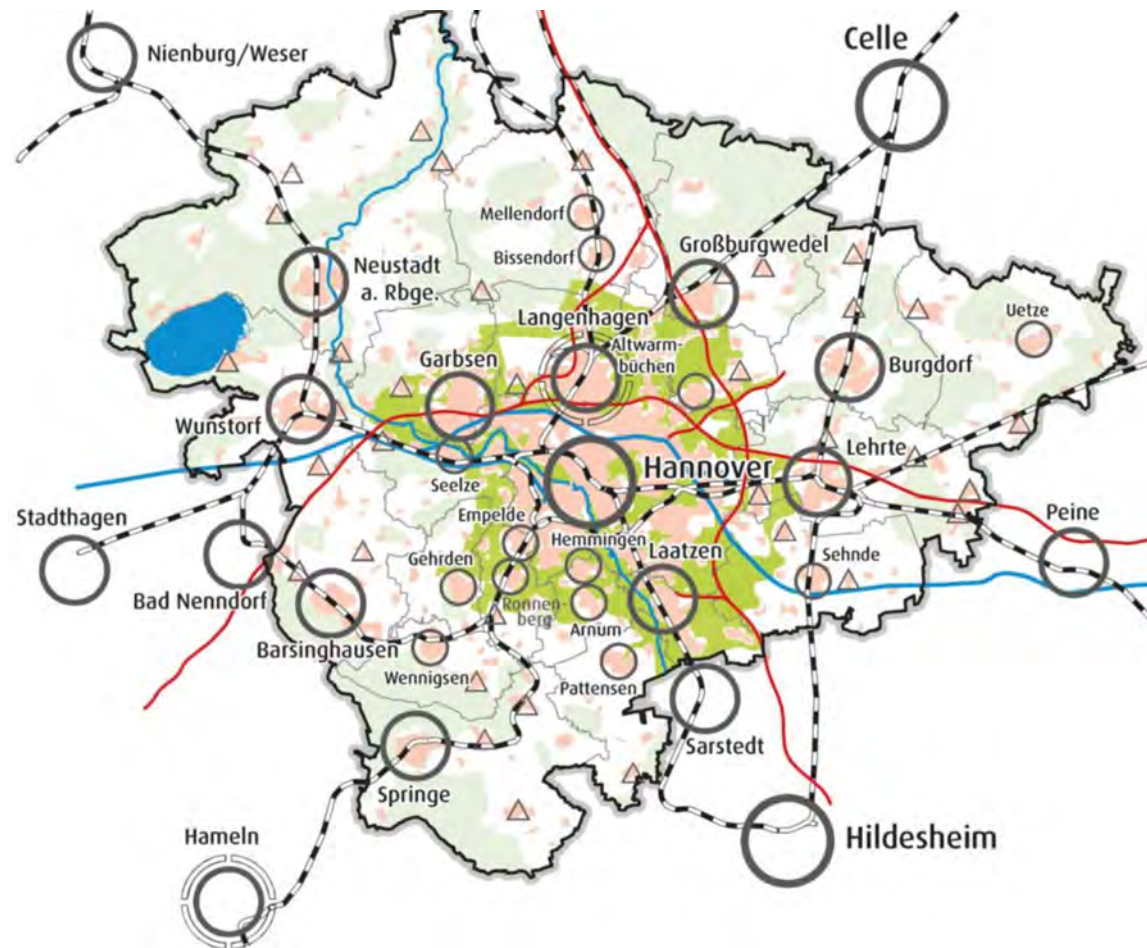


3.6 Bestands- und Bedarfsanalyse – Raumstruktur der Region Hannover und direktes Umland

Die Abbildung zeigt die zentrale Siedlungs- und Verkehrsstruktur der Region Hannover gemäß Regionalem Raumordnungsprogramm 2016. Neustadt am Rübenberge liegt im nordwestlichen Teil der Region Hannover und ist dort als eigenständiger zentraler Ort ausgewiesen.

Im zentralörtlichen Gefüge übernimmt Neustadt am Rübenberge die Funktion eines Mittelzentrums und stellt einen wichtigen Versorgungs- und Wohnstandort für den nördlichen und nordwestlichen Teil der Region dar. Die Stadt ist räumlich klar vom verdichteten Kernraum Hannover abgegrenzt, zugleich jedoch funktional an diesen angebunden.

Insgesamt wird Neustadt am Rübenberge als stabiler Siedlungs- und Entwicklungsstandort mit regionaler Bedeutung außerhalb des hochverdichteten Ballungsraums Hannover ausgewiesen.



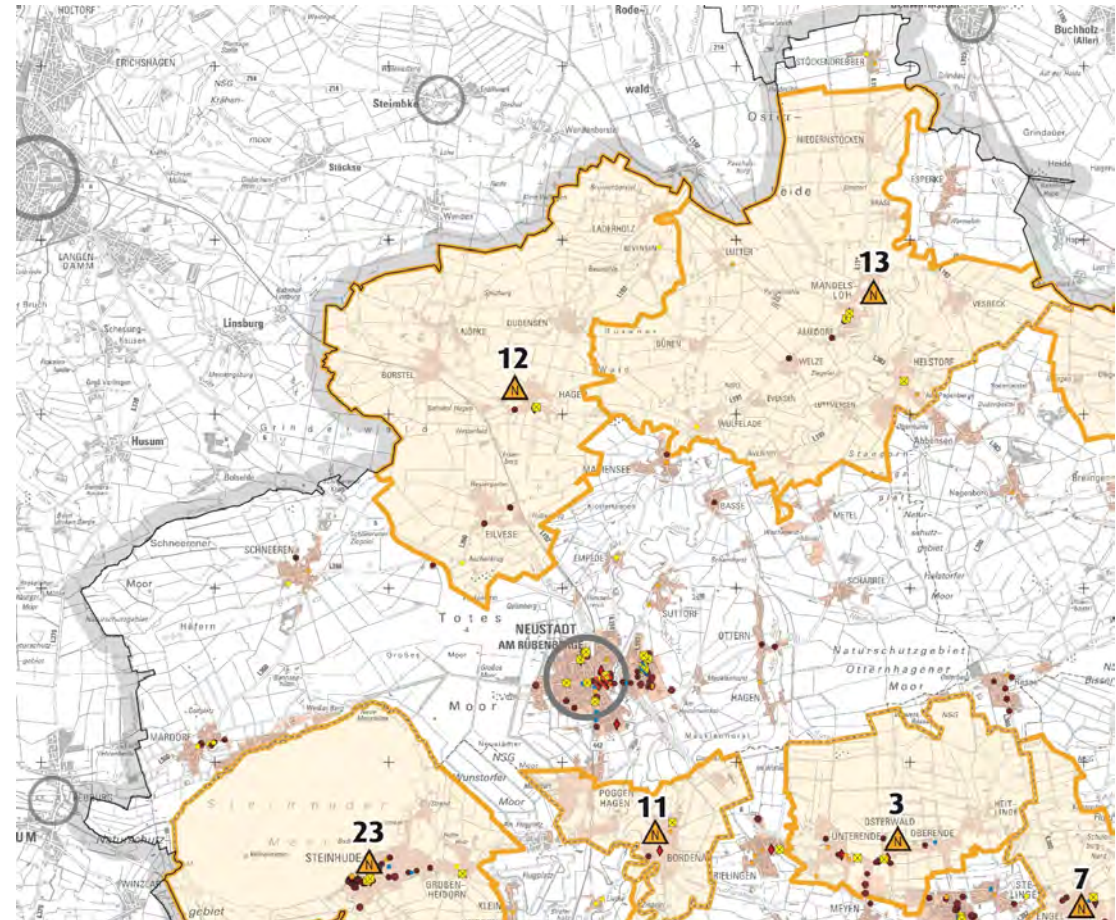
Quelle: Das Regionale Raumordnungsprogramm 2016 (RROP 2016)

3.7 Bestands- und Bedarfsanalyse – Raumstruktur der Region Hannover und direktes Umland

Die Karte stellt die Nahversorgungs- und Zentrenstruktur der Stadt Neustadt am Rübenberge sowie ihrer Stadtteile im Rahmen des Regionalen Raumordnungsprogramms 2016 dar. Neustadt am Rübenberge ist als Mittelzentrum ausgewiesen; die Kernstadt übernimmt dabei eine zentrale Versorgungsfunktion für das gesamte Stadtgebiet sowie für das umliegende Neustädter Land.

In der Kernstadt konzentrieren sich die wesentlichen Einrichtungen der Nahversorgung und des Einzelhandels. Hier ist eine hohe Dichte an Supermärkten und Discountern, Fachmärkten, Fachgeschäften, Apotheken sowie ergänzenden Angeboten wie Lebensmittelhandwerk und Tankstellenshops erkennbar. Der zentrale Versorgungsbereich der Kernstadt ist klar abgegrenzt und stellt den Schwerpunkt der wohnortnahen Versorgung innerhalb des Stadtgebiets dar.

Drei der umliegenden Stadtteile sind als Standorte mit herausgehobener Bedeutung für die Nahversorgung ausgewiesen. Die Stadtteile Bordenau, Hagen und Mandelsloh verfügen jeweils über eigene, räumlich begrenzte Versorgungsbereiche, die auf die Grundversorgung der örtlichen Bevölkerung ausgerichtet sind. In diesen Stadtteilen sind typischerweise Lebensmittelmärkte sowie Apotheken vorhanden, die eine dezentrale Versorgung sicherstellen.



Quelle: RROP 2016

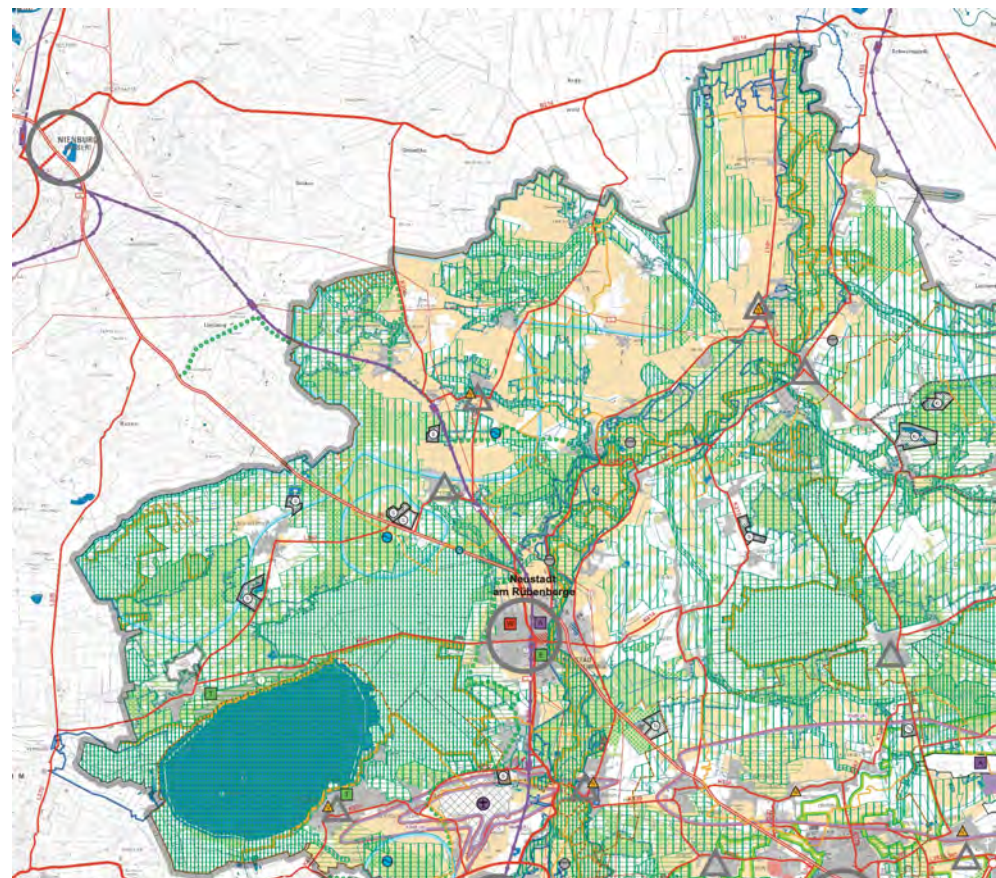
3.8 Bestands- und Bedarfsanalyse – Raumstruktur der Region Hannover und direktes Umland

Die Karte verdeutlicht die außergewöhnlich große Flächenausdehnung der Stadt mit deutlich differenzierten Teilräumen. Die Struktur des Stadtgebiets ist geprägt durch eine klare funktionale Zweiteilung zwischen der Kernstadt und einem weitläufigen, überwiegend ländlich geprägten Umland mit zahlreichen Stadtteilen.

Die Kernstadt Neustadt am Rübenberge liegt im südlichen Bereich des Stadtgebiets und ist als Mittelzentrum ausgewiesen. Hier konzentrieren sich die wesentlichen Siedlungs-, Versorgungs- und Infrastrukturfunktionen. Die hohe Dichte an Verkehrsachsen, Siedlungsflächen und zentralörtlichen Funktionen unterstreicht die Rolle der Kernstadt als übergeordneter Versorgungsstandort für das gesamte Stadtgebiet sowie für angrenzende Räume.

Für die Versorgung der Bevölkerung – und damit auch für die Standortwahl und Tragfähigkeit eines Regionalen Versorgungszentrums (RVZ) – ist die Kernstadt der primäre Ankerpunkt. Sie fungiert als Schnittstelle zwischen regionaler Erreichbarkeit und lokaler Nachfrage.

Das nördliche Stadtgebiet ist großflächig und überwiegend durch Freiraum-, Landwirtschafts- und Landschaftsschutzbereiche geprägt. Innerhalb dieser Flächen liegen die Stadtteile des sogenannten Neustädter Landes. Die nördlichen Stadtteile Hagen, Helstorf, Mandelsloh/Amedorf und Mariensee verfügen jeweils über eigenständige, kleinräumige Versorgungsschwerpunkte, die vor allem auf die Grundversorgung der örtlichen Bevölkerung ausgerichtet sind.



Quelle: RROP 2016

3.9 Bestands- und Bedarfsanalyse – Zusammenfassendes Fazit

Die Analyse der räumlichen Struktur, der Zentrenhierarchie sowie der ärztlichen Verteilung zeigt, dass Neustadt am Rübenberge bereits heute faktisch als stadtweites medizinisches Versorgungszentrum funktioniert. Dies gilt in besonderem Maße für die fachärztliche Versorgung, die sich nahezu vollständig in der Kernstadt konzentriert, während die Stadtteile überwiegend nur punktuell hausärztlich versorgt sind.

Die hausärztliche Versorgung weist zwar formal eine gewisse Dezentralität auf, ist in den Stadtteilen jedoch strukturell fragil, stark personenabhängig und perspektivisch nachfolgegefährdet. Gleichzeitig zeigt die Relation von Hausärzten zu Einwohnern deutliche Disparitäten zwischen den Stadtteilen sowie Versorgungslücken in mehreren Ortsteilen ohne eigene hausärztliche Praxis. Die Kernstadt übernimmt bereits heute eine Ausgleichs- und Auffangfunktion für diese Defizite.

Vor diesem Hintergrund stellt die Einrichtung eines regionalen Versorgungszentrums (RVZ) in der Kernstadt keine zusätzliche Zentralisierung dar, sondern eine ordnungspolitisch und versorgungsfachlich konsequente Bündelung bestehender Versorgungsströme. Ein RVZ kann die vorhandene Nachfrage strukturieren, spezialisierte Leistungen bündeln und die Erreichbarkeit medizinischer Angebote für das gesamte Stadtgebiet verbessern.

Ein angebundenes medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) übernimmt dabei eine Schlüsselrolle zur langfristigen Sicherung sowohl der hausärztlichen als auch der fachärztlichen Versorgung. Es ermöglicht kooperative Strukturen, Anstellungsmodelle und Nachfolgeregelungen und kann zugleich als organisatorische Plattform dienen, um dezentrale hausärztliche Angebote in ausgewählten Stadtteilen zu stabilisieren oder ergänzend anzubinden.

In der Gesamtschau ist das RVZ/MVZ-Modell für Neustadt am Rübenberge ein bedarfsgerechter, zukunftsfähiger Ansatz, der der großflächigen Stadtstruktur, der bestehenden Zentralitätsfunktion der Kernstadt sowie den erkennbaren Versorgungsrisiken in den Stadtteilen sachgerecht Rechnung trägt und die medizinische Versorgung nachhaltig stärkt.

3.10 Bestands- und Bedarfsanalyse – Demografische KPI (1)

Bevölkerung gesamt

45.325

Δ 10 J.: + 4,49 %

Δ 5 J.: + 2,36 %

*Stand Dezember 2023

Altersdurchschnitt

45,6 Jahre

Δ 10 J.: + 0,9 Jahre

Medianalter

47,9 Jahre

Δ 10 J.: + 1,0 Jahre

Anteil 0–15

15,4 %

6.998 Personen

2013.: 15,2 %

Anteil 16–24

8,8 %

3.988 Personen

2013.: 9,6 %

Anteil 25–44

22,6 %

10.243 Personen

2013.: 21,6 %

Anteil 45–64

29,7 %

13.461 Personen

2013.: 31,7 %

Anteil 65–79

15,3 %

6.934 Personen

2013.: 16,9 %

Anteil 80+

8,1 %

3.671 Personen

2013.: 5,0 %

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.11 Bestands- und Bedarfsanalyse – Demografische KPI (2)

Gesamtquotient

74,6 %

unter 20-/ab 65-Jährige je 100 Pers.
der AG 20-64

Δ 10 J.: + 3,3

Jugendquotient

33,7 %

unter 20-Jährige je 100 Pers. der AG
20-64

Δ 10 J.: - 0,1

Altenquotient

40,9 %

ab 65-Jährige je 100 Pers. der AG 20-
64

Δ 10 J.: + 3,3

Wanderungssaldo

9,5

Je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 9,2

Familienwanderung*

25,0

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 18,9

Zuzüge

48,3

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 7,6

Fortzüge

38,8

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: - 1,6

Geburten

8,6

je 1.000 Einwohner

Δ 10 J.: + 1,0

Sterbefälle

12,9

je 1.000 Einwohner

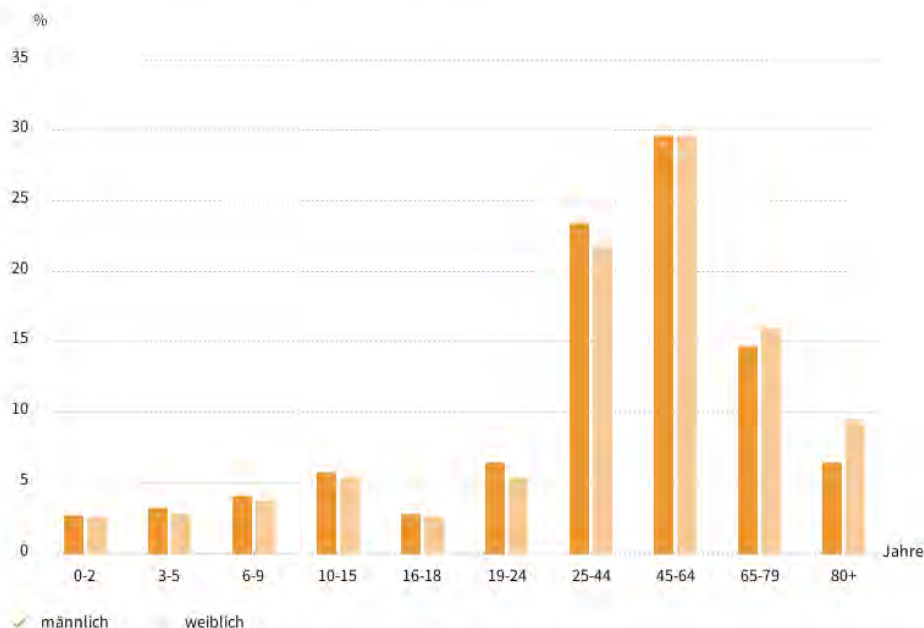
Δ 10 J.: + 2,9

*Im Jahr z zogen x Personen der Altersgruppen der unter 18-Jährigen und der 30- bis 49-Jährigen (berechnet auf je 1.000 Personen der jeweiligen Altersgruppe) mehr zu als daraus fortgezogen sind. Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen

3.12 Bestands- und Bedarfsanalyse – Demografische Entwicklung

Altersstruktur - Ist-Daten - Neustadt am Rübenberge - 2023

Anteile der Altersgruppen nach Geschlecht



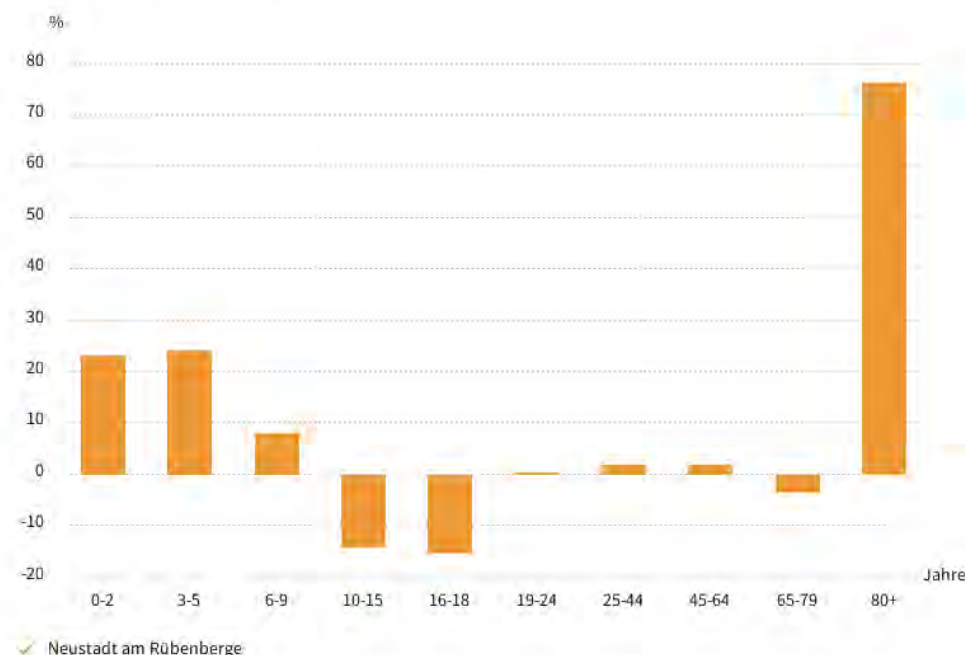
Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, ZEFIR, eigene Berechnungen

Lizenz: Creative Commons Zero 1.0 (CC0 1.0)

| Bertelsmann Stiftung

Altersstruktur - Ist-Daten - Neustadt am Rübenberge - 2023

Entwicklung der Altersgruppen seit 2011



Quelle: Statistische Ämter des Bundes und der Länder, ZEFIR, eigene Berechnungen

Lizenz: Creative Commons Zero 1.0 (CC0 1.0)

| Bertelsmann Stiftung

3.13 Bestands- und Bedarfsanalyse – Alterspyramide Neustadt am Rübenberge 2040

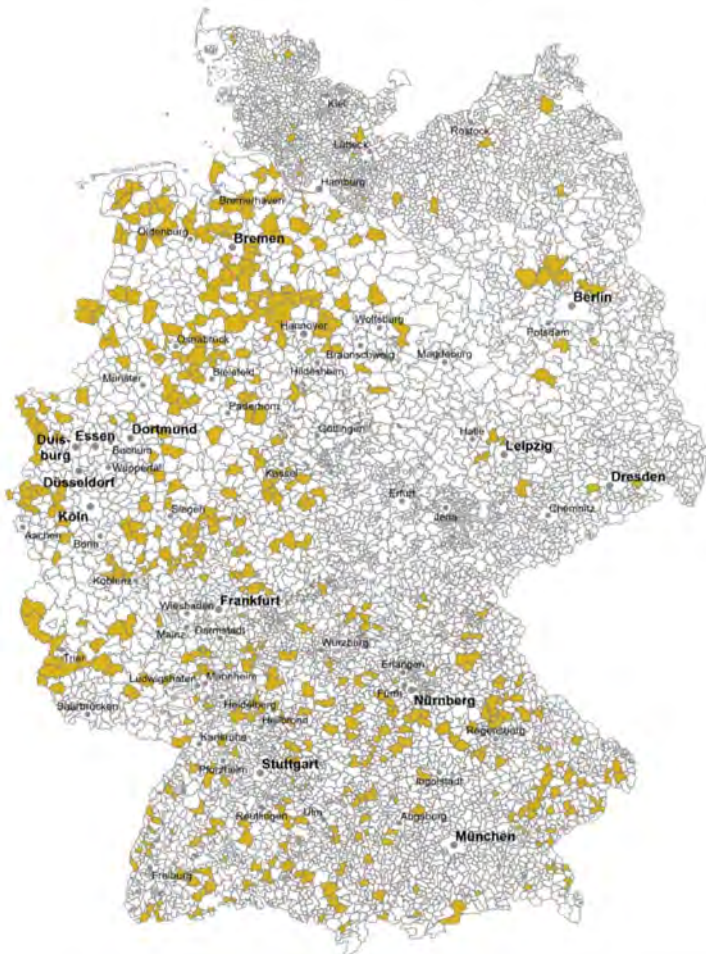


Quelle: FDZ der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, Deenst GmbH, Bertelsmann Stiftung. Hrsg.: Wegweiser Kommune

3.14 Bestands- und Bedarfsanalyse – Demografietyp 4

Neustadt am Rübenberge wird durch die Bertelsmann Stiftung als „*Demografietyp 4 – Stabile Städte und Gemeinden in ländlichen Regionen*“ klassifiziert. Diese weist folgende Eigenschaften auf:

- Kommunen mit stabiler demografischer Entwicklung ohne starke Alterung oder Schrumpfung.
- Mittlere bis größere ländliche Gemeinden (über 5.000 Einwohner), viele zwischen 10 000–25 000.
- Moderates Bevölkerungswachstum durch Zuwanderung.
- Durchschnittliche sozioökonomische Lage und Kaufkraft; geringe Armutslagen.
- Wohnstandorte, aber geringe Bedeutung als Wirtschaftsstandorte (niedrige Urbanitäts- / Wirtschaftskennzahlen).
- Kommunen dieses Typs haben keine ausgeprägten Extremmerkmale, sondern liegen nahe im gesamtkommunalen Durchschnitt.



■ Demografietyp 4

Quelle: www.wegweiser-kommune.de (Datenstand 2018)

3.15 Bestands- und Bedarfsanalyse – Empfohlene Handlungsansätze für Demografiety 4

- **Vorausschauende Versorgungsplanung**
 - Frühzeitige Nachfolge- und Sicherungsstrategien für Hausärzte und Fachärzte.
 - Nutzung neuer Versorgungsformen (MVZ, kommunale oder kooperative Modelle).
- **Stärkung ambulanter und wohnortnaher Angebote**
 - Ausbau ambulanter Pflege-, Beratungs- und Unterstützungsstrukturen.
 - Förderung quartiersnaher Versorgungsmodelle.
- **Prävention und Gesundheitsförderung**
 - Präventive Angebote für alle Altersgruppen (Bewegung, soziale Teilhabe).
 - Förderung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen vor Ort.
- **Vernetzung und Koordination**
 - Enge Zusammenarbeit von Kommune, Gesundheitsakteuren und Sozialträgern.
 - Regionale Kooperationen zur Sicherung von Angeboten.
- **Soziale Teilhabe und Integration**
 - Angebote zur sozialen Einbindung älterer Menschen.
 - Niedrigschwellige Unterstützungs- und Integrationsangebote für Zugewanderte

3.16 Krankheitsbilder nach ICD10

EU-weit dient die Verschlüsselung der Erkrankungen nach ICD10-Nummern (auf Basis der an dieser Krankheit Verstorbenen) als Statistik zur Identifizierung und zum Vergleich des Gesundheitszustandes der Bevölkerung (Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2024). Gleichzeitig liefert die, unglücklicherweise Todesursachenstatistik genannte Statistik, auch Anhaltspunkte zum vorzuhaltenden ärztlichen, therapeutischen und pflegerischen Bedarf.

Für acht Krankheitsgruppen wurden strukturierte Versorgungsprogramme erarbeitet, die den Erfolg der Behandlung positiv beeinflussen und eine Wiedererkrankung unwahrscheinlicher machen. Dies erfordert aber eine hohe Compliance des Patienten, d.h. die Patienten müssen sich an die Behandlungsschritte halten, die Arzneimittel wie verschrieben einnehmen und auch die verschriebenen Heil- und Hilfsmittel entsprechend der Verschreibung nutzen. Die Unterstützung erfolgt über eine laufende persönliche Kontaktaufnahme zum Patienten (Casemanagement). Hierfür schließen die Krankenkassen eigene Verträge, sog. Selektivverträge mit entsprechenden Leistungsanbietern ab, da die Einhaltung der Behandlungspläne auch zu deutlich weniger Leistungskosten führt. Zu den Leistungsanbietern zählen neben ausgewählten Ärzten / Arztpraxen und Regionalen Versorgungszentren / Primärversorgungszentren z.B. auch die Gesundheitskioske.

3.17 Krankheitsbilder nach Gesundheitsatlas

Erkrankung	Anteil Bevölkerung Bund	Anteil Bevölkerung Land	Anteil Region Hannover
Atemwegserkrankungen			
Asthma	4,35 %	4,64 %	4,48 %
COPD	6,73 %	6,88 %	7,16 %
Infektionskrankheiten			
Untere Atemwegsinfekte	8.800 je 100.000	9.300 je 100.000	7.900 je 100.000
Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems			
Bluthochdruck	29,31 %	30,18 %	27,63 %
Herzinfarkt	320 je 100.000	340 je 100.000	320 je 100.000
Herzinsuffizienz	4,97 %	4,89 %	4,83 %
Koronare Herzkrankheit	7,99 %	7,63 %	7,04 %
Schlaganfall	1,80 %	1,89 %	1,82 %
Krankheiten des Nervensystems			
Demenz	2,97 %	2,93 %	3,10 %
Morbus Parkinson	0,63 %	0,63 %	0,66 %

Verlässliche Aussagen zur Krankheitshäufigkeit für die knapp 84 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in den Regionen Deutschlands werden auf Basis der Abrechnungsdaten der 27 Millionen AOK-Versicherten ermöglicht. Dafür wird ein Hochrechnungsverfahren eingesetzt, das für diesen Zweck vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WIdO) in Zusammenarbeit mit der Universität Trier entwickelt wurde. Mit dieser Methodik werden Unterschiede zwischen den AOK-Versicherten und der Gesamtbevölkerung in Bezug auf Alter, Geschlecht und Krankheitshäufigkeit durch ein statistisches Verfahren herausgerechnet. Folglich stehen Informationen zu Krankheitshäufigkeiten in der Gesamtbevölkerung bis auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zur Verfügung.

Im Vergleich zum Land Niedersachsen weist die Region Hannover lediglich höhere Prävalenzen bei Psychischen Erkrankungen auf. Dies wird bestätigt durch die vergleichsweise hohen Todesfälle (ICD F00-F99) im Bereich der Psychischen- und Verhaltensstörungen.

Quelle: Gesundheitsatlas Deutschland, Erkrankungen 2023

3.18 Krankheitsbilder nach Gesundheitsatlas

Erkrankung	Anteil Bevölkerung Bund	Anteil Bevölkerung Land	Anteil Region Hannover
Krebserkrankungen			
Brustkrebs	2,78 %	2,86 %	2,78 %
Darmkrebs	0,81 %	0,86 %	0,84 %
Heller Hautkrebs	2,95 %	2,92 %	2,92 %
Lungenkrebs	0,33 %	0,32 %	0,34 %
Prostatakrebs	2,91 %	3,02 %	3,07 %
Schwarzer Hautkrebs	0,49 %	0,53 %	0,66 %
Muskel-Skelett-Erkrankungen			
Hüftgelenksarthrose	3,73 %	3,82 %	3,29 %
Kniegelenksarthrose	7,19 %	7,09 %	6,31 %
Osteoporose	4,02 %	3,95 %	3,91 %
Rheumatoide Arthritis	1,19 %	1,26 %	1,06 %
Rückenschmerzen	31,60 %	31,78 %	31,07 %
Psychische Erkrankungen			
Angststörungen	4,69 %	4,56 %	5,01 %
Depression	12,12 %	11,48 %	12,53 %
Stoffwechselerkrankungen			
Adipositas	10,18 %	11,02 %	10,26 %
Typ-2-Diabetes	10,98 %	10,21 %	10,03 %

3.19 Krankheitsbilder nach ICD-10 (Todesursachenstatistik 2024)

Ausgewählte Todesursachen (ICD-10-Kapitel, ICD-10-Gruppen, ICD-10-Codes)

	Niedersachsen	LK Region Hannover Soll	LK Region Hannover Ist
A00-U49 Insgesamt	103.134	15.470	13.754
A00-B99 Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	1.562	234	206
C00-D48 Neubildungen	23.912	3.586	3.249
darunter C00-C97 bösartige Neubildungen	(23.817)	(3.572)	(3.180)
E00-E90 Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	3.878	581	576
darunter E10-E14 Diabetes mellitus	(2.367)	(355)	(315)
F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	8.271	1.240	1.404
G00-G99 Krankheiten des Nervensystems	3.474	(521)	488
I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems	36.444	5.466	4.624
darunter I11 Hypertensive Herzkrankheit (Hochdruck)	(2.678)	(401)	
darunter I21 akuter Myokardinfarkt	(3.965)	(594)	(495)
darunter I25 chronische ischämische Herzkrankheit	(8.156)	(1.223)	
darunter I50 Herzinsuffizienz	(5.020)	(753)	
J00-J99 Krankheiten des Atmungssystems	8.556	1.283	1.136
K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems	4.301	645	578
N00-N99 Krankheiten des Urogenitalsystems	3.526	529	499
R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderorts nicht klassifiziert sind	3.292	493	375

Quelle: LSN-Online: Tabelle Z4201020

3.20 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in Neustadt am Rübenberge

Jahr	Einwohner	Geburten je 1.000	Sterbefälle je 1.000	Natürlicher Saldo je 1.000	Zuzüge je 1.000	Fortzüge je 1.000
2013	43.378	7,6	10,0	-2,5	40,7	40,4
2015	43.931	7,8	10,6	-2,8	47,0	42,0
2017	43.964	8,4	10,7	-2,3	48,6	43,1
2019	44.386	9,0	11,1	-2,2	48,6	43,7
2021	44.796	8,9	12,0	-3,0	48,4	40,6
2023	45.325	8,6	12,9	-4,2	48,3	38,8

Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen (LSN)

Struktur der Bevölkerung und Bedeutung für das geplante RVZ

- Alterung: Stabile Bevölkerungsentwicklung, Anteil >65 Jahre seit 2013 gesunken
Jedoch Altersgruppe der Hochaltrigen +60% seit 2013
- Natürlicher Saldo: zunehmend fallend (mehr Sterbefälle als Geburten).
- Wachstumstreiber: Zuzüge sind entscheidend – jährlich ca. 48 Personen pro 1.000 Einw.
- Quelle: Landesamt für Statistik Niedersachsen, 2006

D.h. das Regionale Versorgungszentrum (RVZ) muss / sollte

- auf die Alterung reagieren: Schwerpunkt auf Pflege, Geriatrie, Prävention.
- Familienangebote bleiben wichtig, da Zuzüge oft junge Familien betreffen.
- Integration & soziale Dienste gewinnen an Bedeutung durch Migration als Wachstumsfaktor.

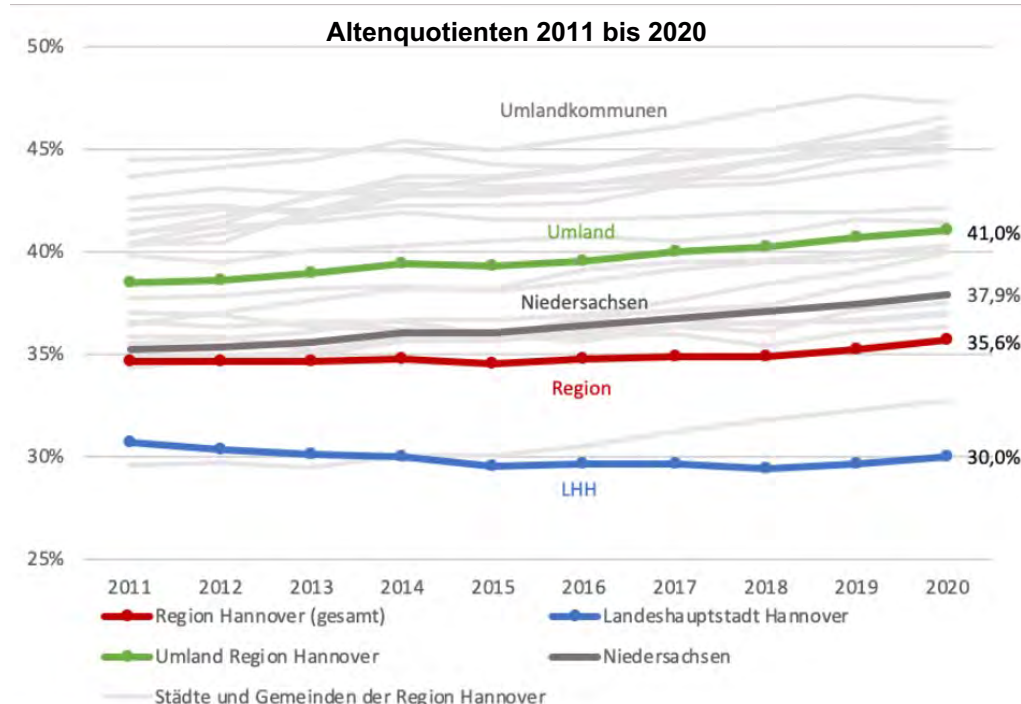


3.21 Altenquoten und Pflegequoten in der Region Hannover

Die Pflegebedürftigkeit in der Region Hannover wird maßgeblich durch den demografischen Wandel bestimmt, zeigt jedoch deutliche Unterschiede zwischen der Landeshauptstadt Hannover und den Umlandkommunen.

Die Landeshauptstadt Hannover weist aufgrund ihrer vergleichsweise jungen Altersstruktur aktuell die niedrigsten Pflegebedarfsquoten der Region auf. Der Anteil älterer Menschen ist hier geringer als im Umland, was sich stabilisierend auf den aktuellen Pflegebedarf auswirkt. Gleichzeitig profitiert Hannover von einer deutlich dichteren pflegerischen und medizinischen Infrastruktur. Ambulante Dienste, stationäre Einrichtungen sowie Beratungsangebote sind räumlich konzentriert vorhanden. Trotz steigender Nachfrage gilt die Versorgungslage insgesamt als vergleichsweise robust, auch wenn der Fachkräftemangel bereits spürbar ist.

Demgegenüber ist das Umland der Region Hannover deutlich stärker vom demografischen Wandel betroffen. In nahezu allen Umlandkommunen ist der Anteil älterer Bevölkerung in den vergangenen Jahren gestiegen und wird weiter zunehmen. Der Altenquotient liegt hier deutlich über dem Wert der Landeshauptstadt und verschlechtert sich weiter. Dies führt zu einem strukturell höheren und dynamisch wachsenden Pflegebedarf bei gleichzeitig geringerer Dichte an pflegerischen Angeboten.



Quellen: Vierter Pflegebericht 2021 der Region Hannover, Dezernat für soziale Infrastruktur; Situation der Tagespflege in der Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend

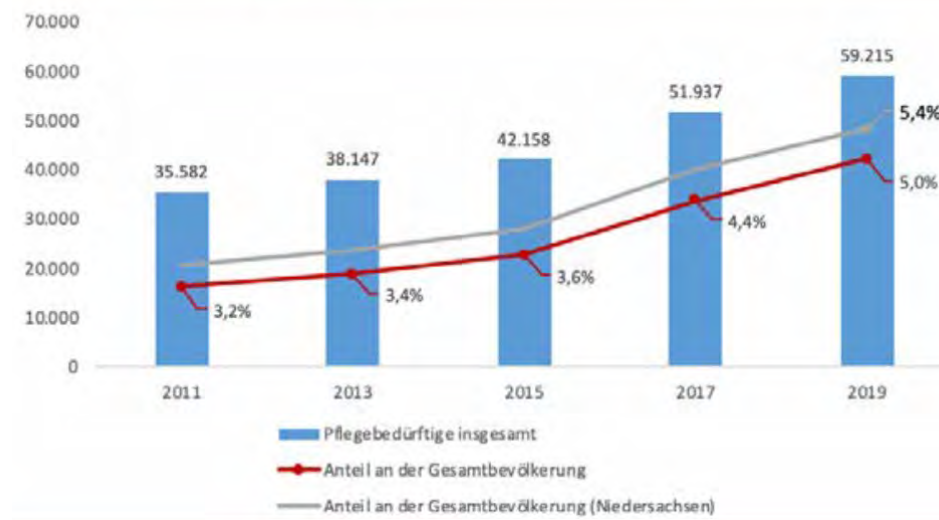
3.22 Altenquoten und Pflegequoten in der Region Hannover

Die Versorgung im Umland ist stärker von häuslicher Pflege durch Angehörige geprägt. Ambulante Pflegeangebote sind zwar flächendeckend vorhanden, stoßen jedoch insbesondere in peripheren Lagen zunehmend an Kapazitätsgrenzen. Die stationäre Dauerpflege ist regional unterschiedlich ausgelastet und aktuell noch nicht flächendeckend überlastet, weist jedoch in einzelnen Kommunen faktisch Vollaustellungen auf. Besonders kritisch ist die Situation in der Kurzzeitpflege, für die regionsweit nur sehr wenige dauerhaft ausgewiesene Plätze existieren. Teilstationäre Tagespflegeangebote wurden in den letzten Jahren zwar deutlich ausgebaut, eine Nachtpflege wird in der Region Hannover nicht angeboten.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass sich die Versorgungslage im Umland in den kommenden Jahren weiter zuspitzt. Der steigende Pflegebedarf trifft auf einen anhaltenden Fachkräftemangel und eine nur begrenzt wachsende erwerbsfähige Bevölkerung. Damit verschiebt sich die Last der Pflege weiter in Richtung familiärer Versorgung, was zusätzliche soziale und organisatorische Herausforderungen mit sich bringt.

Neustadt am Rübenberge nimmt innerhalb des Umlands eine besondere Stellung ein. Die Stadt weist aktuell noch eine moderate Pflegebedarfsquote auf und gehört nicht zu den Kommunen mit den höchsten Anteilen Pflegebedürftiger. Die Bevölkerungsstruktur ist durch einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Familien, Kindern und Jugendlichen geprägt, wodurch der aktuelle Pflegebedarf vergleichsweise gedämpft ist.

Pflegebedürftige und Pflegequoten 2011 bis 2019



Quellen: Vierter Pflegebericht 2021 der Region Hannover, Dezernat für soziale Infrastruktur; Situation der Tagespflege in der Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend

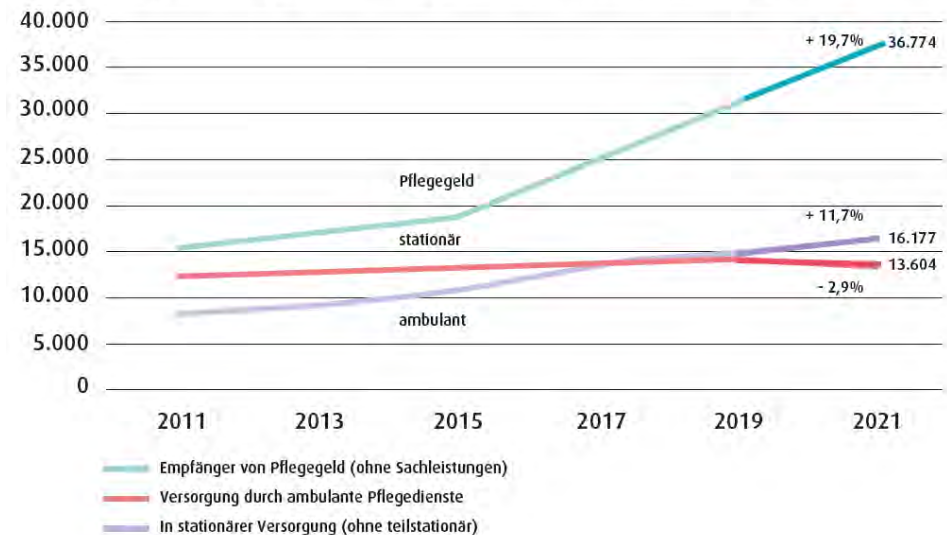
3.23 Altenquoten und Pflegequoten in der Region Hannover

Gleichzeitig prognostiziert der Pflegebericht für Neustadt am Rübenberge eines der stärksten Wachstumsraten im Pflegebedarf innerhalb der Region Hannover. Bis 2029 wird ein Anstieg der Pflegebedarfsquote um rund 1,7 Prozentpunkte erwartet. Damit gehört Neustadt zu den Kommunen mit dem dynamischsten Zuwachs an Pflegebedürftigen, auch wenn das Ausgangsniveau bislang moderat ist.

Die zentrale Herausforderung für Neustadt am Rübenberge liegt daher weniger in einer akuten Versorgungskrise, sondern in der frühzeitigen Vorbereitung auf den absehbar stark steigenden Pflegebedarf. Als flächenmäßig große und teilweise peripher geprägte Kommune gelten auch hier die allgemeinen strukturellen Risiken des Umlands, insbesondere eine angespannte ambulante Versorgung, Schwierigkeiten bei der Organisation von Kurzzeitpflege und eine hohe Abhängigkeit von pflegenden Angehörigen.

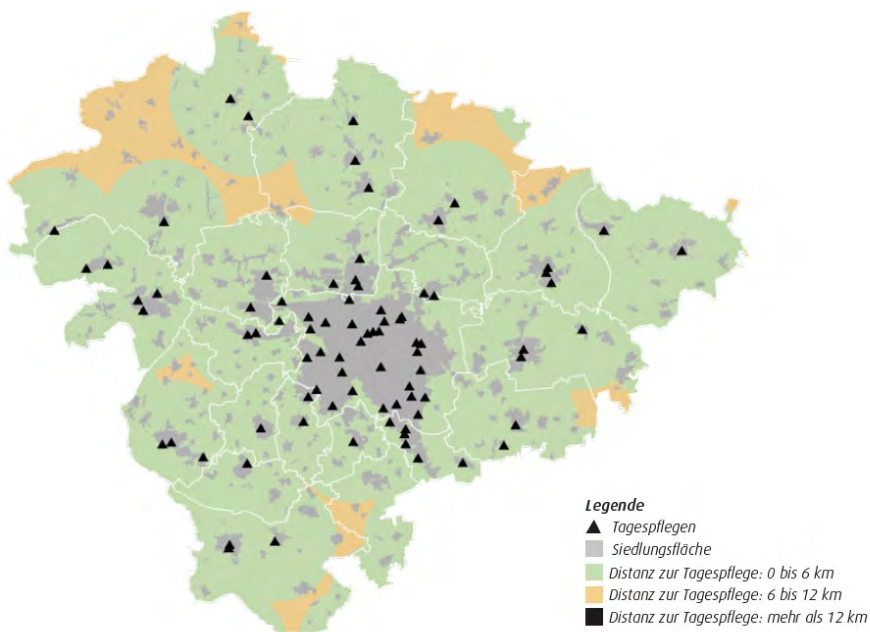
In der Gesamtschau wird Neustadt am Rübenberge lt. Pflegebericht als Kommune mit aktuell noch beherrschbarer Situation, aber hohem zukünftigen Handlungsbedarf eingeordnet. Eine vorausschauende Planung ist entscheidend, um den erwarteten Nachfrageanstieg abzufedern und Versorgungsengpässe zu vermeiden.

Pflegebedürftige nach Leistungsart 2011 bis 2021



Quellen: Vierter Pflegebericht 2021 der Region Hannover, Dezernat für soziale Infrastruktur; Situation der Tagespflege in der Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend

3.24 Verteilung der Einrichtungen für Tagespflege in der Region Hannover



Quelle: Situation der Tagespflege in der Region Hannover, Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend, 2023

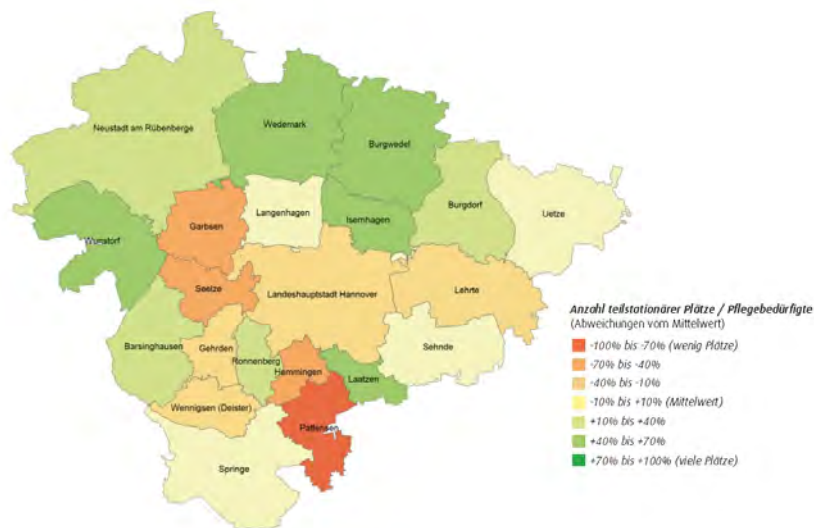
Zum Zeitpunkt der Erstellung des Pflegeberichts im November 2023 gab es in der Region Hannover 87 Tagespflegen mit 1.675 Pflegeplätzen. Davon befanden sich ca. ein Drittel der Einrichtungen und der Plätze in der Landeshauptstadt, der Rest in den anderen 20 Städten und Gemeinden des Umlands.

Aufgrund der täglichen Fahrdienste ist die kleinräumige Abdeckung durch Tagespflegen von besonderer Bedeutung. Die durchschnittliche Entfernung zur Einrichtung liegt in Deutschland bei ca. 6 km, in ländlichen Gebieten werden durchaus Gäste aus bis zu 20 km Entfernungen geholt.

Die Karte zeigt alle 87 bekannten Tagespflegen sowie die Versorgungsgebiete (grün entspricht 0 – 6 km, orange 6 – 12 km Distanz zur nächsten Einrichtung). Tagespflegen außerhalb der Region sind dabei nicht abgebildet, aber in die Erstellung der Versorgungsräume mit einbezogen worden und folglich enthalten.

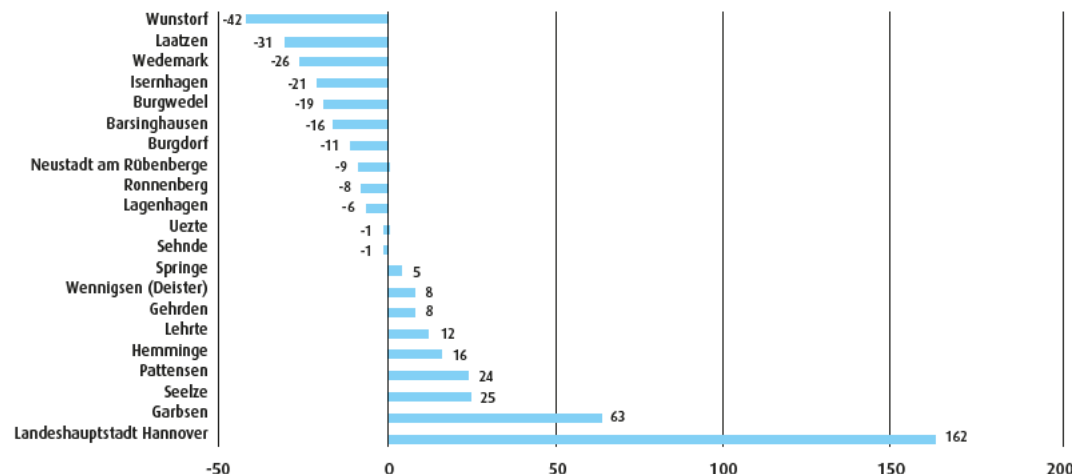
Es wird ersichtlich, dass keine Ortschaft in der Region mehr als 12 km von einer Tagespflege entfernt liegt und die Betreuung in einer Tagespflege somit in allen Ortschaften möglich sein sollte. Vor allem im großflächigen Neustadt a. Rbge. und an den Rändern der Region ist aber eine nahe Versorgung innerhalb von 6 km nicht immer gewährleistet. Deutlich wird auch, dass die meisten Ortschaften durch mehr als eine Einrichtung abgedeckt sind, was prinzipiell eine bessere Versorgung gewährleistet. Einige wenige Einrichtungen haben aber durchaus bedeutende Rollen in der räumlichen Versorgung (z.B. in Mandelsloh, Mardorf, Neustadt a. Rbge., Uetze oder Völksen).

3.25 Angebot und Nachfrage hinsichtlich der Tagespflege in der Region Hannover



Quelle: Situation der Tagespflege in der Region Hannover,
Dezernat für Soziales, Teilhabe, Familie und Jugend, 2023

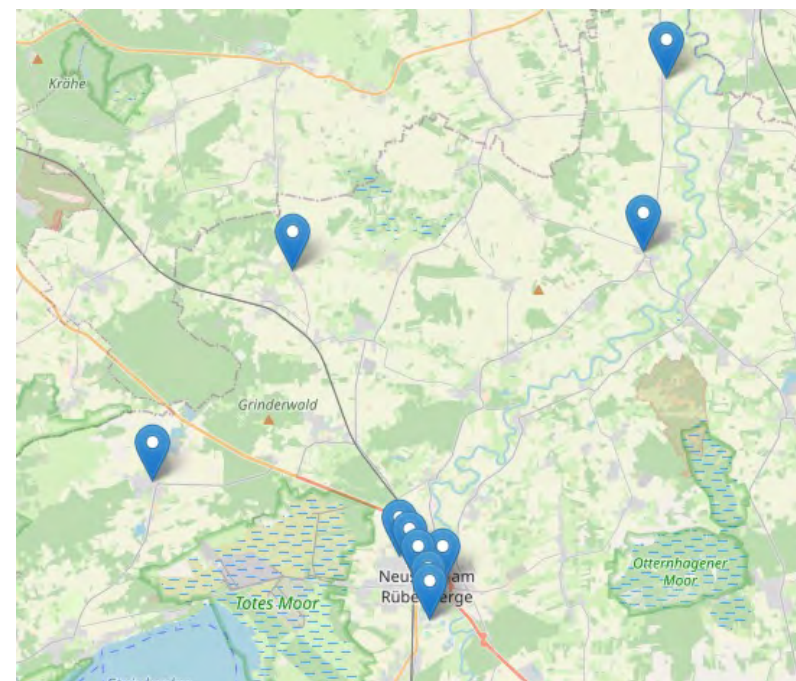
Zusätzlicher Bedarf an teilstationären Plätzen zum Erreichen einer mittleren Versorgung
pro Pflegebedürftiger 2023 in den Städten und Gemeinden der Region Hannover



Neben der räumlichen Aufteilung, ist natürlich auch die Zahl der Tagespflegeplätze im Vergleich zur Nachfrage vor Ort relevant. Während die Zahl der Plätze mit insgesamt 1.675 (2023) und auch die Anzahl der Pflegebedürftigen in Tagespflege aus der Landesstatistik mit zuletzt 2.367 (2021) bekannt ist, lässt sich der genaue Bedarf an Tagespflegeplätzen nicht schätzen. Gespräche mit Beratern und Bedürftigen auf der einen Seite deuten durchaus auf einen hohen und steigenden Bedarf hin. Gespräche mit Anbietern auf der anderen Seite vermitteln aber auch das Bild, dass es schwierig ist die Plätze ausreichend zu belegen und deuten auf Überkapazitäten hin. Grund für die Unstimmigkeit und die schwierige Vermittlung sind vermutlich spezifische Ansprüche der Bedürftigen, die Kosten für die Bedürftigen und finanziellen Folgen, die Verteilung auf Wochentage und – ähnlich der vollstationären Unterbringung – auch zunehmend kürzere Betreuungszeiten. Um trotzdem ein Vergleich von Angebot und Nachfrage durchführen zu können, wird die Zahl der Plätze ins Verhältnis gesetzt zur geschätzten Anzahl der Pflegebedürftigen in den Städten und Gemeinden der Region und somit den Bewohnerzahlen und der Altersstruktur vor Ort. Unstrittig ist, dass geschlossene Pflegeeinrichtungen für Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten und Pflegeeinrichtungen für jüngere Pflegebedürftige fehlen, da die vorhandenen Einrichtungen für sie kaum geeignet sind.

3.26 Vorhandene Angebote – Alten- und Pflegeeinrichtungen

Bezeichnung der Pflegeeinrichtung	Kapazität / Plätze
Seniorenresidenz Am Leinebogen, Hannoversche Str. 3	84
Altenzentrum St. Nicolaistift, Silbernkamp 6	113
Residenz Am Rosenkrug, Nienburger Str. 27	178
Seniorenresidenz Lindenstraße, Lindenstr. 77	28
Seniorenresidenz Wölper Ring, Wölper Ring 1	130
Alten- und Pflegeheim Im Heuberg – Heuberg 10-12 (Schneeren)	45
CURATA Seniorenzentrum Haus im Leinetal – Am Sandhop 2 (Niederinstöcken)	30
CURATA Seniorenwohnzentrum Mandelsloh – Hermann-Laue-Weg 10 (Mandelsloh)	
LebensRAUM Poggenhagen – Nöpker Str. (Nöpke)	48
Haus am Steinhorstweg, Schneeren,	95
Außenwohngruppe Rötzeberg, Schneeren	12
Außenwohngruppe Mardorfer Str. 31B, Mardorf	19
	865



3.27 Vorhandene Angebote – ambulante und teilstationäre Pflegeeinrichtungen

Bezeichnung der ambulanten Pflege	Leistungen
Hahne Pflegedienst – Rundeel 17-19, 31535 Neustadt	Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaft, Pflegeberatung
Diakoniestation Neustadt (Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege gGmbH), Albert-Schweitzer-Str. 2	Ambulante Pflege, Demenzbetreuung, Intensivpflege
DRK-Sozialstation Neustadt, Lindenstraße 56	Ambulante Pflege, Hausnotruf, Betreuung
Rogalla Pflegevermittlung24, Seelworth 2 C, (Ortsteil Hagen)	Ambulante Pflege, Pflegevermittlung
HKS Häusliche Krankenpflege und Seniorenbetreuung Beratungsstelle Neustadt, Wunstorfer Str. 22a, Kernstadt	Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaft, Pflegeberatung
Mobiler Pflege- und Gesundheitsservice isH, Mandelsloher Str. 2, Ortsteil Mandelsloh	Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaft, Pflegeberatung
DRK-Tagespflege Neustadt, Lindenstraße 56	Tagespflege, Fahrdienst Demenzangebote Einzelbetreuung Täglich frisch gekochte Mahlzeiten
Hahne Tagespflege Ortsteil Mardorf, Warteweg 13	Tagespflege, Fahrdienst, Freizeitangebote, Pflegefachliche Versorgung
Tagespflege Mandelsloh, Bürgermeister-Thies-Weg 11, Ortsteil Mandelsloh	Tagespflege, Generationsübergreifende Angebote Behandlungspflege Eigener Fahrdienst
Kollmeier Ambulante Pflegedienste, Tagespflege Helstorf, Brückenstr. 6, Ortsteil Helstorf	Grundpflege, Behandlungspflege, Hauswirtschaft, Pflegeberatung, Demenzangebote, Einzelbetreuung

Quellen: [Pflegesuche.de](https://www.pflegesuche.de), [Deutsches Seniorenportal](https://www.deutsches-seniorenportal.de), [Wohnen-im-Alter](https://www.wohnen-im-alter.de)

3.28 Vorhandene Angebote – Physiotherapie

Adler, Ingmarie	Arnwalder Str. 1A	Kernstadt
Gellert, Julia - Mobile Physiotherapie	Eichengrund 14	Eilvese
Helmke MyPhysio	Lindenstr. 77	Kernstadt
Holz, Andreas	Heinrich-Göbel-Str. 2	Kernstadt
Huth-Hartmann, Rita	Hans-Böckler-Str. 40	Kernstadt
PHYSIO LEINEfit	Wunstorfer Str. 8	Kernstadt
PhysioPlus	Mittelstr. 5	Kernstadt
Physio Point Neustadt	Wunstorfer Str. 16	Kernstadt
Physiotherapie Mandelsloh	Mandelsloher Str. 9	Mandelsloh
Physiotherapie Praxis Eickmann	Höltyst. 36	Mariensee
Praxis für Osteopahtie u. Physiotherapie	Bäckerstr. 6	Bordenau
Reumann, Friederike	Mittelstr. 5	Kernstadt
Rodtmann, Verena	Gorch-Fock-Weg 10	Mardorf
Schaudinn, Reinhard	Silbernkamp 6	Kernstadt
Schmidtke, Andreas	Mardorfer Str. 10	Mardorf
Schoemann, Petra	Mittelstr. 18	Kernstadt
Schrader Heinz-Dieter	Am Hüttenkrug 12A	Eilvese
Schröder-Ernst, Antje	Zwischen den Brücken 1	Kernstadt
Schultze-Werner, Elke	Nienburger Str. 27	Kernstadt
Schulz, Katja	Am Schiffgraben 17	Poggenhagen
Schusser-Gleser, Barbara	Hohes Ufer 1	Helstorf
Stephan, Annika	Bültepad 5	Otternhagen
Terjung, Anja	Königsberger Str. 43	Kernstadt
Therapiezentrum Oswald	Buchenweg 22	Kernstadt
Winter, Ute	Wallstr. 13	Kernstadt
Wojcicki, Sylvia	Hagener Str. 54A	Hagen

3.29 Vorhandene Angebote aus dem erweiterten gesundheitsbezogenen Bereich

Sabine Riebe, Hebamme	Kernstadt
Verena Radke, Hebamme	Keine Adressangabe
Dagmar Frenz, Hebamme	Kernstadt
Johanna Dammann, Hebamme	keine Adressangabe
Apotheke im MediZentrum	Kernstadt
Holunder-Apotheke	Bordenau
Mühlenfelder Apotheke	Hagen
Post-Apotheke	Kernstadt
Post-Apotheke am Klinikum	Kernstadt
Königs-Apotheke	Kernstadt
Redeker`sche Apotheke im Famila e .K.	Kernstadt
Redeker`sche Ratsapotheke	Kernstadt
St. Osdag-Apotheke	Mandelsloh

3.30 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Vereine (1)

Dudenser Mühlenverein – Verein zur Erhaltung der Bockwindmühle in Dudensen e.V.
 Neustädter Schiffsmodellbau Club e.V.
 Scharnhorst-Komitee Bordenau e.V.
 Turn- und Sportverein Mariensee-Wulfelade v. 1989 e.V.
 Akademischer Segler-Verein zu Hannover e.V.
 Alte Musik im Neustädter Land e.V.
 Angelparadies Tannenwald e.V.
 Angelverein Mandelsloh e.V.
 Autertaler Sportclub e.V.
 Bürger für Eilvese e.V.
 BürgerEnergie Laderholz e.V.
 Crazy Horns e.V.
 Crescent Noah – Flüchtlingshilfe e.V.
 Dorfgemeinschaft Nöpke e.V.
 Dorfjugend Eilvese e.V.
 Dorfwerkstatt Bordenau e.V.
 Feld Freunde Eilvese e.V.
 Feuerwehrverein Eilvese e.V.
 Freiwilligen-Zentrum Neustadt a. Rbge. e.V.
 Freunde der Frösche e.V.
 Friends In Line Neustadt e.V.
 Förderverein – Die Gruppe / Jugendhilfe e.V.
 Förderverein Familienzentrums St. Peter und Paul e.V.
 Förderverein der Kindertagesstätte Helstorf e.V.
 Förderverein der Kooperativen Gesamtschule Neustadt a. Rbge. e.V.
 Förderverein der Neuapostolischen Kirchengemeinde Neustadt a. Rbge. e.V.

3.31 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Vereine (2)

Förderverein der StadtKJF Neustadt a. Rbge. e.V.
Förderverein des DPSG Stammes St. Peter und Paul Neustadt e.V.
Garden School e.V.
Gemeinschaft der Freunde und Förderer der Krippen- und Kindergartenkinder Schneeren e.V.
Gesangverein Poggenhagen e.V. von 1971
Go Swim Academy e.V.
Hundehilfe Bakony e.V.
JFV Neustädter Land e.V.
Jagdschützen Neustadt e.V.
JägerGilde Neustadt e.V.
Laufgemeinschaft Neustadt Nord von 2022 e.V.
Maschinenring Hannover-Land e.V.
Menschen für bewusstes Sein e.V.
NKI – Nordkreisinitiative für Wirtschaft und Werbung e.V.
NABU Gruppe Neustadt e.V.
Naturverbunden e.V.
Neustädter Schützengesellschaft e.V.
New Town Waves e.V.
Niedersächsische Direktorinnen- und Direktorenvereinigung Berufsbildender Schulen e.V.
Niedersächsischer Leichtathletik-Verband Kreis Hannover-Land e.V.
Pferdesport Warmeloh – Hof Alt e.V.
Ratzenspatz e.V.
Reit- und Zuchtgemeinschaft Unter dem Mühlenberge e.V.
Schützenverein Basse e.V.
Schützenverein Lutter e.V.
Segel- und Steggemeinschaft Mardorf e.V.

3.32 Vorhandene Angebote vs. Bedarfe – Vereine (3)

Sport Club ohne Grenzen e.V.
Taekwondo Desant e.V.
Tafel Neustadt a. Rbge. e.V.
Tier- und Naturschutzorganisation Dabrowno e.V.
Turn- und Sportverein Bordenau/Poggenhagen e.V.
Turn- und Sportverein Neustadt a. Rbge. von 1862 e.V.
Verein zur Pflege internationaler Beziehungen Neustadt a. Rbge. e.V.
Vereinigte Kampfkünste International e.V.
Wandelwege e.V.
Weihnachtspostamt Himmelreich e.V.
Yacht-Klub Neustadt a. Rbge. e.V.
Zelt- und Wohnwagengemeinschaft Lüttjen-Mardorf e.V.

Die unter 3.26 bis 3.32 dargestellten Akteursgruppen kommen grundsätzlich als Nutzer der Räumlichkeiten innerhalb eines RVZ in Betracht (z. B. für Sprechstundenangebote, Beratungsleistungen, Kurs- und Gruppenformate oder ergänzende Versorgungs- und Unterstützungsleistungen). Die Auflistung dient der Strukturierung möglicher Nutzungen und ist nicht abschließend; je nach lokalem Bedarf und vorhandenen Angebotsstrukturen können weitere Akteure hinzutreten.

Quelle: Vereinsregister Neustadt a. Rbge., Amtsgericht Hannover

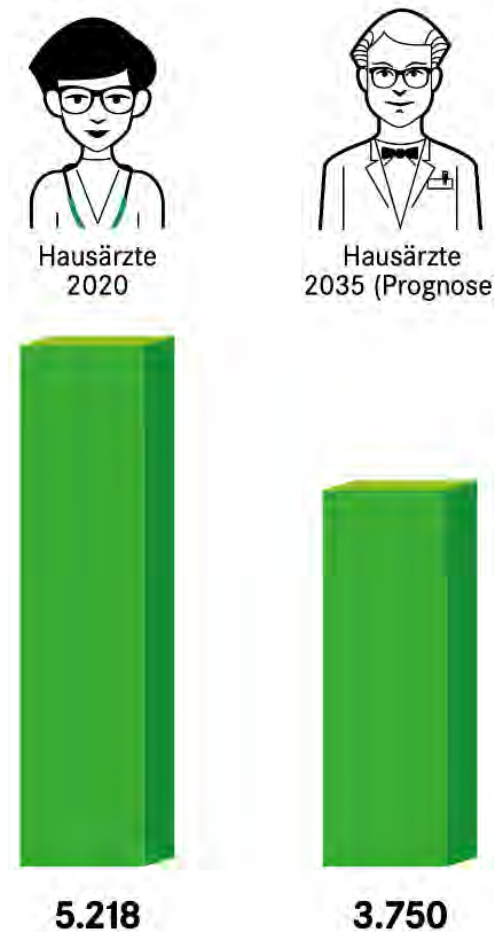
4. Kommunale Versorgungssituation und Ziele

4.1 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Niedersachsen

2035 werden mehr als 60 Prozent der rund 5.000 niedersächsischen Hausärztinnen und Hausärzte (im Folgenden: Hausärzte) im Rentenalter sein. Gleichzeitig wird jedoch aufgrund des demografischen Wandels der Versorgungsbedarf der Bevölkerung spürbar ansteigen, Mobilitätsprobleme in ländlichen Regionen für eine immer älter werdende Bevölkerung verlangen eine wohnortnahe ärztliche Grundversorgung.

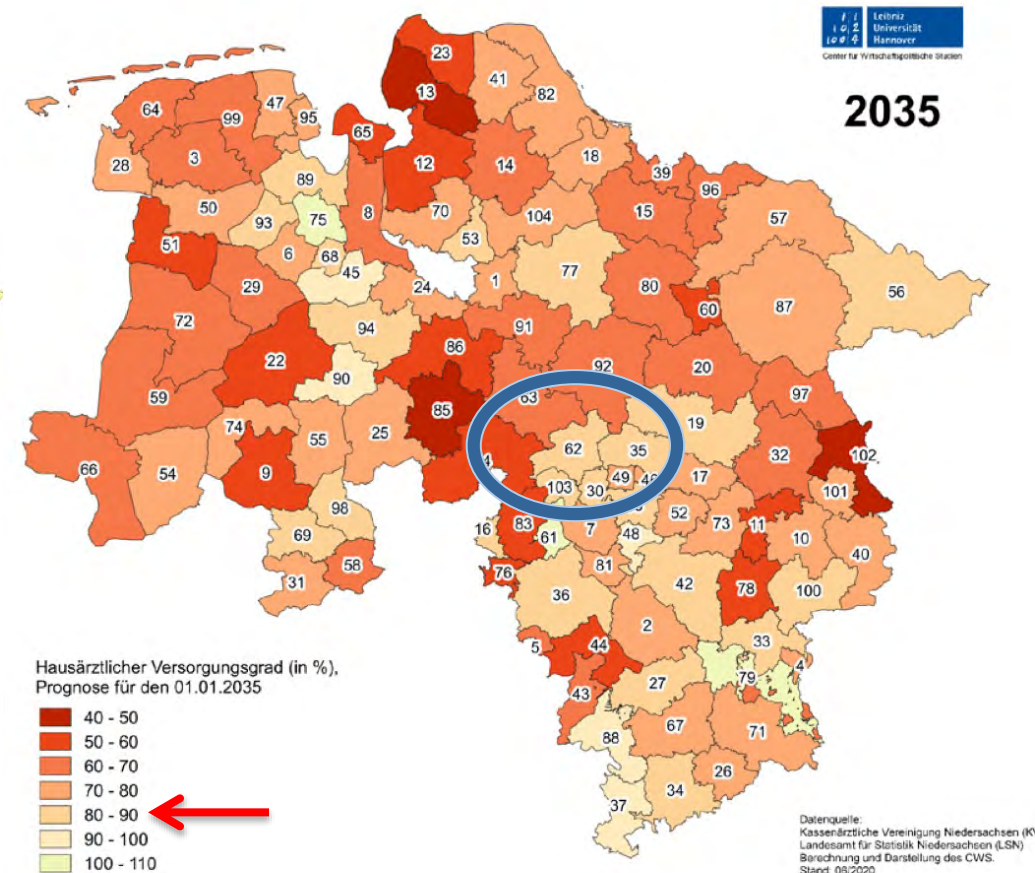
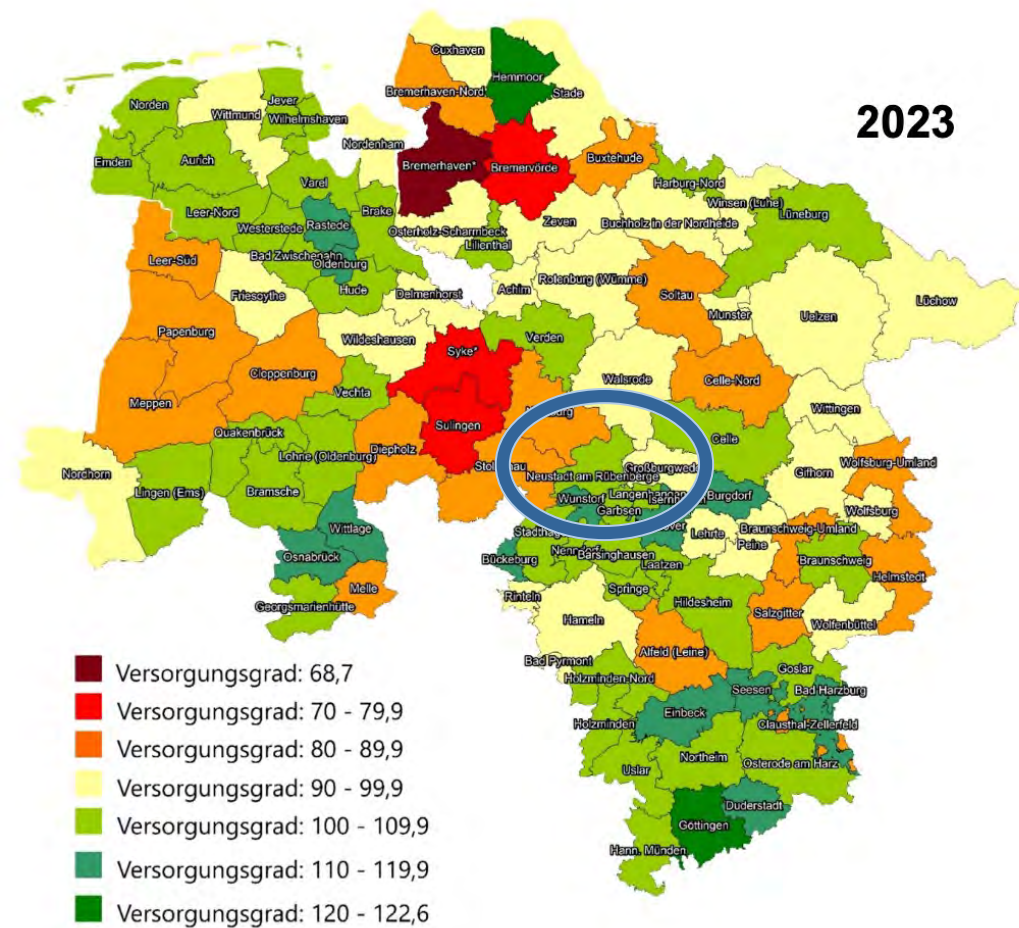
Zum 1. Juli 2025 gab es unbesetzte 561 Hausarztsitze (01.07.2023: 546; 01.07.2022: 466; 01.07.2019: 355) in Niedersachsen. Das derzeitige Durchschnittsalter der jetzigen Hausärzte liegt bei rd. 55,6 Jahren. Die nachfolgenden Grafiken geben einen Einblick über den derzeitigen (2023) und zukünftigen (2035) Versorgungsstand in Niedersachsen. Der Versorgungsgrad im Mittelbereich Neustadt am Rübenberge (Planungsbereich Nr. 62) wird sich demnach bis zum Jahr 2035 auf dann nurmehr 80-90 % reduzieren, da aufgrund des Ärztemangels 1-zu-1 Nachbesetzungen ausgeschlossen sind. Derzeit liegt der Versorgungsgrad bei 105,5 %, 1,5 Hausarztsitze sind unbesetzt. 27 % der Hausärzte sind als Angestellte tätig (Durchschnitt bundesweit rd. 26 %).

Besser ist hingegen die Versorgung in Niedersachsen bei den übrigen Facharzttrichtungen, hier sind 113,0 Sitze (2023: 118,5) unbesetzt. Die von der KVN ermittelte prognostische Bedarfsplanung (siehe Folgeseite) für das 2035 macht diese Entwicklung deutlich. Mindestens 38 von 104 Planungsbereichen werden sich in der Unterversorgung befinden. Nur noch eine Handvoll Mittelbereiche wird weiterhin als regelversorgt gelten.

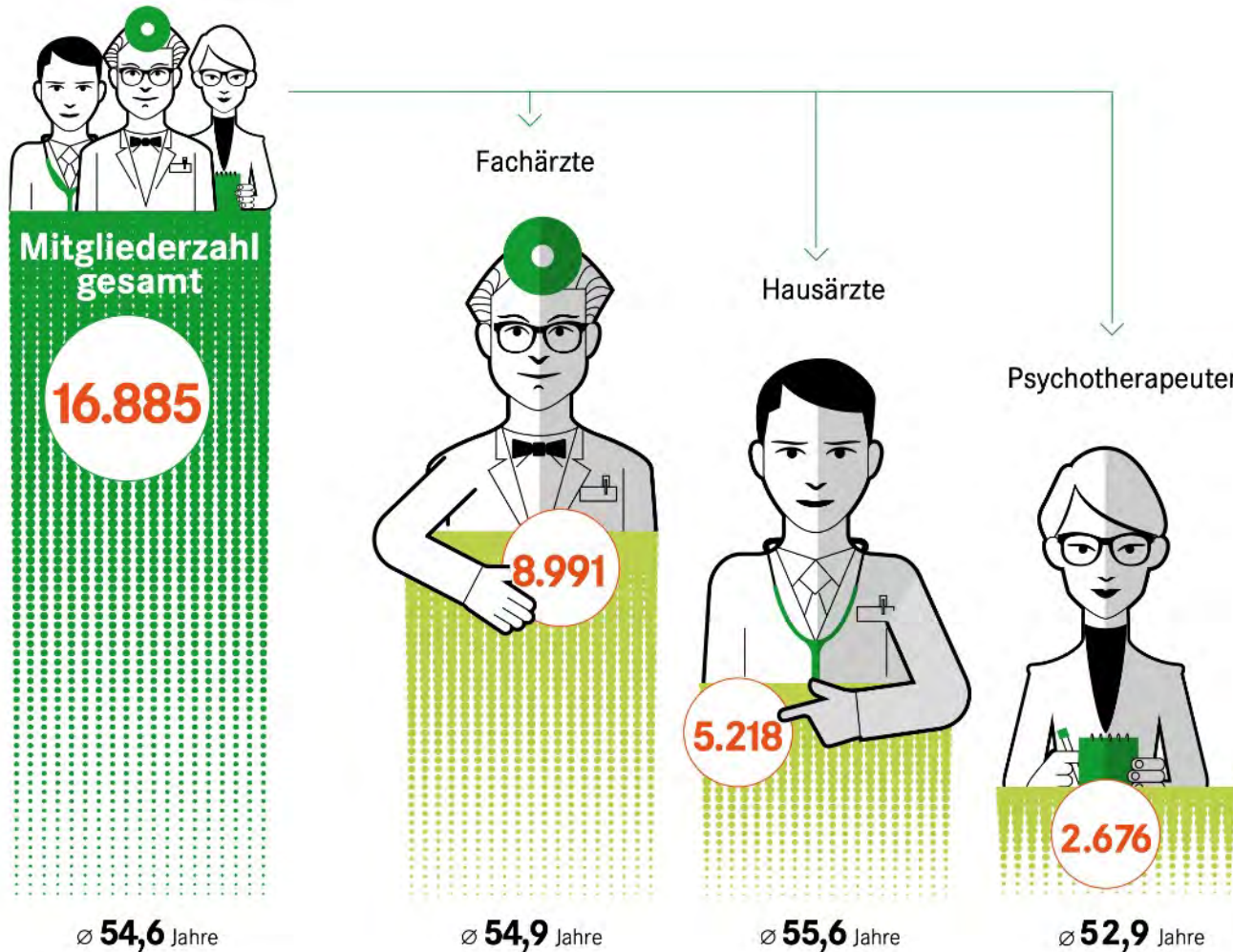


Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.2 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Niedersachsen



4.3 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Anzahl Ärzte/Ärztinnen



Landesweit gab es zum Stichtag 31.12.2023 16.885 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, davon:

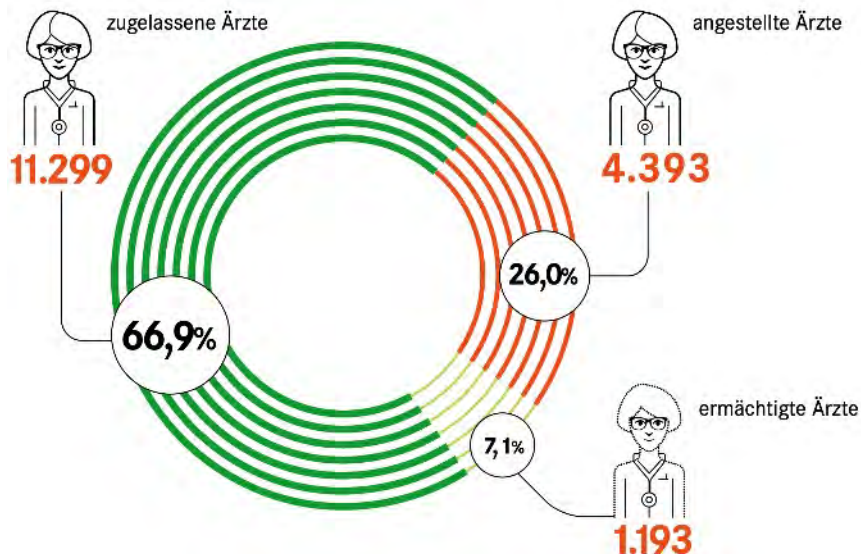
- 5.218 Hausärzte,
- 8.991 Fachärzte und
- 2.676 Psy. Psychotherapeuten sowie Kinderpsychotherapeuten.

Davon sind 11.299 Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten zugelassen, 4.393 angestellt und 1.193 ermächtigt.

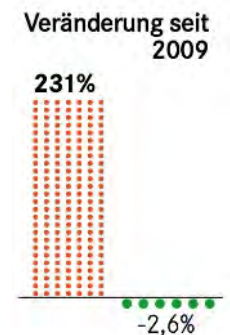
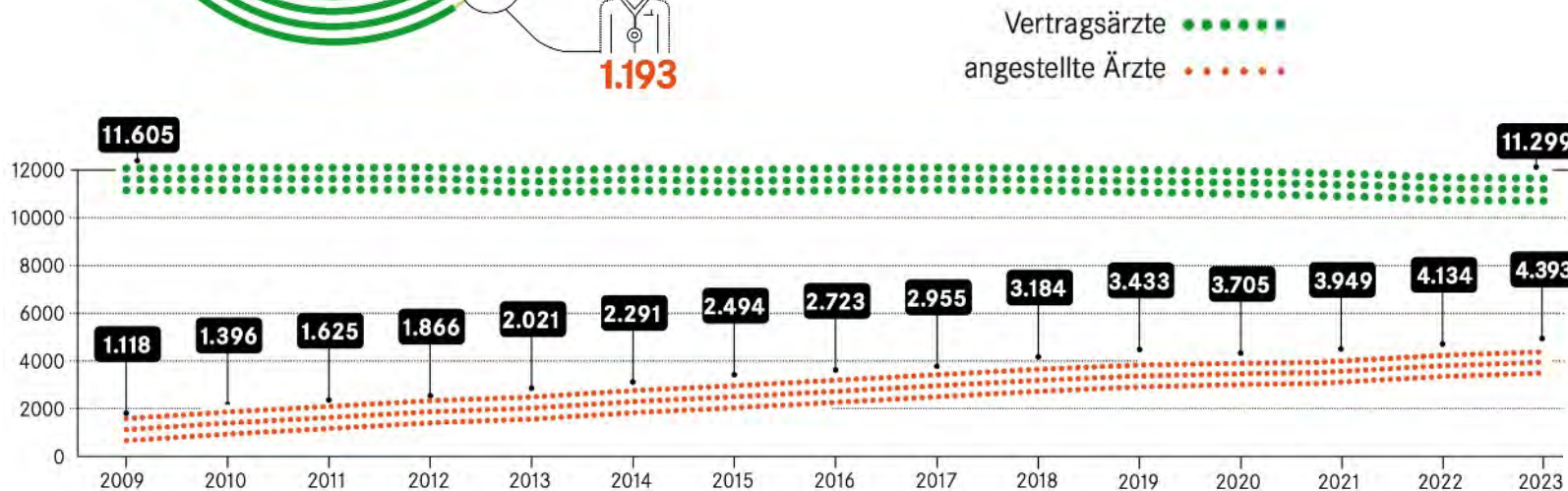
In Niedersachsen existieren 6.662 Einzelpraxen, 1.858 Berufsausübungsgemeinschaften und 401 Medizinische Versorgungszentren.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.4 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Anstellung



Junge Ärztinnen und Ärzte streben überwiegend eine Anstellung an



Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

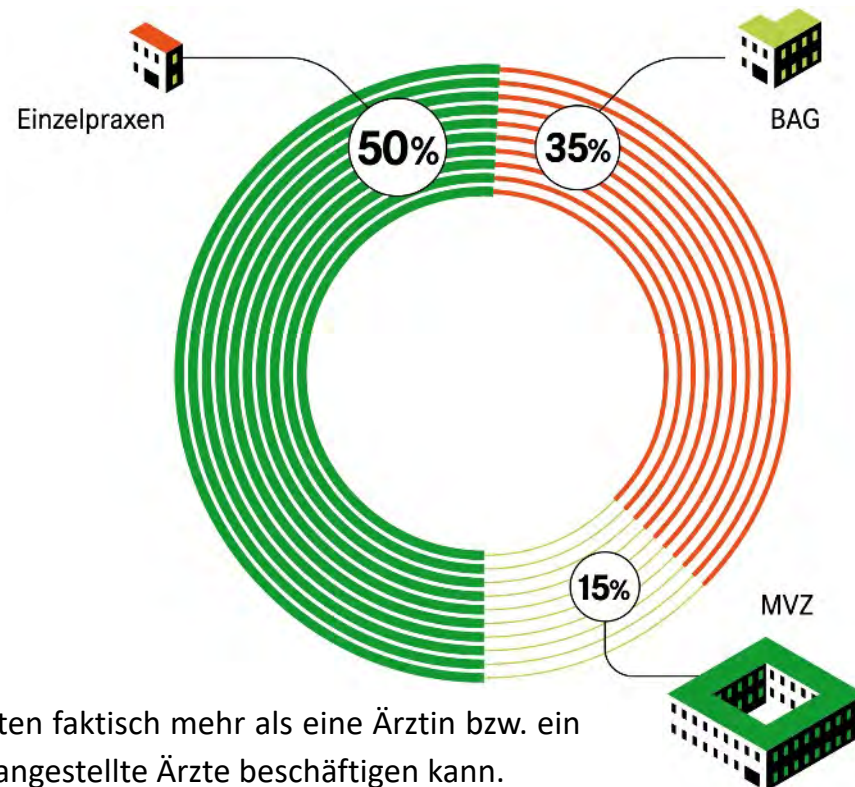
4.5 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Praxisformen

Der Trend zu Kooperationen zeigt sich auch in der vertragsärztlichen Versorgung. Zwar bleibt die Einzelpraxis mit 50 % aller Praxisstandorte die vorherrschende Form, doch ist die Praxislandschaft deutlich heterogener, als diese Zahl vermuten lässt. 50 % der Ärztinnen und Ärzte arbeiten in Einzelpraxen, 35 % in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und die übrigen 15 % in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ).

In den vergangenen Jahren ist die Zahl der dort tätigen Ärztinnen und Ärzte in allen Praxisformen gestiegen. Die Anzahl der Praxen nahm dagegen teils deutlich langsamer zu; bei den Einzelpraxen ist sie sogar gesunken, obwohl dort mehr Ärztinnen und Ärzte arbeiten. Ursache sind erweiterte Anstellungsmöglichkeiten: Heute arbeiten mehr Ärzte in weniger Praxen. Im Durchschnitt entfallen 1,74 Ärzte je Praxis; in Einzelpraxen sind es 1,17, in MVZ 6,00.

Auch die individuelle Praxisgröße variiert: In 12,7 % aller Einzelpraxen arbeiten faktisch mehr als eine Ärztin bzw. ein Arzt. „Einzelpraxis“ bedeutet hier, dass es einen Inhaber gibt, der zusätzlich angestellte Ärzte beschäftigen kann.

Für Niedersachsen gilt: Es existieren 401 MVZ – davon 196 in Trägerschaft von Krankenhäusern, 138 in Trägerschaft von Vertragsärzten und 67 mit sonstigen Trägern. In den MVZ arbeiten 2.409 Ärztinnen und Ärzte; 63,5 % in Krankenhaus-MVZ, 27,5 % in Vertragsarzt-MVZ und 9 % in MVZ sonstiger Träger.



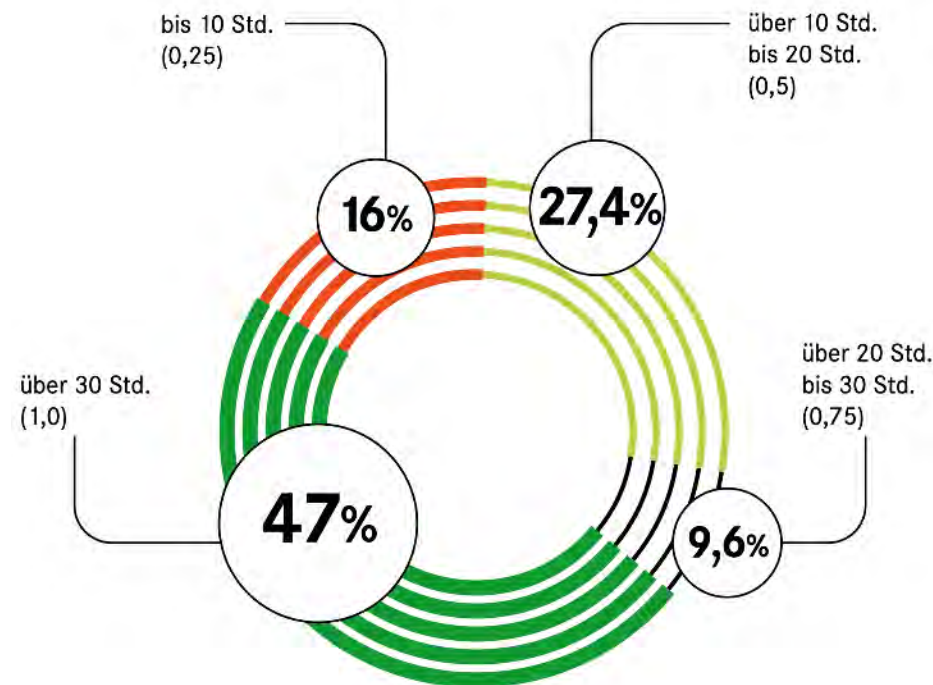
Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.6 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Tätigkeitsumfang

Die steigende Zahl an Ärztinnen und Ärzten führt nicht automatisch zu mehr Versorgung, weil Teilzeitbeschäftigungen sowohl bei Zugelassenen als auch bei Angestellten zunehmen. Zwischen 2013 und 2023 wuchs die Zahl der Vertragsärzte und -psychotherapeuten um 13,9 %, ihr Tätigkeitsumfang in Vollzeitäquivalenten (VZÄ) jedoch nur um 6,1 %. In Niedersachsen wurden 2014 noch 111 Ärztinnen/Ärzte benötigt, um 100 Vollzeitstellen zu besetzen; 2023 waren es bereits 119 – ein Mehrbedarf von 7,2 % Köpfen für dieselbe Arbeitszeit. Mit anderen Worten: Die Kopfzahl steigt, die verfügbaren Arztstunden jedoch nicht im gleichen Maß.

Aktuell arbeiten 27,2 % der Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Teilzeit. In der vertragsärztlichen Versorgung bedeutet das: Zugelassene nehmen mit $\frac{1}{2}$ oder $\frac{3}{4}$ Versorgungsumfang teil; Angestellte mit 0,75, 0,5 oder 0,25 Versorgungsumfängen. Der durchschnittliche Versorgungsumfang aller in Niedersachsen tätigen Vertragsärzte und -psychotherapeuten lag 2023 bei 0,84 VZÄ; 2014 waren es im Schnitt noch 0,90 VZÄ. Bei den Angestellten arbeiteten 2023 53 % in Teilzeit, bei den Zugelassenen 17,9 %.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

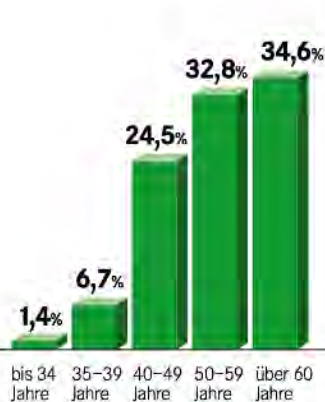


Von 4.393 angestellten Ärztinnen und Ärzten in der sind 47 % in Vollzeit (Vorjahr: 47,8 %) tätig, 27,4 % halbtags (27 %), 9,6 % zwischen 20 und 30 Stunden (8,2 %) und 16 % bis zu 10 Stunden (17 %). Es entfallen 70,3 % der Angestellten auf Fachärzte und 29,7 % auf Hausärzte. 52,5 % sind in MVZ angestellt.

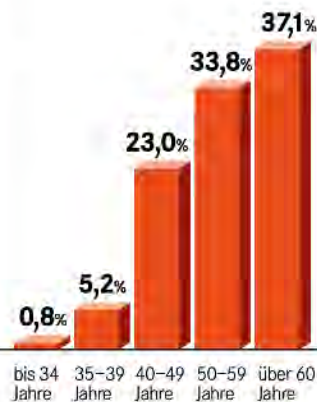
4.7 Kommunale Versorgungssituation und Ziele im Überblick – Demografie



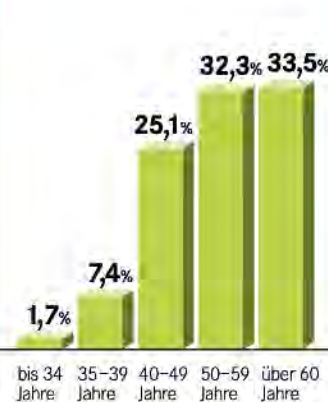
alle Ärzte



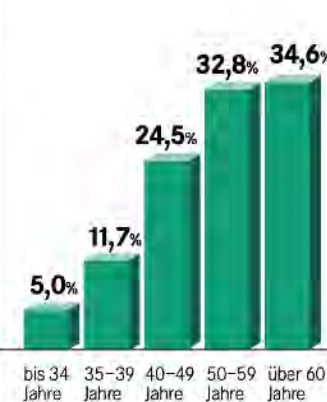
Hausärzte



Fachärzte



Psychotherapeuten



34,6 % der in Niedersachsen tätigen Vertragsärzte sowie Vertragspsychotherapeuten sind **60 Jahre und älter**, nur **8 %** sind **unter 40**. **2005** lag der Anteil der über 60-Jährigen in dieser Gruppe noch bei **13 %**.

Das **Durchschnittsalter** der Zugelassenen und Angestellten beträgt aktuell **54,6 Jahre**, im **hausärztlichen Bereich** ist der >60-Anteil mit **37,1 %** am höchsten. Die Ärzteschaft ist damit deutlich gealtert. Hauptgrund ist eine unausgewogene Altersstruktur: Angekündigte Zulassungssperren führten Anfang der 1990er-Jahre zu einem kurzfristigen Niederlassungsboom bei damals über 40-Jährigen. Diese Kohorte erreicht nun sukzessive das Ruhestandsalter – mit der Folge einer absehbaren **Abgangswelle**.

Quelle: KVN-Versorgungsbericht 2024

4.8 Versorgungssituation und Gründungspotenzial – Hausärztinnen und -ärzte

Name Arzt / Ärztin	Anschrift
Dr. med. Carsten Baumann	Dudenser Str. 41a
Dr. med. Achim Neetz / Dr. med. Hans Hendrik Rötterink	Marktstr. 9, 31535 Neustadt am Rübenberge
Dr. med. Wencke Lindwedel (nur Privatpatienten)	Wallstr. 12, 31535 Neustadt am Rübenberge
Dr. med. Kai Wolfgang Dehn / Michael Grimme / Dr. med. Nadine Sprodowski / Dr. med. Henning Domurath / Claudia Brasch	Wallstr. 10, 31535 Neustadt am Rübenberge
Thilo Müller / Dr. med. Franziska Köhne	Lindenstr. 1 A, 31535 Neustadt am Rübenberge
Dr. med. Andreas Bieck	Königsberger Str. 43, 31535 Neustadt am Rübenberge
Dr. med. Jessica Peter / Nadine Hesse / Dr. med. Nina Poppe / Dr. med. Stephan Elleringmann / Dr. med. Olaf Ney / Kirsten Glöckner	Lindenstr. 77, 31535 Neustadt am Rübenberge
Frank Badorrek	Bordenauer Str. 35 a, 31535 Neustadt am Rübenberge
Thomas Perau	Kleeblattstr. 8, 31535 Neustadt am Rübenberge
Dr. med. Henrik Schmitz (prakt. Arzt) / Dagmar Schmitz	Am Anger 18, 31535 Neustadt am Rübenberge
Claudia Kass / Dr. med. Godehard Kass / Andrej Greb (prakt. Arzt)	Rötzberg 9, 31535 Neustadt am Rübenberge
Matthias Lindenblatt / Dr. med. Andrea Pierau / Reinhild Lindenblatt / Dr. med. Sonja Laue	An der Liebfrauenkirche 1, 31535 Neustadt am Rübenberge

Im Sinne der Machbarkeitsstudie mit dem Kerninhalt eines hausärztlichen kommunalen MVZ wurde der Fokus auf den allgemeinmedizinisch-hausärztlichen Bereich gelegt. Die auf der Folgeseite aufgeführten Fachärzte aus dem allgemeinen fachärztlichen Bereich kommen dann als Gründungsärzte bzw. nach Gründung als ergänzende Fachgruppen in Frage, sofern dies aus betriebswirtschaftlicher Sicht sinnvoll ist. D.h. Geräte-intensive Facharztgruppen wie Augenärzte oder operierende Facharztgruppen wie Chirurgen / Orthopäden wurden nicht betrachtet. Ebenfalls nicht betrachtet wurden ärztliche Psychotherapeuten, die aus betriebswirtschaftlicher Sicht für die Gründungs- und Aufbaujahre nicht sinnvoll erscheinen. Gleiches gilt auch für Fachärzte aus der spezialisierten Versorgung (durch eine dickere Markierung getrennt).

4.9 Versorgungssituation und Gründungspotenzial – Fachärztinnen und -ärzte (Anm. siehe Vorseite)

Name Arzt / Ärztin	Fachrichtung	Anschrift
Fr. Deinzer / Hr. Opitz	Dermatologie	Zweierpraxis, Privatpraxis in Stolzenau
Hr. Chimkowksi	Urologie	Einzelpraxis, Kernstadt
Hr. Stephan / Hr. Farahi	Urologie	Ermächtigte Ärzte, Klinikum
Dr. Hilger	Chirurgie / Orthopädie	Einzelpraxis, Kernstadt
Hr. Faifka, Hr. Bräuer, Hr. Dr. Hadeler	Chirurgie / Orthopädie	Einzelpraxis, Kernstadt
Dr. Wildner / Dr. Wildner	Augenarzt	Zweierpraxis, Kernstadt
Fr. Dr. Wegener	Frauenarzt	Einzelpraxis, Kernstadt
Fr. Król	Frauenärztin	Einzelpraxis, Kernstadt
Fr. Dr. Nerger	Frauenärztin	Einzelpraxis, Kernstadt
Fr. Koule	Frauenärztin	Einzelpraxis, Hagen
Dr. Toenne / Dr. Heere	Kinderärzte	Zweierpraxis, Kernstadt
Fr. Suslovich	Kinderärztin	Einzelpraxis , Kernstadt
Hr. Lindemann / Hr. Petrovski	HNO-Arzt	Zweierpraxis, Kernstadt
Dr. Laue / Dr. Busmann / Dr. Oehler / Fr. Dr. Frank	Innere Medizin / Dialyse,	Viererpraxis, Zweigpraxis aus Hannover, Kernstadt
Fr. Ramazan / Dr. Jonassen	Innere Medizin, Nephrologie	Zweierpraxis, Kernstadt
Dr. Geltneky / Dr. Reifferscheid / Fr. Derau-van der Werff / Fr. Dr. Rothe	Innere Medizin, Kardiologie	Filialstandort von Garbsen, Kernstadt
Fr. Twer / Dr. Rababah	Innere Medizin, Onkologie	Zweierpraxis, Kernstadt

4.10 Ambulante Versorgungssituation im Planungsbereich Neustadt am Rübenberge



Hausärztlich: Mittelbereich Neustadt a. Rübenberge*

Versorgungsgrad 105,5 % 1,5 freie Hausarztsitze,
30,25 Hausarztsitze besetzt

Fachärztlicher Planungsbereich Region Hannover*

• Augenärzte:	135,4 %
• Chirurgen/Orthopäden:	173,4 %
• Frauenärzte:	160,0 %
• HNO-Ärzte:	157,3 %
• Hautärzte:	145,6 %
• Kinderärzte:	119,0 %
• Nervenärzte:	149,6 %
• Psychotherapeuten:	171,2 %
• Urologen:	171,0 %

*Bei Versorgungsgraden unter 110% sind Neuniederlassungen von Ärzten möglich. Liegt der Versorgungsgrad zwischen 110 und 140% ist der Planungsbereich „gesperrt“. Nachbesetzungen von Arztsitzen sind jedoch möglich. Bei über 140% sind auch Nachbesetzungen nur in besonderen Ausnahmefällen gestattet.

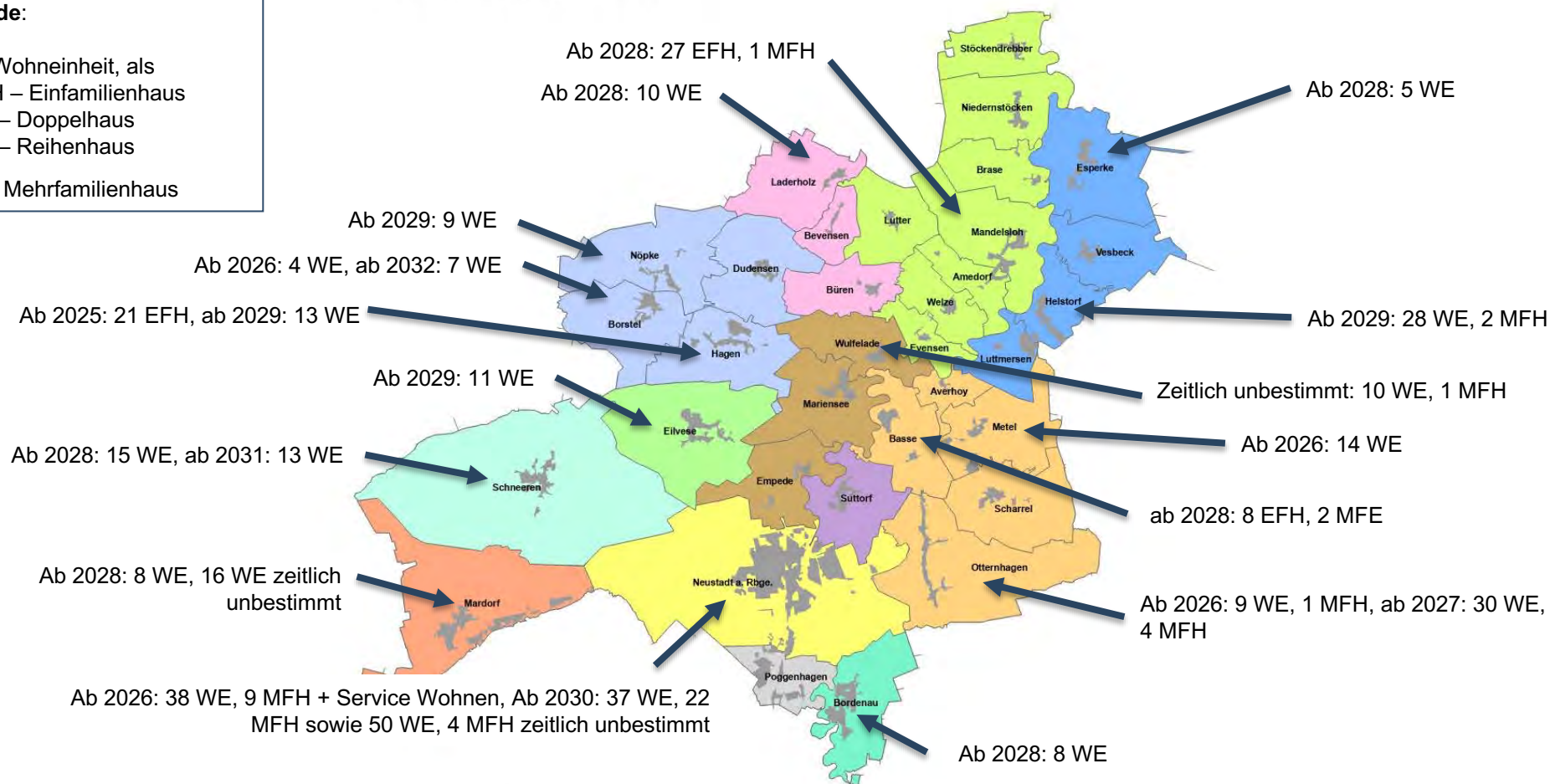
Quelle: KVN 31.05.2025

5. Standortanalyse

5.1 Standortanalyse RVZ in der Stadt Neustadt am Rübenberge – Neubaugebiete

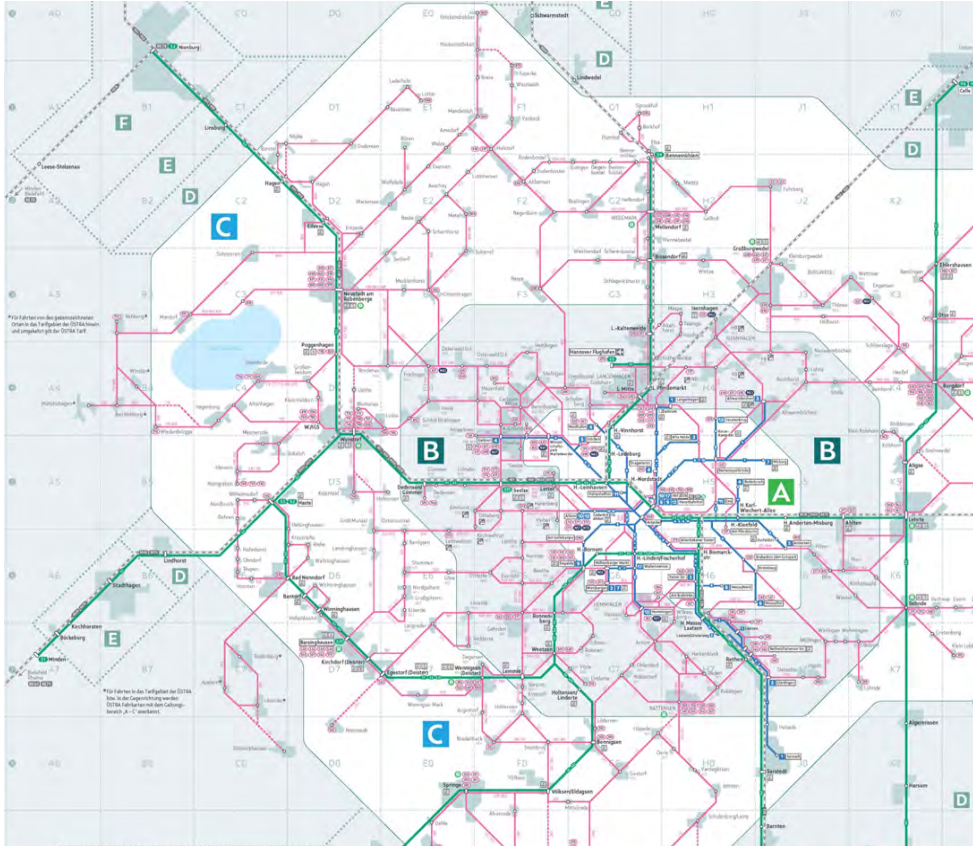
Legende:

- WE = Wohneinheit, als
- EFH – Einfamilienhaus
 - DH – Doppelhaus
 - RH – Reihenhaus
- MFH = Mehrfamilienhaus



Quelle: Die Daten zur künftigen Baugebietsentwicklung beruhen auf einer Prognose und sind daher ohne Gewähr, Stand 13.01.2026

5.2 Standortanalyse RVZ Neustadt am Rübenberge – ÖPNV-Netz Richtung Hannover

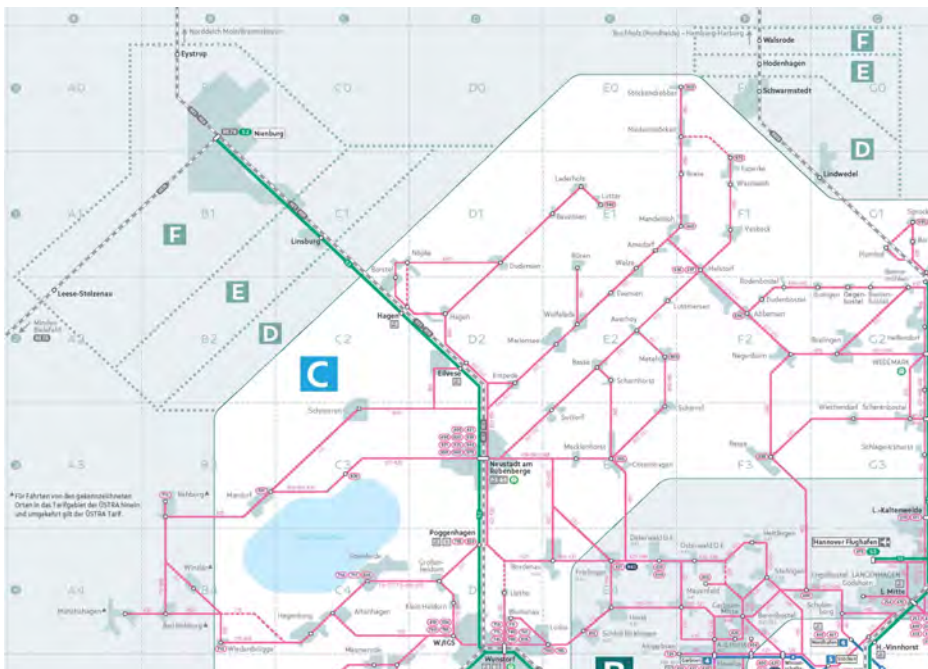


Die ÖPNV-Verbindung zwischen Hannover Hbf. und Neustadt am Rübenberge ist als sehr gut zu bezeichnen. Insgesamt fahren drei Linien:

1. S-Bahn S2, stündlich durchgehend von früh morgens bis spät abends Direktverbindung ohne Umstieg
2. Regionalexpress RE1 (Hannover – Bremen), stündlich, schneller als die S-Bahn, Direktverbindung
3. Regionalexpress RE8 (Hannover – Bremerhaven), stündlich, zeitlich versetzt zum RE1, Direktverbindung

Bezogen auf die ärztliche Versorgung sind damit alle Facharztgruppen durch Hannover abgedeckt.

5.3 Standortanalyse RVZ Neustadt am Rübenberge – ÖPNV-Netz innerstädtisch



Am Konzept „Sprinti“, einem On-Demand-Shuttle, nimmt Neustadt am Rübenberge seit dem 10.12.2023 teil. Laut offiziellen Angaben ist Neustadt a. Rübenberge die fahrgaststärkste Kommune im Netz der zwölf Sprinti-Kommunen und kommt auf rd. 230.000 Fahrgäste. Mit online-Buchung wird man innerhalb der Betriebszeiten von einer virtuellen Haltestelle abgeholt. Der Sprinti fährt von 05:00 – 01:00 Uhr montags bis sonntags.

Quelle: www.uestra.de; <https://www.neustaedter-zeitung.de/artikel/18149.html>; <https://www.uestra.de/fahrplan/flexible-angebote/sprinti/>

Buslinien RegioBus – regulärer Linienverkehr

Linie	Ortsteile
820	Neustadt - Steinhude/Poggenhagen
830	Neustadt ZOB - Mardorf
831	Neustadt Leinstr./KGS - Mardorf
835	Neustadt - Steinhude - Wunstorf
840	Lutter-Hagen-Neustadt
850	Stöckendrebber - Mandelsloh - Wulfelade - Empede - Neustadt
860	Metel-Scharrel - Otternhagen - Neustadt
865	Otternhagen - Scharnhorst - Basse - Metel - Otternhagen
870	Esperke - Helstorf - Luttmersen - Basse - Suttorf - Neustadt
400	Neustadt - Bordenau - Frielingen - Horst - Meyenfeld - Berenbostel - Marienwerder
421	Neustadt - Frielingen - Osterwald - Berenbostel - Garbsen
460	Mandelsloh - Helstorf - Resse - Engelbostel - Nordhafen
490	Neustadt - Otternhagen - Osterwald - Heitlingen - Stelingen - Stöcken

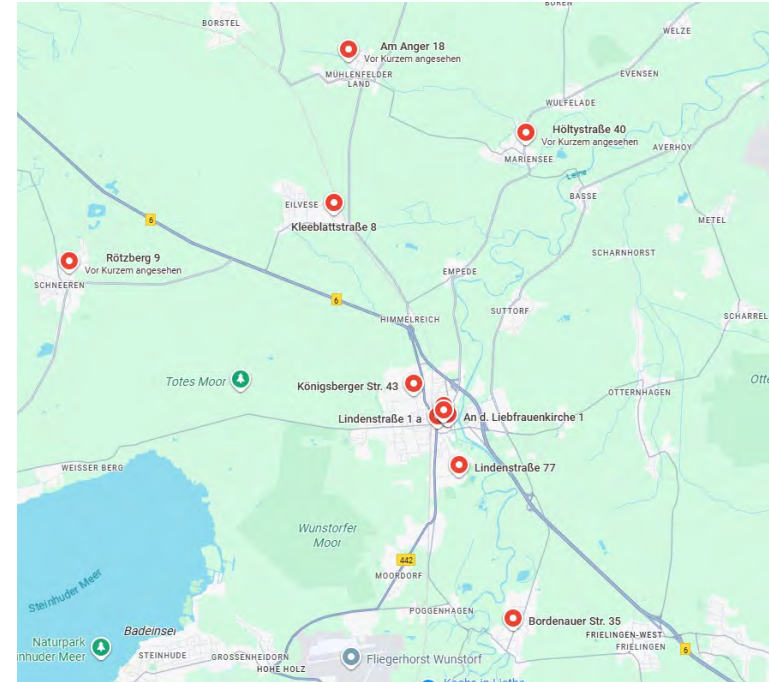
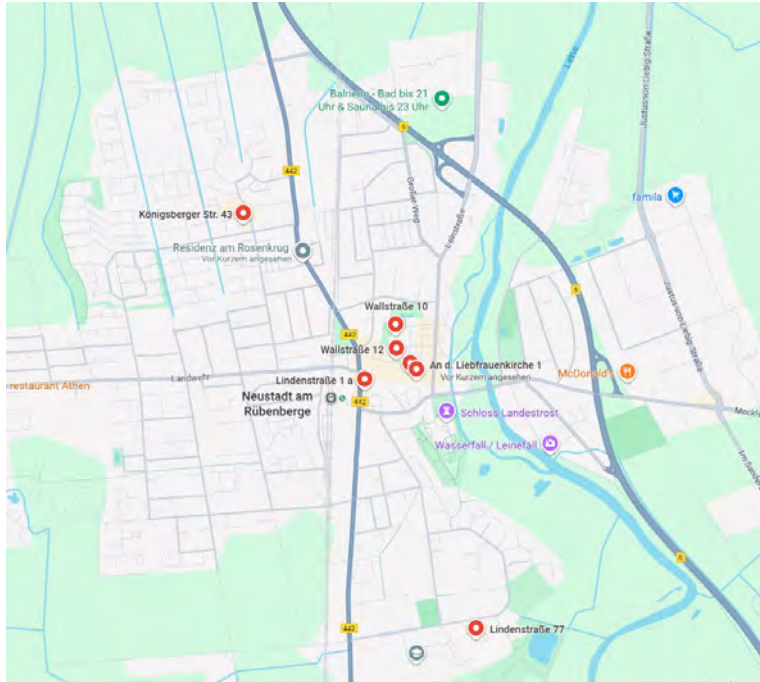
5.4 Standortanalyse RVZ in der Stadt Neustadt am Rübenberge – Schulstandorte



Die im Rahmen der Kampagne „Neustart in Neustadt“ optimierten Stadtbuslinien 801 – 802 dienen explizit auch der Schülerbeförderung innerhalb der Kernstadt. Siehe hierzu:

<https://www.neustadt-a-rbge.de/leben-in-neustadt/mobilitaet-verkehr/mobilitaet/oepnv/>

5.5 Standortanalyse RVZ Neustadt am Rübenberge

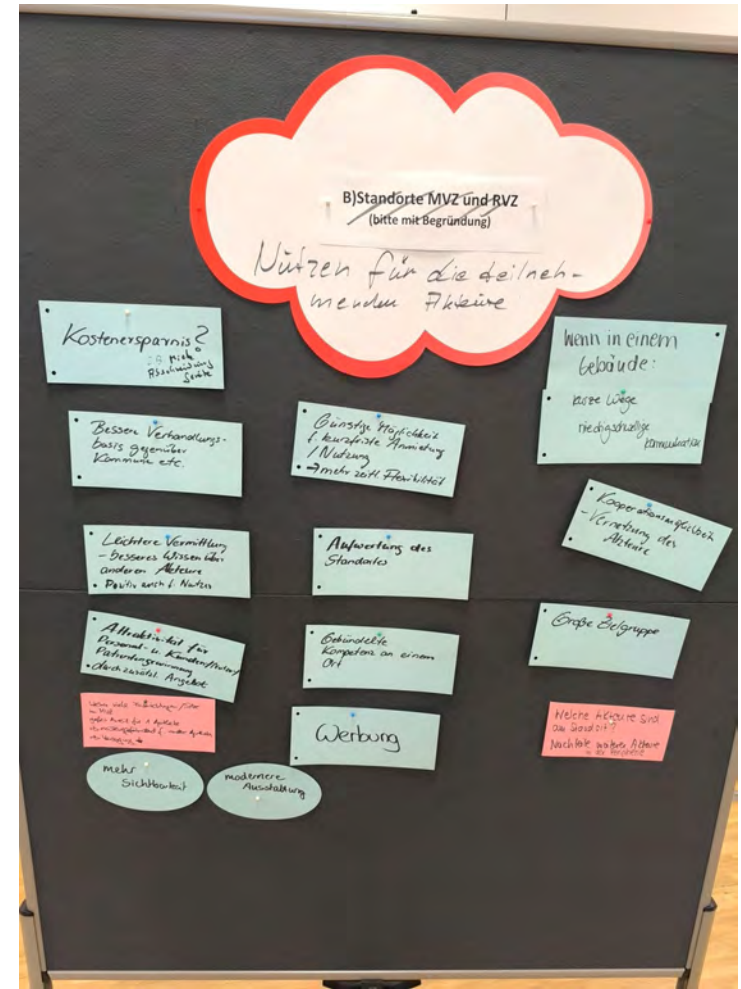


Die meisten hausärztlichen Praxen befinden sich in der Kernstadt und liegen, bis auf zwei Praxen, sogar im Zentrum. In den Ortsteilen Schneeren, Eilvese, Hagen und Bordenau befindet sich jeweils eine hausärztliche Praxis. Die nordöstlichen Ortsteile wie z.B. Helstorf, das in den kommenden Jahren hohe Neubauraten vorweist, bildet zusammen mit Mandelsloh ein kooperierendes Kleinzentrum.

Quelle: Nahverkehrsplan Region Hannover

6. Realisierungspotenziale MVZ und RVZ

- Kosteneinsparungen durch gemeinsame Nutzung von Ressourcen
- Bessere Verhandlungsbasis gegenüber Dienstleistern und Lieferanten
- Günstigere Preise durch größere Abnahmemengen (Mietpreise, Wartung, Material)
- Nutzung von Skaleneffekten
- Effizientere Prozesse und geringerer Verwaltungsaufwand
- Bessere Auslastung von Flächen und Geräten
- Attraktivität für Personal durch größere Einheiten und Entwicklungsmöglichkeiten
- Standortaufwertung durch Bündelung medizinischer Leistungen
- Gemeinsame Werbung und höhere Sichtbarkeit
- Einheitliches Erscheinungsbild nach außen
- Zentrale Lage steigert Patientenfrequenz
- Kürzere Wege für Patienten bei mehreren Fachrichtungen
- Bildung einer klaren Zielgruppe
- Möglichkeit moderner Ausstattung
- Mehr Sichtbarkeit am Standort

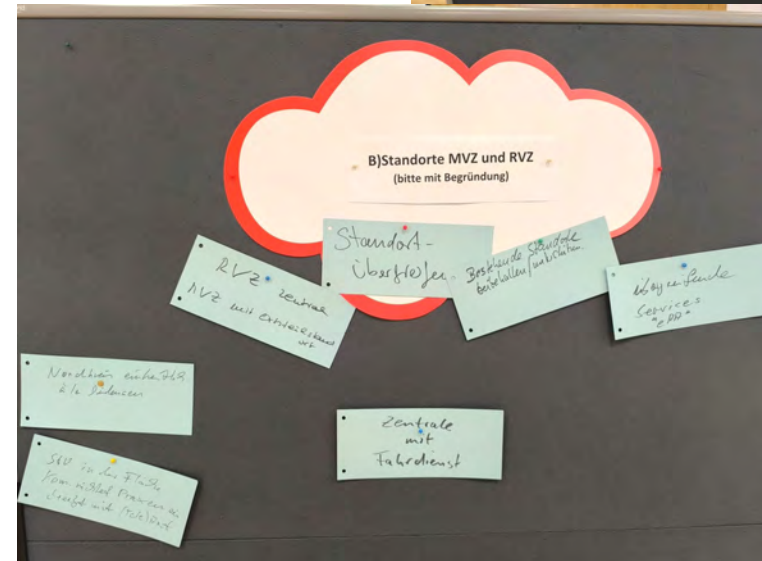
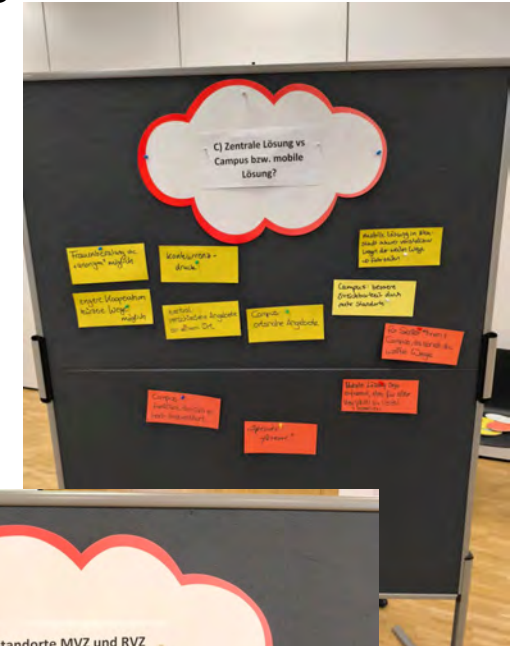


6.2 Workshop 26.11.2025 – Nutzen für die teilnehmenden Akteure

- Die teilnehmenden Akteure sehen im RVZ vielfältige Vorteile. Ein zentraler Nutzen liegt in der Kostensenkung, z.B. durch geteilte Mietflächen, gemeinsame Nutzung von Infrastruktur und Geräten sowie mögliche Abschreibungs- und Synergieeffekte.
- Hohe zeitliche und räumliche Flexibilität, etwa durch die punktuelle Anmietung oder Nutzung von Räumen und Ressourcen (z.B. Raum für psychotherapeutische Gruppenarbeit).
- Die Bündelung mehrerer Leistungserbringer an einem Standort verbessert die Verhandlungsposition gegenüber der Kommune und weiteren Partnern.
- Die Vermittlung von Leistungen sowie die Koordination zwischen den Akteuren wird deutlich erleichtert. Durch die räumliche Nähe entstehen kurze Wege, niedragschwellige Kommunikationsstrukturen und neue Kooperationsmöglichkeiten.
- Durch zusätzliche Angebote und gebündelte Leistungen steigt die Attraktivität für die Gewinnung von Personal sowie von Patienten und Kunden. Gleichzeitig führt das RVZ zu einer Aufwertung des Standortes und zu mehr Sichtbarkeit durch gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit und Werbung. Die Akteure profitieren von einem besseren Überblick über weitere Leistungserbringer am Standort. Durch die gebündelte Kompetenz an einem Ort, kann eine große gemeinsame Zielgruppe erreicht werden.
- Die moderne Ausstattung des RVZ wird als Standortvorteil gesehen.
- Kritisch angemerkt wurde, dass eine starke Konzentration vieler Fachrichtungen – insbesondere in Kombination mit einer Apotheke – negative Auswirkungen auf bestehende Apotheken in der Peripherie haben kann. Dies könnte langfristig zu einer Verschlechterung der wohnortnahen Versorgung außerhalb des Zentrums führen.

6.4 Workshop 26.11.2025 – Zentrale Lösung vs. Campus vs. mobile Lösung

- **Zentrale Lösung vs. Campus- bzw. mobile Lösung**
 - Zentrale Standorte ermöglichen Bündelung von Angeboten und effizientere Organisation
 - Campus-Lösungen fördern kurze Wege und interdisziplinäre Zusammenarbeit
 - Mobile Angebote ergänzen stationäre Strukturen, insbesondere in der Fläche
 - Kombination aus zentralen und dezentralen Elementen erhöht Versorgungssicherheit
 - Mobile Lösungen sinnvoll für aufsuchende Versorgung und Prävention
- **Standorte von MVZ und RVZ**
 - Zentrale Lage mit guter Erreichbarkeit
 - Bestehende Standorte weiter nutzen und aufwerten
 - Überregionale Betrachtung der Standorte
 - Zentrale Dienste mit Fahr- bzw. Bringdiensten kombinieren
 - Digitale Services zur Ergänzung physischer Standorte
- **Abwägungskriterien für die Standortwahl**
 - Erreichbarkeit für Bürger
 - Wirtschaftlichkeit und Auslastung
 - Personalverfügbarkeit
 - Versorgungsbedarf vor Ort
 - Kombination stationär, mobil und digital als Zielbild

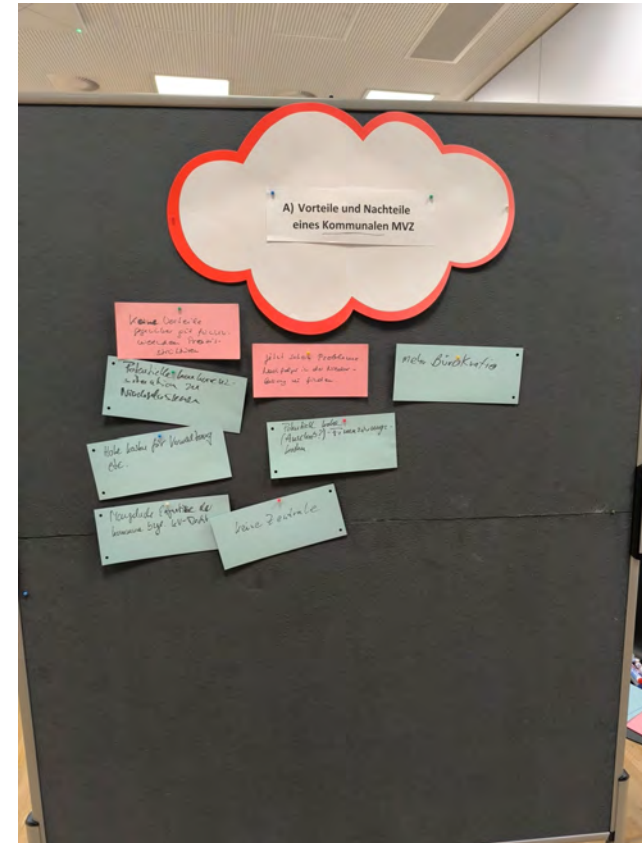


6.5 Workshop 26.11.2025 – Zentrale Lösung vs. Campus vs. mobile Lösung

- Die zentrale Lösung wurde von den meisten Akteuren als grundsätzlich tragfähig eingeschätzt. Vorgesehen ist ein Modell mit zentralem RVZ und ergänzenden MVZ-Standorten in den Ortsteilen, die erhalten und weiterentwickelt werden sollen. Zur besseren Anbindung wurde ein Fahrdienst zur Zentrale vorgeschlagen. Ergänzend wurde angeregt, dass die Kommune Praxisräume bereitstellt, die über Tele-Ärzte besetzt werden können. Für den Nordkreis wurde ein einheitliches, standortübergreifendes Versorgungsmodell nach Vorbild bestehender Modelle (z.B. Dudensen) empfohlen. Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass das Zentrum von Neustadt bereits gut versorgt ist.
- Das Campus-Modell wurde insbesondere wegen der besseren Erreichbarkeit durch mehrere dezentrale Standorte positiv bewertet. Es ermöglicht ortsnahe Angebote, bietet kurze Wege – insbesondere für Senioren – und wird im Vergleich zu stark frequentierten Zentren als persönlicher und familiärer wahrgenommen. Zudem sehen die teilnehmenden Ärzte hier klare organisatorische Vorteile, da die räumliche Nähe eine enge Zusammenarbeit, fachlichen Austausch und interdisziplinäre Kooperation erleichtert. Als möglicher Nachteil wurde ein zunehmender Konkurrenzdruck benannt.
- Die mobile Lösung wurde grundsätzlich als sinnvoll, jedoch als organisatorisch und personell aufwendig bewertet. Sie bietet Vorteile für Familien sowie mobilitätseingeschränkte Menschen. Für den Raum Neustadt wurde sie jedoch aufgrund der großen Entfernungen und Fahrzeiten als nur eingeschränkt praktikabel eingeschätzt.

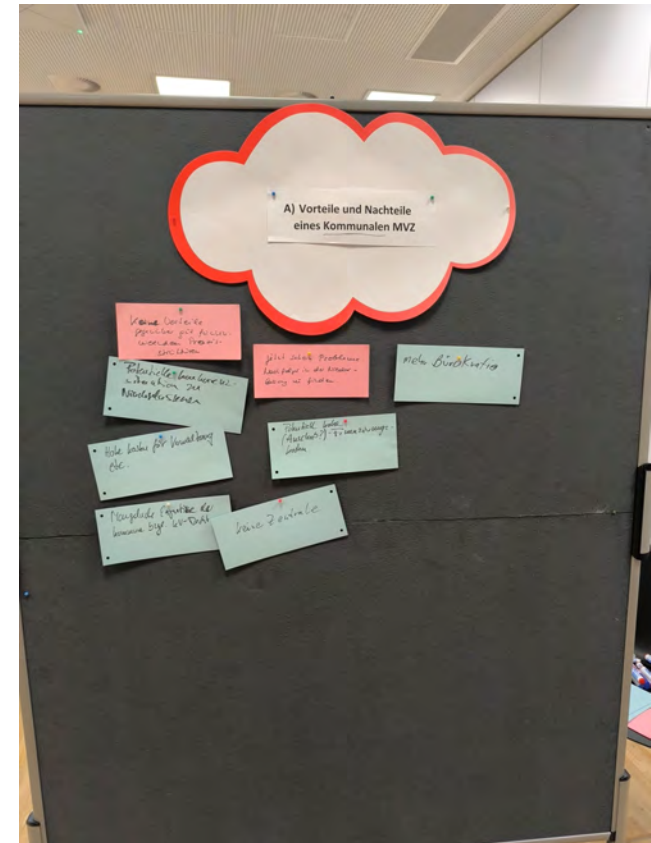
6.6 Workshop 26.11.2025 – Nachteile eines kommunalen MVZ

- **Ärztinnen und Ärzte**
 - Hohe Kosten für Verwaltung
 - Mangelnde Expertise der Kommune bzgl. KV-Recht
 - (Ärzte / Akteure) Mehr Bürokratie
 - Jetzt schon Probleme Nachfolger in der Niederlassung zu finden
 - hohe (Anschub)-Finanzierungskosten
 - Konkurrenzsituation zu Niedergelassenen
- **Sonstige Akteure aus Gesundheit, Soziales und Pflege**
 - Mehr Bürokratie
 - Angebote in den Ortsteilen werden abgehängt
 - Zuteilungsproblematik: Welcher Anbieter bekommt den Zuschlag
 - Wer übernimmt die Verantwortung für die Qualität
- **Gemeinsame Aussagen**
 - Wird die bisherigen, gewachsenen Strukturen komplett zerstören
 - Keine Vorteile gegenüber gut funktionierenden Praxisstrukturen
 - Zuviel Fokus auf einen Ort
 - Je nach Standortlösung längere Fahrwege
 - Mehr Parkplätze!? Verkehrssituation



6.7 Workshop 26.11.2025 – Vorteile eines kommunalen MVZ

- Durch MVZ auch wieder Hausbesuche möglich
- Medizinische Ausstattung kann von mehreren genutzt werden
- Dolmetscherdienst für alle Angebote
- Gemeinsames Management ermöglicht schnellere Terminvergabe
- Alternative zur Selbstständigkeit
- Versorgung der Patienten verbessert sich
- Krankheits- und Urlaubsvertretung = bessere Versorgung Patienten
- Schnellere Vermittlung bei Bedarf
- Höhere finanzielle Sicherheit
- Vorteile, sofern auch Angebote für Kinder und Jugendliche vorgehalten werden
- Facharztübergreifende Versorgung
- Niederschwellige Kommunikation, wenn an einem Standort angesiedelt
- Engere Kooperation durch kürzere Wege möglich



6.8 Workshop 26.11.2025 – Generelle Anmerkungen der Teilnehmer/-innen

- Ergänzend wurden auch kritische Aspekte und alternative Sichtweisen eingebracht. Ein Facharzt wies darauf hin, dass Patienten für die notwendige Weiterbehandlung, Akutbehandlung oder Zwischenversorgung häufig keine kurzfristigen Termine erhalten.
- Hausärzte mit zusätzlicher Facharztausbildung belegen Kassensitze, sind jedoch nur eingeschränkt hausärztlich tätig, was die Versorgungssituation zusätzlich verzerren könne.
- Nicht alle Ärzte pflegen den Medikamentenplan in der elektronischen Patientenakte (ePA) konsequent, was die sektorenübergreifende Versorgung erschwert.
- Gleichzeitig wurde die Einschätzung geäußert, dass sich die hausärztliche Versorgung bis 2035 nicht zwingend so negativ entwickeln müsse, wie prognostiziert.
- Es wurde die Auffassung vertreten, dass eine ärztliche Unterversorgung teilweise nur als subjektives Empfinden der Patienten wahrgenommen werde.
- Für den Aufbau eines MVZ oder RVZ sollten keine Steuergelder eingesetzt werden. Andere MVZ laufen derzeit wirtschaftlich nicht gut. Ein Erfahrungsaustausch mit Auetal sowie einer Gemeinde in der Nähe von Hildesheim (Alfeld/Leinebergland) wurde angeregt.
- Offene Fragen bestanden zur Haftung im Versorgungsmodell, insbesondere zur Abgrenzung der Verantwortung zwischen MVZ-Leitung, Ärztlicher Leitung und dem behandelnden Arzt.
- Als Alternative zum MVZ- oder RVZ-Modell sollte die Gründung von Gemeinschaftspraxen unterstützt werden. Die Niederlassung von Hausärzten sollte erleichtert werden, durch kommunale Unterstützung bei der Suche nach Praxisräumen, der Lösung von Stellplatzproblemen sowie durch finanzielle Fördermöglichkeiten.

6.9 Workshop 26.11.2025 – Nutzen durch übergeordnete Services

- Wichtig für die ärztliche Nachfolge wurde die Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten genannt, um diesen „Mut zur Niederlassung“ zu vermitteln. Ebenfalls wurden gezielte Maßnahmen zur MFA-Gewinnung und -Bindung, sowie der Abbau bürokratischer Hürden, genannt.
- Vorgeschlagen wurde außerdem der Einsatz eines Versorgungsbusses für ländliche Regionen, besetzt mit qualifizierten MFAs oder VeraH, um niedrigschwellige medizinische Leistungen anbieten zu können.
- Ein weiterer wichtiger Nutzen wird in der bürokratischen Unterstützung in Gesundheitsfragen, der Beratung zu gesundheitspolitischen und organisatorischen Abläufen sowie in der Überwindung von Sprachbarrieren durch Dolmetscherdienste gesehen.
- Trotz aller übergeordneten Services wurde betont, dass der enge und persönliche Arzt-Patienten-Kontakt weiterhin oberste Priorität für eine optimale Versorgungssteuerung behalten müsse.
- Ergänzend wurden zusätzliche Angebotsfelder angeregt, darunter Kinderbetreuungsangebote – auch bei leichter Erkrankung.
- Zudem wurde eine stärkere finanzielle und strukturelle Förderung durch die Stadt vorgeschlagen. Ein gutes Bewusstsein in der Wirtschaftsförderung für ärztliche Anliegen und Unterstützung bei Förderthemen wurde als wichtig erachtet.
- Abschließend wurde die Einrichtung einer sozialrechtlich orientierten Koordinationsstelle angeregt, etwa in Form eines „Sozialkoordinators“, der durch Hausbesuche und Teleberatung unterstützend tätig wird.

6.10 Ergebnis Einzelgespräche – Stimmungsbild

- Die meisten Befragten stehen einem MVZ/RVZ interessiert, aber vorsichtig bis kritisch gegenüber. Ein Teil hält es für notwendig oder sinnvoll während viele niedergelassene Hausärzte die Wirtschaftlichkeit sowie eine mögliche Wettbewerbsverzerrung kritisch sehen. Es besteht außerdem deutlicher Diskussionsbedarf zu Kooperationsmodellen, Zukunft der hausärztlichen Versorgung im Stadtgebiet und zur Rolle der Kommune
- Insgesamt besteht größerer Informationsbedarf bzgl. der Ausgestaltung und Rolle eines kommunalen MVZ.



6.11 Ergebnis Einzelgespräche – Zentrale Sorgen & Kritikpunkte

- Angst vor Konkurrenz durch ein mit Fördermitteln finanziertes MVZ
- Zweifel an Wirtschaftlichkeit und Organisation
- Sorge, dass die Peripherie geschwächt wird
- Wunsch nach Unterstützung bestehender Praxen statt Neugründung
- ÖPNV-Problematik für ältere Patienten außerhalb der Kernstadt



6.12 Ergebnis Einzelgespräche – Positive Stimmen

- MVZ kann bessere Öffnungszeiten, Teamarbeit, Entlastung und zentrale Versorgung bieten.
- Besonders aus Apotheken und einzelnen Fachrichtungen kommt Rückhalt für ein vernetztes, koordiniertes Modell.
- Große Therapieeinrichtungen und teilnehmende Ärzte sehen Chancen, solange bestehende Strukturen eingebunden werden.
- Interesse an der Informationsveranstaltung ist hoch.



6.13 Alternative: Servicegesellschaft (Springer-Pool)

Problem:

- MFA-Gewinnung und -Bindung schwierig
- Konkurrenz durch größere MVZ (attraktivere Gehälter)
- Vorschlag (aus Ärzteschaft):
 - Kommunaler MFA-Pool („Springer-Pool“)
 - Springer zur Abdeckung von Engpässen (Krankheit, Urlaub, Schwangerschaft)
 - Einsatz in RVZ und bestehenden Praxen möglich

Nutzen:

- Stabilere Versorgung
- Entlastung kleiner Praxen, ohne dauerhaftes Mehrpersonal
- Stärkung des gesamten Standortes



6.14 Realisierungspotenzial Regionales Versorgungszentrum – Campusformat



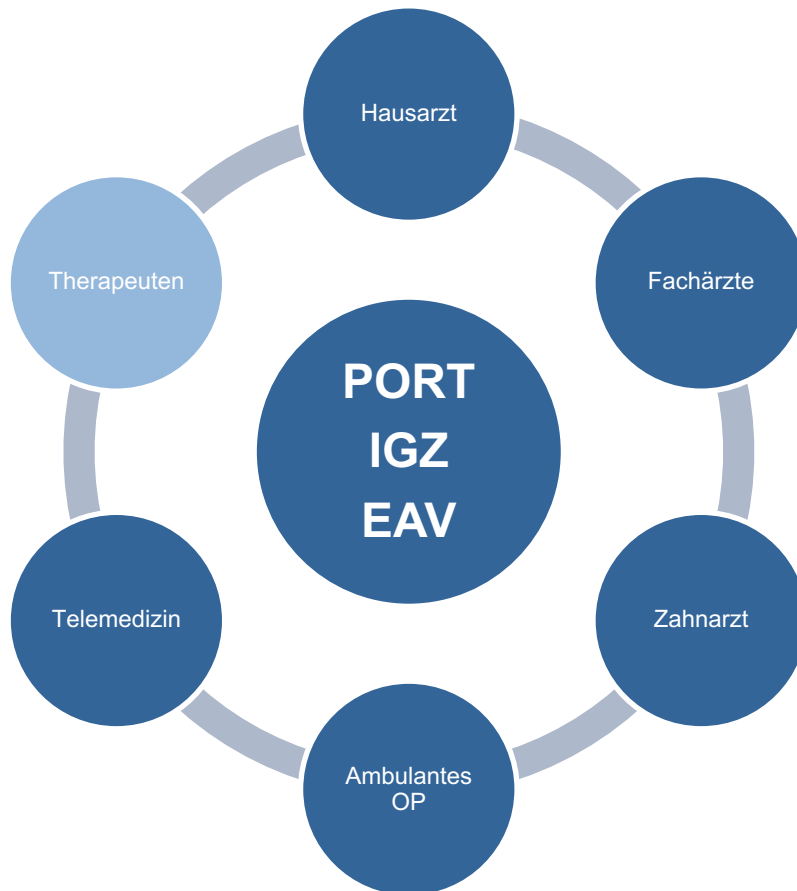
A. RVZ bestehend aus

- Funktionen des Gesundheitskioskes ausgelagert bzw. in regelmäßigem Rhythmus angeboten
 - „Gemeindeschwester“ / Case Management für chronisch Kranke
 - Pflegefachkraft + Sozialberater
 - Gesundheits- und Präventionsberatung, Impfaktionen
 - Schuleingangsuntersuchungen
- **Telemedizinischem Netzwerk** Videosprechstunden für Fachärzte (gemeinsame Schnittstellenplanung über das Ärztenetz, Partner: Fachärzte vor Ort und in Region und Stadt Hannover)
- Ziel: Reduzierung von Wartezeiten und Fahrwegen, Halten der Patienten und Verhindern des ausfließenden Verkehrs mit Verlusten bei Einzelhandel, Gastronomie und Gewerbe

B. Mobile Versorgung

- Fahrdienst: Für Hausbesuche bei immobilen Patienten.
- Kooperation: Mit Pflegediensten und Apotheken.
- Praxismobil z.B. für die nord-östlichen Ortsteile

6.15 Versorgungsmodell PORT – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs



Fokus einzelne Kommunen oder im engeren regionalen Umfeld Interkommunal

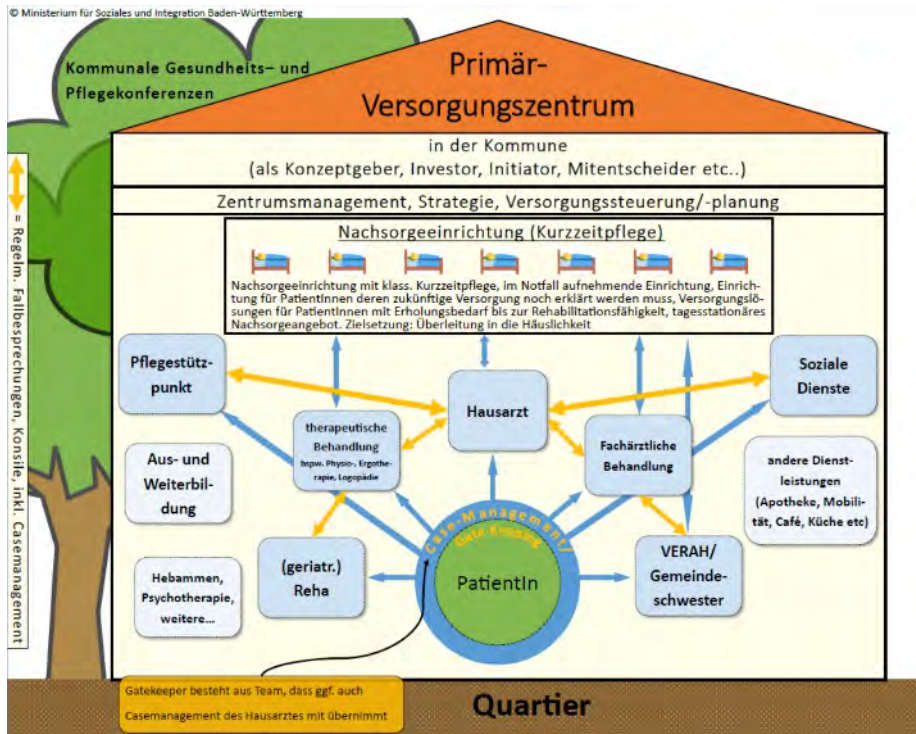
Im Rahmen des Programms "PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung" stellt die Robert Bosch Stiftung fünf Projekten bis zu zwei Millionen Euro zur Verfügung. Modell stehen lokale Gesundheitszentren in Kanada und Schweden. Sie verbinden medizinische mit therapeutischer Versorgung und integrieren weitere Gesundheitsangebote.

Träger der fünf PORT-Zentren sind der Landkreis Calw und die Gemeinde Hohenstein in Baden-Württemberg, das Gesundheitskollektiv e.V. in Berlin, der Landkreis Waldeck-Frankenberg in Hessen und die Gemeinde Büsum in Schleswig-Holstein (s. unten).

Synonyme:

- IGZ – Intersektorales Gesundheitszentrum
- EAV – Erweiterte ambulante Versorgung
- PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung
- **Die vorgesehenen Kooperationen von Kommunen mit PVZ (sofern kein Kiosk besteht) können noch nicht beziffert werden.**
- **Da der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) für nichtärztliche Leistungen angehoben werden soll, ist hier mit Mehrausgaben für die GKV zu rechnen.**

6.16 Erfahrungen mit Vernetzungsmodellen – PVZ / PORT



Förderung von Projekten zur Konzeptualisierung und zum Aufbau von Primärversorgungszentren und Primärversorgungsnetzwerken. Baden-Württemberg, Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration

Das beste Modell ist eine Kombination aus PORT-Zentrum + Gesundheitskiosk + Community Health Nurses, ergänzt durch:

- Telemedizinische Plattform für Facharztkonsile,
- Digitale Diagnostikstationen,
- Integrierte Versorgung über Selektivverträge.

Dieses Hybridmodell:

- schafft eine wohnortnahe Versorgung,
- entlastet Ärzte,
- stärkt Prävention und Gesundheitskompetenz,
- ist förderfähig über Innovationsfonds und Landesprogramme.

Inhaltliche und angebotsseitige Vernetzung von stationären, ambulanten oder aufsuchenden Anbietern aus Medizin, Gesundheit, Pflege und Soziales. Lotsung der Nutzer

Phase 1: Vernetzung der Anbieter und erste Synergien

Phase 2: Definition Schnittstellen und Vereinheitlichung der Informations- und Überleitungsprozesse

Phase 3: Aufbau „Dach“ mit Services, Weiter-bildung, QM usw.

6.17 Versorgungsmodell PORT – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs

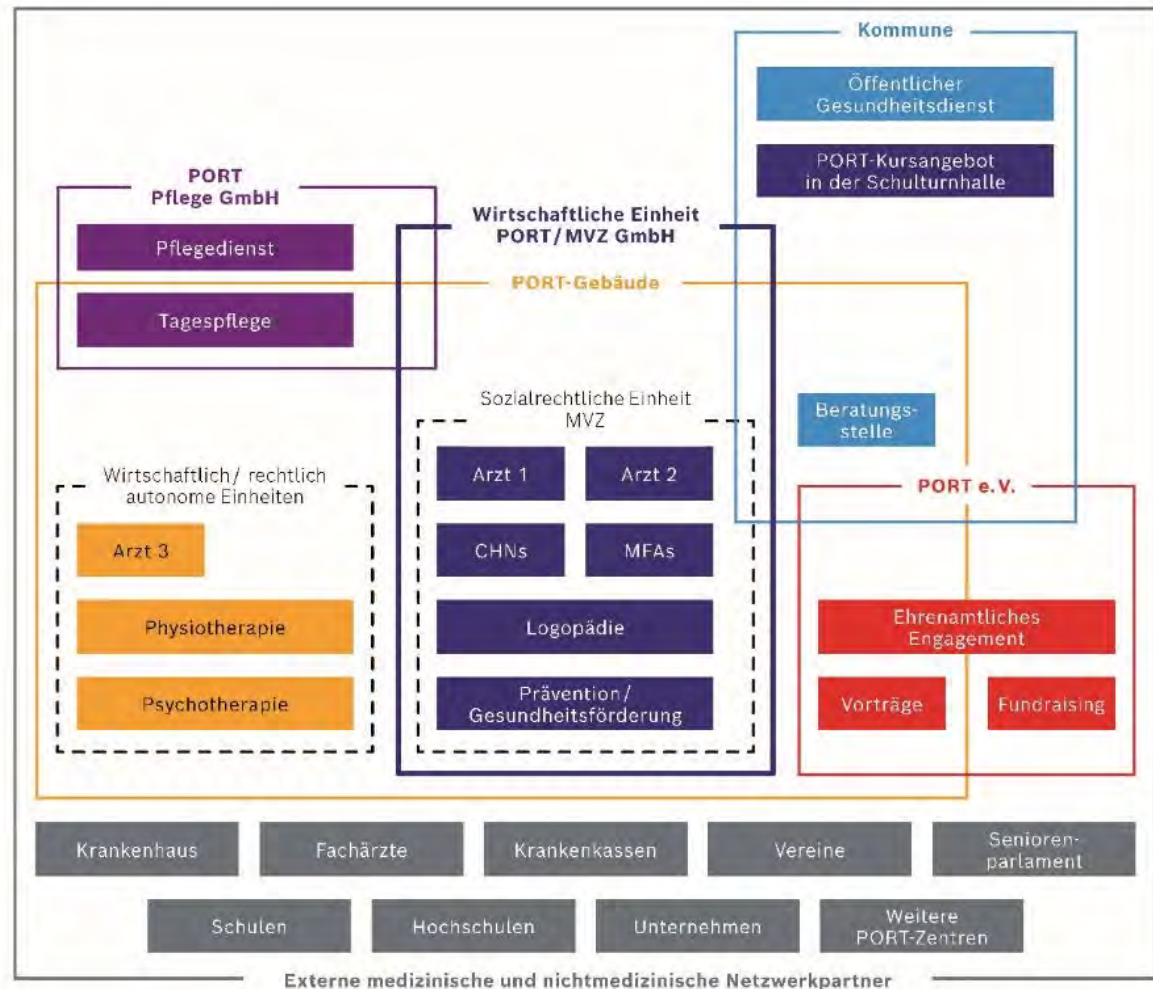
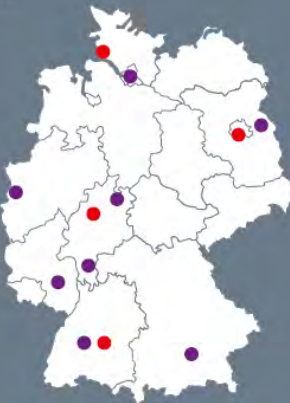
Die PORT- und supPORT-Standorte

4 PORT-Standorte:

- Ärztezentrum Büsum gGmbH, Schleswig-Holstein
- PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein, Baden-Württemberg
- Gesundheitsnetzwerk PORT Willingen Diemelsee e.V., Hessen
- Gesundheitskollektiv Berlin e.V., Berlin

8 supPORT-Initiativen:

- Gesundheitszentrum Dornhan, Baden-Württemberg
- Medizinisches Versorgungszentrum Dachau, Bayern
- Lebenszentrum Thomas Müntzer, Brandenburg
- Poliklinik Veddel, Hamburg
- Zentrum der medizinischen Versorgung Darmstadt-Dieburg, Hessen
- Medizinisches Versorgungszentrum Heilhaus gGmbH, Hessen
- Hausarztzentrum Brüggen, Nordrhein-Westfalen
- Lokales Gesundheitszentrum Mittelmosel, Rheinland-Pfalz

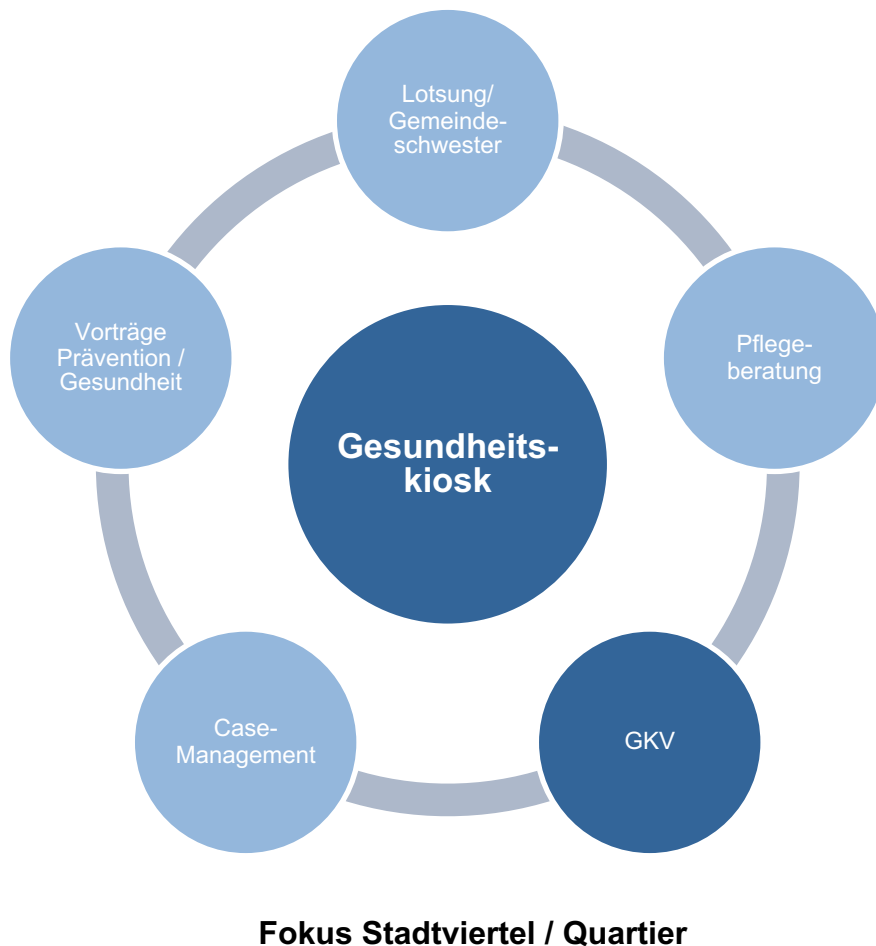


6.18 Versorgungsmodell PVZ / PORT – Beispiele, Auslöser, Anschubfinanzierung

Gründer/Träger	Betreiber	Ärztl. Ausrichtung	Ausrichtung	Gründungsjahr	Region, Stadt/Land
PORT Gesundheitszentrum Schwäbische Alb Hohenstein					
Auslöser: Ausschreibung supPORT- Auf dem Weg zu patientenorientierten Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung Zuschlag auf Basis regionaler Gegebenheiten					
Landkreis	PVZ intern	haus- und fachärztlich	Lotsin, nicht-ärztliche Praxisassistentin	2017	ländlich
PORT-Zentrum Brüggen-Schwalmtal					
Ärzte, Übergang in kommunale Trägerschaft	Ärzte	haus- und fachärztlich	Case-Manager, nicht- ärztliche Praxisassistentin	seit 2018	LK Viersen, ländlich / kleinstädtisch

Anschubfinanzierung bei Gründung über Förderprogramme Bundesland oder Stiftungen (z.B. PORT) sowie Kommunen notwendig (Laufzeit 2 – 3 Jahre). Förderhöhe abhängig von Art, Umfang und Angebotspalette des PVZ von 500.000 € (BW/PORT) für das „Basis-Modul“.

6.19 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs

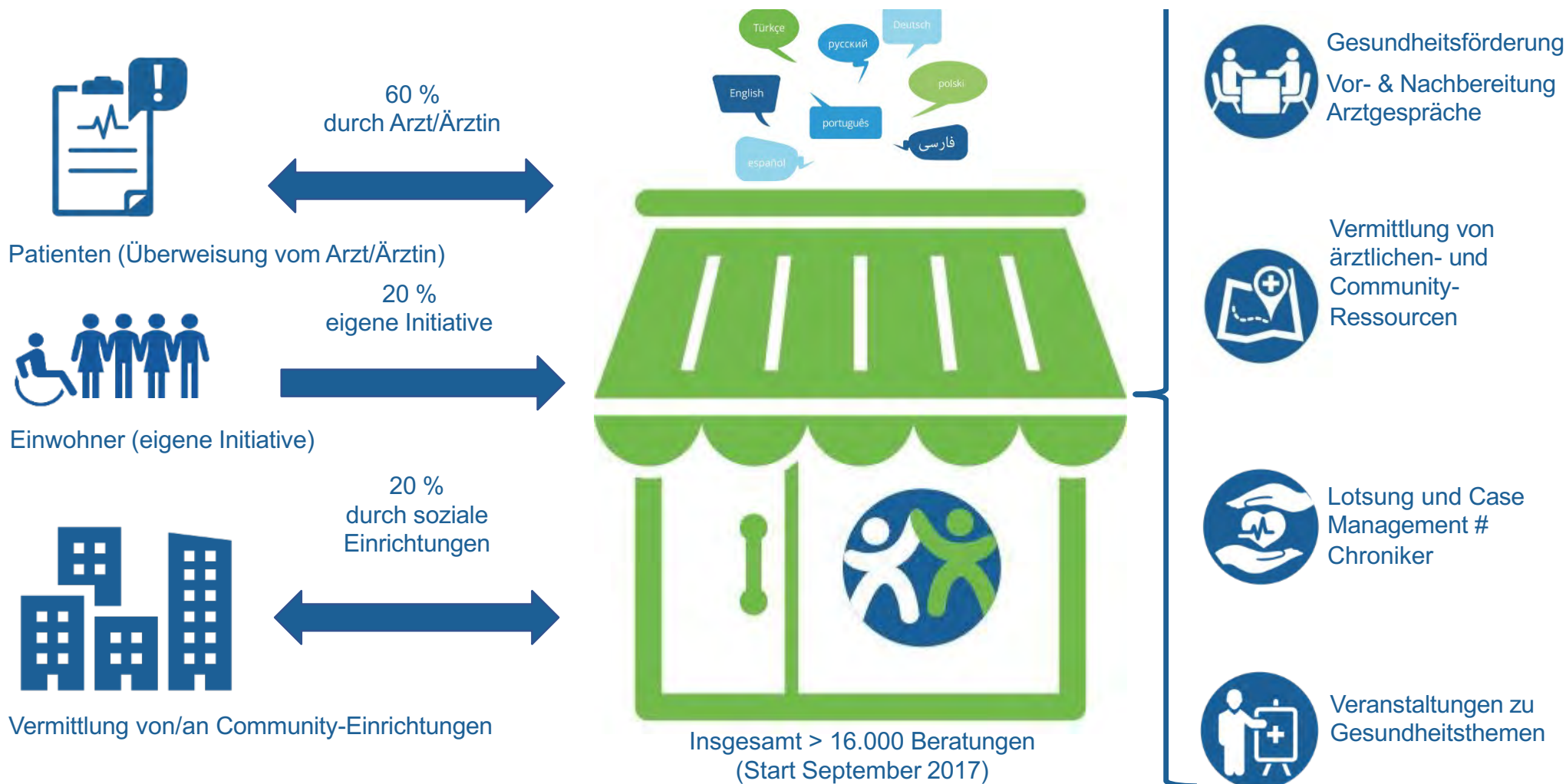


Gesundheitskioske erfüllen vier Aufgaben

- Lotsung und Steuerung von betreuungsintensiven / prekären Zielgruppen
- Informationsquelle zu Prävention, Gesundheitsförderung und sonst. Gesundheitsinformationen im Koop mit dem ÖGD
- Erhöhung der Compliance (sieben ICD10-Nummern) und Reduzierung von Leistungskosten und Wiederholungsaufenthalten in Krankenhäusern
- Konkrete Primärversorgungsleistungen im Umfang von VeraH-Leistungen

Aktuell werden die Bereiche Lotsung und Case-Management zunehmend in die anderen Modelle integriert.

6.20 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Ausrichtung und Aufstellung – Ein Exkurs



6.21 Versorgungsmodell Gesundheitskiosk – Auslöser und Finanzierung

Gründer/Träger	Betreiber	Berater	Gründungsjahr	Region, Stadt/Land
Gesundheitskiosk Billstedt-Horn, Hamburg				
Auslöser: 120.000 Einwohner, jeder Fünfte lebt von Hartz IV, mehr als jeder Vierte hat keinen deutschen Pass, sterben rd. 11 Jahre früher, erkranken ø 7 Jahre früher an Krebs (Leistungskosten)				
Ärztetze, div. Träger, GKV	Privatwirtschaftlicher Betreiber	>10	2017	großstädtisch
Gesundheitskiosk Altenessen (die Kümmerei)				
Auslöser: Rd. 83.000 Einwohner, mehr als 23.000 AOK-Versicherte, Marktanteil 28%, Duplikation Billstedt-Horn und private Initiative von HerzNetzCenter GmbH				
AOK Rheinland/Hamburg und IKK Classic	HerzNetzCenter GmbH	9	2021	Großstädtisch
Gesundheitskiosk Landkreis Höxter				
Auslöser: Rd. 142.000 Einwohner, niedrigste Bevölkerungsdichte aller Kreise in NRW, 30 Dörfer als Ortsteile in 10 Städten, Modellvorhaben „Smarte Gesundheits- und Pflegeversorgung für ländliche Räume“				
Landkreis, WiFö GmbH	VHS Dieme-Egge-Weser	Je 2 pro Dorf	2022	ländlich

Anschubfinanzierung bei Gründung durch Förderprogramme oder Kommune notwendig (Laufzeit 1 - 2 Jahre). Förderhöhe abhängig von Art, Umfang und Angebotspalette ab 200.000 € - 6,3 Millionen € für 3 Jahre.

6.22 Versorgungsmodelle – Abrechnungsarten ergänzend zur Förderung

Haupt-Abrechnungsarten	(k)MVZ	PVZ	RVZ	Kiosk
Abrechnung nach EBM über GKV	x	x	x	
Abrechnung nach GOÄ über PKV	x	x	x	
Selektivverträge GKV § 140 SGB V	x	x	x	x
Privatliquidationen (individuelle Gesundheitsleistungen = IGeL)	x	x	x	
sonstige Abrechnungen	x	x	x	
Belegfinanzierung (z.B. MRT, amb. OP)		x		
Koop-Verträge Prävention mit ÖGD, Therapeuten, Anbietern Kurse und Beratung			x	x
Koop-Verträge Primärprävention mit Arztpraxen (z.B. Versorgung chron. Wunden)		x	x	x
Servicegebühren für Räume, Veranstaltungen (z.B. Job-Center, Rentenberatung, Nachhilfe, Sprachschule)			x	x
Koop-Verträge Krankenhäuser (Senkung Wiedereinweisungen)				x
Koop-Verträge Pflege (ambulant und stationär)				x
Kommunen, GKV, PKV Zuschuss Investitions- und Betriebskosten	?	x	x	x

6.23 Priorisierung Modell – Basis-Kennzahlen zur Bestimmung

Kriterien	(k)MVZ	PVZ	RVZ	Kiosk
Anzahl Hausärzte im Verhältnis zur kommunalen Bevölkerung	X	X	X	
Versorgungsgrade Mittelbereich, freie Arztstellen	X	X	X	
Kommunales Wettbewerbsumfeld	X	X	X	X
Psychotherapeuten und Hebammen sowie weitere Berufsgruppen / Therapeuten im Gesundheitswesen im Verhältnis zur Bevölkerung		X	X	X
Anzahl Fachärzte im Verhältnis zur kommunalen Bevölkerung (Umfeld 20 km)	X	X	X	
Versorgungsgrade Fachärzte im Planungsbereich (Kreis), freie Arztstellen	X	X	X	
Stationäre Versorgung, Stand und Entwicklung		X		
Sozioökonomische Kennzahlen (z.B. Arbeitslose, ALG-II-Empfänger, Migranten, kinderreiche Familien, Alleinerziehende, Kinder (unter 15 Jahren) in Mindestsicherung und Menschen mit niedrigeren Schulabschlüssen oder anhand eines regionalen Deprivationsstatus, Senioren			X	X
Anzahl von Patienten mit chronischen Erkrankungen		X		X
Finanzielle Kennzahlen wie Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, rechnerisches Kostensenkungspotential				X
Förderungen KV, Kreise (Förderrichtlinie), Landesministerien	X	X	X	X

7. Kommunales MVZ – Gründung und Organisation

7.1 Kommunales MVZ im RVZ – Gründung und Zulassung

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ) können gegründet werden durch
 - Vertragsärzte / Psychotherapeuten,
 - Krankenhäuser,
 - Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen,
 - Gemeinnützige Träger mit Versorgungsauftrag,
 - Kommunen.
- Für die Gründung sind mindestens zwei hälftige Arztsitze notwendig und zwei Vertragsärzte notwendig.
- MVZ benötigen eine Zulassung durch den örtlich zuständigen Zulassungsausschuss.
- Die Tätigkeit von Ärzten im MVZ unterliegt der Bedarfsplanung.
- MVZ können facharztgleich oder -übergreifend geführt werden. Bei kommunalen MVZ überwiegen – zumindest bei Gründung – die hausärztliche Versorgung.
- Die Gründung eines MVZ mit zwei oder mehr Standorten ist generell möglich, allerdings muss zu diesem Zeitpunkt sichergestellt sein, dass mindestens deutlich über 50% der ärztlichen Leistungen in der Zentrale erfolgen.

7.2 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich – Empfehlung

Rechtsformempfehlung (MVZ & RVZ): GmbH bzw. gGmbH

- Die GmbH/gGmbH bietet beiden Einrichtungen strukturelle Flexibilität. Sie ermöglicht die spätere Beteiligung Dritter und damit eine optionale Weiterentwicklung der Leistungsbereiche. Diese Öffnung ist bei einer Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) regelmäßig nicht gegeben – insbesondere für das RVZ ist dieser Punkt strategisch relevant.
- Besonderheit MVZ – zulässiger Gesellschafterkreis: Der Kreis der gründungs- und beteiligungsfähigen Personen ist gesetzlich definiert. Nur diese gründungsberechtigten Akteure können später ohne Gefährdung der MVZ-Zulassung als Mitgesellschafter aufgenommen werden. Nicht berechtigte Personen können weder gründen noch später Anteile an der MVZ-GmbH halten.
- Risikotrennung / Krisenfestigkeit: Tritt ein (unvorhersehbarer) wirtschaftlicher Worst Case ein, ist die GmbH/gGmbH – anders als die AöR – insolvenzfähig. Bei zwei getrennten Gesellschaften (MVZ und RVZ) kann Sanierung bzw. Insolvenz gesellschaftsgetrennt erfolgen und Risiken lassen sich klarer isolieren.



7.3 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich – Empfehlung



- Betreiberrolle der Kommune: Mit einem thematisch zuständigen Geschäftsführer in Teilzeit behält die Kommune unmittelbaren, projektbezogenen Einfluss und verkürzt Entscheidungswege. Die ärztliche Leitung des MVZ übernimmt ein im MVZ tätiger Arzt.
- Hinweis zu Sicherheiten (§ 95 Abs. 2 S. 6 SGB V): Sind Kommunen Gesellschafter einer GmbH bzw. gGmbH, ist regelmäßig eine Bürgschaft gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu stellen. Aufgrund des möglichen Durchgriffshaftungsrisikos ist hierfür die Genehmigung der Kommunalaufsicht erforderlich; zudem können spürbare Zinslasten entstehen. Empfehlung: Frühzeitige Abstimmung mit der Kommunalaufsicht, ob die Sicherheitsleistung für eine kommunale GmbH nach § 95 Abs. 2 S. 6 bewilligt wird.

7.4 Kommunales MVZ im RVZ – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht I)

- **Kommunale MVZ** können in folgenden Rechtsformen gegründet werden (Siehe Rechtsgutachten Kanzlei Göhmann):
 - **Regie- und Eigenbetriebe**
durch fehlende eigene Rechtspersönlichkeit **kaum geeignet**.
 - **Anstalt des öffentlichen Rechts**
kaum Entwicklungsfähig, d.h. für den dynamischen Markt der ärztlichen Versorgung **nicht zu empfehlen**.
 - **Körperschaften des öffentlichen Rechts und Kommunalunternehmen**
durchaus **möglich und markadäquat**. Sie begrenzen zwar die Art der Träger, sind jedoch wachstumsfähig.
 - **Genossenschaften**
leiden an der Unverbindlichkeit der Mitgliedschaft und der projektbezogenen Organisation, von daher **nur unter bestimmten Voraussetzungen zu empfehlen**.
 - **GmbH**
als unternehmerisch geeignetste Rechtsform **eindeutig zu empfehlen**. Volle Handlungsfähigkeit der Gesellschafter.

7.5 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht II)

Kommunen können bei der Gründung Medizinischer Versorgungszentren auf mehrere Rechtsformen zurückgreifen. Die Rechtspersönlichkeit der Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) ist dabei die dominierende Unternehmensform.

Mögliche Rechtsformen und deren Bewertung im Überblick:

- **Regie- und Eigenbetriebe** sind durch die fehlende eigene Rechtspersönlichkeit kaum geeignet.
- Die **Anstalt des öffentlichen Rechts** ist kaum entwicklungsfähig, da sie nur Kunden und keine Mitglieder hat. So kann z.B. keine weitere Kommune mit angeschlossen werden, ohne dass die AÖR geschlossen und neu gegründet wird.

	<u>Regiebetrieb</u>	<u>Eigenbetrieb</u>
<u>Positiv</u>	• Einfache Gründung, gemeindlicher Organisationsakt • Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig	• Wirtschl. Unternehmen • daher Sondervermögen • Keine KV-Sicherheitsleistung notwendig
<u>Negativ</u>	• Keine eigene Rechtspersönlichkeit • Organisatorische und inhaltliche Überforderung • Keine Unternehmensversicherungen möglich	
	Kein eigenes Vermögen	Stammkapital üblicherweise 30-40% des Geschäftsvolumens
<u>Gesamt</u>	nicht zu empfehlen	nur in wirklichen Ausnahmefällen zu empfehlen

7.6 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht III)

Körperschaften des öffentlichen Rechts und **Kommunalunternehmen** sind durchaus mögliche und marktradäquate Alternativen. Diese Rechtsformen begrenzen zwar die Art der Träger, sind jedoch wachstumsfähig. Sie begrenzen zwar den Kreis der Träger auf Kommunen, dies steht jedoch nicht im Widerspruch zur Leitidee.

	<u>AöR</u>	<u>KdöR</u>
<u>Positiv</u>	• Umgründung in Kommunalunternehmen möglich • Stammkapital durch Träger (30-40% Geschäftsvolumen) • Eigenes Vermögen	• Gründung als Betrieb gewerblicher Art in Form einer Körperschaft durch einen öffentlich-rechtlichen Gründungsakt • Hat Mitglieder, die gem. der Statuten wechseln können • Gründungskapital durch Mitglieder
<u>Negativ</u>	• Keine Mitglieder, nur Nutzer • Begrenzte und aufwendige Umgründung • Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand	• Haftet mit gesamten Vermögen, da keine hoheitliche Aufgabe, keine übergeleitete Haftung auf die öffentliche Hand
<u>Gesamt</u>	Für einen dynamischen Markt im Wandel zu starr	klar definierte Geschäftsbasis eingeschränkte Weiterentwicklung

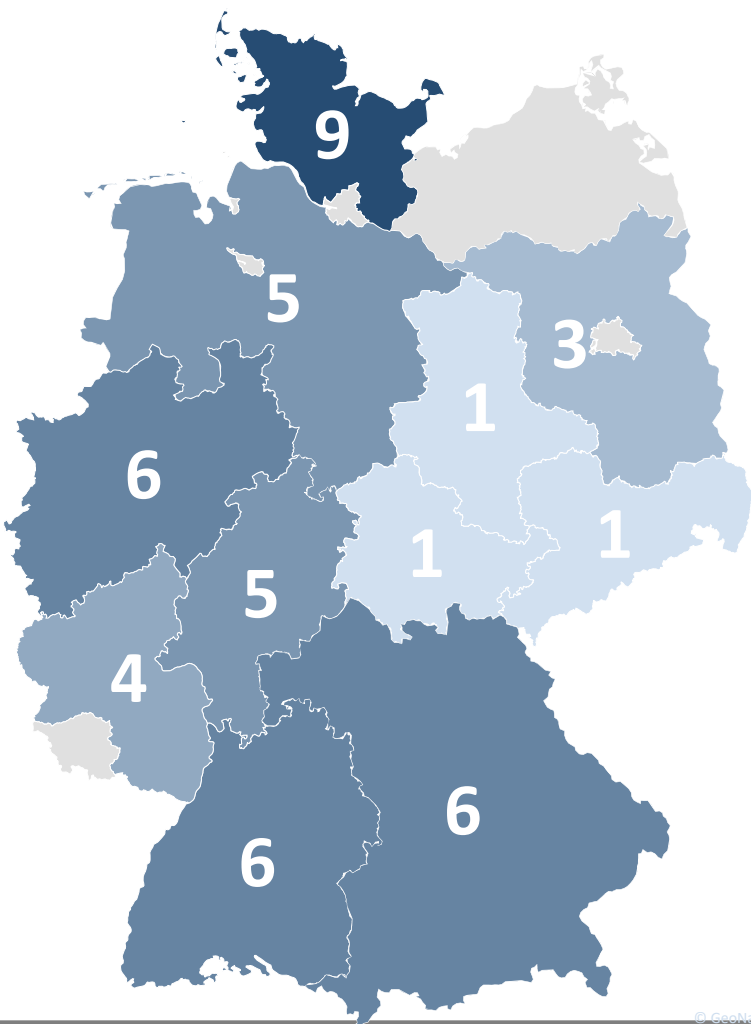
7.7 Rechtsformvergleich – Rechtsformvergleich (Kurzübersicht IV)

Genossenschaften leiden an der Unverbindlichkeit der Mitgliedschaft und der projektbezogenen Organisation und sind von daher nur unter bestimmten Voraussetzungen zu empfehlen. Die in der Leitidee entwickelte Struktur ließe zwar in der Aufbauphase die Form der Genossenschaft zu, jedoch nicht im anschließenden Regelbetrieb mit klar abgegrenzten Organisationseinheiten. Daher wird der Umweg über eine (zeitweise) Genossenschaft nicht empfohlen.

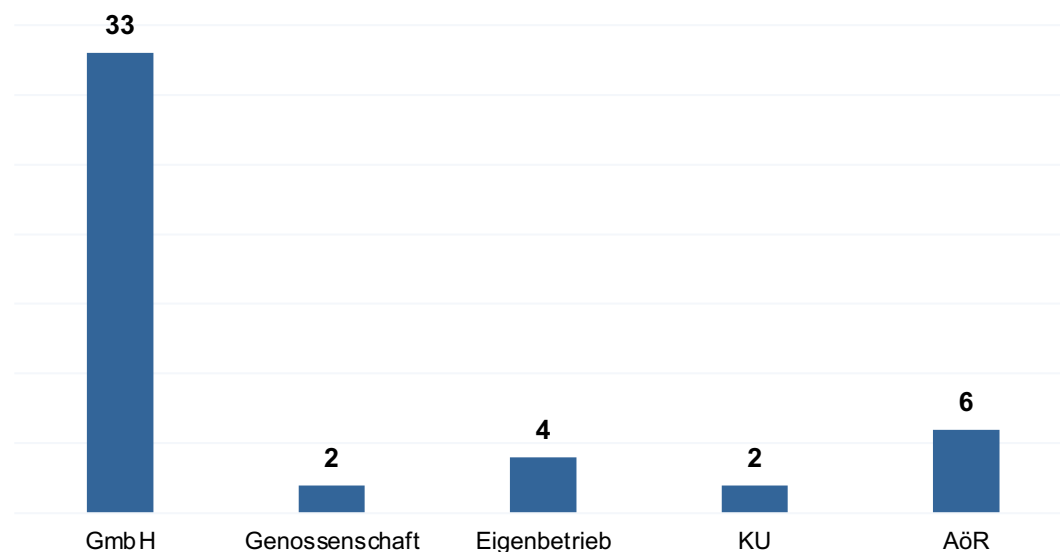
	<u>(g)GmbH</u>	<u>(g) e.G.</u>
<u>Positiv</u>	• Ein Gründer genügt • Geschäftseinfluss (üblicherweise) abhängig von Gesellschaftsanteilen • Stammkapital min. 25.000 €, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Eigenes Vermögen • Nachschusspflicht nach Ges.-Vertrag • Kurze Entscheidungswege und Gesamtzuständigkeiten GF	• Drei Gründer notwendig • Eigenes Vermögen, Sacheinlagen (Arztsitz) möglich • Nachschusspflicht nach Satzung • (noch) keine Sicherheitsleistung für KV
<u>Negativ</u>	• Sicherheitsleistung für KV, aber Bankbürgschaft nach § 232 BGB möglich	• Genossen unabhängig von ihren Anteilen gleichberechtigt (Gewinnverteilung) • Leichter Ein- und Ausstieg möglich, Risiko Untergang bei weniger als drei Genossen • Kein festes Kapital • Formenstrenge des Genossenschaftsrechts, Anpassung an MVZ kaum möglich
<u>Gesamt</u>	klar definierte Geschäftsbasis, zukunftsfähig	Struktur und Interessen ggf. volatil

Die **GmbH** ist als unternehmerisch geeignetste Rechtsform eindeutig zu empfehlen. Volle Handlungsfähigkeit der Gesellschafter und die absolute Flexibilität der Gesellschafterzusammensetzung – natürlich im Kreis der befugten Träger – erleichtert den sukzessiven Aufbau der geplanten Strukturen.

7.8 kommunale MVZ – Ein Marktüberblick



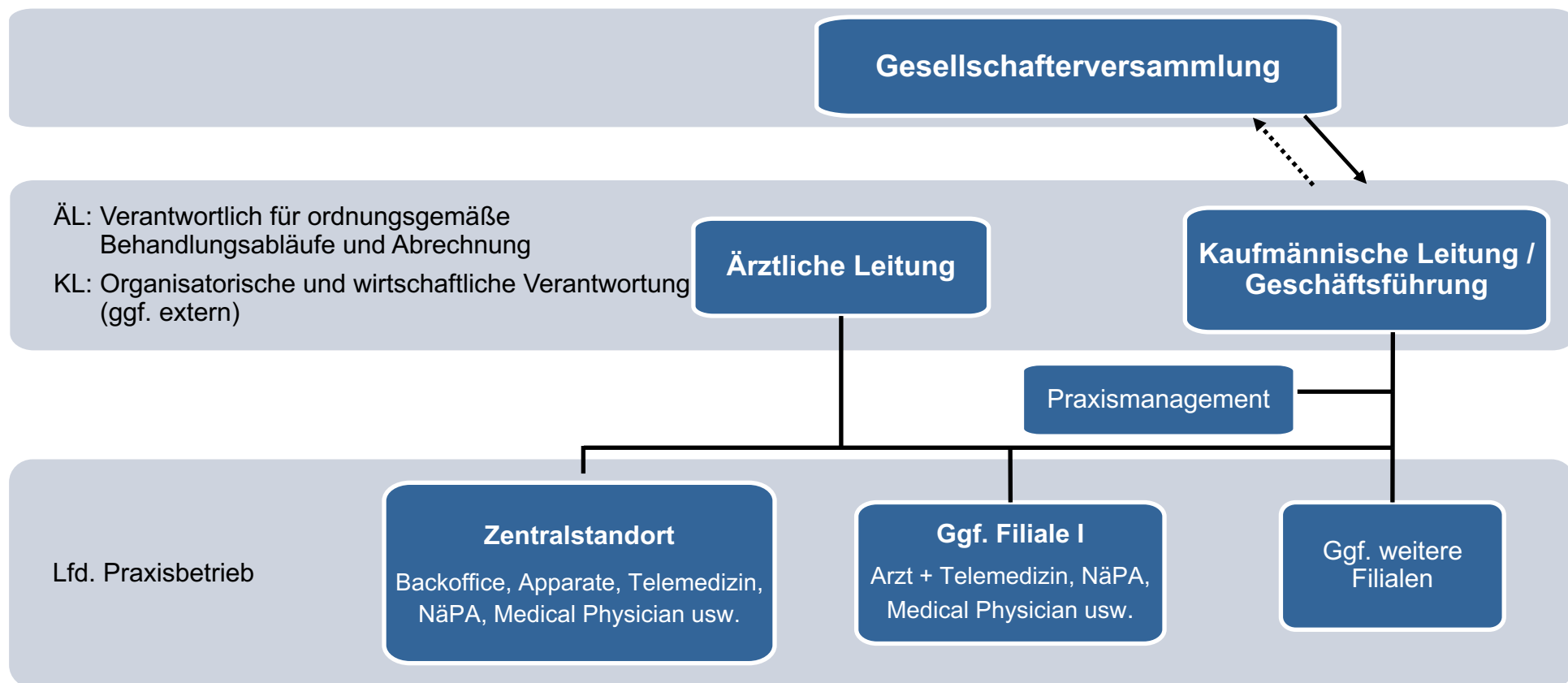
Mit Stand 10/2025 existieren 47 kommunale MVZ (mit insgesamt 65 Standorten).



Gründungsvorbereitungen in 11/2025 in Baden-Württemberg (4), NRW (4), Rheinland-Pfalz (1), Niedersachsen (5), Sachsen (1), Bayern (3), Hessen (1), Schleswig-Holstein (1) und Brandenburg (1)

7.9 Unternehmensstruktur – Beispielhafte Organisation eines MVZ

ACHTUNG: MVZ und RVZ sind zwei getrennte Rechtspersonen



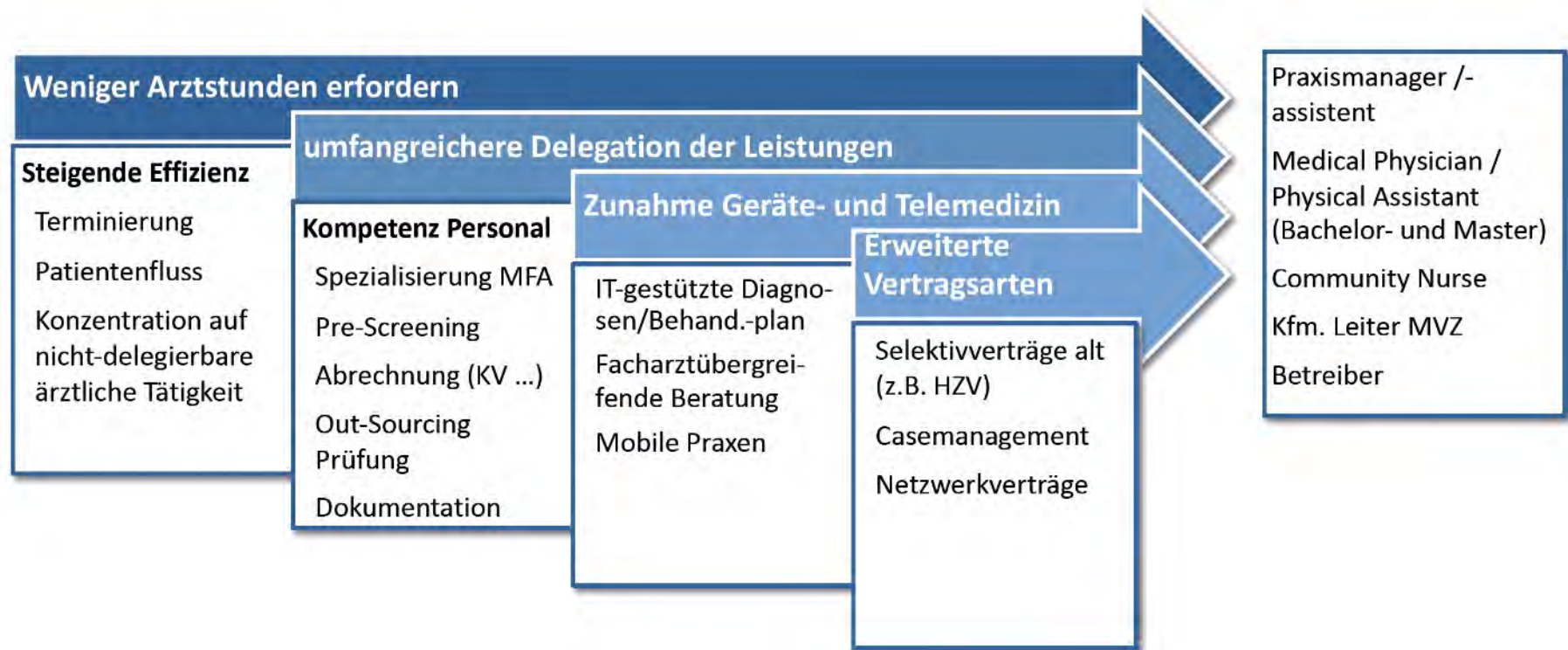
7.10 Organisatorischer Aufbau MVZ – Verantwortlichkeiten

Dabei ist die Ärztliche Leitung zulassungsrelevant, die Kaufmännische Leitung nicht. Gerade in der Trennung dieser beiden Funktionen liegt jedoch die Stärke eines MVZ. Durch die strikte Trennung von ärztlichen und kaufmännischen Aufgaben werden die Ärzte – soweit wie möglich – von den Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben entlastet. Dies kommt den bereits geschilderten Markttendenzen entgegen.

Ärztliche Leitung	Kaufmännische Leitung
die sachlich und rechnerisch korrekte Abrechnung	betriebswirtschaftliche Verwaltung, operative Steuerung, strategische Weiterentwicklung zusammen mit dem ÄL
Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots bei der ärztlichen Behandlung	Kosten- und Leistungsabrechnung, Budgetplanung, Wirtschafts- und Investitionsplanung, Jahresabschlüsse und Steuererklärungen
Prüfung der vertragsärztlichen Verpflichtungen (z.B. Abrechnungsgenehmigungen)	Kommunikation mit KV, mit Steuerberatern, Versicherungen und sonstigen externen Partnern / Dienstleistern
Vertretung von abwesenden Ärzten	operative Steuerung in Zusammenarbeit mit dem PM
Teilnahme des MVZ am Notdienst	Personalwesen
Einhaltung von Qualitätssicherungs-, Hygiene- und weiteren Vorschriften	Einhaltung aller Qualitätsanforderungen, Überwachung des Bestellwesens
Sicherstellung der Nichteinflussnahme Dritter in die ärztliche Behandlung	Leistungsabrechnung (GKV und PKV) zus. mit PM, Überwachung des Rechnungswesens und vorbereitende Buchhaltung

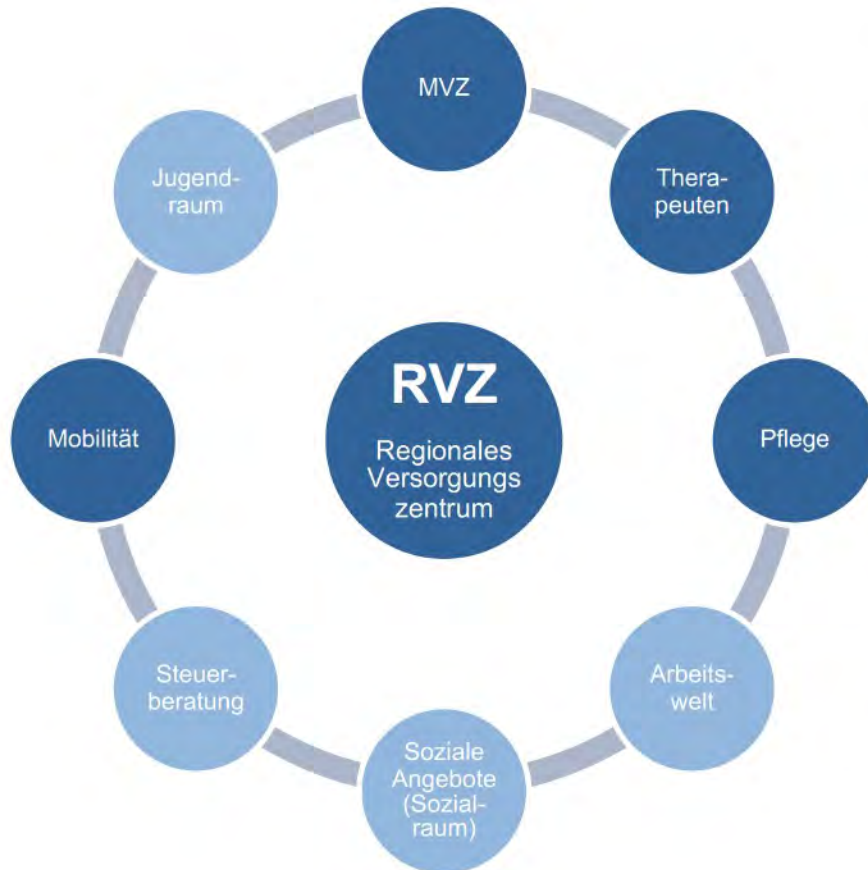
7.11 Grundlegende Projektinformationen / -schritte – organisatorischer Aufbau MVZ

Gleichzeitig kann die höhere Anzahl an Praxismitarbeitern durch den Aufbau breiterer Kompetenzen den Arzt auch bei delegierbaren nicht-ärztlichen Tätigkeiten entlasten. Die Folge sind u.a. neue Berufsbilder (siehe rechter Kasten).



8. Regionales Versorgungszentrum (RVZ) in Neustadt am Rübenberge

8.1 Was ist ein Regionales Versorgungszentrum? (1)



Gemeindenahes Gesundheitszentrum, die von der Prävention bis zur Sozialarbeit möglichst viele Angebote rund um das Gesundbleiben und Gesundwerden im gewohnten Lebensumfeld bereithalten, gibt es in Deutschland in der Regel nicht. Genau solche Zentren könnten aber eine bessere Versorgung chronisch kranker Menschen aus einer Hand ermöglichen.

In den RVZ sollen Dienstleistungen zur Daseinsvorsorge an gut erreichbaren Orten gebündelt werden.

Die Basis der RVZ bildet ein kombiniertes Angebot aus hausärztlicher Versorgung – über ein kommunales MVZ – und unterschiedlichsten Angeboten aus dem Bereich der Daseinsvorsorge.

Das können beispielsweise Tagespflege und Beratungsangebote sein – von der Familien- über die Senioren-, Pflege- bis hin zur Suchtberatung, Hebammendienste oder Präventionskurse, Ergo-, Logo- oder Physiotherapie, haushaltsnahe Dienstleistungen oder auch ein Café als Treffpunkt zum Austausch, Multifunktionsräume z.B. für Nachbarschaftsinitiativen oder Fahrdienste. Was genau am jeweiligen Standort benötigt wird, legen die Akteure vor Ort fest.

8.2 Was ist ein Regionales Versorgungszentrum? (2)



Quelle: InWIS, Begleitende Evaluation der Modellphase Regionale Versorgungszentren in Niedersachsen

Existierende Regionale Versorgungszentren:

- RVZ Nordenham (LK Wesermarsch)
- RVZ Auetal (LK Schaumburg)
- RVZ Baddeckenstedt (LK Wolfenbüttel)
- RVZ Alfeld (Leinebergland)
- RVZ Wurster Nordseeküste

8.3 Mögliches Angebotsportfolio RVZ in Neustadt am Rübenberge

- Im Bereich der gesundheitsbezogenen, pflegerischen und sozialen Angebote trifft das RVZ auf hohen Zuspruch und hohe Beteiligungsbereitschaft.
- Neben Anbietern mit dauerhaften Mietverhältnissen besteht gerade von kleineren Anbietern mit punktuell bzw. periodischem Raumbedarf hohes Interesse.
- Gerade letztere können über die Campus-Struktur durch die Vor-Ort-Erreichbarkeit neue Potentiale erschließen.
- Für die in Vielzahl entstehenden neuen Quartiere in den Ortsteilen entsteht hierdurch die Chance der schnellen Integration in die jeweiligen Ortsstrukturen.
- Als Campi-Standorte bieten sich – abhängig von der Immobiliensituation – an:
 - Helstorf / Mandelsloh (großes Einzugsgebiet durch Grundschule, ÖPNV-Erreichbarkeit)
 - Hagen oder Eilvese durch Grundschul-Standort und vereinzelte gesundheitsbezogene Angebote in Hagen
- Die effektive Erreichbarkeit der Standorte zu Fuß, im Individualverkehr oder über ÖPNV ist neben der Struktur der Immobilie und den lokalen Bedarfen entscheidend für den Erfolg der Campi. (siehe Bürgerbeteiligung, Seite 108)

„Mittagstisch und
Jugendzentrum“

- Prävention, Beratung und Gesundheitskurse
- Psychosoziale und soziale Unterstützung
- Familienunterstützende Angebote, z. B. Kinderbetreuung
- Ggf. Apotheke / Sanitätshaus
- Tagespflege, Pflegestützpunkt
- Hospiz- und Palliativberatung
- Beratung (Jobcenter, Sucht-, Renten-, Sozialberatung)
- Casemanagement
- Lotsung

Hausärztliches Medizinisches Versorgungszentrum
Standort Kernstadt

Hinweis: Die noch nicht konkretisierbaren zur Verfügung stehenden räumlichen Kapazitäten erlauben aktuell noch keine Finanzplanung / -prognose des RVZ

8.4 Startmodul: Haus-/fachärztliches Netzwerk

Idee: Kommunal organisiertes Ärzte-/Gesundheitsnetzwerk

Startphase ausschließlich ärztlich

- Abstimmung der Termine (z.B. Hausarztvermittlungsfälle)
- Entlastung / Koordination von „Care-Arbeit“
 - Wundmanagement
 - Case Management / Versorgungskoordination
 - Verfeinern sonstiger Schnittstellen
- Anfangs quartalsweise Treffen, später halbjährlich

Ausbauphase

- Integration der übrigen gesundheitsbezogenen Berufe zum sektorenübergreifenden Kennenlernen und Abstimmen. Hier liegt erfahrungsgemäß trotz formaler Zusammenarbeit ein hohes Defizit vor. Gerade die geänderte Überweisungspraxis Arzt / Therapeut verlangt eine strukturiertere Zusammenarbeit
- Zweimalige übergreifende Veranstaltung

Koordination durch Wirtschaftsförderung oder Bereich Soziales



9. Kommunales MVZ – Finanzprognose

9.1 Finanzprognose – Ausgangsbedingungen

In der nachfolgenden beispielhaften Finanzplanung wurde von einer Zulassung des kommunalen MVZ im 4. Quartal 2026 sowie einer Inbetriebnahme zum 02. Januar 2027 ausgegangen. Des Weiteren wurden die folgenden Annahmen getroffen:

- Übernahme von zwei bestehenden hausärztlichen Praxen zur Inbetriebnahme mit durchschnittlichen Scheinzahlen und Fallwerten, Übernahme des bestehenden Personalstamms
- Maximale Ausbaustufe im 5. Betriebsjahr mit 5 Ärztinnen und Ärzten auf 4,0 Kassensitzen erreicht.
- Umsatzsteigerungen in den Jahren 2027ff. durch Erweiterung der abrechenbaren Leistungen sowie durch ein externes Abrechnungscontrolling. Dabei ist noch unklar, welche zusätzlichen Qualifikationen die Ärzte mit einbringen werden/können. Hautärztliche Fortbildungen (z.B. Hautscreening) sowie kardiologische Qualifikationen (z.B. Echokardiographische Untersuchung, Doppler-Echokardiographie, sonographische Untersuchung extrakranieller hirnversorgender Gefäße etc.) würden eine sinnvolle Ergänzung darstellen und könnten über den hausärztlichen Kassensitz erbracht und abgerechnet werden.

Vollzeitäquivalente (VZÄ) Ärzte

	2027	2028	2029	2030	2031
Arzt/Ärztin A	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75
Arzt/Ärztin B	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Arzt/Ärztin C		1,00	1,00	1,00	1,00
Arzt/Ärztin D			0,50	0,50	0,50
Arzt/Ärztin E					0,75
VZÄ Gesamt	2	3	3,5	3,5	4

9.2 Finanzprognose bis 2029 – Gewinn-und-Verlust-Rechnung

GUV-Rechnung

Erträge	2027	2028	2029	2030	2031
Umsatzerlöse GKV	640.000,00 €	880.000,00 €	1.030.000,00 €	1.100.000,00 €	1.200.000,00 €
Umsatzerlöse Privateinnahmen / Sonstige	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €
Bruttoertrag	680.000,00 €	940.000,00 €	1.100.000,00 €	1.175.000,00 €	1.280.000,00 €
Aufwendungen					
Personalaufwand	540.000,00 € -	680.000,00 € -	750.000,00 € -	770.000,00 € -	850.000,00 € -
Raum- & Energiekosten	50.000,00 € -	52.000,00 € -	54.000,00 € -	55.000,00 € -	56.000,00 € -
Versicherungen, Beiträge, Abgaben	5.000,00 € -	6.000,00 € -	6.500,00 € -	7.000,00 € -	7.500,00 € -
Leasing Gebühr Ausstattung	30.000,00 € -	34.000,00 € -	34.000,00 € -	40.000,00 € -	40.000,00 € -
Gebühren Bürgschaft	10.000,00 € -	10.000,00 € -	10.000,00 € -	10.000,00 € -	10.000,00 € -
Werbe- und Reisekosten	15.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -
Praxis- & Laborbedarf einschl. Fremdleist.	9.000,00 € -	12.000,00 € -	13.000,00 € -	14.000,00 € -	15.000,00 € -
verschiedene betriebl. Aufwendungen	47.500,00 € -	66.000,00 € -	71.000,00 € -	77.000,00 € -	82.000,00 € -
Berufsbekleidung	5.000,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -
Bankgebühren	500,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -	1.000,00 € -
Internet, EDV, Hosting, Web	16.000,00 € -	20.000,00 € -	22.000,00 € -	23.000,00 € -	24.000,00 € -
Steuer- / Lohnbüro	6.000,00 € -	14.000,00 € -	15.000,00 € -	16.000,00 € -	17.000,00 € -
Abrechnungscontrolling AAC	5.000,00 € -	12.000,00 € -	12.000,00 € -	12.000,00 € -	12.000,00 € -
Sonstiges	15.000,00 € -	18.000,00 € -	20.000,00 € -	24.000,00 € -	27.000,00 € -
externe kaufmännische Leitung	60.000,00 € -	61.000,00 € -	63.000,00 € -	65.000,00 € -	65.000,00 € -
Abschreibungen Praxiskauf	75.000,00 € -	75.000,00 € -	75.000,00 € -	75.000,00 € -	- €
Abschreibungen Sonstige	5.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -	5.000,00 € -
Zinsen Bankkredit	7.000,00 € -	12.000,00 € -	10.500,00 € -	9.000,00 € -	7.500,00 € -
Betriebsaufwendungen gesamt	853.500,00 € -	1.018.000,00 € -	1.097.000,00 € -	1.132.000,00 € -	1.143.000,00 € -
Einkünfte aus Betrieb	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	137.000,00 €
Steuern vom Ertrag (pauschal 30%)	Verlust	Verlust	Verlustvortrag	Verlustvortrag	20.550,00 €
Netto-Jahresüberschuss/-fehlbetrag	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	157.550,00 €
Gewinnbeteiligung Ärzte i.H.v. 20%	Verlust	Verlust	Verlustvortrag	Verlustvortrag	- 31.510,00 €
	- 173.500,00 €	- 78.000,00 €	3.000,00 €	43.000,00 €	126.040,00 €

- Robuste wirtschaftliche Tragfähigkeit durch Integration von zwei Bestandspraxen bereits im 3. Jahr.
- Positiver Jahresüberschuss im 3. Jahr, ausgeglichener Verlustvortrag im 5. Betriebsjahr.
- Die im MVZ angestellten Ärztinnen/Ärzte werden üblicherweise am Gewinn beteiligt, z.B. 20 % p.a.
- Neuausstattung durch Leasing.
- Die Abschreibung der Praxiskaufsummen erfolgt im vorliegenden Beispiel innerhalb von 4 Jahren.

9.3 Finanzprognose bis 2029 – Liquiditätsplanung

Liquiditätsplanung	Jahre				
	2027	2028	2029	2030	2031
GKV-Honorarvolumen gesamt	640.000,00 €	880.000,00 €	1.030.000,00 €	1.100.000,00 €	1.200.000,00 €
KV-Abschläge	448.000,00 €	808.000,00 €	985.000,00 €	1.079.000,00 €	1.170.000,00 €
Privateinnahmen	40.000,00 €	60.000,00 €	70.000,00 €	75.000,00 €	80.000,00 €
Stammkapital	250.000,00 €				
Bankkredit	500.000,00 €				
Kontokorrent	50.000,00 €				
Summe Mittelzufluss	1.288.000,00	868.000,00	1.055.000,00	1.154.000,00	1.250.000,00
Summe Mittelzufluss kumuliert	1.288.000,00	2.156.000,00	3.211.000,00	4.365.000,00	5.615.000,00
Personalaufwand	540.000,00	680.000,00	750.000,00	770.000,00	850.000,00
Raumkosten	50.000,00	52.000,00	54.000,00	55.000,00	56.000,00
Versicherungen, Beiträge & Abgaben	5.000,00	6.000,00	6.500,00	7.000,00	7.500,00
Werbe-, Reisekosten sowie Fort- und Weiterbildungen	15.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00	5.000,00
Praxis- und Laborbedarf einschl. Fremdleistungen	9.000,00	12.000,00	13.000,00	14.000,00	15.000,00
verschiedene betriebliche Aufwendungen					
Berufsbekleidung	5.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Bankgebühren	500,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00	1.000,00
Internet, EDV, Hosting, Web	16.000,00	20.000,00	22.000,00	23.000,00	24.000,00
Steuer- / Lohnbüro	6.000,00	14.000,00	15.000,00	16.000,00	17.000,00
Abrechnungscontrolling AAC	5.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00	12.000,00
Sonstiges	15.000,00	18.000,00	20.000,00	24.000,00	27.000,00
kaufmännische Leitung	60.000,00	61.000,00	63.000,00	65.000,00	65.000,00
Praxiskäufe	300.000,00				
Investitionen in EDV und IT	15.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Bankbürgschaft	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00	10.000,00
Leasing Praxisausstattung	30.000,00	34.000,00	34.000,00	40.000,00	40.000,00
Gew.Beteiligung Ärzte 20%	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Zinsen Bankdarlehen	7.000,00	12.000,00	10.500,00	9.000,00	7.500,00
Tilgung Bankdarlehen	0,00	29.000,00	30.000,00	31.000,00	32.000,00
Steuern (ohne Vorauszahlungen)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Summe Mittelabfluss	1.088.500,00	977.000,00	1.057.000,00	1.093.000,00	1.180.000,00
Summe Mittelabfluss kumuliert	1.088.500,00	2.065.500,00	3.122.500,00	4.215.500,00	5.395.500,00
Liquiditätssaldo	199.500,00	-109.000,00	-2.000,00	61.000,00	70.000,00
Summe Liquiditätssaldo kumuliert	199.500,00	90.500,00	88.500,00	149.500,00	219.500,00

- Die Entrichtung der Kaufpreissummen für die Bestandspraxen erfolgt im Jahr der Inbetriebnahme, unterstellt wurden leicht erhöhte Ablösesummen, aufgrund voraussichtlich schwieriger Verhandlungen.
- Im Betrachtungszeitraum erhöht sich das kumulierte Liquiditätssaldo auf rd. 220 TEUR. (Steuervorauszahlungen unberücksichtigt)
- Förderungen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nicht berücksichtigt.
- Das Stammkapital beträgt 250 TEUR. Eine Anschubfinanzierung von 500 TEUR dient in erster Linie zur Finanzierung der Praxisübernahme sowie zur Abfederung der geringeren Abschläge seitens der KV im ersten Jahr.

10. Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

10.1 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Gesundheitsregion Region Hannover

- Ziel: Vernetzung von Akteuren zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung.
- Förderung: Zuschüsse für Projekte zur Prävention, Pflege, Fachkräftegewinnung und Aufbau von Gesundheitsnetzwerken.
- Case-Management & Sektorenvernetzung
- Im Basisbericht der Gesundheitsregion Region Hannover (2016–2024) sind Arbeitsgruppen aufgeführt, die Entlassmanagement, Digitalisierung (u. a. KIM-Testung) und Notfallversorgung systematisch verbessern – inklusive Checklisten und Sektoren übergreifender Steuerung.

Health Innovation Hannover Region

- Eine Innovationsplattform mit über 20 Partnern (Wirtschaft, Forschung, Versorgung, Kostenträger), die Zusammenarbeit, Austausch und Pilotprojekte zur Digitalisierung und sektorenübergreifender Innovation fördert.

Kommunales Förderprogramm des GKV-Bündnisses

- Förderhöhe: Bis zu 30.000 € pro Jahr für drei Jahre (max. 90.000 €).
- Zielgruppen: Ältere Menschen, pflegende Angehörige, Kinder aus belasteten Familien.
- Nutzen: Finanzierung von Gesundheitskiosk, Präventionskursen, sozialer Beratung im RVZ. [gkv-buendnis.de]



10.2 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Förderungen Region Hannover

- Aktuelle Fördermittel aus dem Land Niedersachsen unterstützen sieben neue Projekte, darunter Mental Health First Aid, Parkinson-Netzwerk und Angebote für Young Carers – mit Schwerpunkt: Verbindung medizinischer, sozialer und kommunaler Betreuung.
- Steuerung & Arbeitsgruppen fördern sektorenübergreifende Versorgung, Digitalisierung, Notfall- & Palliativversorgung. Eine spezielle Arbeitsgruppe VI widmet sich dabei explizit der Quartiersentwicklung zur Förderung wohnortnaher Versorgung
- Seit August 2024 vernetzt das LFGA in Hannover Wissenschaft und Praxis im öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD): durch Kooperationen mit Hochschulen und wissenschaftlich basierte Leitlinien sowie verbesserte Daten- und Gesundheitsplanung.

Quartiersentwicklung – „Gesundheit im Quartier“

- Programm „Gesundheit im Quartier“ (seit 2020) gefördert von AOK Nds. und LVG&AFS:
 - Ziel: Verzahnung von Quartiersmanagement und Gesundheitsförderung in sozial anspruchsvollen Wohngebieten, [gesundheitsnds-hb.de], [armut-und-...undheit.de], [zukunftstra...sachsen.de], [aok.de]
 - Kriterien: Quartiere mit bestehendem Gemeinwesenmanagement (z. B. Hannover-Stöcken, Vahrenheide, Sahlkamp), [armut-und-...undheit.de]
 - Maßnahmen: Bewegungs-, Ernährungs-, Stressbewältigungs- und Gesundheitskompetenzangebote. [armut-und-...undheit.de], [gesundheitsnds-hb.de]



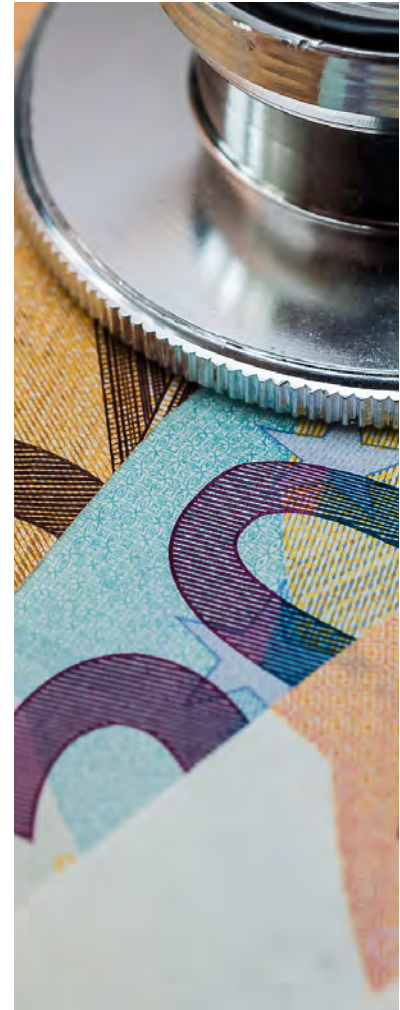
10.3 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Innovationsfonds des G-BA

- Fördervolumen: Jährlich 200 Mio. € bundesweit.
- Relevante Projekte:
 - NAVIGATION: Interprofessionelle Versorgung im PVZ (Hausärzte, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie).
 - Ziel: Überführung in die Regelversorgung nach erfolgreicher Evaluation. [\[epidemiolo...charite.de\]](http://epidemiolo...charite.de), [\[navigation-im-pvz.de\]](http://navigation-im-pvz.de)
- Nutzen: Finanzierung für digitale Vernetzung, Telemedizin, CHN.

Ärzteansiedlungsförderung Niedersachsen

- Instrumente:
 - Niedersachsenfonds: Bis zu 50.000 € Investitionskostenzuschuss für Niederlassung oder Anstellung in unterversorgten Regionen.
 - KVN-Förderung: Bis zu 60.000 € Zuschuss für Praxisgründung, 30.000 € für Zweigpraxis, Umsatzgarantie für 2 Jahre. [\[niederlass...sachsen.de\]](http://niederlass...sachsen.de), [\[ms.niedersachsen.de\]](http://ms.niedersachsen.de)
- Nutzen: Gewinnung von Hausärzten für das RVZ.



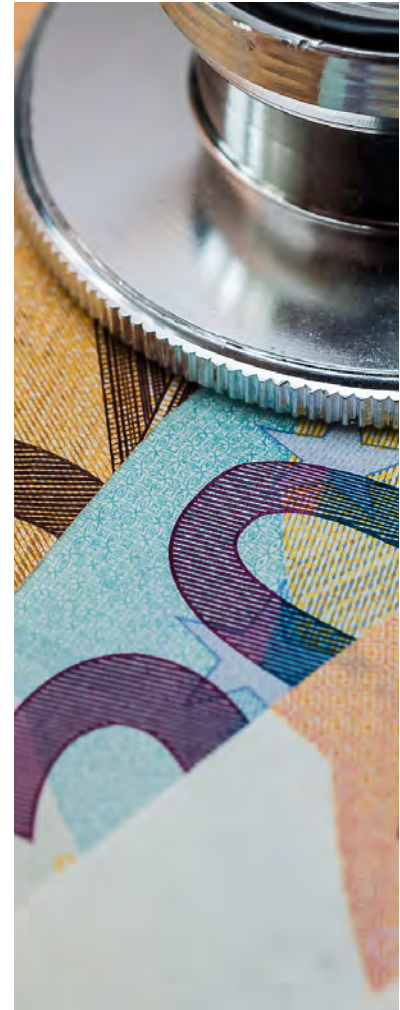
10.4 Bezug des RVZ-Vorhabens zu anderen lokalen bzw. regionalen Strategien

Förderprogramme für Pflege und Kurzzeitpflege

- Zuschüsse für Schaffung von Kurzzeitpflegeplätzen und Stärkung ambulanter Pflege im ländlichen Raum.
- Ergänzend: Förderung von Selbsthilfegruppen und Alltagsunterstützung nach § 45d SGB XI. [ms.niedersachsen.de]

EU- und Landesprogramme (ZILE)

- ZILE-Richtlinie: Förderung integrierter ländlicher Entwicklung, inkl. Gesundheitsinfrastruktur.
- Nutzen: Finanzierung von Bau und Ausstattung des RVZ. [demografie-portal.de]



11. Ergebnis und Handlungsempfehlung

11.1 Handlungsempfehlung und Ergebnis

Service-Gesellschaft bzw. Ärztenetzwerk (Dach) Case Management und Lotsung – QM – Weiterbildung

Niedergelassene Praxen
(eigenständig)

Regionales Versorgungszentrum (RVZ)
(Zentraler Standort + Campi in
ausgewählten Stadtteilen)

Kommunales MVZ

RVZ
Gesundheit – Soziales – Pflege

Hausärztliche Versorgung

Telemedizin

Mobile Versorgung

11.2 Ergebnis und Handlungsempfehlung

- Die gute hausärztliche Versorgungssituation und vor allem das Vorhandensein von größeren Praxiseinheiten auch im fachärztlichen Bereich erschwert den Aufbau eines kommunalen MVZ in der Kernstadt. Ein Ausweichen auf andere Ortsteile ist aufgrund der fehlenden Entwicklungsmöglichkeit (Ausbauphase vier Arztsitze) betriebswirtschaftlich nicht zu empfehlen.
- Zu Überlegen ist jedoch ein Ärztenetzwerk, das sich mit den bestehenden und zu erwartenden Änderungen der Verschreibungs- und Überweisungs- sowie der Abrechnungssystematik beschäftigt. Dies hat erfahrungsgemäß auch bei der Nachfolgesuche positive Wirkung.
- Bei Interesse der Ärzte kann dieses Netz zu einer übergreifenden „Service-Gesellschaft“ ausgebaut werden.
- Im Bereich der gesundheitsbezogenen, sozialen und pflegerischen Angebote des RVZ ist eine zentrale Lösung in Kombination mit ausgewählten Standorten in den Ortsteilen notwendig.
- Als laufende Schnittstelle zwischen dem Ärztenetz und den RVZ-Anbietern ist dabei an einen halbjährlich stattfindenden Gesundheitstag zu denken, der die sektorenübergreifende Vernetzung fördert.

11.3 Ergebnis und Handlungsempfehlung

Startplan RVZ als (nicht geförderte) Alleinlösung bzw. als Vorbereitung einer späteren Komplettlösung im Sinne der Fördergrundlagen

- **Phase 1:** Bürgerbeteiligung in den Ortsteilen, besonders herausgehoben hier die ländlichen Kleinzentren zur Konkretisierung des lokalen Bedarfs. Gleichzeitig Identifizieren geeigneter Immobilien
- **Phase 2:** Workshops mit Anbietern aus der gesundheitsbezogenen, pflegerischen und sozialen Versorgung zur Identifizierung der Angebote und Aufbau eines Organisations- und Belegungsplans in den Ortsteilen
- **Phase 3:** Interne Auswertung und Priorisierung Angebote und Standorte
- **Phase 4:** Verfeinern im Rahmen der beteiligten Akteure
- **Phase 5:** Konkretisierung mit Aufbau RVZ-Organisation, Services, Weiterbildung, QM usw.

Hierfür stehen Förderungen aus den Bereichen Gesundheitsregion Region Hannover und Gesundheit im Quartier zur Verfügung.



11.4 SSCR unabhängig vom Standort: SWOT-Analyse

Stärken

Bündelung medizinischer, pflegerischer & sozialer Angebote mit starker Zentrale (= Vorteile für Akteure) und ortsteilnahen Campi (= Vorteile für Bürger). Proaktive Sicherung der Versorgung, zentrale Lage mit ÖPNV, Synergien & Entlastung der Ärzte, flexible Anpassung an Art und Umfang der ortsteilnahen Bedarfe.

Chancen

Steigende Attraktivität der Stadt mit all ihren Ortsteilen für Zuzug besonders aus dem teuren Hannover. Zugang zu Innovationsfonds & bestehenden Förderungen von Quartiersentwicklungen und sektorübergreifenden Modellen in der Region Hannover.

Schwächen

Trotz erkannter Vorteile eines (kommunalen) MVZ derzeit kein Beteiligungsinteresse erkennbar. Hohe Anfangsinvestitionen für Umbau & Ausstattung von Zentrale und RVZ-Campi. Komplexe Abstimmungsprozesse & Abhängigkeit von Fördermitteln.

Risiken

Unsichere Fördermittel, hohe laufende Kosten, wechselnde politische Prioritäten, Widerstand von Ärzten, schwer zu besetzende Schlüsselpositionen & komplexe Genehmigungsprozesse.