

Studie



für

Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN)
Willy-Brandt-Platz 7
28215 Bremen

gefördert durch

Metropolregion Bremen-Oldenburg im Nordwesten e.V.
Bahnhofstraße 37
27749 Delmenhorst

über

Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum

**Grundlagenuntersuchung zu Kooperationsmöglichkeiten und
-formen zwischen ÖPNV und medizinischen
Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum**

KCW GmbH
Bernburger Straße 27
10963 Berlin

BBG und Partner Rechtsanwälte
Contrescarpe 75 A
28195 Bremen

Endfassung

03.04.2012

626-P

Bearbeitung:

ZVBN: Stefan Bendrien, BBG: Dr. Hubertus Baumeister, Dr. Jantje Struß

KCW: Stefanie Sittig (Leitung), Malte Lemke, Holger Michelmann, Axel Zietz

Urheberrechtshinweis

Diese Studie unterliegt den Bestimmungen des deutschen Urheberrechts. Soweit nicht anders schriftlich vereinbart, ist eine Veröffentlichung oder Weitergabe, auch in Auszügen, nicht zulässig.

Inhaltsverzeichnis

Management Summary	5
1 Einleitung.....	11
1.1 Ausgangssituation	11
1.2 Vorgehen und Beteiligte.....	13
1.3 Ziele und Prämissen der Studie	15
2 Bestandsanalyse	17
2.1 Bestandsanalyse der Landkreise, des Kommunalverbunds Niedersachsen/Bremen e.V. und des ZVBN	17
2.1.1 Vorgehen	17
2.1.2 Landkreis Osterholz	17
2.1.3 Landkreis Diepholz	24
2.1.4 Interessenlage der Landkreise, des Kommunalverbunds Niedersachsen/Bremen e.V. sowie des ZVBN	31
2.1.5 Zwischenergebnisse.....	33
2.2 Bestandsanalyse und Anforderungen des medizinischen Sektors	34
2.2.1 Vorgehen	34
2.2.2 AOK Niedersachsen	35
2.2.3 Krankenhäuser	42
2.2.4 Fachärzte für Allgemeinmedizin und sonstige Fachärzte	55
2.2.5 Zwischenergebnisse.....	58
2.3 Derzeitiges ÖPNV-Angebot und Defizitanalyse für die Krankenhausstandorte	59
2.3.1 Vorgehen	59
2.3.2 Derzeitiges ÖPNV-Angebot in den Landkreisen	61
2.3.3 Defizitanalyse des ÖPNV-Angebots für die Krankenhausanbindung	65
2.3.4 Zwischenergebnisse.....	85
3 Planerische, wirtschaftliche und rechtliche Maßnahmen zur Optimierung der Schnittstelle Medizin/ÖPNV.....	87
3.1 Vorgehen	87
3.2 Planerische Optimierungsansätze.....	88
3.2.1 Grundsätzliche Ansätze zur Verbesserung der Mobilität	88
3.2.2 Alternative Bedienformen und Einsatz im ZVBN-Gebiet	92
3.2.3 Optimierung des bestehenden ÖPNV-Linienangebotes	98

3.3	Wirtschaftliche Optimierungsansätze	104
3.4	Rechtliche Optimierungsansätze	109
3.4.1	Rechtsgrundlagen für eine Budgetzusammenlegung der SGB V-Mittel mit den ÖPNV-Mitteln.....	109
3.4.2	Diskussion der rechtlichen Optimierungsansätze mit der AOK	115
4	Handlungsempfehlungen	120
5	Anhang.....	124
5.1	Karten: Basisangebot Isochronen	124
5.2	Alternative Bedienformen im ÖPNV und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen.....	132
5.2.1	Die verschiedenen Verkehrsarten und -formen	132
5.2.2	(Genehmigungs)rechtliche Einordnung der differenzierten Bedienformen.....	137
5.2.3	Genehmigungsrechtliche Einordnung des Bürgerbusses	140
5.2.4	Schlussfolgerungen	141
5.3	Abbildungsverzeichnis.....	142
5.4	Abkürzungsverzeichnis.....	145

Management Summary

Der ÖPNV im ländlichen Raum steht vielen Herausforderungen gegenüber. Der demografische Wandel führt zu neuen Anforderungen an das Mobilitätsangebot, gleichzeitig sind die Mittel der öffentlichen Hand zur Aufrechterhaltung des Angebots begrenzt. Vor diesem Hintergrund sucht der ZVBN neue Wege zur Sicherung des ÖPNV-Angebots und untersucht in dieser Studie Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen Akteuren im Gesundheitswesen und dem ÖPNV. Mit einer solchen Kooperation wären mehrere Chancen verbunden, sie könnte:

- einen Beitrag zur Verbesserung der ÖPNV-Grundversorgung im ländlichen Raum leisten,
- finanzielle Synergien – auch zugunsten bestehender ÖPNV-Angebote – durch Integration medizinisch bedingter Fahrten realisieren,
- eine Gesamtfinanzierung des ÖPNV im ländlichen Raum zusammen mit den Akteuren im Gesundheitswesen etablieren,
- die Verbesserung der Erreichbarkeit der medizinischen Versorgungsstandorte und Krankenhäuser für Patienten und Besucher ermöglichen.

Der Bedarf an medizinisch bedingten Fahrten wird zukünftig steigen. Es gibt Akteure im medizinischen Bereich, wie die gesetzlichen Krankenkassen, die selbst Verkehre organisieren oder medizinische Versorgungseinrichtungen wie beispielsweise Krankenhäuser, die Interesse an einer guten Erreichbarkeit haben. Dabei lassen sich für die verschiedenen Interessengruppen folgende grundsätzliche Bedürfnisse ausmachen:

- Krankenhäuser: Bessere ÖPNV-Anbindung, mehr Patienten
- Fahrgäste mit Ziel Krankenhaus (Patienten stationär/ambulant, Besucher, Mitarbeiter): individuelle An-/Abfahrt nach Termin, Besuchszeit, Schichtdienst (von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedliche Anforderungen)
- Hausärzte/Fachärzte: Sicherstellung der ÖPNV-Anbindung, attraktive Infrastruktur für Praxisstandort
- Patienten der Hausärzte/Fachärzte: (individuelle) An-/Abfahrt nach Termin
- Gesetzliche Krankenkassen: Kostenbegrenzung, Sicherstellung der Beförderung für verordnete Krankenförderung
- Patienten mit Verordnung zur Krankenförderung: Vertragsgemäße Inanspruchnahme der Beförderungsleistung.

Partner der Studie sind die vier Landkreise Osterholz, Diepholz, Ammerland und Oldenburg mit den auf ihrem Gebiet ansässigen Krankenhäusern, dem Kreiskrankenhaus Osterholz (Landkreis Osterholz), dem St. Ansgar Klinikver-

bund (Landkreis Diepholz), der Ammerland-Klinik (Landkreis Ammerland) und dem Krankenhaus Johanneum Wildeshausen (Landkreis Oldenburg) sowie die AOK Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen. Begleitet wird die Studie außerdem vom GewiNet -Kompetenzzentrum Gesundheitswirtschaft e.V. und dem Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V.

I. Medizinisch bedingte Fahrten werden zunehmen, es gibt jedoch kein adäquates ÖPNV-Angebot

Die demographische Entwicklung in den untersuchten Landkreisen wird wegen sinkenden Bevölkerungszahlen und einer Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen zu einer Zunahme der medizinisch bedingten Fahrten führen. So werden die Einwohnerzahlen im Landkreis Osterholz und im Landkreis Diepholz bis zum Jahr 2025 im Vergleich zu 2009 um 3,5 % sinken, gleichzeitig nimmt die Zahl der über 65-jährigen Einwohner um 30 % (LK Diepholz) bzw. 35 % (LK Osterholz) zu.

Einrichtungen des Gesundheitswesens wie Krankenhäuser sind in den Mittelzentren zu finden. Fachärzte und auch Allgemeinärzte finden sich überwiegend in den größeren Orten der jeweiligen Gemeinden. Der Trend, dass sich auch Allgemeinärzte aus den ländlichen Räumen hin zu den Gemeindezentren orientieren, trifft auch für die untersuchten Landkreise zu. Damit ist nicht nur mit steigendem medizinisch bedingtem Mobilitätsbedarf, sondern auch mit längeren Wegen zu den Gesundheitseinrichtungen zu rechnen, denen mit dem derzeitigen ÖPNV-Linienverkehrsangebot kein adäquates Angebot gegenübersteht. Das derzeitige Angebot, das vor allem an den Unterrichtszeiten der Schüler ausgerichtet ist, weist in der Regel in den Zeiten außerhalb des Schülerverkehrs Defizite auf und stellt kein attraktives Angebot dar, um die Akteure im Gesundheitsbereich für ein Umsteigen auf den ÖPNV bzw. eine Unterstützung des ÖPNV zu gewinnen.

II. Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern bietet Chancen zur Absicherung des ÖPNV-Angebotes; Suche nach Partnern sollte über den medizinischen Bereich hinausgehen

Absehbar ist bereits jetzt, dass sich die finanziellen Mittel auf Seiten der Aufgabenträger in den kommenden Jahren nicht wesentlich steigern werden, d.h. die Möglichkeiten der öffentlichen Hand, Defizite zu beheben und für eine Aufwertung des ÖPNV-Angebots Sorge zu tragen, sind begrenzt. Vor diesem Hintergrund ist es dringend geboten, dass sich ÖPNV-Aufgabenträger um zusätzliche Partner bemühen, die ebenfalls Interesse an einer Verbesserung des ÖPNV haben und bereit sind, auch finanzielle Unterstützung zu leisten, weil sie zusammen mit dem ÖPNV-Aufgabenträger ein besseres Ergebnis zu günstigeren Konditionen erzielen können als alleine. Wie die Potentialanalyse ge-

zeigt hat, ist der medizinische Bereich hinsichtlich möglicher Fahrgäste ein wichtiger Partner bei der Co-Finanzierung. Darüber hinaus ist es notwendig, rechtzeitig auch über mögliche Partner aus anderen Bereichen nachzudenken, denn der Medizinsektor ist nur eines mehrerer Kooperationsfelder, die sich für den ländlichen ÖPNV anbieten.

III. Es gibt viele Ansatzpunkte zur Kooperation, doch die Welten „Medizin“ und „ÖPNV“ sind sich noch fremd; die Basis für Zusammenarbeit muss erst aufgebaut werden

Mehrere Ansatzpunkte für die gemeinsame Organisation von Mobilitätsdienstleistungen mit der AOK, den Krankenhäusern und Allgemeinmedizinern/Fachärzten konnten identifiziert werden. Die Krankenhäuser haben Bedarf und Interesse an einer guten Erreichbarkeit mit dem ÖPNV geäußert. Auch bei den Allgemeinarzt- und Facharztpraxen gewinnt das Thema zunehmend an Bedeutung. Festzustellen ist aber, dass sich die Medizin- und die ÖPNV-Welt noch fremd sind und die Vorstellungen begrenzt sind, was auf der jeweils anderen Seite zu erwarten ist. Hier ist es notwendig, das Gespräch zu suchen und durch die zunehmende Kenntnis der anderen Seite eine Vertrauensbasis für die weitere Zusammenarbeit zu schaffen. Dies ist insofern von Relevanz, als dass auch der medizinische Sektor in Anbetracht der demographischen Entwicklung Strategien entwickelt, durch die sich die Struktur der medizinischen Versorgung der ländlichen Bevölkerung langfristig ändern wird. Die Zentralisierung gesundheitlicher Einrichtungen in den Mittelzentren als auch die Einrichtung von mobilen Gesundheitsdiensten sind nur zwei der möglichen Reaktionen, die der Gesundheitssektor (möglicherweise in Kombination) aufbringen könnte. Um sicherzustellen, dass die Standort- bzw. Niederlassungsentwicklung bei Ärzten auch mittel- bis langfristig in eine passfähige ÖPNV-Versorgung eingebunden ist, ist der kontinuierliche Dialog zwischen den Branchen gleichermaßen notwendig wie erfolgsversprechend.

IV. ÖPNV-Akteure müssen sich zu Gesprächspartnern auf Augenhöhe entwickeln

Als Herausforderung für die Akteure im ÖPNV (insb. ZVBN, VBN und Verkehrsunternehmen) ist dabei zu sehen, dass sie sich als Gesprächspartner für die Akteure im Gesundheitswesen erst noch unter Beweis stellen müssen. Zum Beispiel stellt die Organisation der Fahrten zur Krankenförderung auf Basis der Transportverordnung der gesetzlichen Krankenkassen eine Aufgabe dar, für die innerhalb des Verkehrsverbundes noch keine Referenzen vorliegen. Ein wichtiger nächster Schritt ist deshalb, Referenzprojekte zu schaffen, mit denen die Akteure im ÖPNV gegenüber möglichen Kooperationspartnern nachweisen können, dass sie die avisierten Aufgaben bewältigen können. Dies gilt nicht nur für die Möglichkeit der Übernahme von Krankenfahrten,

sondern ganz allgemein für die zukunftssichere Gestaltung des ÖPNV im ländlichen Raum.

Damit die Akteure im ÖPNV interessante Gesprächspartner für potentielle Kooperationspartner werden und diese für eine Zusammenarbeit begeistern können, müssen sie das entsprechende Instrumentarium bereithalten, um die Mobilitätsprobleme der Kooperationspartner zu lösen. Zu denken wäre hier an eine Art Musterkoffer mit Lösungsansätzen für die unterschiedlichen Mobilitätsanforderungen, der z.B. eine Informationsstrategie für Mitarbeiter und Patienten des Krankenhauses, eine Weiterentwicklung des Angebotes unter Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse des medizinischen Sektors, ein Kombiticket-Angebot oder eine Mobilitätsberatung beinhaltet. Dieser Ansatz lässt sich nicht nur für Kooperationspartner aus dem Gesundheitsbereich anwenden, sondern eignet sich modellhaft auch für die Weiterentwicklung für Partner aus anderen Bereichen.

V. Erste Fortschritte lassen sich bereits im kleineren Rahmen erreichen

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Lösungsansätze für eine Kooperation mit den beteiligten Partnern individuell sehr unterschiedlich sind. Dabei hat sich herausgestellt, dass es nicht nur eine „große Lösung“ gibt, um mit einem Partner im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. Es gibt auch im kleineren Rahmen Möglichkeiten, die Schnittstelle ÖPNV/Medizin zu optimieren und den Prozess einer nachhaltigen und vertrauensvollen Zusammenarbeit anzustoßen.

Innerhalb des identifizierten Maßnahmenkatalogs sind viele Maßnahmen zu finden, die relativ einfach umsetzbar sind und mit denen sich bereits erste Fortschritte erzielen lassen. Beispielhaft sei hier die Verbesserung der Kundenkommunikation in den Krankenhäusern durch Bereitstellung von Informationen zum ÖPNV im Krankenhaus genannt.

VI. Empfehlung: ZVBN als Innovationstreiber für ÖPNV im ländlichen Raum etablieren

Für den ZVBN ist es wichtig, das Thema „Entwicklung des ÖPNV im ländlichen Raum“ noch aktiver zu besetzen. In seiner Rolle als Aufgabenträger für den ÖPNV sollte der ZVBN eine zukunftsfähige Perspektive für das Angebot in diesen Räumen aufzeigen und die richtigen Impulse an Verkehrsunternehmen und Landkreise zur Weiterentwicklung dieses Themas geben. Soll ÖPNV nicht nur verwaltet, sondern gestaltet werden, ist es von zentraler Bedeutung, Lösungen für die dringenden Fragen in diesem Bereich auch umzusetzen. Zu empfehlen ist deshalb, dass der ZVBN aktiv Innovationen vorantreibt und die Entwicklung des ländlichen ÖPNV unter Einbeziehung der benachbarten Po-

tenziale verantwortlich voranbringt. Dazu gehört auch, dass der ZVBN sichtbar Impulse gibt, um von außen entsprechend wahrgenommen werden zu können. Die Ergebnisse zu den Kooperationsmöglichkeiten mit den Partnern aus dem Gesundheitsbereich bieten dafür einen guten Ansatzpunkt.

VII. Empfehlung: Einstieg in das Thema über ein Pilotprojekt schaffen - Vorschlag zum weiteren Vorgehen

Ausgehend von den gefundenen Lösungsansätzen für eine Kooperation Medizin/ÖPNV sollte in einem nächsten Schritt die Umsetzung der Ansätze im Rahmen eines Pilotprojektes erfolgen, um ein Referenzprojekt zu schaffen und erste Elemente für den Musterkoffer zu entwickeln. Wichtig ist dabei, neben den möglichen Kooperationspartnern aus dem Gesundheitsbereich auch die beim ZVBN beteiligten Partner, d.h. die Gebietskörperschaften, Verkehrsunternehmen und der VBN, in das Projekt einzubeziehen und den Austausch zu intensivieren. So lassen sich frühzeitig Vorbehalte abbauen und zusätzliche Ideen der anderen Projektpartner berücksichtigen. Dazu sollte eine Arbeitsgruppe geschaffen werden, die die Möglichkeit zum Austausch zwischen allen Beteiligten bietet. Zentrale Ziele dieses Piloten sind dabei:

- die verbesserte Kommunikation mit den Akteuren im Gesundheitssektor,
- die bessere Berücksichtigung der Bedürfnisse der potenziellen Nutzer in der Planung und Bestellung der Angebote und der Kundenkommunikation,
- die deutliche Verbesserung der Fahrgastinformation für medizinisch bedingte Fahrten,
- die Erschließung von Synergien bei der Disposition durch Zusammenfassung derzeit getrennter Systeme (dadurch Reduzierung der Leerfahrten bzw. Eröffnung weiterer Fahrtmöglichkeiten auch für Fahrgäste außerhalb des medizinischen Sektors),
- die Eröffnung der Chance auf die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Angebote durch Zusammenlegung derzeit parallel verausgabter Mittel.

Für die Umsetzung dieser Ziele im Rahmen eines Pilotprojektes können folgende nächste Schritte definiert werden:

- Modellhafte Erprobung der Potenziale mit einem hierfür geeigneten und interessierten Krankenhaus („Partner-Modell“)
- Modellhafte Erprobung der Potenziale mit hierfür geeigneten und interessierten gesetzlichen Krankenkassen – „Partner-Modell“ (z.B. gemeinsame Ausschreibung von Transportleistungen)
- Prototyp(en) „Musterkoffer“ für maßgeschneiderte Lösungen auf- und ausbauen

- Vernetzung und Kommunikation als Grundlage für ein maßgeschneidertes Angebot
- Mehr Fahrgäste und Mitfinanzierung durch Dritte – Entwicklung eines Finanzierungskonzeptes für die Zusammenarbeit mit dem/den Kooperationspartner/n
- Weitere Analyse und Erprobung des Modellansatzes über die Krankenhäuser hinaus z.B. mit größeren Fach- und Allgemeinarztpraxen

Die Umsetzung der Ergebnisse der Grundlagenstudie und die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema stellen den Einstieg in die Verbesserung der Mobilität im ländlichen Raum dar. Als langfristiges Ziel ist dabei die bedarfsgerechte Sicherung der Mobilität der Menschen im ländlichen Raum zu sehen und zwar zu angemessenen Kosten für den Aufgabenträger und bezahlbaren Preisen für die Fahrgäste. Die Ausgestaltung dieses Zieles kann dabei sehr unterschiedliche Dimensionen annehmen, die von den Bedingungen vor Ort und dem Ausmaß der Kooperation mit dritten Akteuren aus den jeweils beteiligten Branchen abhängen. Denkbar wäre z.B. der Ausbau einer flexiblen Bedienung hin zu einer kreisweiten flexiblen Bedienung in definierten Zeitlagen, die branchenabhängig von den Fahrgästen am meisten nachgefragt werden. Die kreisweite flexible Bedienung von 5 bis 24 Uhr ist dabei sicher der weitreichendste Ausbau des Angebots und z.B. in einem ersten Schritt für bestimmte Wochentage realisierbar.

Ein solches Pilotprojekt wäre aber nur der Anfang einer besseren regionalen Vernetzung der medizinischen Versorgung durch den ÖPNV. Denn angesichts der demografischen Entwicklung kann der ÖPNV bei entsprechender Gestaltung vielleicht sogar gesellschaftspolitischer Impulsgeber und gesellschaftspolitisches Bindeglied im ländlichen Raum für die Bereiche

- Bildung,
- Soziales und
- Gesundheit

werden. Dies sollte durch eine fein ausdifferenzierte Mobilitätsgarantie (jenseits der tradierten und voneinander isolierten Instrumente wie Wirtschaftsförderung, Raumordnung etc.) und eine integrative Vernetzung der Versorgungsangebote durch den ÖPNV unterstützt werden. So hätten diese Maßnahmen auch eine hohe kommunalpolitische Bedeutung in den ländlichen Regionen.

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation

Während die jüngere Generation mangels beruflicher Perspektiven im ländlichen Raum immer mehr in die städtischen Ballungszentren abwandert, verbleibt im ländlichen Raum eine immer älter werdende Bevölkerung.¹ So wird die Zahl der über 75-Jährigen in Deutschland bis zum Jahre 2050 von derzeit 6 Millionen auf 12 Millionen steigen, wobei auf dem Land eine weitaus stärkere Überalterung als in städtischen Ballungszentren absehbar ist. Nach einer Prognose des Statistischen Bundesamtes wird die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 2060 zwischen 12 bis 17 Millionen Einwohner weniger haben (derzeit etwa 82 Millionen). Die mit dem demografischen Wandel verbundenen Herausforderungen stehen im Fokus des öffentlichen Interesses, ein Patentrezept für die Lösung aller zukünftigen Probleme kann es aber nicht geben. Die Entwicklung der immer stärker schrumpfenden Einwohnerzahl wird unter anderem vom Statistischen Bundesamt und vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung intensiv untersucht (vgl. die Studien auf den Homepages www.destatis.de und www.berlin-institut.org). Die Bundesregierung versucht dieser Entwicklung mit einer eigenen Demografiestrategie entgegenzuwirken.²

Die Bevölkerungsgruppe der Älteren hat mit steigendem Alter nicht nur mit einem immer höheren Krankheitsrisiko, sondern auch mit einer immer weiter eingeschränkten Mobilität zu kämpfen. Gerade diese Bevölkerungsgruppe ist daher in verstärktem Maße auf eine gut erreichbare medizinische Versorgung angewiesen, zumal zurzeit etwa 30 % der Landbevölkerung über 65 Jahre keinen PKW besitzt. Diese Problematik beschäftigt auch die Krankenkassen, die nach neuen Konzepten suchen, um die Herausforderungen bewältigen zu können.³

Älter werden jedoch nicht nur die Patienten, sondern auch deren Ärzte. Bundesweit geben aktuell pro Jahr 2.500 Hausärzte aus Altersgründen ihre Zulassung ab. Schätzungen gehen gleichzeitig davon aus, dass in den nächsten Jahren zwei von drei dieser frei werdenden Stellen nicht nachbesetzt werden können.⁴

¹ Kluth, Verlangt der demografische Wandel eine neue Zuordnung der ärztlichen und sonstigen Gesundheitsdienstleistungen eine Problemskizze, in MedR 2010, 372 ff., 376, m.w.N.

² Vgl. u.a. das Modellvorhaben „Daseinsvorsorge 2030 – eine Antwort auf den demografischen Wandel“, das am 18.10.2010 der Bundesinnenminister in Berlin vorgestellt hat.

³ Hingewiesen sei in diesem Zusammenhang auf die Tagung des AOK-Bundesverbandes „Demografische Entwicklung – Herausforderung für die gesundheitliche Versorgung im ländlichen Raum“ am 29.09.2010 in Berlin.

⁴ Pranschke-Schade/Schade, Institut für hausärztliche Versorgungsstrukturen, SchadeBrief 03-04/10, Wie Hausärzte sich regional mit anderen Gruppen im Gesundheitswesen freiberuflich/mittelständisch selbst helfen können, Unterversorgung zu bewältigen.

Im Ergebnis führt dies dazu, dass gerade für die immobiler und älter werdende ländliche Bevölkerung die Wege zum Arzt, zur Reha-Einrichtung oder Apotheke immer länger werden. Der Allgemeinarzt ist für diese Menschen zukünftig nicht mehr durch einen Gang in den Ortskern fußläufig zu erreichen, sondern die hausärztliche Versorgung befindet sich oft erst in der nächstgrößeren Kreisstadt. Gleiches gilt schon heute für die Betreuung durch Fachärzte sowie eine evtl. notwendige ambulante oder stationäre Krankenhausbehandlung.

Diese schon an sich unbefriedigende Situation wird dadurch verschärft, dass aufgrund des Bevölkerungsrückganges, der damit verbundenen Änderung der Bevölkerungsstruktur (Abnahme der Schülerzahlen und Anwachsen der älteren Bevölkerung) sowie Änderungen der Siedlungsstruktur auf dem Land, ein flächendeckender öffentlicher Personennahverkehr zunehmend nicht mehr zu adäquaten Kosten aufrechterhalten werden kann. So gibt es bereits heute viele kleinere Ortschaften, in denen der ÖPNV (abgesehen von den Schülerverkehren) aus einem morgendlichen Bus in die nächste (Klein-) Stadt und einem abendlichen Bus zurück besteht. Ein derart ausgedünntes Angebot ist jedoch gerade für ältere, mobilitätseingeschränkte Menschen ohne eigenen PKW oft unzureichend, um u.a. eine adäquate medizinische Versorgung zu erhalten.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass schon jetzt – und zukünftig in immer stärkerem Umfang – in ländlichen Gebieten immobile und sogenannte „multi-morbide“ Bevölkerungsstrukturen auf wenige, oftmals weit entfernte medizinische Versorgungseinrichtungen, die mit konventionellen Linienverkehren nur schwer bis gar nicht bzw. nur mit erheblichem Zeitaufwand erreichbar sind, treffen werden. Aus dieser Perspektive lässt sich der demographische Wandel als gesamtgesellschaftliche Herausforderung erkennen, welche z.B. – und das steht im Fokus dieser Studie – nach veränderten Mobilitätsstrukturen verlangt.

Erhebliche Mängel in der gesundheitlichen Versorgung der ländlichen Bevölkerung und damit ein erheblicher Einbruch der Lebensqualität sind daher in Zukunft zu erwarten, sollte sich die skizzierte Entwicklung in den nächsten Jahren verfestigen. Neben den allgemeinen Risiken einer mangelnden (allgemein-) ärztlichen Versorgung, die z.B. zur Notwendigkeit kostspieliger stationärer Behandlungen aufgrund mangelnder Prävention führt, bleibt insbesondere zu befürchten, dass eine derartige Entwicklung zu einer Abwanderung der älteren Bevölkerung führen wird. Ältere Menschen wäre gezwungen, ihren Lebensabend an einem Standort mit einer besseren gesundheitlichen Infrastruktur zu planen. Diese Entwicklung würde den Rückgang der Bevölkerungszahlen im ländlichen Raum weiter beschleunigen und so das Problem, eine Grundversorgung in der Fläche aufrechtzuerhalten, verschärfen. Hinzu kommen die Nachteile für die Betroffenen, die im Alter zwischen einer Lebensumgebung mit mangelhafter Versorgung und einem Verzicht auf ihr soziales Umfeld wählen müssten. Auch würde dies den Interessen der Krankenkassen entgegenlaufen, die ein vitales Interesse daran haben, dass ihre Mit-

glieder möglichst gesund bleiben und ihre Gesundheit durch regelmäßige, nicht nur kurative, sondern präventive Arztbesuche schützen. Ein weiterer Bevölkerungsschwund in ländlichen Regionen wäre jedoch auch für die dort angesiedelten (verbleibenden) Ärzte und Krankenhäuser und die mit diesen zusammenarbeitenden Leistungsträger wie Apotheken, Sanitätshäuser, Physiotherapeuten und Pflegedienste sowie insbesondere für die jeweiligen Kommunen nicht wünschenswert, weil es die dort bestehenden medizinischen Infrastrukturen wirtschaftlich erheblich schwächen würde. Strukturell ist die Gefahr einer schleichenden Abwärtsspirale vorhanden, wenn nicht konzeptionell entgegengesteuert wird.

Es besteht daher in den ländlichen Regionen ein allgemeines Interesse vielfältiger Leistungsträger (mit nicht unerheblicher wirtschaftlicher Bedeutung für die Region) daran, Lösungen für die aufgezeigten Probleme zu finden. Eine der Schlüsselaufgaben bei der Suche von Lösungen liegt dabei sicher darin, in Regionen mit fehlenden flächendeckenden Nahverkehrsverbindungen, Alternativen für adäquate und gleichzeitig möglichst kostengünstige Transportmöglichkeiten der Bevölkerung zu medizinischen Versorgungseinrichtungen zu schaffen. Im Fokus der Studie steht deshalb die Situation der ländlichen Krankenhäuser, niedergelassenen Ärzte und Fachärzte sowie der gesetzlichen Krankenkassen und die Analyse der ÖPNV-Defizite in den zu untersuchenden Landkreisen.

1.2 Vorgehen und Beteiligte

Die Studie stellt eine Grundlagenuntersuchung zu Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen ÖPNV und medizinischen Versorgungseinrichtungen im ländlichen Raum dar. Der Fokus ist auf die Identifikation von Schnittstellen gerichtet, als ÖPNV-Aufgabenträger gemeinsam mit Akteuren aus dem Gesundheitsbereich Mobilität zu organisieren und auszuloten, welche Kooperationsansätze es geben kann und welche Kooperationsformen möglich sind. ÖPNV und Medizin hatten bisher wenige Berührungspunkte. Es gilt also für den ÖPNV herauszufinden, wie Mobilität im medizinischen Bereich organisiert wird und welche Mobilitätsbedürfnisse es überhaupt gibt.

An der Studie sind vier Landkreise mit den auf ihrem Gebiet ansässigen Krankenhäusern beteiligt:

- Landkreis Osterholz und Kreiskrankenhaus Osterholz
- Landkreis Diepholz und St. Ansgar Klinikverbund
- Landkreis Ammerland und Ammerland Klinik GmbH
- Landkreis Oldenburg und Krankenhaus Johanneum Wildeshausen

Bei den Krankenhäusern handelt es sich um Krankenhäuser mit relativ großem regionalem Einzugsgebiet.

Als weitere Kooperationspartner sind beteiligt:

- AOK Niedersachsen
- GewiNet – Kompetenzzentrum Gesundheitswirtschaft e.V.
- Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN)
- Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V.

Der Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen (ZVBN) als Auftraggeber der Pilotstudie ist gleichzeitig als Aufgabenträger für den straßengebundenen ÖPNV in die Studie eingebunden und vertritt die Interessen der Fahrgäste und Kommunen.

Vorgenommen wird zunächst eine Ist-Analyse der bestehenden Situation unter Darstellung der Interessenlage aller eben genannten Beteiligten (Patienten bzw. Fahrgäste, Ärzte und Krankenhäuser, Verkehrsunternehmen, Kommunen etc.). Diese erfolgt auf Grundlage von Recherchen sowie Interviews und Expertengesprächen.

Interviews und Expertengespräche wurden geführt mit:

- den Geschäftsführern der ausgewählten Kreiskrankenhäuser,
- der AOK Niedersachsen,
- der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,
- den Landkreisen Osterholz und Diepholz und
- dem Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V.

Die Anforderungen der Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte an die ÖPNV-Anbindung werden der bestehenden ÖPNV-Versorgung gegenübergestellt, um Defizite identifizieren zu können. Bei dieser Zusammenstellung werden auch die möglicherweise unterschiedlichen Zielsetzungen der unterschiedlichen Einrichtungen herausgearbeitet. So versucht die AOK zur Optimierung der Versorgung im ländlichen Raum, die Versorgung weiterhin in die ländliche Region zu bringen, wie z.B. im Modell „Gemeindeschwester“. Der Ansatz zur Daseinsvorsorge im ÖPNV sieht dagegen eher vor, die Menschen zu den medizinischen Einrichtungen zu bringen. Hier gilt es, die unterschiedlichen Ansätze zu identifizieren und in einem Gesamtkonzept aufeinander abzustimmen.

Anhand der Analyse der demografischen Entwicklung in den beteiligten Kreisen, der Planungen der Krankenhäuser und der AOK sowie des ZVBN lassen sich Aussagen treffen, ob sich die identifizierten Defizite aufgrund des demo-

grafischen Wandels zukünftig verschärfen werden bzw. welche Probleme sich zukünftig noch ergeben können.⁵

Die Ist-Analyse liefert außerdem erste Ansatzpunkte, welche finanziellen Mittel außerhalb des traditionellen ÖPNV-Systems für die ÖPNV-Anbindung verwendet oder zur Verfügung stehen werden und wo Ansatzpunkte für eine effizientere Mittelverwendung zu finden sind.

Anschließend wird im nächsten Schritt herausgearbeitet, welche öffentlichen Bedienformen als Transportmittel zu medizinischen Versorgungseinrichtungen grundsätzlich geeignet wären und was konkret getan werden muss, um derartige Verkehre verkehrlich und wirtschaftlich sinnvoll sowie rechtlich tragfähig ins Leben zu rufen. Dafür wird im Einzelnen für die jeweiligen Akteure beleuchtet, welche bereits vorhandenen bzw. zukünftig umsetzbaren Möglichkeiten der Kooperation mit den Betreibern solcher Verkehre bestehen und welche Verbesserungsmöglichkeiten und weiteren Umsetzungsmöglichkeiten infrage kommen.

Es ist dabei davon auszugehen, dass künftig im Sinne einer gesamtplanerischen Integration (Raumordnung) spezifische medizinische Versorgungseinrichtungen in den Mittelzentren konzentriert sein werden (Krankenhäuser, Fachärzte, Reha-Einrichtungen etc.), während für das regionale Umland ein stabiles Allgemeinmediziner-Netz mit ggf. zusätzlichen Einrichtungen (z.B. „Gemeindeschwester“) erhalten wird. Zu berücksichtigen sind medizinische Versorgungsfahrten des ÖPNV von und zu den Mittelzentren und der Binnenverkehr der Fachärzte für Allgemeinärzte in der Fläche.

Abschließend werden basierend auf den Ergebnissen der Untersuchung Handlungsempfehlungen ausgesprochen, welche weiteren Schritte zur Umsetzung und Vertiefung der gewonnen Erkenntnisse zu empfehlen sind.

1.3 Ziele und Prämissen der Studie

Neben dem ZVBN als Aufgabenträger des ÖPNV und den Verkehrsunternehmen als Leistungserbringer gibt es auch andere Akteure, die Mobilitätsdienstleistungen zur Verfügung stellen oder wie die Krankenkassen oder Fachärzte für Allgemeinmedizin (im Folgenden Allgemeinmediziner)/sonstige Fachärzte daran interessiert sind, dass derartige Leistungen bereitgestellt werden.

Die Studie verfolgt zwei Ziele. Dies ist zum einen zu prüfen, ob Angebote, die derzeit außerhalb des traditionellen ÖPNV zur Verfügung gestellt werden, in das bestehende Angebot integriert werden können und ob auf diese Weise

⁵ Demografische Daten werden vom Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen zur Verfügung gestellt (<http://www.demografie-monitoring.de>), umfangreiches Datenmaterial findet sich auch bei der Bertelsmann-Stiftung, Wegweiser Kommune (<http://www.wegweiser-kommune.de>)

Synergieeffekte für die Beteiligten in Form einer umfassenden Verbesserung des Angebots und Kostenreduzierungen zu realisieren sind. Zum anderen sollen neue Partner gewonnen werden, die an einer Verbesserung des ÖPNV-Angebots interessiert sind, dafür auch Mittel zur Verfügung stellen würden, aber selber nicht für die Planung um Umsetzung zuständig sind, wie z.B. die Krankenhäuser und Allgemeinmediziner/Fachärzte. Über den Gewinn zusätzlicher Mittel könnte insgesamt ein verbessertes ÖPNV-Angebot zur Verfügung gestellt werden, zu Bedingungen, d.h. vor allem Kosten, die von einem Partner allein nicht realisierbar wären.

Unter einem verbesserten Angebot ist dabei die Verbesserung der Erreichbarkeit der Krankenhäuser wie auch der niedergelassenen Ärzte zu verstehen. Das erweiterte Angebot soll allen Fahrgästen offen stehen, d.h. sowohl für alle Fahrgäste mit dem Ziel Krankenhaus als auch für Fahrgäste, die ein anderes Fahrtziel haben.

Mit diesen Zielen verbindet der ZVBN folgende Anforderungen an die ÖPNV-Versorgung im ländlichen Raum:

- Aufrechterhaltung einer ÖPNV-Grundversorgung im ländlichen Raum,
- finanzielle Absicherung bestehender ÖPNV-Angebote im ländlichen Raum unter Mitbeteiligung der Akteure im Gesundheitswesen, und
- Etablierung einer Mischfinanzierung des ÖPNV unter
- Verbesserung der ÖPNV-Raumerschließung durch neue (Zubringer-) Angebote, welche die Erreichbarkeit der Krankenhäuser bzw. niedergelassenen Ärzte/Fachärzte für Patienten und Besucher verbessern.

2 Bestandsanalyse

2.1 Bestandsanalyse der Landkreise, des Kommunalverbunds Niedersachsen/Bremen e.V. und des ZVBN

2.1.1 Vorgehen

In einem ersten Schritt wird in Kap. 2.1.2, 2.1.3 und 2.1.4 die Ausgangssituation in den Landkreisen Osterholz und Diepholz hinsichtlich

- der Bevölkerungsentwicklung,
- der Entwicklung der medizinischen Versorgung und
- der Interessenlage der Beteiligten (ZVBN als Aufgabenträger für den strabengebundenen ÖPNV sowie Landkreise und Kommunalverbund)

dargestellt und analysiert. Das derzeitige ÖPNV-Angebot wird im Kap. 2.3 beschrieben. Die für diese Analyse notwendige Datenerhebung gestaltete sich als sehr zeitintensiv und konnte aus diesem Grund nur für zwei der vier beteiligten Landkreise erfolgen. Ausgewählt wurden die Landkreise Osterholz und Diepholz, da in den Landkreisen Ammerland und Oldenburg das ÖPNV-Angebot vor allem im Hinblick auf die Anbindung der Krankenhäuser vergleichsweise besser war, siehe dazu auch Kap. 2.3.1.

Die Grundlage für diese Analyse bilden die je Landkreis verfügbaren Daten zur Bevölkerungsentwicklung (www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, Daten auf Gemeindeebene), der Krankenhausplan Niedersachsen 2011, die für die Lokalisierung und Spezialisierung der niedergelassenen Ärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen veröffentlichten Daten (<http://www.arztauskunft-niedersachsen.de>) sowie Daten des ZVBN zum derzeitigen ÖPNV-Angebot. Die Ergebnisse aus den Interviews mit den Landkreisen, dem Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V. und dem ZVBN sind ebenfalls Grundlage der Bestandsanalyse.

2.1.2 Landkreis Osterholz

Übersicht

Der Landkreis Osterholz grenzt an Bremen und erstreckt sich im Norden bis an den Landkreis Cuxhaven, im Westen begrenzt die Weser den Landkreis und im Osten schließt der Landkreis Rotenburg an. Mit einer West-Ost-Ausdehnung von rund 40 km und einer Nord-Süd-Ausdehnung von 30 km umfasst der Kreis eine Fläche von insgesamt 650 km². Bei einer Bevölkerung von knapp 120.000 EW und einer Bevölkerungsdichte von 172 EW/km² liegt der Kreis im Vergleich der niedersächsischen Landkreise insgesamt im Mittel-

feld.⁶ Der Kreis setzt sich zusammen aus der Stadt Osterholz-Scharmbeck, der Samtgemeinde Hambergen sowie den fünf Gemeinden Grasberg, Lilienthal, Ritterhude, Schwanewede und Worpswede. Zentraler Ort des Kreises ist die Kreisstadt Osterholz-Scharmbeck mit 30.000 Einwohnern. Aufgrund der wirtschaftlichen Bedeutung Bremens pendeln viele Einwohner des Landkreises Osterholz nach Bremen.

Abbildung 1: Tabelle der Basisdaten des Landkreises Osterholz

Fläche	Einwohner	Bevölkerungsdichte	Gliederung des Kreises	Sitz der Kreisverwaltung	Krankenhäuser
651 km ²	111.868	172 EW/km ²	1 Stadt, 5 mittelgroße Gemeinden, 1 Samtgemeinde	Osterholz-Scharmbeck	Kreiskrankenhaus Osterholz, Residenzkliniken Lilienthal

Daten: www.landkreis-osterholz.de (Wohnbevölkerung (Stand: 30.06.2011))

Bevölkerungsentwicklung und Entwicklungsperspektiven der Gemeinden

Die Bevölkerung im Landkreis Osterholz wird bis zum Jahr 2025 im Vergleich zum Jahr 2009⁷ um ca. 3,5 % zurückgehen, d.h. es wird im Jahr 2025 rund 4.000 Einwohner weniger im Landkreis geben. Diese Entwicklung ist in allen Gemeinden zu verzeichnen, wenngleich auch unterschiedlich stark. Der Bevölkerungsrückgang ist am schwächsten in den Umlandgemeinden von Bremen, d.h. in Ritterhude mit einer Stagnation, in Schwanewede mit -1,2% und in Lilienthal mit -2,7%. In den übrigen Gemeinden ist ein Rückgang zwischen knapp -4% und gut -6,2% zu verzeichnen.

Abbildung 2: Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Osterholz 2009-2025

Gemeinde/Stadt	EW 09	EW 25	in Prozent
Osterholz-Scharmbeck, Stadt	30.275	28.905	-4,50
Schwanewede	19.971	19.729	-1,20
Grasberg	7.641	7.198	-5,80
Ritterhude	14.654	14.650	0,00
Worpswede	9.427	9.147	-3,00
Lilienthal	18.297	17.805	-2,70
Hambergen, SG	11.750	11.021	-6,20

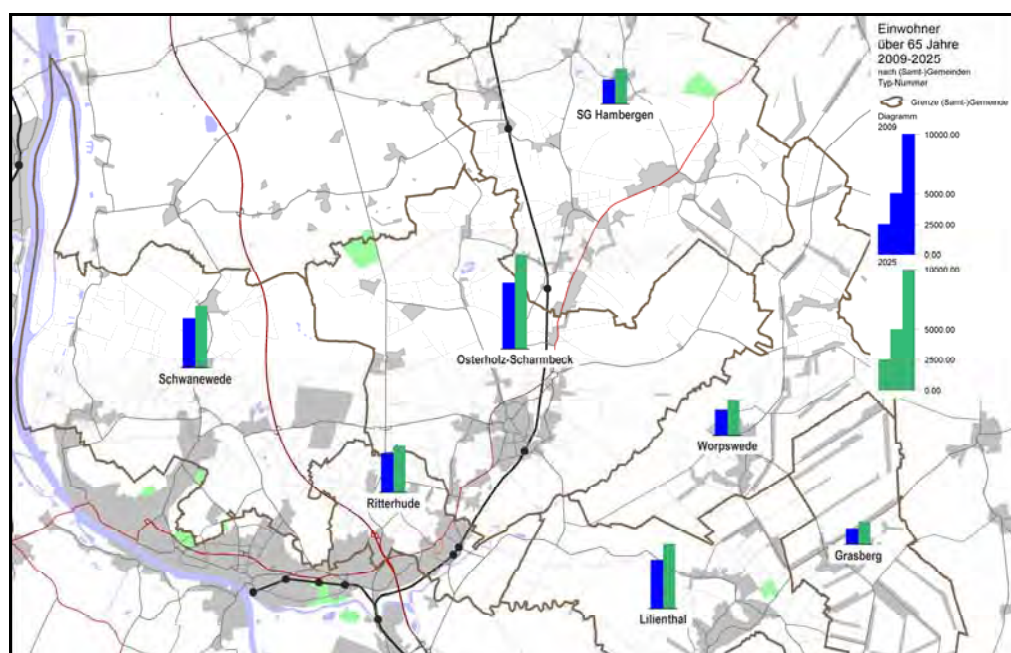
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Kommunalverbund Niedersachsen-Bremen e.V., www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, eigene Berechnungen, alle Daten auf Gemeinde- oder Samtgemeindeebene, Basisjahr 2009, Prognosejahr 2025

⁶ Statistische Berichte Niedersachsen, Niedersächsisches Landesamt für Statistik, die Ergebnisse der regionalen Bevölkerungsvorausschätzung für Niedersachsen bis zum 01.01.2021, August 2005

⁷ Da viele der Prognosen (durch www.wegweiser-kommune.de) nur für den Zeitraum von 2009 bis 2025 vorliegen, wurden alle anderen Daten für den Zeitraum 2009 bis 2025 umgerechnet (linear).

Der Anteil der über 65-Jährigen wird dabei in allen Gemeinden ansteigen.⁸ Insgesamt steigt die Zahl der über 65-Jährigen im Landkreis Osterholz um 8.200 Einwohner von rund 23.400 (2009) auf ca. 31.600 (2025) und damit um gut 35%.

Abbildung 3: Entwicklung der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Landkreis Osterholz von 2009 bis 2025



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Kommunalverbund Niedersachsen-Bremen e.V., www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, eigene Berechnungen, alle Daten auf Gemeinde- oder Samtgemeindeebene, Basisjahr 2009, Prognosejahr 2025

Neben der Bevölkerungsentwicklung sind zur Abschätzung der möglichen ÖPNV-Nachfrage auch andere Faktoren wie z.B. die Wirtschaftsentwicklung relevant. Eine Übersicht zur zukünftigen Entwicklung der Gemeinden auf Basis unterschiedlicher Einflussfaktoren, die für die Prosperität der Gemeinde relevant sind, gibt der „Wegweiser Kommune“ der Bertelsmann-Stiftung.⁹ Insgesamt werden hier neun Cluster gebildet, mittels derer die Gemeinden typisiert werden.¹⁰

Im Landkreis Osterholz dominieren die Gemeindetypen 5 und 6, d.h. stabile Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit hohem Familienanteil sowie Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit geringer Dynamik.

⁸ Daten entnommen aus Kommunalverbund Niedersachsen-Bremen e.V., www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, eigene Berechnungen, alle Daten auf Gemeinde- oder Samtgemeindeebene, Basisjahr 2009, Prognosejahr 2025

⁹ www.wegweiser-kommune.de, nachzulesen und weitere Details unter: http://www.wegweiser-kommune.de/datenprognosen/demographietypen/download/pdf/CI-3_lfd9.pdf

¹⁰ Die Gemeindetypen „Wirtschaftlich starke Städte und Gemeinden mit hoher Arbeitsplatzzentralität (Gemeindotyp 8)“ und „Exklusive Standorte (Gemeindotyp 9)“ sind für die betrachteten Landkreise nicht relevant, da sie sich in erster Linie auf urbane und nicht auf ländliche Räume beziehen.

Abbildung 4: Tabelle der Gemeindetypen im Landkreis Osterholz

Typ	Beschreibung Gemeindetyp	Gemeinden/Städte im LK Osterholz
1	Stabile Mittelstädte und regionale Zentren mit geringem Familienanteil	Typ kommt im LK nicht vor
2	Suburbane Wohnorte mit hohen Wachstumserwartungen	Typ kommt im LK nicht vor
3	Suburbane Wohnorte mit rückläufigen Wachstumserwartungen	Lilienthal
4	Schrumpfende und alternde Städte und Gemeinden mit hoher Abwanderung	Typ kommt im LK nicht vor
5	Stabile Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit hohem Familienanteil	SG Hambergen, Ritterhude, Grasberg
6	Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit geringer Dynamik	Schwanewede, Stadt Osterholz-Scharmbeck, Worswede
7	Prosperierende Städte und Gemeinden im ländlichen Raum	Typ kommt im LK nicht vor

Daten: www.wegweiser-kommune.de

Diese Einordnung der Gemeinden zeigt, dass im Landkreis Osterholz nicht mit extremen Endwicklungen zu rechnen ist. Jedoch kommt es in den meisten Gemeinden entsprechend der rückläufigen Bevölkerungsentwicklungen zu einer insgesamt geringen Entwicklungsdynamik. Eine Übersicht über die Verteilung der Gemeindetypen im Landkreis gibt die folgende Karte.

Abbildung 5: Übersicht der Gemeindetypen im Landkreis Osterholz



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: www.wegweiser-kommune.de

Medizinische Versorgung - Krankenhäuser

Im Landkreis Osterholz gibt es zwei Krankenhäuser. In der Kreisstadt Osterholz-Scharmbeck liegt das Kreiskrankenhaus Osterholz. Außerdem gibt es im Landkreis die in privater Trägerschaft befindlichen Residenz-Kliniken in Lilienthal. Zusammen kommen beide Standorte auf gut 200 Betten.¹¹ In den angrenzenden Landkreisen befinden sich drei Krankenhäuser, in der Stadt Bremen stehen insgesamt 10 Krankenhäuser¹² zur Verfügung.

Abbildung 6: Übersicht der Krankenhausstandorte (LK Osterholz und Umgebung)



Quelle: Eigene Darstellung, Daten: Krankenhausplan Niedersachsen 2011

In Niedersachsen werden die im Krankenhausplan aufgeführten Krankenhäuser gemäß § 3 Abs. 3 Nds. KHG gegliedert. Dies umfasst eine Differenzierung nach medizinischen Fachrichtungen, Planbetten und Funktionseinheiten sowie Ausbildungsstätten nach § 2 Nr. 1 a Nds. KHG. Der Krankenhausplan entwickelt die bestehende regionale Betten- und Leistungskapazität jährlich fort, so dass eine gute stationäre Gesundheitsversorgung gewährleistet ist. Die Verantwortung für die angemessene Versorgung liegt bei den Ländern. Beim Niedersächsischen Krankenhausplan handelt es sich um einen Rahmenplan, der durch ergänzende Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 5 SGB V zwischen den Vertragsparteien näher konkretisiert werden kann.

Für die Patienten gilt grundsätzlich eine freie Krankenhauswahl; diese unterliegt allerdings einigen Einschränkungen, wie z.B. dem Grundsatz der Kostenminimierung. So kann die gesetzliche Krankenkasse bei der Wahl eines weiter entfernt gelegenen Krankenhauses die Differenz der Pflegesätze vom Patienten zurückfordern, sollten diese in der behandelnden Klinik über jenen liegen, die das örtliche Krankenhaus berechnet.

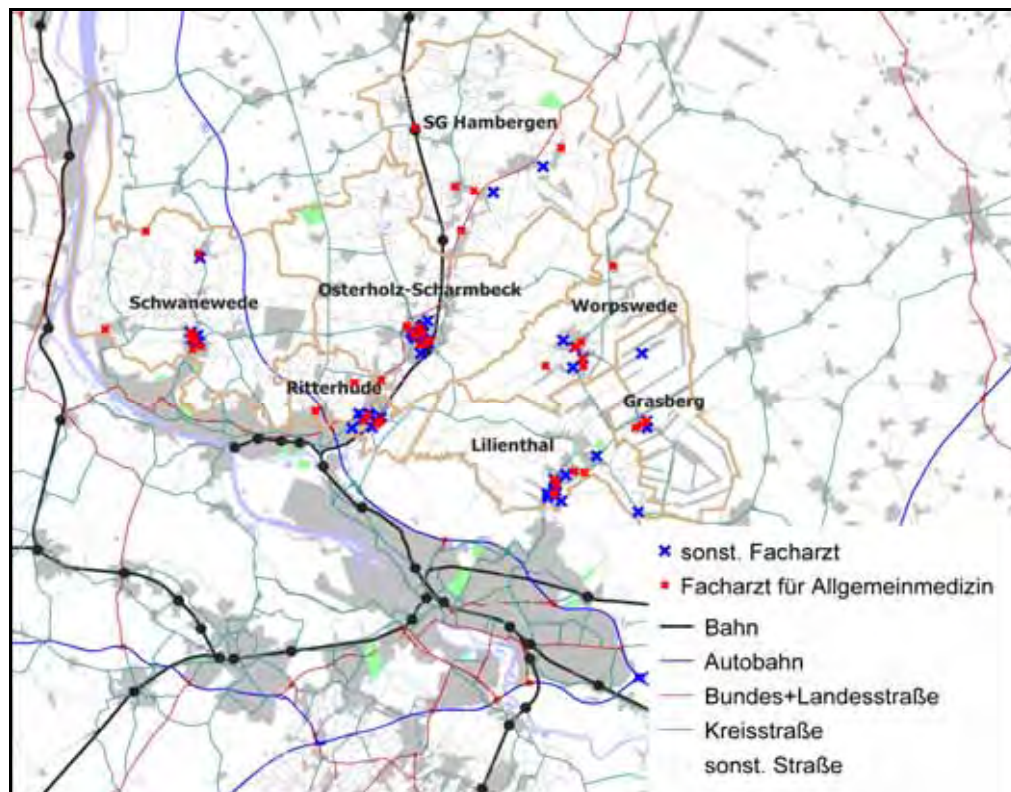
¹¹ Weitere Details zu Betten und Fachrichtungen des Kreiskrankenhauses Osterholz finden sich in Kapitel 2.2.3.1.

¹² www.krankenhauswegweiser.bremen.de, die Krankenhäuser der Stadt Bremen

Medizinische Versorgung – Arztsitze

Im Landkreis Osterholz gibt es aktuell insgesamt 59 Fachärzte für Allgemeinmedizin (im Folgenden „Allgemeinärzte“) und 125 sonstige Fachärzte. Eine Übersicht zur Verteilung der Arztpraxen im Landkreis gibt die folgende Karte.

Abbildung 7: Standorte der Arztpraxen im Landkreis Osterholz



Quelle: Eigene Darstellung, Daten: <http://www.arztauskunft-niedersachsen.de>

Allgemeinärzte wie auch die Fachärzte befinden sich überwiegend in den Gemeindezentren.

Die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) geht davon aus, dass es in den kommenden Jahren weniger Nachrücker als frei werdende Arztsitze geben wird. Nach Einschätzung des KVN-Vorsitzenden Eberhard Gramsch wird es deswegen (...) "vor allem in den ländlichen Regionen Niedersachsens schon jetzt immer schwieriger, Allgemeinarztpraxen zu besetzen."¹³ Diese und die folgenden Einschätzungen gelten in gleichem Maße natürlich auch für den Landkreis Diepholz.

Um dem absehbaren Ärztemangel entgegenzuwirken wurde z.B. in Sachsen-Anhalt das Renteneintrittsalter für Ärzte bereits von 65 auf 67 Jahre angeho-

¹³ http://www.kvn.de/icc/internet/nav/e1e/e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&sel_uCon=f9070951-aa47-1c21-f7bb-b1860b8ff6bc&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042.htm

ben, in anderen Bundesländern geschieht dies schrittweise z.B. nach dem Geburtsjahr der Ärzte. Auch verlieren Ärzte bundesweit nun nicht mehr automatisch mit 68 Jahren ihre Kassenzulassung und dürfen über dieses Alter hinaus (freiwillig) tätig sein.¹⁴

Ansatzpunkt der KVN zur Verbesserung der Versorgungssituation ist es, über eine Entlastung der Ärzte den Beruf attraktiver zu machen, damit sich wieder mehr Ärzte auf dem Land niederlassen. Die KVN hat dazu das Modellprojekt MoNi ("Modell Niedersachsen") gestartet, in dem medizinische Fachangestellte in ausgewählten Regionen vom Arzt delegierbare Tätigkeiten im Wohnumfeld des Patienten selbständig ausführen. Diese Dienstleistungen werden also zum Patienten verlagert.¹⁵

Nur wenige Allgemeinarztpraxen sind mit den neuesten technischen Geräten ausgestattet. Meist gibt es ein Basisultraschallgerät, darüber hinausgehende Technik, deren Anschaffung nur bei häufiger Nutzung lohnend ist, fehlt oftmals.¹⁶

Für die allgemeine Entwicklung der Allgemeinarztversorgung im ländlichen Raum in den nächsten zehn Jahren lassen sich folgende Tendenzen feststellen: Nach Aussagen der KVN wird sich die spezialisierte Facharztversorgung in den Zentren und an den Krankenhäusern konzentrieren. Auch die Allgemeinärzte würden sich in stärkerem Maße zu Praxismgemeinschaften von drei bis vier Ärzten in den Zentren von (Samt-)Gemeinden zusammenschließen.¹⁷ Tendenziell streben viele Ärzte heute schon an, in Gemeinschaftspraxen zu arbeiten. Die Zusammenarbeit im ärztlichen Bereich – v. a. in den Krankenhäusern – wandelt sich von streng hierarchisch zu teamorientiert. Junge Ärzte wollen dann auch als niedergelassene Ärzte weiter im Team arbeiten.¹⁸

Rund zwei Drittel der Ärzte, die zurzeit ihr Studium abschließen, sind Frauen. Diese haben andere Vorstellungen von einer anzustrebenden work-life balance als die bisherigen „traditionellen“ Allgemeinärzte auf dem Land (Teilzeit zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf, familiengeeignete Infrastruktur am Standort, Teamarbeit etc.), was zusätzlich dazu führen wird, dass es nicht mehr in jedem Gemeindeteil einen Allgemeinarzt geben wird. Im Gegensatz zu den Städten gibt es in den Landkreisen für Allgemeinärzte keine Niederlassungssperre mehr. Es gibt zurzeit etliche unbesetzte Allgemeinarztsitze, z.B. fehlen 14 Allgemeinärzte im Landkreis Cloppenburg. Diese Konzentration der Allgemeinärzte auf die (Sub-)Zentren der Gemeinden wird zu erhöhten Mobilitätsansprüchen der Bevölkerung führen.¹⁹

¹⁴ <http://www.altersdiskriminierung.de/themen/artikel.php?id=2951>

¹⁵ http://www.kvn.de/icc/internet/nav/e1e/e1e70363-b94e-4821-b7d8-f51106fa453d&sel_uCon=f9070951-aa47-1c21-f7bb-b1860b8ff6bc&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000042.htm

¹⁶ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4 f.

¹⁷ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4 ff.

¹⁸ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4 f.

¹⁹ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4 f.

2.1.3 Landkreis Diepholz

Übersicht

Der Landkreis Diepholz grenzt im Norden an Bremen und erstreckt sich im Süden bis zur Landesgrenze Nordrhein-Westfalens. Im Westen liegen die Landkreise Oldenburg und Vechta, im Osten die Landkreise Verden und Nienburg/Weser. Mit einer West-Ost-Ausdehnung von ca. 44 km und einer Nord-Süd-Ausdehnung von ca. 70 km umfasst der Kreis eine Fläche von insgesamt 1.987 km². Bei einer Bevölkerung von rund 214.000 EW und einer Bevölkerungsdichte von 107 EW/km² liegt der Landkreis im Vergleich der niedersächsischen Landkreise im Mittelfeld.²⁰ Der Landkreis gliedert sich in fünf Städte (Bassum, Diepholz, Sulingen, Syke, Twistringen), drei Gemeinden (Stuhr, Wagenfeld, Weyhe) und vier Samtgemeinden (Altes Amt Lemförde, Barnstorf, Bruchhausen-Vilsen, Kirchdorf, Rehden, Schwaförden, Siedenburg).

Abbildung 8: Tabelle der Basisdaten des Landkreises Diepholz

Fläche	Einwohner	Bev.-dichte	Gliederung des Kreises	Sitz der Kreisverwaltung	Krankenhäuser
1.988 km ²	213.558	107 EW/km ²	5 Städte, 3 mittelgroße Gemeinden, 7 Samtgemeinden	Diepholz	St. Ansgar Kliniken (4 Häuser)

Daten: www.diepholz.de

Die Kreisverwaltung befindet sich in Diepholz. Der wirtschaftliche Schwerpunkt des Kreisgebietes liegt im Norden im Umland von Bremen. Hier befinden sich mit Stuhr, Weyhe und Syke die größten Gemeinden bzw. Städte des Landkreises. Stuhr hat gut 33.000, Weyhe 30.000 und Syke 24.000 Einwohner. Der Süden in Richtung Nordrhein-Westfalen ist dagegen ländlich geprägt. Die größten Städte sind Diepholz mit gut 16.000 Einwohnern, gefolgt von Bassum mit gut 15.000 Einwohnern und Sulingen sowie Twistringen mit gut 12.000 Einwohnern. Eine Ausnahme in der Struktur des Landkreises bildet dabei die Samtgemeinde Altes Amt Lemförde. Aufgrund der Industrieunternehmen ZF Lemförder und BASF Polyurethanes weist diese Samtgemeinde die höchste Arbeitsplatzdichte und sehr positive sozio-ökonomische Prognosen auf. Dies spiegelt sich auch in der Einstufung des Gemeindetyps für die Samtgemeinde.

Bevölkerungsentwicklung und Entwicklungsperspektiven der Gemeinden

Die Bevölkerungszahl im Landkreis Diepholz wird bis zum Jahr 2025 verglichen mit dem Jahr 2009 um ca. 3,4 %, d.h. um rund 8.000 Einwohner, abnehmen. Die Bevölkerungsentwicklung in den einzelnen Gemeinden verläuft

²⁰ Statistische Berichte Niedersachsen, Niedersächsisches Landesamt für Statistik, die Ergebnisse der regionalen Bevölkerungsvorausschätzung für Niedersachsen bis zum 01.01.2021, August 2005

dabei sehr unterschiedlich. Ein Wachstum von bis zu gut 1 % werden Diepholz und Sulingen sowie die Samtgemeinden Altes Amt Lemförde und Kirchdorf verzeichnen, die Bevölkerungszahl in Stuhr stagniert. In allen anderen Gemeinden sind dagegen Rückgänge um gut 3 % zu verzeichnen. Nur in der Gemeinde Wagenfeld kommt es zu einem deutlich stärkeren Bevölkerungsrückgang von fast 7 %.

Abbildung 9: Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Diepholz 2009-2025

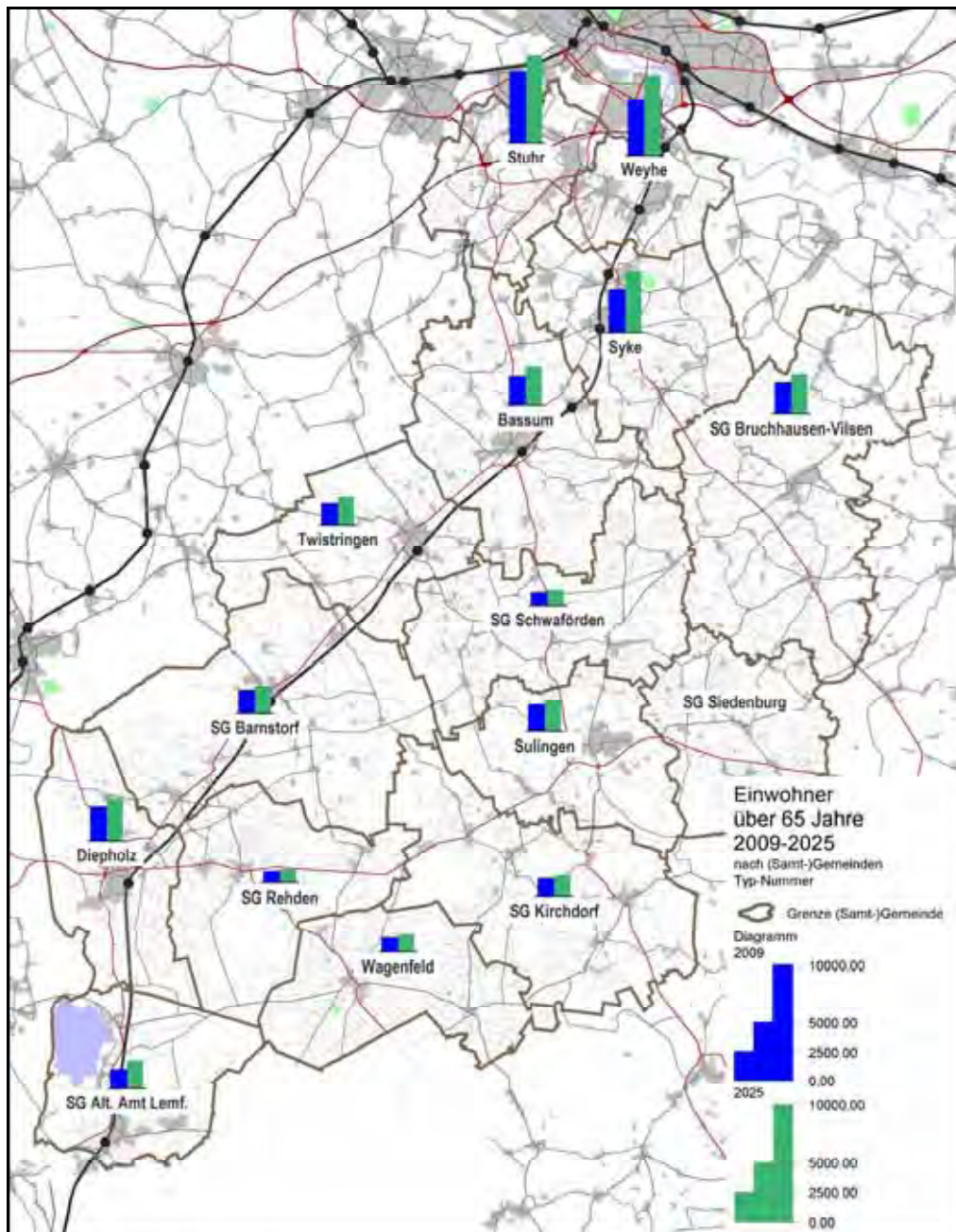
Gemeinde/Städte	EW 09	EW 25	in Prozent
Stuhr	33.151	33.187	0,1
Weyhe	30.376	29.348	-3,4
Syke, Stadt	24.401	23.606	-3,3
Bassum, Stadt	15.899	15.286	-3,9
Twistringern, Stadt	12.430	11.972	-3,7
SG Schwaförden	6.917	6.685	-3,4
SG Bruchhausen-Vilsen	16.795	16.181	-3,6
SG Barnstorf	11.614	11.253	-3,1
Sulingen, Stadt	12.599	12.694	0,8
Diepholz, Stadt	16.541	16.694	0,9
SG Rehden	5.631	5.560	-1,3
SG Kirchdorf	7.555	7.625	0,9
Wagenfeld	6.903	6.445	-6,6
SG Altes Amt Lemförde	6.753	6.826	1,1
SG Siedenburg²¹	4.853	-	-

Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Kommunalverbund Niedersachsen-Bremen e.V., www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, eigene Berechnungen, alle Daten auf Gemeinde- oder Samtgemeindeebene, Basisjahr 2009, Prognosejahr 2025

Der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der Gemeinde wird laut Prognose in allen Gemeinden steigen. Der stärkste Anstieg ist in Weyhe, Syke und Stuhr zu verzeichnen. Insgesamt steigt die Zahl der über 65-Jährigen im Landkreis Diepholz um 13.200 Einwohner von fast 45.000 (2009) auf ca. 58.200 (2025) und damit um rund 30 %.

²¹ Die Samtgemeinde Siedenburg ist aufgrund einer Einwohnerzahl von unter 5.000 EW nicht in der Systematik von Wegweiser Kommune aufgenommen worden. Zudem liegt die SG außerhalb der vom Kommunalverband Niedersachsen/Bremen e.V. untersuchten Region. Daher liegen weder Prognosen noch eine Einordnung des Gemeindetyps vor. Die Einwohnerzahl in 2009 geht aus den statistischen Daten des Niedersächsischen Landesamtes hervor, die von der Wirtschaftsförderung des LK Diepholz zur Verfügung gestellt wurden. Hinsichtlich der Bevölkerungsdynamik lässt sich die Samtgemeinde Siedenburg mit der SG Schwaförden vergleichen.

Abbildung 10: Entwicklung der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Landkreis Diepholz von 2009 bis 2025



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Kommunalverbund Niedersachsen-Bremen e.V., www.kommunalverbund.de, www.wegweiser-kommune.de, eigene Berechnungen, alle Daten auf Gemeinde- oder Samtgemeindeebene, Basisjahr 2009, Prognosejahr 2025

Im Landkreis Diepholz dominiert der Gemeindetyp 5, stabile Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit hohem Familienanteil. Diesem Gemeindetyp werden insgesamt 13 Gemeinden zugeordnet. Vier Gemeinden entsprechen dem Gemeindetyp 6, d. h. Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit geringer Dynamik. Diepholz und Sulingen Stadt fallen unter die Kategorie "Stabi-

le Mittelstädte und regionale Zentren mit geringem Familienanteil" und allein die Samtgemeinde Altes Amt Lemförde wird unter "Prosperierende Städte und Gemeinden im ländlichen Raum" geführt.

Abbildung 11: Tabelle der Gemeindetypen im Landkreis Diepholz²²

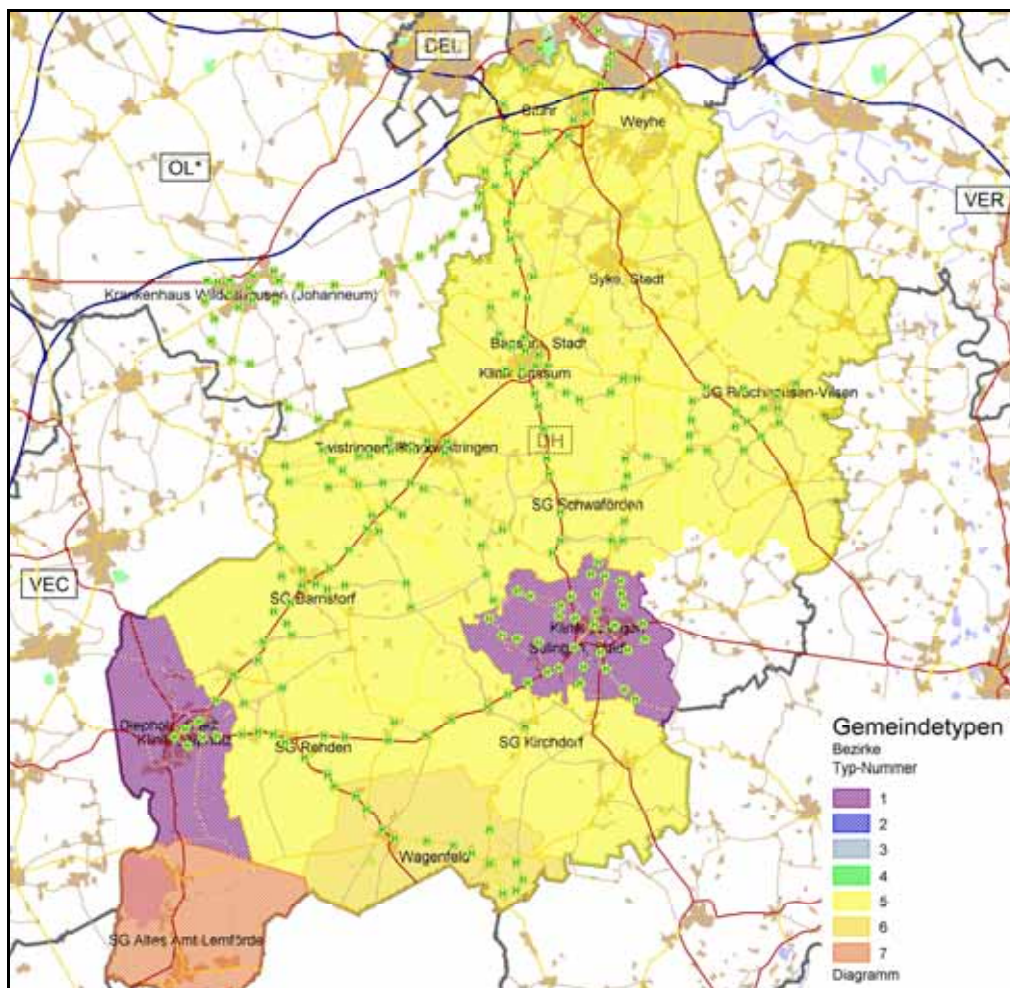
Typ-Nr.	Beschreibung Gemeindetyp	Ergebnisse Gemeinden/Städte im Landkreis Diepholz
1	Stabile Mittelstädte und regionale Zentren mit geringem Familienanteil	Stadt Diepholz, Stadt Sulingen
2	Suburbane Wohnorte mit hohen Wachstums-erwartungen	Typ kommt im LK nicht vor
3	Suburbane Wohnorte mit rückläufigen Wachstums-erwartungen	Typ kommt im LK nicht vor
4	Schrumpfende und alternde Städte und Gemeinden mit hoher Abwanderung	Typ kommt im LK nicht vor
5	Stabile Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit hohem Familienanteil	Stadt Twistringen, Weyhe, Stuhr, Stadt Bassum, Stadt Syke, SG Bruchhausen-Vilsen, SG Schwaförden, SG Barnstorf, SG Kirchdorf, SG Rehden
6	Städte und Gemeinden im ländlichen Raum mit geringer Dynamik	Wagenfeld
7	Prosperierende Städte und Gemeinden im ländlichen Raum	SG Altes Amt Lemförde

Daten: www.wegweiser-kommune.de

Eine Übersicht über die Verteilung der Gemeindetypen im Landkreis gibt die folgende Karte.

²² Die SG Siedenburg ist in der Untersuchung nicht enthalten, da sich die Untersuchung aus methodischen Gründen nur auf Kommunen, die im Jahr 2003 über 5.000 Einwohner hatten, bezieht

Abbildung 12: Übersicht der Gemeindetypen im Landkreis Diepholz



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: www.wegweiser-kommune.de

Medizinische Versorgung – Krankenhäuser

Im Landkreis Diepholz gibt es ausschließlich den Klinikverbund St. Ansgar, ein Zusammenschluss aus vier Krankenhäusern mit den Standorten Bassum, Sulingen, Twistringen und Diepholz. Neben den Kliniken gehört zum St. Ansgar Klinikverbund auch die Tagespflege und die Wohnpflege St. Josef in Twistringen. Die Klinikverwaltung hat ihren Sitz in Eydelstedt.

Im Umfeld des Landkreis Diepholz befinden sich in den angrenzenden Landkreisen in mittlerer Entfernung zur Landkreisgrenze immerhin 13 Krankenhäuser. Zusammen mit den zehn Klinikstandorten in Bremen scheint es sich also auf den ersten Blick um ein sehr gutes und dichtes Angebot zu handeln. Ein Blick auf die folgende Karte verdeutlicht allerdings schnell die Versorgungslücken (beispielsweise im Süden oder Nord-Osten des Landkreises).

Abbildung 13: Übersicht der Krankenhausstandorte (LK Diepholz und Umgebung)



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Niedersächsischer Krankenhausplan 2011

Dazu kommt, dass die Krankenhäuser im St. Ansgar Klinikverbund unterschiedliche Schwerpunkte haben, so sind nur Bassum und Diepholz Akutkrankenhäuser. Im Landkreis wurde außerdem Ende vergangenen Jahres der letzte Kreißsaal im Klinikum Bassum aufgrund von Fachärztemangel geschlossen. Schwangere Frauen müssen aktuell zur Entbindung nach Bremen, Vechta oder Nienburg fahren, da keine Betten mehr für Geburtshilfe im Landkreis zur Verfügung stehen.²³ Insgesamt gibt es an den vier Standorten aber ein differenzierteres Angebot als im Landkreis Osterholz.

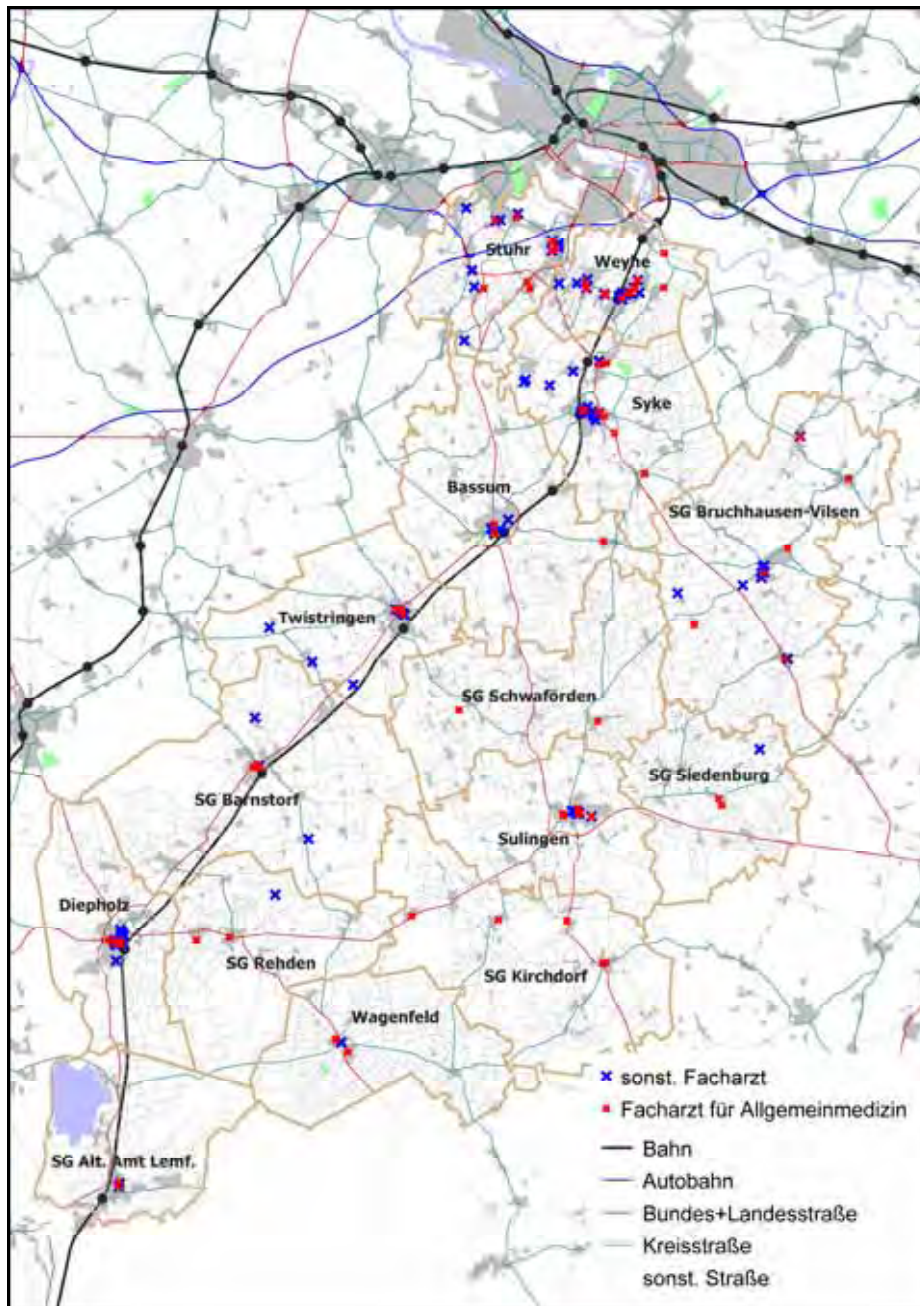
Details zur Spezialisierung an den vier Standorten des St. Ansgar Klinikverbundes und zur genauen Bettenzahl finden sich in Kapitel 2.2.3.1.

Medizinische Versorgung – Arztsitze

Im Landkreis Diepholz gibt es aktuell insgesamt 82 Fachärzte für Allgemeinmedizin und 182 sonstige Fachärzte. Eine Übersicht zur Verteilung der Arztpraxen im Landkreis gibt folgende Karte.

²³ <http://www.diepholz.de>

Abbildung 14: Standorte der Arztpraxen im Landkreis Diepholz



Quelle: Eigenen Darstellung; Daten: <http://www.arztauskunft-niedersachsen.de>

Zur Entwicklung der Arztsitze siehe im vorhergehenden Kapitel unter 2.1.2.

2.1.4 Interessenlage der Landkreise, des Kommunalverbands Niedersachsen/Bremen e.V. sowie des ZVBN

Landkreis Diepholz²⁴

Die Erreichbarkeit ärztlicher Versorgungseinrichtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist aus Sicht des Landkreises Diepholz wichtig. Jedoch fehlen in diesem Zusammenhang wesentliche, für eine abschließende Beurteilung der Anbindungen notwendige, Daten.

Für den Landkreis gab es im November 2011 aufgrund der Schließung der Abteilung Geburtshilfe im Krankenhaus Bassum eine öffentliche Debatte zum Thema medizinische Versorgung. Dies bewirkte auch eine deutliche erhöhte Wahrnehmung seitens der Bevölkerung und der Politik.

Insgesamt besteht über die Schienenverbindungen des Landkreises ein gutes Angebot. Auch verkehren zwischen den Grund- und Mittelzentren höherwertige Buslinien, die ein akzeptables Fahrplanangebot bereithalten. Flächendeckend ist dieses Angebot jedoch nicht. Der ÖPNV steht aufgrund der dispersen Siedlungsstrukturen gegenüber dem Pkw-Individualverkehr deutlich zurück und kann in der flächenhaften Erschließung keine Alternative zum Pkw sein. Gleichwohl wird der Ansatz, in den dichter besiedelten Kommunen BürgerBusse für eine flächenhafte Erschließung und Anbindung an die Hauptlinien einzurichten, für wirkungsvoll erachtet.

Nach Einschätzung des Landkreises wird es auch zukünftig nicht möglich sein, attraktive ÖPNV-Angebote in jeden Winkel des Landkreises zu bringen. Es wird eher darum gehen den Menschen, insbesondere im höheren Alter, in den Zentren entsprechende Wohn- und Mobilitätsangebote zu bieten. Im LK Diepholz verbreitet sich bspw. zunehmend der Ansatz des betreuten Wohnens (Wohnformen, die altersgerecht gestaltet sind und ein fakultatives Betreuungsangebot, aber auch im Bedarfsfall ambulante Pflege vorhalten) in den zentraleren Lagen. Im Landkreis Diepholz gibt es gemeindliche Bauförderungen beim Bau von Ärztezentren, auch werden Ärzten günstige Mietkonditionen angeboten. Auch für die Gewinnung ausländischer Ärzte werden verschiedene Angebote gemacht. Hier wird bspw. Unterstützung bei Behördengängen geleistet oder gezielt die Sprachförderung der Kinder ausländischer Ärzte unterstützt.

Abschließend stellt der Landkreis fest, dass es derzeit noch keinen allgemeinen Ärztemangel gibt, sondern ein Verteilungsproblem zwischen Stadt und Land sowie zwischen Fach- und Allgemeinärzten. Für die kommenden Jahre jedoch wird ein erheblicher Mangel an Ärzten und Pflegekräften prognostiziert.

²⁴ Telefoninterview mit Herrn van Lessen, Erster Kreisrat Landkreis Diepholz, 27.01.2012

Landkreis Osterholz²⁵

Die Erreichbarkeit ärztlicher Versorgungseinrichtungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln ist aus Sicht des Landkreises Osterholz im Hinblick auf raumordnerische Belange bzw. auf die Stärkung der Zentren mit ihrem Versorgungsauftrag wichtig.

Primär wird bei der Fahrplanung öffentlicher Verkehrsmittel auf die gute allgemeine Verbindung zwischen den Grund-, Mittel- und Oberzentren geachtet. In diesem Kontext wird auch auf die Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen (bspw. die Residenz-Klinik in Lilienthal oder das Kreis-krankenhaus in Osterholz-Scharmbeck) geachtet. Insgesamt fehlen aus Sicht des Landkreises entsprechende Informationen zur Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen. Hier wären Informationen bspw. auf entsprechenden Websites oder auch in den Krankenhäusern selbst hilfreich.

Derzeit wird eine Taktverbesserung für die Linien 665/680 geplant. Dadurch würde auch die Anbindung des Kreiskrankenhauses erheblich profitieren. Ergänzend erscheint dem Landkreis die Einrichtung von BürgerBussen als Zu- und Abbringer der Hauptlinien als eine gute Möglichkeit das ÖPNV-Netz flächenhafter auszuweiten.

Der Landkreis führt jährlich mindestens einmal eine ÖPNV-Gesprächsrunde mit der Stadt und allen Gemeinden durch. Der Landkreis schlägt vor, das Thema der Erreichbarkeit ärztlicher Versorgungseinrichtungen hier zu platzieren. Ansonsten bietet der Landkreis die ihm zur Verfügung stehenden Mittel an, um bspw. Arztpraxen vor Ort zu halten bzw. die Einrichtung zu unterstützen. So kann durch eine ansiedlungsfreundliche Handhabung von Baugenehmigungsverfahren die Einrichtung bzw. Ausweitung von Arztpraxen erleichtert werden.

Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V.

Ein grundsätzliches Problem liegt nach Ansicht des Kommunalverbundes in der Verknüpfung der für die Untersuchung des ZVBN relevanten Stränge ÖPNV-Mobilität und Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen:²⁶ Zwar ist die Versorgung mit Leistungen des ÖPNV in den Gemeinden regelmäßiges Thema, dieses wird aber – so weit bekannt – nicht vorrangig mit der Erreichbarkeit von Ärzten oder Krankenhäusern verbunden. ÖPNV wird bisher nicht als Standortfaktor für eine medizinische Versorgung wahrgenommen, anders als z.B. in der Diskussion um die Erreichbarkeit von Einzelhandelsstandorten, bei denen die Frage der ÖPNV-Erreichbarkeit durchaus eine Rolle spielt.

²⁵ Telefoninterview mit Herrn Eckermann, Dezernent für Ordnung, Bauen, Umwelt, Landkreis Osterholz, 26.01.2012

²⁶ Telefoninterview mit Frau Krebser, Geschäftsführerin des Kommunalverbund Niedersachsen/Bremen e.V., 19.01.2012

Um das Thema Erreichbarkeit medizinischer Versorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln stärker ins Bewusstsein zu rücken ist nach Ansicht des Kommunalverbundes zunächst die Erhebung handlungsrelevanter Daten notwendig. Hierzu könnte das seitens des Kommunalverbundes im Aufbau befindliche Regionalmonitoring (Weiterentwicklung des vorhandenen Demografie-monitorings unter <http://www.demografie-monitoring.de>) einen Beitrag leisten und bspw. Daten zu den Ärztesitzen aufnehmen. Parallel dazu ist aus Sicht des Kommunalverbundes ein gezieltes Marketing sinnvoll. Auf den Websites der Gemeinden, Ärzte, Arztzentren und Krankenhäuser sollte auf die Verbindungen mit öffentlichen Verkehrsmitteln hingewiesen werden.

ZVBN

Die Erreichbarkeit von Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung stellt insbesondere im Hinblick auf die demographische Entwicklung ein zentrales Handlungsfeld der Landkreise dar. Vor dem Hintergrund zahlreicher Rahmenbedingungen (darunter auch mehrere weniger und nicht beeinflussbare) gibt es jedoch kaum standardisierbare Lösungsansätze. Für den ZVBN, als Aufgabenträger für den straßengebundenen ÖPNV, ist die Erreichbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen ein gewichtiges Thema. Jedoch bildet die Nutzergruppe Patienten, Besucher und Mitarbeiter nur einen kleinen Teil des Nachfragespektrums nach Leistungen des öffentlichen Nahverkehrs. Insofern stellt der ZVBN verkehrliche Lösungen in den Fokus, die möglichst vielen Nachfragegruppen ein attraktives Angebot zur Verfügung stellen. Vor diesem Hintergrund sollte immer im Einzelfall mit dem Landkreis, den betreffenden Gemeinden und weiteren Partnern vor Ort nach geeigneten und gegebenenfalls gegenfinanzierten Lösungen gesucht werden.

2.1.5 Zwischenergebnisse

Die Bestandsanalyse der Landkreise zeigt, dass die beiden untersuchten Landkreise vorwiegend durch eine stagnierende bzw. langfristig rückläufige Bevölkerungsentwicklung mit geringer Dynamik geprägt sind. Die bereits jetzt festzustellenden Entwicklungen, der Bevölkerungsrückgang wie auch die Zunahme des Bevölkerungsanteils der über 65-Jährigen, werden sich zukünftig weiter verstärken. Die Kreise sehen sich so mit dem Problem der Überalterung der Bevölkerung bei gleichzeitigem Bevölkerungsrückgang konfrontiert. Sie stehen vor der Aufgabe, Lösungen zu finden, wie die durch die Kreise bereitgestellte Infrastruktur den durch den demographischen Wandel bedingten neuen Anforderungen genügen kann.

Durch die Zunahme des Bevölkerungsanteils der Senioren werden auch die medizinisch bedingten Fahrten zunehmen. Die medizinische Versorgung durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte konzentriert sich in beiden Landkreisen auf die lokalen Zentren und teilweise entlang der Hauptverkehrsachsen. Welche Mobilitätsanforderungen bestehen und ob das bestehende

ÖPNV-Angebot die Mobilitätsbedarfe hinsichtlich medizinisch bedingter Fahrten decken kann, wird in einem nächsten Schritt untersucht.

Festzustellen ist bereits in diesem ersten Analyseschritt, dass Daten teilweise nur sehr eingeschränkt oder nicht im notwendigen Detaillierungsgrad zur Verfügung stehen. So sind z.B. keine Daten zur Entwicklung der Arztsitze der Fachärzte für Allgemeinmedizin verfügbar. Um regional differenzierte Aussagen zur Entwicklung des medizinisch bedingten Mobilitätsbedarfs treffen zu können, sind allerdings Daten in einem relativ hohen Detaillierungsgrad notwendig (wie z.B. die Bevölkerungsentwicklung mindestens auf Ebene von Gemeindeteilen). Hier besteht Handlungsbedarf, die notwendigen Datengrundlagen zu verbessern bzw. überhaupt zugänglich zu machen.

2.2 Bestandsanalyse und Anforderungen des medizinischen Sektors

2.2.1 Vorgehen

In diesem Kapitel wird untersucht, welche Mobilitätsanforderungen im medizinischen Bereich bestehen, von welchen Strukturen diese Anforderungen geprägt werden und wie diese derzeit erfüllt werden. Dargestellt wird auch, welche Aufkommen mit den untersuchten medizinischen Fahrtzwecken verbunden sind und wer die Kosten für die medizinisch bedingten Fahrten trägt, d.h. welcher Anteil medizinisch bedingter Fahrten auf Grundlage einer Verordnung auf Krankenförderung erfolgt. In diesem Fall übernimmt die gesetzliche Krankenkasse einen Teil der Transportkosten.

In Kap. 2.2.2 AOK Niedersachsen werden dazu die rechtlichen Grundlagen für die Ausstellung einer Verordnung auf Krankenförderung dargestellt, dazu gehören die Voraussetzungen und der Umfang der Kostenübernahme sowie die Abwicklung der Leistung. Zusammen mit der AOK Niedersachsen wird erhoben, welche Anforderungen die AOK an eine Optimierung des Krankentransportbereichs hat und welches Interesse an einer Zusammenarbeit mit dem ÖPNV-Aufgabenträger besteht. Auf dieser Basis werden Ansätze zur Weiterentwicklung der Schnittstelle Gesetzliche Krankenkasse - ÖPNV identifiziert und Handlungsfelder zu Kooperationsmöglichkeiten beschrieben.

Im Kap. 2.2.3 Krankenhäuser und im nachfolgenden Kap. 2.2.4 Fachärzte für Allgemeinmedizin und sonstige Fachärzte werden für die Krankenhäuser, Allgemeinarzt- und Facharztpraxen die Mobilitätsanforderungen erarbeitet und Handlungsfelder abgeleitet.

Grundlage für diese Analysen sind die mit der AOK Niedersachsen, den Krankenhäusern und der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen geführten Interviews.

2.2.2 AOK Niedersachsen

Die gesetzlichen Krankenkassen wie die AOK Niedersachsen sind nach SGB V unter bestimmten Bedingungen verpflichtet, die Fahrkosten ihrer Versicherten zu übernehmen. Stellt der behandelnde Arzt eine medizinische Notwendigkeit fest, stellt er eine Verordnung der Krankenförderung²⁷ aus. Im Rahmen dieser Verordnung kann der Patient die Beförderung mit einem Taxi/Mietwagen, Krankentransportwagen, Rettungswagen oder Notarztwagen in Anspruch nehmen. Unter 2.2.2.1 werden hierzu die rechtlichen Grundlagen dargestellt und unter 2.2.2.2 die praktischen Anforderungen der AOK Niedersachsen an dieses System beschrieben. Schließlich werden unter 2.2.2.3 die möglichen Handlungsfelder einer Kostenoptimierung durch die AOK Niedersachsen erörtert.

2.2.2.1 Rechtliche Grundlagen einer Fahrkostenübernahme durch gesetzliche Krankenkassen nach SGB V

Die Übernahme von Fahrkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) ist im Wesentlichen in § 60 SGB V geregelt. Aus dieser Vorschrift ergibt sich, unter welchen Voraussetzungen gesetzlich Versicherte Anspruch auf Kostenübernahme haben und in welchem Umfang. Im Zusammenhang mit § 133 SGB V wird zudem die Abwicklung der Leistung durch die GKV deutlich.

Das SGB V ist auf private Krankenkassen (PKV) nicht anwendbar, sodass die entsprechenden Regelungen zur Übernahme der Fahrkosten für die PKV nicht gelten. Für die PKV gelten stattdessen die allgemeinen Regeln des Vertragsrechts sowie die sog. Musterbedingungen. Ob und in welcher Höhe die PKV Fahrkosten zu ärztlichen Behandlungen anerkennt ist den jeweiligen Tarifen und den Tarifbedingungen der PKV zu entnehmen. Allgemeingültige Aussagen zur Übernahme von Fahrkosten durch die PKV sind somit nicht möglich. Nachfolgend wird sich daher auf die Darstellung des im SGB V geregelten Systems der Fahrkostenübernahme durch die GKV beschränkt.

Voraussetzungen der Kostenübernahme

Die GKV übernimmt nach Maßgabe des § 60 SGB V die Kosten des Versicherten für Fahrten einschließlich Transporte zum Ort der Leistungserbringung. Um Fahrten handelt es sich dabei, wenn der Versicherte die Strecke durch Benutzung eines Verkehrsmittels selbst bewältigen kann, um Transporte, wenn er dazu medizinische Betreuungsleistungen benötigt.²⁸

²⁷ http://www.kvwl.de/arzt/recht/kbv/blanko/b_blankomuster_01_07.pdf

²⁸ *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 1.

Ein Anspruch auf Fahrkostenübernahme setzt nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse voraus, d.h. es muss ein Hauptleistungsanspruch des Versicherten bestehen, dessen Verwirklichung die Fahrt dient.²⁹ Darüber hinaus muss die Fahrt selbst aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich sein, was lediglich bei direkten Fahrten zwischen dem Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren Behandlungsmöglichkeit anzunehmen ist. Die zwingende medizinische Erforderlichkeit ist dabei für Hin- und Rückweg getrennt zu prüfen. Darüber hinaus unterscheidet das Gesetz hinsichtlich der Erforderlichkeit zwischen den privilegierten Beförderungsfällen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V und den Fahrten zu einer ambulanten Behandlung nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V, deren Kosten nur in bestimmten Ausnahmefällen übernommen werden.³⁰

In den in § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V abschließend aufgeführten privilegierten Beförderungsfällen werden die Fahrkosten grundsätzlich ohne vorherige Genehmigung von der GKV übernommen, sofern die Fahrt im Zusammenhang mit der Hauptleistung steht und aus dringenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Hierbei handelt es sich um

- stationär erbrachte Leistungen einschließlich einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus, sofern die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der GKV erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V).
- Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Als Rettungsfahrten gelten dabei Transporte zum Krankenhaus, die mit einem für einen Notfalleinsatz besonders ausgestatteten Fahrzeug (Notarztwagen, Rettungstransportwagen oder Rettungshubschrauber) durchgeführt werden und die erforderlich sind, weil sich die zu transportierende Person infolge einer Verletzung oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befindet oder ihr Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten lässt. Das Transportfahrzeug ist in der Regel mit einem Notarzt, jedenfalls aber mit einem Rettungsassistenten und/oder einem Rettungssanitäter besetzt.³¹
- sog. qualifizierte Krankentransporte, d.h. andere Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V). Qualifizierte Krankentransporte werden sowohl zur stationären als auch zur ambulanten Behandlung durchgeführt. Anders als Rettungswa-

²⁹ *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 5 ff.

³⁰ Vgl. *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 10 ff.

³¹ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 60, Rn. 5.

gen werden Krankentransportwagen nicht für Notfallpatienten eingesetzt, sondern für den Fall, dass der Versicherte während der Fahrt fachliche Betreuung, die besonderen Einrichtungen des Fahrzeugs benötigt oder an einer ansteckenden Krankheit leidet.³² Die besondere Einrichtung eines Krankenkraftwagens erfordert somit, dass er einen liegenden Transport ermöglicht und/oder über medizinisch-technische Einrichtungen verfügt, die eine medizinische Versorgung des Versicherten während der Fahrt ermöglichen.³³

- Fahrten zu einer ambulanten, einer vor- oder nachstationären Behandlung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt oder im Krankenhaus, wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V).

Sofern kein Notfall vorliegt, ist für Krankentransportleistungen in vorstehendem Sinne eine Verordnung des Vertragsarztes gemäß § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V erforderlich. Der Verordnung sollte zu entnehmen sein, ob eine Fahrt als Krankentransportleistung durchgeführt werden muss, oder ob eine Beförderung des Versicherten nach dem PBefG ausreichend ist (zu den verschiedenen Verkehrsmitteln sogleich), weil der Betroffene zwar beispielsweise altersbedingt gehbehindert, aber nicht auf die besondere Ausstattung eines Krankentransport- oder Rettungsfahrzeuges angewiesen ist.³⁴ Die medizinische Notwendigkeit des Krankentransports ist dabei zu begründen. Eine Verordnung bei der Benutzung privater Fahrzeuge oder öffentlicher Verkehrsmittel ist entbehrlich.³⁵ Die Verordnung bindet die GKV grundsätzlich im Verhältnis zum Versicherten, ist jedoch keine materielle Anspruchsvoraussetzung. Bei ungerechtfertigter Verordnung ist daher ein Regress der GKV gegen den Vertragsarzt möglich.

Fahrkosten im Zusammenhang mit sonstigen ambulanten Behandlungen, die nicht unter einen der o.g. privilegierten Beförderungsfälle fallen, werden gemäß § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V nur in besonderen Ausnahmefällen und nur nach vorheriger Genehmigung übernommen. Ein Ausnahmefall ist nach den Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (KT-RL) gegeben, wenn der Versicherte mit einem durch eine Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist, und wenn der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Versicherten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung unerlässlich ist. Solche Ausnahmefälle sind nach der nicht abschließenden Aufstellung in Anlage 2 der KT-RL in der Regel bei Dialysebehandlungen, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie gege-

³² *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 16.

³³ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 60, Rn. 6.

³⁴ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 60, Rn. 7.

³⁵ *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 20.

ben. Weitere Ausnahmefälle nach den KT-RL sind ein Schwerbehindertenausweis mit Markenzeichen „aG“, „Bl“ oder „H“, ein pflegeversicherungsrechtlicher Einstufungsbescheid in die Pflegestufe 2 oder 3 oder die Erfüllung der entsprechenden Sachkriterien.³⁶

Hinsichtlich der Fahr- und Reisekosten, die im Zusammenhang mit Leistungen der medizinischen Rehabilitation anfallen, verweist § 60 Abs. 5 SGB auf § 53 Abs. 1 bis 3 SGB IX. Im Zusammenhang mit der medizinischen Rehabilitation werden somit nicht nur Fahr-, sondern auch Reisekosten übernommen; zudem müssen keine Zuzahlungen wie bei den Fahrkosten nach § 60 SGB V (dazu sogleich) geleistet werden.³⁷

Umfang der Kostenübernahme/Anerkannte Fahrkosten

Die GKV erkennt als Fahrkosten lediglich die in § 60 Abs. 3 SGB V näher spezifizierten Aufwendungen für die dort genannten Verkehrsmittel an, wobei nach Maßgabe der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall die im Gesetz angegebene Reihenfolge zu beachten ist:

Vorrangig sind die in Nr. 1 aufgeführten öffentlichen Verkehrsmittel zu benutzen und dabei zumutbare Fahrpreisermäßigungen auszuschöpfen. Dies ergibt sich ergänzend aus § 7 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinie, die auf der Grundlage nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V ergangen ist. Hier heißt es: „Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.“ Wegen des Selbstvorbehalts in § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.H.v. bis zu 10 Euro pro einfacher Fahrt dürfte die Benutzung von Bussen-, U- oder S-Bahnen im städtischen und wohl auch im regionalen Verkehr regelmäßig nicht zu einer Kostenübernahme durch die GKV führen, sofern nicht die Voraussetzungen für eine vollständige oder teilweise Befreiung von den anfallenden Kosten nach §§ 61 und 62 SGB V vorliegt.³⁸

Kommt die Benutzung eines Taxis oder Mietwagens (Nr. 2) oder eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeugs (Nr. 3) in Betracht, so bemisst sich die Höhe der anerkannten Fahrkosten nach den Vereinbarungen der GKV mit den entsprechenden Leistungserbringern (§ 133 Abs. 1 SGB V) bzw. den einschlägigen landesrechtlichen Regelungen (§ 133 Abs. 2 SGB V).

Bei der Benutzung eines privaten Kraftfahrzeugs (Nr. 4) werden für die Kostenermittlung die nach Maßgabe des Bundesreisekostengesetzes anzuerkennenden Kosten je gefahrenem Kilometer angesetzt, höchstens jedoch die Kosten, die bei Inanspruchnahme des nach Nr. 1 bis 3 erforderlichen Transportmittels entstanden wären.

³⁶ *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 21.

³⁷ Vgl. hierzu auch *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 32.

³⁸ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 60, Rn. 9.

Soweit danach Fahrkosten anerkannt werden, übernimmt die GKV diese Kosten in Höhe des maximal 10 Euro je Fahrt übersteigenden Betrags (vgl. § 60 Abs. 2 Satz 1 i.V.m. § 61 Satz 1 SGB V). Von den notwendigen Kosten werden somit nur die die Zuzahlung übersteigenden Aufwendungen von der GKV übernommen. Dabei ist die Kostenübernahme eines Rücktransports in das Inland nach § 60 Abs. 4 SGB V grundsätzlich ausgeschlossen.

Abwicklung der Leistung

Im Hinblick auf die Versorgung mit Krankentransportleistungen ist in § 133 Abs. 1 SGB V geregelt, dass die GKV oder ihre Landesverbände Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte mit dafür geeigneten Einrichtungen und Unternehmen abschließen, soweit die Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Leistungen nicht durch landesrechtliche oder kommunalrechtliche Regelungen festgelegt werden. Werden die entsprechenden Entgelte landesrechtlich oder kommunalrechtlich festgelegt, können die GKV ihre Leistungspflicht zur Übernahme der Kosten unter den Voraussetzungen nach § 133 Abs. 2 SGB V auf Festbeträge an die Versicherten in Höhe vergleichbarer wirtschaftlich erbrachter Leistungen beschränken.

Im Niedersächsischen Rettungsdienstgesetz (NRettDG) werden die Entgelte für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte nicht geregelt, sodass hier das Vertragsmodell gemäß § 133 Abs. 1 SGB V zum Tragen kommt. Das NRettDG unterscheidet dabei zwischen Rettungsdiensten und anderen Krankentransporten. Eine Vergütungsregelung zwischen GKV und Leistungserbringer hat zur Folge, dass die Versicherten der GVK vom Leistungserbringer nicht in Anspruch genommen werden können, und zwar weder auf vertraglicher Grundlage noch aufgrund des zivilrechtlichen Instituts „Geschäftsführung ohne Auftrag“.³⁹

Rettungsdienst umfasst nach der Definition in § 2 Abs. 2 Satz 1 NRettDG die Notfallrettung lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter und bei Personen, bei denen schwere gesundheitliche Schäden zu erwarten sind, wenn sie nicht unverzüglich medizinische Versorgung erhalten, unter fachgerechter Betreuung mit dafür ausgestatteten Rettungsmitteln, den Intensivtransport lebensbedrohlich Verletzter oder Erkrankter unter intensiv-medizinischen Bedingungen sowie den qualifizierten Krankentransport sonstiger Kranker, Verletzter oder Hilfsbedürftiger, die nach ärztlicher Verordnung während der Beförderung einer fachgerechten Betreuung oder der besonderen Einrichtung eines Rettungsmittels bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. Die Rettungsdienste nach dem NRettDG korrespondieren somit mit Fahrten in Krankenkraftwagen- und Rettungsfahrzeugen gemäß § 60 Abs. 3 Nr. 3 SGB V. Die Träger des Rettungsdienstes – dies sind nach § 3 Abs. 1 Nr. 2 NRettDG vorliegend die Landkreise, die kreisfreien Städte und die Städ-

³⁹ Hauck/Noftz, SGB V (Stand: 03/11), § 133, Rn. 14.

te Cuxhaven, Göttingen, Hameln und Hildesheim für ihren örtlichen Zuständigkeitsbereich (kommunale Träger) – stellen im Benehmen mit den GKV und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherungen als Kostenträger gemäß § 4 Abs. 6 NRettdG einen Plan auf, aus dem sich ergibt, wie eine bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Einrichtungen des Rettungsdienstes sichergestellt werden soll. Mit der Durchführung des Rettungsdienstes werden dann in aller Regel Dritte (Leistungserbringer) von den Trägern des Rettungsdienstes beauftragt.⁴⁰ Das PBefG ist insoweit nicht anwendbar (§ 1 Abs. 2 Nr. 2 PBefG). Die GKV schließt dann auf dieser Grundlage mit den Leistungserbringern Vereinbarungen i.S.v. § 133 Abs. 1 SGB V ab. Die Kompetenz der GKV beschränkt sich dabei auf die Regelung der Vergütung; Inhalt, Umfang sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Dienstleistung sind somit kein zulässiger Gegenstand von Vereinbarungen i.S.v. § 133 Abs. 1 SGB V. Dies rechtfertigt sich daraus, dass die Einzelheiten der inhaltlichen Fragen der Versorgung bereits in den Rettungsdienstgesetzen der Länder (vorliegend NRettdG) geregelt sind.⁴¹

Wer qualifizierten Krankentransport außerhalb des Rettungsdienstes geschäftsmäßig durchführen will, ohne Träger des Rettungsdienstes oder Beauftragter zu sein, bedarf einer Genehmigung gemäß §§ 19 ff. NRettdG. Für derartige Krankentransporte ist das PBefG nach Maßgabe des § 21 NRettdG anwendbar. Die Regelungen des § 133 Abs. 1 SGB V gelten nach § 133 Abs. 3 SGB V ebenfalls für Leistungen des Rettungsdienstes und andere Krankentransporte im Rahmen des PBefG, sodass die GKV Vergütungsvereinbarungen auch mit diesen Leistungserbringern abschließt.

Nach § 133 Abs. 3 SGB V kann die GKV darüber hinaus auch entsprechende Verträge für Fahrten mit Taxen und Mietwagen i.S.v. § 60 Abs. 3 Nr. 2 SGB V abschließen, die vollständig dem PBefG unterfallen (sog. einfache Krankenfahrten).

Hinsichtlich der Abwicklung der „Fahrkostenübernahme“ ist grundsätzlich danach zu unterscheiden, ob die GKV die Leistungen aufgrund entsprechender Verträge mit Leistungserbringern erbringen lässt – dies ist nach § 133 Abs. 1 und 2 SGB V regelmäßig bei Kranken- und Rettungsfahrten i.S.d. § 60 Abs. 3 Nr. 3 SGB V der Fall (s.o.) – oder ob es sich um vom Versicherten initiierte Fahrten handelt – hierzu zählen jedenfalls Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln gemäß § 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V und privaten Kraftfahrzeugen gemäß § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V. Während bei der erstgenannten Kategorie (Kranken- und Rettungsfahrten) von einer Sachleistung der GKV auszugehen ist, vermittelt § 60 SGB V bei der zweitgenannten Kategorie (Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln und privaten Kraftfahrzeugen) einen Kostenerstattungs- bzw. Geldleistungsanspruch.⁴² Bei der Benutzung eines Taxis i.S.d. § 60 Abs. 3 Nr.

⁴⁰ Vgl. *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 03/11), § 133, Rn. 11.

⁴¹ Hierzu *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 03/11), § 133, Rn. 17.

⁴² Ausführlich hierzu *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 03/11), § 133, Rn. 6 ff.

2 SGB V dürfte es entsprechend darauf ankommen, ob ein Vertrag zwischen GKV und Leistungserbringer i.S.d. § 133 Abs. 3 SGB V geschlossen wurde (dann Sachleistung) oder nicht (dann Kostenerstattung/Geldleistung).⁴³ Im Falle eines Vertrags mit einem Leistungserbringer darf die GKV die Kostenerstattung/Geldleistung somit verweigern, wenn die Leistung nicht von dem Vertragsunternehmen erbracht wurde.⁴⁴

Der Eigenanteil (Zuzahlung i.S.d. § 61 SGB V) ist bei Vertragsfahrten grundsätzlich durch das Vertragsunternehmen vom Versicherten einzuziehen. Für Rettungsfahrten i.S.d. § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V ist jedoch die GKV für den Einzug zuständig.⁴⁵

2.2.2.2 Anforderungen der AOK

Nach Angaben der AOK betrug das Gesamtvolumen für Taxen und Mietwagen der AOK Niedersachsen im Jahr 2010 rund 40 Mio. EUR.⁴⁶ Fahrten zur Dialyse, Strahlen- und Chemotherapie sind diejenigen, die die höchsten Fahrkosten verursachen.⁴⁷ Die AOK hat in diesem Transportbereich das Optimierungspotential nach eigenen Angaben ausgeschöpft.⁴⁸ Bei Dialysefahrten organisieren die Krankenkassen die Fahrten zur Praxis. Die Fachärzte für Dialyse haben sich gegenüber den Krankenkassen verpflichtet, die Praxisabläufe so zu organisieren, dass Sammelfahrten möglich sind. Darüber hinaus gibt es keine Organisation von Sammelfahrten.⁴⁹

Die bisherigen Erkenntnisse aus Interviews und Gesprächen zu den Anforderungen der AOK an eine alternative Beförderung der Patienten mit Transportverordnung durch den ÖPNV stellen sich wie folgt dar:

- verlässliche Beförderung aller Anspruchsberechtigten,
- möglichst gleichwertige Beförderungsbedingungen im Vergleich zu heute,
- auf die körperlichen Fähigkeiten angepasste Beförderung der Patienten,
- Kostenstabilität (-deckelung),
- Verbesserung der Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtungen für Patienten und Besucher.

Es kann festgestellt werden, dass Krankenbeförderungsfahren auf Basis einer Transportverordnung mit Taxi/Mietwagen hohe Anforderungen an das Beför-

⁴³ Vgl. hierzu *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 29 f.

⁴⁴ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 60, Rn. 29.

⁴⁵ *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 60, Rn. 31.

⁴⁶ Mail der AOK, Herr Koßmann, 21.04.2012

⁴⁷ Protokoll Interview AOK Niedersachsen vom 28. März 2011

⁴⁸ Gespräch bei der AOK, Walsrode, 23. August 2011

⁴⁹ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 2

derungsmittel und die Organisation der Beförderungsleistungen stellen. Erforderlich sind Verkehre auf Taxi-Niveau ohne Ausfallrisiko.

Aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung können diese Patienten in der Regel keinen Linienverkehr nutzen, sondern sind auf den Transport mit Taxen von Haustür zu Haustür angewiesen. Die Nutzung des derzeitigen Angebots im Linienverkehr für derartige Transporte ist damit nicht möglich, es kann nur über eine Integration dieser Transportverordnungs-Fahrten in das bestehende Angebot und die damit eventuell nutzbaren Optimierungseffekte im Gesamtsystem nachgedacht werden. Um ein vergleichbares Angebot zum Status quo vorhalten zu können, müssten die Verkehre flächendeckend angeboten werden.

2.2.2.3 Handlungsfelder

Das Interesse der AOK liegt in der Reduzierung der Kosten für die bereitzustellenden Verkehre. Ein Ansatz zur Kostenreduzierung für die gesetzliche Krankenkasse und zur Verbesserung des ÖPNV-Angebots besteht in der Zusammenlegung der Verantwortung für die Krankenverkehre mit Taxi/Mietwagen und den Linienverkehr in der Hand des ÖPNV-Aufgabenträgers. Ziel für die gesetzliche Krankenkasse wäre, die Kosten auf diese Weise zu deckeln und durch die Realisierung von Synergieeffekten durch die Planung von Verkehren aus einer Hand Kostensenkungen erreichen zu können. Grundlage hierfür könnte z.B. die Übertragung der Durchführung mittels eines Generalunternehmervertrages sein.

2.2.3 Krankenhäuser

2.2.3.1 Vorstellung der Krankenhäuser

Die Krankenhäuser Osterholz und Johanneum Wildeshausen mit rund 150 Betten sind im Vergleich zum Klinikum Ammerland mit rund 350 Betten relativ kleine Häuser. Der St. Ansgar Klinikverbund, der aus einer Zusammenlegung von vier Häusern entstanden ist, hat laut Niedersächsischem Krankenhausplan von 2011 knapp 500 Betten. Diese verteilen sich jedoch auf Kliniken an vier Standorten: Bassum, Diepholz, Sulingen und Twistringen. Die Zahl der Betten pro Standort bewegt sich daher auch im Bereich um 150.

Die folgende Übersicht zeigt die Zahl der Betten laut Niedersächsischem Krankenhausplan 2011 für einzelne Fachrichtungen. Die getroffene Auswahl beschränkt sich dabei auf die Schwerpunkte des Angebots, alle weiteren Betten sind unter „Sonstige“ zusammengefasst. Auffällig ist die starke Schwerpunktbildung der einzelnen Kliniken (gerade im Klinikverbund St. Ansgar), besonders ins Auge sticht auch das Fehlen der Chirurgie im Krankenhaus Osterholz.⁵⁰

⁵⁰ Die einzigen Betten (32) in der Chirurgie im Landkreis Osterholz finden sich in der privaten Residenzkl. Lillienthal.

Abbildung 15: Ausgewählte Fachrichtungen und Bettenzahl der Krankenhäuser

Klinikum	Innere Medizin	Chirurgie	Geburts-hilfe	Plasti-sche/Äs-thetisch	Uro-logie	Psychi-atric etc.	Sons-tige	Summe Betten
St. Ansgar Bassum	62	33	0 ⁵¹	15	0	0	6	116
St. Ansgar Diepholz	54	47	0	0	20	0	9	130
St. Ansgar Sulingen	61	72	0	0	0	0	0	133
St. Ansgar Twistringen	0	0	0	0	0	101	0	101
KKH Osterholz	71	49	7	0	0	0	10	137
Klinikum Ammerland	103	82	15	0	40	0	103	343
Johanneum Wildeshausen	59	59	7	0	7	0	14	146

Daten: Niedersächsischer Krankenhausplan 2011

Die tatsächliche Auslastung, der Umsatz und die Eigentümer der Kliniken gehen aus den Qualitätsberichten und Selbstdarstellungen hervor.

Abbildung 16: Tabellarischer Überblick der Krankenhäuser

	Kreiskran-kenhaus Osterholz	Klinikum Ammerland	Johanneum	St. Ansgar Klinik-verbund (4 Häuser)
Standort, Landkreis	Osterholz-Scharmbeck (LK Osterholz)	Westerstede (Land-kreis Ammerland)	Wildeshausen (Landkreis Oldenburg)	Bassum, Diepholz, Sulingen, Twistringen (Landkreis Diepholz)
Mitarbeiter	340	960	400	1250
Umsatz p.a.	18,5 Mio. EUR	55 Mio. EUR	25 Mio. EUR	70 Mio. EUR
Betten	150	343	149	538
Patienten p.a. (2009)	6.000 stationär 35.000 amb.		5.500 stationär 15.000 ambulant	19.001 stationär 43.648 ambulant
Rechtsform, Eigentümer-schaft	Landkreis Osterholz	Landkreis Ammer-land	St. Johannes Stift	Alexianer Beteili-gungs- und Verwal-tungsgesellschaft, Landkreis Diepholz
Wirtschaftl. Ergebnis	Nicht defizitär	Nicht defizitär	Nicht defizitär	Nicht defizitär
Strategie	Ausbau ambu-lanter Bereich	Konzept der spez. ärztl. Zentren-bildung, verstärkt Aufbau Onkologie, Geh-/Denkstörungen, Herz-/Kreislauf	Modernisierung Kkh, sektorüber-greifendes Ge-sundheits-zentrum	Spezialisierung an den einzelnen Stand-orten: Bassum (Psy-chiatrie) ⁵² , Sulingen (Orthopädie, Rheuma), Diepholz (Uro-logie)

Daten: <http://www.klinikverbund.de/>, <http://www.kreiskrankenhaus-osterholz.de/>, <http://www.ammerland-klinik.de/>, Interviewprotokolle, http://www.krankenhausjohanneum.de/aktuelles_service/aktuelles.php; strukturierter Qualitätsbericht der Kliniken gem. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 4 SGB V für das Berichtsjahr 2010

⁵¹ Betten für den Fachbereich Geburtshilfe im KH Bassum (9 Betten) sind im Niedersächsischen Krankenhausplan 2011 noch aufgeführt, aufgrund der aktuellen Entwicklungen des Standortes in dieser Übersicht aber bereits getilgt.

⁵² Die Psychiatrie am Standort Twistringen wird 2014 an den Standort Bassum verlegt, Protokoll Interview Vertiefungs-fragen St. Ansgar Klinikum, 09. Juni 2011

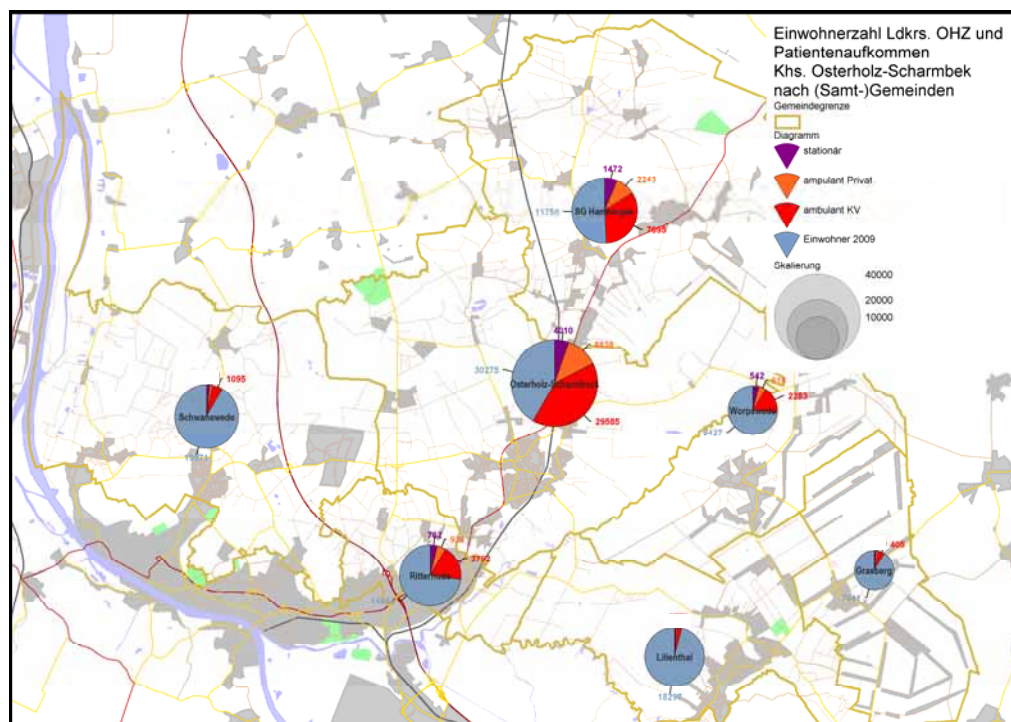
Die Krankenhäuser gehen davon aus, dass sie ihre Bedeutung in der Region zukünftig noch stärken können. Es wird mit einem Anstieg der Patientenzahlen aufgrund des demographischen Effekts und der Steigerung der Attraktivität der Häuser gerechnet. Alle Häuser wollen ihren Standort weiter ausbauen bzw. modernisieren. Derzeit sind bereits 50 bis 60 % der stationären Patienten über 65 Jahre alt und die Tendenz ist steigend.

Im Folgenden werden die Krankenhäuser St. Ansgar und Osterholz analysiert, die Ergebnisse der Analyse der Kliniken Ammerland und Johanneum Wildeshausen werden im Überblick dargestellt.

Regionale Einzugsgebiete der Krankenhäuser

Das Kreiskrankenhaus Osterholz hat ein Einzugsgebiet von etwa 72.000 Menschen, das sind knapp 65 % der Einwohner des Kreises Osterholz mit insgesamt rund 120.000 Einwohnern. Die Bevölkerung des Kreises orientiert sich vielfach zu den Kliniken in Bremen. Der Landkreis grenzt an den LK Cuxhaven. Es gibt Randlagen des Landkreises, die sich klar nach Cuxhaven orientieren. Der überwiegende Teil der Patienten des Kreiskrankenhauses Osterholz kommt aus Osterholz-Scharmbeck, ein deutlich geringerer Anteil aus den Gemeinden Hambergen, Ritterhude und Worswede. Die folgende Übersicht zeigt, aus welchen Gemeinden welche Zahl von Patienten in das Kreiskrankenhaus kommt und differenziert nach ambulanten und stationären Patienten.

Abbildung 17: Einzugsgebiet der Patienten des Kreiskrankenhauses Osterholz im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung des Kreises



Quelle: Eigene Darstellung

Ähnliche lokale Einzugsgebiete weisen die Krankenhäuser des St. Ansgar Klinikverbunds auf (vergleiche dazu auch Abbildung 45). Während sich die Bevölkerung der (Samt-) Gemeinden Barnstorf, Rehden, Wagenfeld und Altes Amt Lemförde stark auf das Krankenhaus in Diepholz ausrichtet, liegt der Einzugsbereich des Standortes Bassum vorwiegend in Twistringen, Stuhr, Weyhe, Syke und Bruchhausen-Vilsen.

2.2.3.2 Mobilitätsstrukturen und -anforderungen von Personen mit Fahrtziel Krankenhaus

Nicht nur die Patienten müssen zum Krankenhaus kommen sondern auch Angehörige und Besucher sowie die Mitarbeiter des Krankenhauses. Die Patienten kommen aus unterschiedlichen Gründen. Neben einer stationären Behandlung gibt es auch Patienten, die an den im Krankenhaus befindlichen Facharztzentrum bzw. der Facharztpraxis behandelt werden oder sich ambulanten OPs unterziehen müssen oder sich ambulant in der Tagesklinik (beispielsweise Psychiatrische Tagesklinik Twistringen) behandeln lassen. Ob die Patienten mittels einer Transportverordnung zum Krankenhaus kommen, ist sehr unterschiedlich.

Als für die ÖPNV-Nutzung relevante Fahrgastgruppe mit Fahrtziel Krankenhaus/MVZ/Fachärzte am Krankenhaus lassen sich damit identifizieren:

- Patienten mit und ohne Verordnung für Krankenfahrt (nicht relevant: Krankentransport, Rettungstransport),
- ambulante Patienten für Facharztpraxen am Krankenhaus etc. zur Nachversorgung nach stationärem Aufenthalt,
- Patienten für ambulante OPs,
- Patienten zur Fahrt zum Krankenhaus für stationären Aufenthalt,
- Patienten für eine Tagesklinik (z.B. Psychiatrie) oder für die Tagespflege,
- Angehörige/Besucher der Patienten im Krankenhaus und
- Mitarbeiter.

Das Mobilitätsverhalten der einzelnen Personengruppen ist unterschiedlich und unterscheidet sich auch von Krankenhaus zu Krankenhaus in Abhängigkeit davon, wie das Krankenhaus seine internen Abläufe (z.B. Regelung von Besuchszeiten, OP-Zeiten) organisiert hat.

Ambulante Patienten, die zu Fachärzten, zur Nachsorge oder Untersuchungen ins Krankenhaus kommen, vereinbaren i. d. R. individuelle Termine, die entsprechend den Öffnungszeiten der Praxen vergeben werden.

Patienten für ambulante OPs in St. Ansgar bekommen am Vortag mitgeteilt, zu welcher Zeit sie operiert werden und wann sie zur Vorbereitung auf die OP

im Krankenhaus sein müssen. Wann die Patienten nach der OP wieder nach Hause fahren können, hängt u.a. davon ab, wie schnell die Wirkung des Narkosemittels nachlässt. In Osterholz kommen die Patienten überwiegend am Vormittag, verteilt auf den Zeitraum zwischen 7.00 Uhr und 12.00 Uhr und werden überwiegend in der Zeit zwischen 14.30 Uhr und 17.00 Uhr entlassen. In St. Ansgar wird der überwiegende Teil der Patienten von Angehörigen abgeholt, da diese eine Begleitung benötigen. Nur selten fahren Patienten mit dem Taxi nach Hause, ein Bus ist für den Transport ungeeignet.

Angehörige und Besucher begleiten die Patienten zu ihren Terminen oder besuchen Patienten, die stationär aufgenommen wurden. In St. Ansgar gibt es eine Regelbesuchszeit von 14.00 Uhr bis 18.00 Uhr, die Besucher kommen aber zu allen Zeiten in die Klinik. In Osterholz kommt der größte Teil der Besucher zwischen 14.30 Uhr und 17.00 Uhr. Besucher kommen i.d.R. mit dem eigenen Auto.

Stationäre Patienten kommen in St. Ansgar überwiegend zwischen 7.00 Uhr und 10.00 Uhr. Die Abfahrtszeit nach der Entlassung ist individuell. In St. Ansgar sind die stationären Patienten i.d.R. mobil bzw. nur leicht mobilitätseingeschränkt. Bei der Entlassung ist eine direkte Tür-zu-Tür-Verbindung erforderlich, da oftmals Gepäck mit zu transportieren ist.

In der psychiatrischen Tagesklinik Twistringen gibt es 20 Plätze⁵³ und eine Tagespflege mit 10 Plätzen, zu der vor allem Senioren mit Demenzerkrankungen kommen. Die Patienten der Tagespflege werden vom Krankenhaus geholt und gebracht. Die psychiatrischen Patienten kommen um 8.00 Uhr und fahren wieder um 16.15 Uhr. Diese Patienten sind oft aufgrund von Erkrankungen oder Medikamenten nicht fahrtüchtig und werden, wenn sie nicht den ÖPNV nutzen können, von Angehörigen oder Freunden gebracht.

Die Mitarbeiter arbeiten zu einem Großteil im Schichtdienst, in Osterholz sind das in etwa zwei Drittel (incl. Küche, Reinigung, Ärzte). Die Mitarbeiter kommen i.d.R. mit dem Auto zur Arbeit.

⁵³ Auch diese Angabe der St. Ansgar Kliniken steht im Widerspruch zum Krankenhausplan Niedersachsen, wo 14 stationäre Betten ausgewiesen sind.

Abbildung 18: Mobilitätsstrukturen von Personen mit Fahrtziel Krankenhaus

	Personengruppe mit Fahrtziel Krankenhaus	Mobilitätsverhalten
1.	Patienten	
1.1	Ambulante Patienten	i.d.R. individuelle Terminvereinbarung während der Öffnungszeiten der Praxen, d.h. individuelle Anfahrts- und Abfahrtszeiten
1.2	Patienten für ambulante OPs	Individuelle Terminvereinbarung während der OP-Zeiten (i.d.R. 7.00 bis 16.00 Uhr) mit Vorlauf (OP-Vorbereitung) und Nachlauf (Aufwachen nach Narkose), d.h. individuelle Anfahrts- und Abfahrtszeiten
1.3	Ambulante Patienten für psychiatrische Tagesklinik in Twistringen, Tagespflege	Kommen um 8.00 Uhr, gehen um 16.30 Uhr
1.4	Patienten für stationären Aufenthalt	Individuelle Anfahrts- und Abfahrtszeiten
2.	Angehörige und Besucher	Individuelle Anfahrts- und Abfahrtszeiten
3.	Mitarbeiter	Ein Großteil der Mitarbeiter arbeitet im Schichtdienst

Daten: Interviews mit Klinikum St. Ansgar, Krankenhaus Osterholz

Insgesamt lässt sich feststellen, dass der überwiegende Teil der Personen mit Fahrtziel Krankenhaus zu individuellen Zeiten an- und abfährt. Es lassen sich - bis auf die Patienten der Tagesklinik und der Tagespflege sowie der Mitarbeiter, die im Schichtdienst arbeiten - keine einheitlichen Zeitkorridore für An- oder Abfahrt ausmachen.

Die Anforderungen der Patienten an den Transport zum und vom Krankenhaus ist unterschiedlich und hängt davon ab, wie mobilitätseingeschränkt die Patienten sind oder ob Gepäck zu befördern ist. Einfluss hat auch die psychische Verfassung der Patienten. Oft werden die Patienten von Angehörigen oder Freunden begleitet.

Aufkommensschätzung Besucher und ambulante Patienten

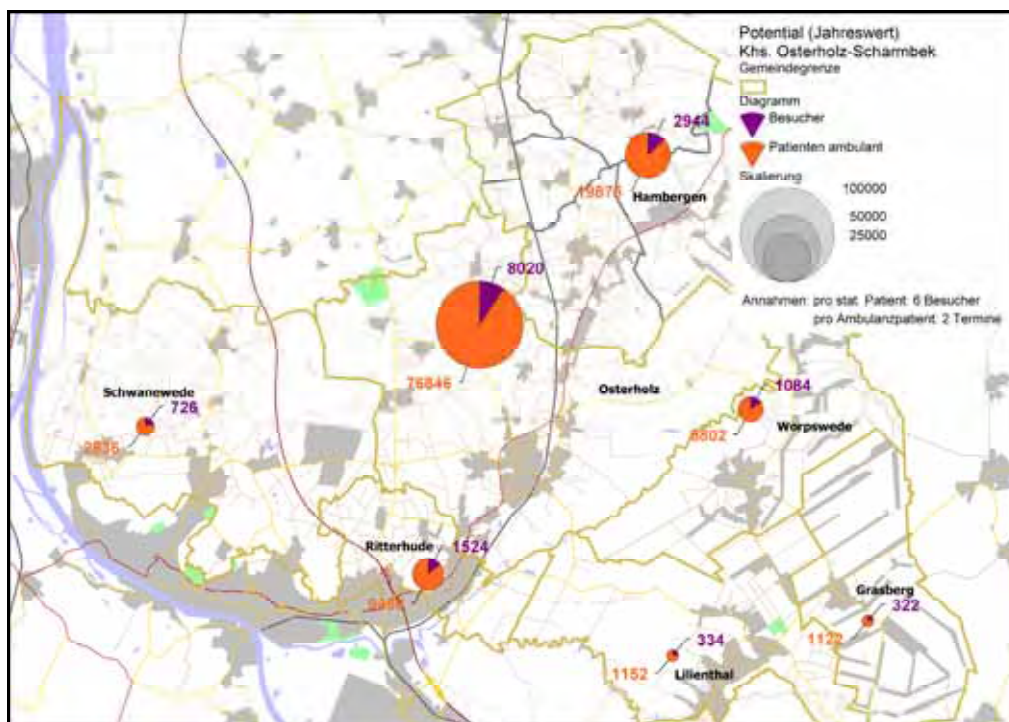
Zur Abschätzung des für den ÖPNV potentiell möglichen Fahrgastaufkommens wurde das Besucheraufkommen und das von den ambulanten Patienten erzeugte Jahresaufkommen unter den nachfolgend beschriebenen Prämissen berechnet.

Zur Berechnung des Besucheraufkommens wurde davon ausgegangen, dass die durchschnittliche Verweildauer eines stationären Patienten im Krankenhaus 6 Tage beträgt und jeder stationäre Patient einmal am Tag einen Besucher hat. Damit entfallen auf jeden stationären Patient sechs Besucher. Es wird dabei außerdem davon ausgegangen, dass die Besucher aus demselben Quellgebiet stammen wie die stationären Patienten. Berechnet auf ein Jahr ergeben sich dann als Beispiel für die Gemeinde Hambergen 2.944 Besuchsfahrten p.a. von der Gemeinde Hambergen zum Krankenhaus Osterholz, d.h. ca. 8 Fahrten am Tag.

Bei den ambulanten Patienten wurde davon ausgegangen, dass pro ambulan-tem Patient zwei Termine pro Jahr im Krankenhaus wahrgenommen werden müssen, d.h. je ambulantem Patient zwei Fahrten erzeugt werden. Pro Jahr ergeben sich damit 19.876 Fahrten von der Gemeinde Hambergen zum Kran-kenhaus Osterholz, d.h. ca. 54 Fahrten am Tag.

Diese Berechnung stellt nur eine erste grobe Abschätzung dar, gibt aber ei-nen ersten Eindruck, welche Aufkommen zu erwarten sind. Bei 54 Fahrten von ambulanten Patienten und 8 Besucherfahrten pro Tag von der Gemeinde Hambergen zum Krankenhaus Osterholz ergibt sich insgesamt ein Aufkom-men von 62 Fahrten. Wird von einem Modal Split-Anteil im ÖPNV von 3 % ausgegangen, ergibt sich ein Potential für den ÖPNV von 2 Fahrten am Tag. Eine Potentialberechnung zur Absicherung dieser ersten Abschätzung sollte noch durchgeführt werden.

Abbildung 19: Potentialschätzung Besucher und ambulante Patienten Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Einzugsgebietestatistik 2010 des Kreiskrankenhaus OHZ

Übernahme von Transportkosten bei Patienten mit Fahrtziel Krankenhaus

Die Krankenhäuser selber können keine Angaben dazu machen, ob die Pati-enten mit einer Transportverordnung zum Krankenhaus kommen oder die Fahrt selber zahlen. Nach den bisherigen Recherchen sowie den Vorgaben der Kassen zur medizinischen Notwendigkeit der Krankenfahrt ist aber zu vermu-

ten, dass der überwiegende Teil der Patienten keine Verordnung zur Krankenförderung hat.

Abbildung 20: Patienten mit Fahrtziel Krankenhaus und Verordnung zur Krankenförderung

Personengruppe mit Fahrtziel Krankenhaus	Einschätzung zum Vorliegen einer Verordnung zur Krankenförderung
1. Patienten	
1.1 Ambulante Patienten	Vermutlich zum großen Teil nicht
1.2 Patienten für ambulante OPs	Vermutlich zum überwiegenden Teil nicht
1.3 Ambulante Patienten für psychiatrische Tagesklinik in Twistingen, Tagespflege	Vermutlich zum überwiegenden Teil
1.4 Patienten für stationären Aufenthalt	Vermutlich zum überwiegenden Teil
2. Angehörige und Besucher	Nein
3. Mitarbeiter	Nein

Daten: Interviews mit Klinikum St. Ansgar, Krankenhaus Osterholz

Damit lässt sich folgendes Fazit zu den Nutzerstrukturen der Personen mit Ziel Krankenhaus ziehen:

- Disperse Nutzungsstrukturen hinsichtlich Einzugsgebiet und Zeit;
- nur ein sehr geringer Anteil der Personen mit Fahrtziel Krankenhaus hat eine Transportverordnung (Anspruch auf Transportverordnung nur bei stationärem Krankenhausaufenthalt, ambulant nur bei Pflegestufe 2, Schwerbehinderung, Strahlen/Chemo/Dialyse), hohe individuelle Anforderungen der Patienten an das Transportmittel und die Begleitung;
- für den ÖPNV relevante Fahrgastgruppen (Mitarbeiter, Besucher, Angehörige der Krankenhauspatienten, Patienten der ambulanten Nachsorge, regelmäßige Arztbesuche außerhalb der Ausnahmefälle der GKV) stehen außerhalb des Systems der GKV.

Die qualitativen sowie zeitlichen Mobilitätsanforderungen, das geschätzte potentielle Fahrgastaufkommen, der Modal Split und die geschätzten Verordnungsfahrten sind in den nachfolgenden Übersichten für das Kreiskrankenhaus Osterholz, den St. Ansgar Klinikverbund sowie das Johanneum und das Klinikum Ammerland im Detail zusammengestellt.

Abbildung 21: Grundlagen und Anforderungen des Kreiskrankenhauses Osterholz an ÖPNV-Anbindung

	VO zur Kr.bef.	Aufkommen (Anfahrten)	Quelle/ Zielort	Modal Split	Anforderungen an Transportqualität	Anforderungen an zeitlich. Verfügbarkeit
Patienten stationär	Ja	Ca. 6.000 p.a., ca. 25 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag	Wohnort/ Kkh	Fast 100 % PKW	Fahrt oft in Begleitung zur psych. Unterstützung, mit Gepäck, ev. mobilitätseingeschränkt	Einbestellte Patienten kommen überwiegend 7.00 – 10.00 Uhr
Patienten ambulant (Nachsorge)	Ev.		Wohnort/ Kkh	Fast 100 % PKW	Ev. mobilitätseingeschränkt	Individuell nach Termin im Krankenhaus, überwiegend am Vormittag
Patienten OP ambulant	Eher nein		Wohnort/ Kkh	Fast 100 % PKW	Fahrt oft in Begleitung zur psych. Unterstützung, Begleitung nach OP erforderlich, mobilitätseingeschränkt	Überwiegend Vormittag zwischen 7.00 – 12.00 Uhr, Entlassung überwiegend 14.30 – 17.00 Uhr
Patienten ambulant (MVZ)	Eher nein	35.000 ambulante Patienten am MVZ (5,5 Arztstühle), ca. 140 Anfahrten/Tag	Wohnort/ Kkh	Fast 100 % PKW	Ev. mobilitäts-eingeschränkt	Individuell nach Termin beim Facharzt
Besucher/Angehörige	Nein	Annahme: 1 Besucher/Patient p. Tag.: 134 Anfahrten/Tag*	Wohnort etc./Kkhs	Fast 100 % PKW	9-15 h hin, 12-17.30 h rück	Größter Teil der Besucher 14.30 – 17.00 Uhr
Mitarbeiter	Nein	Osterholz: ca. 350 MA, 350 Anfahrten/Tag	Wohnort/ Kkh	Fast 100 % PKW		Schichtzeiten (ca. 2/3 der MA im Schichtdienst)

* eigene Berechnungen: 6.000 Patienten p.a., durchschnittliche Verweildauer 8,2 Tage (lt. Krankenhausplan Niedersachsen 2011), bei einem Besucher je Patient je Tag ergeben sich 134 Besucher/Tag

Daten: Eigene Berechnungen, Interviews Krankenhaus Osterholz

Abbildung 22: Grundlagen und Anforderungen des Klinikverbundes St. Ansgar an ÖPNV-Anbindung

	Aufkommen (Anfahrten)	Quelle/ Zielort	Modal Split	Anforderungen an Transportqualität	Anforderungen an zeitliche Verfügbarkeit
Patienten stationär	Bassum: ca. 5800 p.a., ca. 23 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag Diepholz: ca. 5800 p.a., ca. 23 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag Sulingen: ca. 5600 p.a., ca. 22 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag Twistringen: ca. 1800 p.a., ca. 7 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag	i.d.R. Wohnort/ KH	Fast 100 % PKW Twistringen: nennenswerter Anteil kommt mit ÖV aufgrund von psychischen Erkrankungen und Medikamenteneinfluss		
Patienten ambulant (Nachsorge)					
Patienten OP ambulant				Begleitung nach OP erforderlich, Mobilitätseingeschränkt	OP-Zeit von 7.30 bis 16.00 Uhr
Patienten ambulant (MVZ)	Bassum: ca. 12.300, ca. 48 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag* Diepholz: ca. 15.400, ca. 60 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag Sulingen: ca. 12.100, ca. 47 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag Twistringen ca. 3800, ca. 15 Anfahrten für stationäre Aufnahmen/Tag			z. T. Mobilitätseingeschränkt wegen Erkrankungen oder Medikamenteneinnahme	Patienten kommen über den Tag verteilt Twistringen: Patienten der Tagesklinik reisen 8 Uhr an, Entlassung um 16.15 Uhr
Besucher/Angehörige	Annahme: 1 Besucher/Patient p. Tag.: 130 Anfahrten/Tag/KH* (Ausnahme: Twistringen wurde nicht berechnet, da Annahmen nicht übertragbar)		Fast 100% PKW		Regelbesuchszeit von 14.00 – 18.00 Uhr
Mitarbeiter	1250 MA, 1250 Anfahrten/Tag		Überwiegend mit PKW, einige mit dem Fahrrad		Schichtzeiten

* eigene Berechnungen: 5.800 Patienten p.a., durchschnittliche Verweildauer 8,2 Tage (lt. Krankenhausplan Niedersachsen 2011), bei einem Besucher je Patient je Tag ergeben sich 134 Besucher/Tag

Daten: Eigene Berechnungen, Interviews St. Ansgar Klinikverbund

Abbildung 23: Grundlagen und Anforderungen Krankenhaus Johanneum und der Ammerland Klinik GmbH an ÖPNV-Anbindung

Krankenhaus/Klinikum	Mitarbeiter	Umsatz (p.a.)	Fallzahlen (p.a.)	Besonderheiten des Krankenhauses	Entwicklung Patientenzahlen/-struktur	Modal Split - Anfahrt zum Kkh
Krankenhaus Johanneum, Landkreis Oldenburg	400	ca. 25 Mio EUR	5.500 stationär 15.000 ambulant	Entwicklung zum "Gesundheitszentrum" MVZ mit gutem Verhältnis zu den niedergelassenen Ärzten; angegliederter Notfalldienst der KVN Apothek: Versorgung mit Medikamenten durch Notdienst 24h gewährleistet; Eigener Ambulanzstandort in Sandkrug	Anstieg der Fallzahlen wg. Ausbau zum Gesundheitszentrum Patienten werden älter (Demographie), derzeit ca. 60 % der stationären Patienten \geq 65 Jahre, steigende Tendenz	Vorrangig Fahrt mit PKW; trotz Parkraumbewirtschaftung zunehmend Kapazitätsprobleme
Ammerland Klinik GmbH, Westerstede	960	ca. 55 Mio EUR		Kooperation mit niedergelassenen Ärzten über das Vertragsänderungsgesetz, Aufbau von Bereichen für älter werdende Bevölkerung	50 % der Patienten sind \geq 65 Jahre, steigende Tendenz	Vorrangig Fahrt mit PKW; ausreichend Flächen für Parkplätze, es gibt ein Parkhaus, keine Parkraumbewirtschaftung. Im Einzugsbereich funktioniert "Nachbarschaftshilfe"

Daten: Eigene Berechnungen, Interviews Krankenhaus Johanneum und Ammerland Klinik GmbH

2.2.3.3 Interessenslage und Anforderungen der Krankenhäuser an die ÖPNV-Anbindung

Das Interesse der Krankenhäuser an einer Verbesserung der ÖPNV-Anbindung ist groß, die Möglichkeiten der finanziellen Beteiligung allerdings sind begrenzt:

- Verbesserung der ÖPNV-Anbindung wird als vorrangige Aufgabe gesehen, für das Krankenhaus bedeutet eine Verbesserung der ÖPNV-Anbindung eine bessere Erreichbarkeit für die Patienten, eine Steigerung der Patientenzahlen und damit eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit.
- Es gibt kein ÖPNV-Budget bei den Krankenhäusern.
- Es besteht nur dann finanzielle Beteiligungsbereitschaft, wenn eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit nachgewiesen werden kann.

Die Auswertung der Interviews zur derzeitigen Nutzung des ÖPNV, um zum Krankenhaus zu kommen, die Beurteilung der verfügbaren Information über den ÖPNV sowie die Beurteilung der derzeitigen ÖPNV-Anbindung und die seitens der Krankenhäuser identifizierten Defizite sind in der nachfolgenden Tabelle zusammengestellt.

Abbildung 24: Status Quo ÖPNV-Anbindung der Krankenhäuser und Defizite

Bereich	Defizite
Modal Split	Anfahrt Mitarbeiter, Patienten, Besucher fast ausschließlich mit dem PKW, Ausnahme: Psychiatrie Twistringen (eingeschränkte Verkehrsfähigkeit aufgrund von Medikation/psychische Vorbelastung)
ÖPNV-Information	Sehr eingeschränkte bzw. keine Information (keine Hinweise auf Homepage, allenfalls Informationen im Empfangsbereich in Form von Aushängen oder gut informiertem Empfangspersonal)
Beurteilung ÖPNV-Anbindung	Osterholz keine ÖPNV-Anbindung (nächste Haltestelle (Schulbus) 500 m entfernt) St. Ansgar Klinikverbund: Angebot für Bassum gut (u.a. Bürgerbus Bassum), für Twistringen und Sulingen sehr schlecht, für Diepholz relativ gut (Krankenhaus liegt in der Stadt)
Defizite im bestehenden ÖPNV-Angebot	Krankenhaus Osterholz: Anbindung wäre insb. für die Kommunen Schwane-wede, Grasberg, Hambergen, Worpswede und Ritterhude gewünscht St. Ansgar Klinikverbund: Bürgerbus für Sulingen gewünscht; bessere ÖPNV-Anbindung in die Regionen, aus denen bisher noch sehr wenige Patienten kommen, z.B. aus Nordkreis, konkret auch Bassum, Syke, Diepholz, Vechta, Minden/Lübbecke.

Daten: Interviews mit Klinikum St. Ansgar, Krankenhaus Osterholz

Von den Krankenhäusern wird insgesamt gewünscht:

- Ergänzung des Angebots mit morgendlicher Zuführung zu den OPs (7.00 bis 10.00 Uhr) bzw. für ambulante Arztbesuche und mit Rückkehrmöglichkeit nachmittags für Patienten/Besucher,
- Verbesserung der Information zum ÖPNV-Angebot,

- Behebung der Defizite im derzeitigen Angebot.

2.2.3.4 Handlungsfelder

Als Ergebnis der Analyse des Ist-Zustandes der ÖPNV-Anbindung der Krankenhäuser und der Mobilitätsanforderungen der Personen mit Fahrtziel Krankenhaus lassen sich insgesamt drei Handlungsfelder identifizieren:

ÖPNV-Angebot:

- Optimierung vorhandener Verkehre
- Ergänzung/Ersatz vorhandener Verkehre durch Einsatz flexibler und damit bedarfsangepasster Betriebsform

Marketing/Information:

- Keine bzw. nur unzureichende ÖPNV-Information im Krankenhaus erfordert Einsatz von individualisiertem Marketing, d.h. zielgruppen- und zielortscharf.

Finanzierung:

- Zahlungsbereitschaft ist grundsätzlich vorhanden, wenn es sich für das Krankenhaus rechnet.

Von den Krankenhäusern Osterholz und St. Ansgar wurden darüber hinaus noch alternative Ansätze zur Finanzierung aufgezeigt:

- Osterholz: Klinikum führt selber Transportdienste durch mit eigenem PKW und eigenem Fahrer → alternative Nutzung?
- Osterholz: Nutzung Apothekenfahrdienst (Hirschapotheke) für Patienten, Notdienstapotheke am Krankenhaus fehlt.
- St. Ansgar: Einsatz von Patienten aus der Psychiatrie als Fahrer in einem ÖPNV-Umsetzungsprojekt zur Wiedereingliederung. Patienten fahren zurzeit einen Kleinbus, mit dem demenzkranke Patienten zur Tagespflege abgeholt und zurückgebracht werden. Der Bus könnte außerhalb dieser Einsatzzeiten für alternative Fahrten genutzt werden.⁵⁴

⁵⁴ Der Klinikverbund St. Ansgar hatte darauf hingewiesen, dass ehem. Patienten die Post für das Klinikum und für das Labor fahren. Eine Rundfahrt (Diepholz-Twistringen-Bassum-Sulingen und zurück nach Diepholz) entspricht dabei knapp 100 km. Es steht außerdem ein kleiner Bus zur Verfügung, der, außer für den Holdienst der Senioren für die Tagespflege, nicht im Einsatz ist. Nachdenken ließe sich über ein Transportangebot mit diesem Bus und den ehem. Klinikpatienten als Fahrer.

2.2.4 Fachärzte für Allgemeinmedizin und sonstige Fachärzte

2.2.4.1 Ausgangslage

Die Fachärzte für Allgemeinmedizin (im Folgenden Allgemeinärzte) und sonstige Fachärzte sind in zweifacher Hinsicht von der Qualität der ÖPNV-Anbindung betroffen. Zum einen ist von Relevanz, wie gut die eigene Praxis mit dem ÖPNV erreichbar ist und welche Bedeutung dies für den Allgemeinarzt hat. Zum anderen stellt der Allgemeinarzt die Verordnung zur Krankenbeförderung aus. Beide Ansatzpunkte werden im Folgenden untersucht.

Anbindung allgemeinmedizinische Praxen/Facharztpraxen an den ÖPNV

Die Bedeutung der Verkehrsanbindung hat sich in den letzten Jahren sehr stark gewandelt. War noch vor einigen Jahren die Verkehrsanbindung der Allgemeinarztpraxen nicht von Interesse, ist mittlerweile eine grundlegende Veränderung eingetreten. Bei Neugründung einer Praxis verlangen die Banken nach Basel II als Voraussetzung für die Finanzierung einen Businessplan, der auch ein Konzept zur Eignung des Praxisstandortes enthalten muss. Dazu wird u.a. eine genaue Analyse der Verkehrsströme durchgeführt, um Aussagen zur Erreichbarkeit der Praxis treffen zu können, ebenso wird die Altersstruktur der Bevölkerung untersucht (Bsp. Kinderarzt: es müssen im Einzugsgebiet des geplanten Praxisstandorts genügend Kinder wohnen, ein Orthopäde braucht zwischen 15.000 bis 20.000 EW als Einzugsbereich).

Bei einer Praxisgründung oder der Übernahme eines Praxissitzes bietet die KVN Beratung dazu im Rahmen einer Existenzgründung an und führt auch die notwendigen Analysen durch. Da die KVN alle Behandlungsfälle abrechnet, stehen hierzu alle notwendigen Informationen zur Verfügung (Alter und Wohnort der Patienten, Häufigkeit der Arztbesuche wie auch die Entfernung zur nächsten Bushaltestelle).⁵⁵

Die Sensibilität für die Bedeutung der Verkehrsanbindung hat in den letzten Jahren bei den Hausärzten zugenommen. Beziehen Ärzte z.B. ein neues Ärztehaus ohne ÖPNV-Anbindung, dann würden die Ärzte bei der Kommune vortreten, um eine bessere ÖPNV-Anbindung zu erreichen. Auch auf Seiten der Kommune wird die Bedeutung der ÖPNV-Anbindung zunehmend erkannt. Es kommt immer häufiger vor, dass die Bürgermeister bei der KVN anrufen, weil in ihrem Ort der Allgemeinarzt in den Ruhestand geht und die Gemeinde überlegt, wie sie ihren Standort für den Arzt attraktiver machen kann (z.B. durch kostenlose Bereitstellung von Räumen).⁵⁶

Es lässt sich also feststellen, dass die Erreichbarkeit Einfluss auf den Praxisstandort hat. Die Bedeutung der ÖPNV-Anbindung ist allerdings nicht so groß,

⁵⁵ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 3

⁵⁶ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4

dass die Praxen umziehen würden, um ihre Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu verbessern. Entweder haben sich die Ärzte bewusst für das Ärztehaus entschieden, oder – was der weitaus häufigere Fall ist – das Haus, in dem sich die Praxis befindet, ist im Eigentum des Arztes. Der Trend, Praxis und Wohnung im eigenen Haus unterzubringen, hat sich allerdings grundlegend geändert. Die Ärzte tendieren dazu, Freizeit und Beruf räumlich zu trennen und Praxisräume eher anzumieten.⁵⁷

Ausstellung Verordnung zur Krankbeförderung durch einen Allgemeinarzt/Facharzt

Für eine Ausstellung einer Verordnung zur Krankbeförderung muss eine medizinische Notwendigkeit gegeben sein, dies wird vom behandelnden Arzt festgestellt und verordnet. Auch das Beförderungsmittel wird im Rahmen dieser Verordnung festgelegt. In der Reihenfolge ihrer Wertigkeit ist der öffentliche Verkehr das geringwertigste Verkehrsmittel, von Taxi/Mietwagen über Krankentransportwagen und Rettungswagen steigert sich die Wertigkeit. Ein Taxi wird in der Regel verordnet, wenn kein anderes Verkehrsmittel verfügbar ist. Es ist rechtswidrig, wenn der Arzt die Taxifahrt bezahlt.⁵⁸

Der Arzt ist Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen, er ist auch an das Wirtschaftlichkeitsgebot gebunden. Fahrkosten sind für den Arzt allerdings nur eine Nebenleistung. Jeder Allgemeinarzt stellt im Jahr Verordnungen in einem Volumen von insgesamt ca. 500.000 EUR aus, die Verordnungen für Krankbeförderungen machen hier nur einen geringen Teil aus. Außer dem Wirtschaftlichkeitsgebot gibt es für den Arzt keinen Anreiz, Patienten zu anderen Transportmöglichkeiten zu beraten. Zudem fehlen den Ärzten hierzu wesentliche Informationen bspw. zum ÖPNV-Angebot.⁵⁹

Der Arzt muss sich bei der Entscheidung zum Verkehrsmittel auf die Aussage des Patienten verlassen (z.B., dass es keine Busverbindung gibt oder kein Nachbar den Patienten mitnehmen kann). Aufgabe des Arztes ist hierbei aber nur, aufgrund des Gesundheitszustandes eine Entscheidung zu treffen.⁶⁰

2.2.4.2 Mobilitätsstrukturen und -anforderungen von Personen mit Fahrtziel Arztpraxis

In der Regel lässt sich nicht sagen, welche Verkehrsmittel die Patienten nutzen, um zur Praxis zu kommen, da diese Daten nicht von den Arztpraxen erhoben werden. Nur für einen sehr kleinen Teil der Patienten ist dazu eine Aussage möglich, nämlich dann, wenn die Patienten dem Arzt mitteilen, dass sie einen Transportschein brauchen und der Arzt dann mit dem Patienten be-

⁵⁷ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 4

⁵⁸ Protokoll Interview AOK Niedersachsen, 28. März 2011, S. 2

⁵⁹ Protokoll Interview AOK Niedersachsen, 28. März 2011, S. 3

⁶⁰ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 2

spricht, wie eine alternative Anfahrt möglich ist. Bei allen anderen Patienten ist nicht bekannt, wie sie zur Praxis kommen.⁶¹

Hinsichtlich des Einzugsgebiets von Allgemeinarztpraxen ist zu vermuten, dass diese sehr lokal sind, da Allgemeinärzte schnell erreichbar sein sollen. Für einen Allgemeinarztbesuch wird in der Regel ein Termin vergeben oder es wird die Sprechstunde für akute Beschwerden aufgesucht bzw. der Patient kommt bei akuten Beschwerden ohne Termin.

Zur körperlichen Verfassung und damit den Mobilitätseinschränkungen des Patienten, die Auswirkungen auf die Mobilitätsanforderungen haben, lässt sich keine allgemeine Aussage machen. Dies ist abhängig von den Beschwerden, wegen derer der Patient den Allgemeinarzt aufsucht. Es wäre zu analysieren, welcher Anteil der Patienten den Allgemeinarzt mit Termin aufsucht und welcher Anteil der Patienten aufgrund akuter Beschwerden ohne Termin kommt.

Im ambulanten Bereich starten die Patienten mit Transportverordnung von der eigenen Wohnung, Ziel ist der Allgemein- oder Facharzt.⁶² Auch bei Patienten mit Verordnung ist weder eine detaillierte Angabe zu den Mobilitätsanforderungen noch eine Aussage über den Anteil der einzelnen Verordnungsgründe an der Gesamtzahl der ausgestellten Verordnungen zu machen. Allein die Krankenkassen können dazu eine Aussage treffen, da nur sie über die notwendigen Informationen verfügen, d.h. die Daten aus der Auswertung der Transportverordnung.⁶³

Abbildung 25: Ergebnisse Grundlagen und Anforderungen an Allgemeinarzt-/ Facharztpraxis – ÖPNV-Anbindung

	VO zur Kr.bef.	Aufkommen (Anfahrten)	Quelle/ Zielort	Modal Split	Anforderungen an Transportqualität	Anforderungen an zeitliche Verfügbarkeit
Allgemein- arzt- /Facharzt- Patienten	Teilweise	Nicht bekannt	Wohnort/ Praxis	Nicht bekannt	Eventuell mobilitätseingeschränkt	Nach Terminvergabe

Daten: Interview KVN

2.2.4.3 Interessenlage und Anforderungen der Allgemein- ärzte/Fachärzte an die ÖPNV-Anbindung

Auf Basis der geführten Interviews lässt sich feststellen, dass die Allgemein-ärzte/Fachärzte Interesse an der ÖPNV-Anbindung ihrer eigenen Praxis haben, das Thema aber erst langsam an Bedeutung gewinnt.

⁶¹ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 3

⁶² Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 2

⁶³ Protokoll Interview KVN, 8. September 2011, S. 1

2.2.4.4 Handlungsfelder

Für die Verbesserung der ÖPNV-Anbindung ergeben sich für die Arztpraxen unterschiedliche Ansatzpunkte:

ÖPNV-Angebot

- Verbesserung des ÖPNV-Angebots beispielsweise durch den Einsatz flexibler Bedienformen

Marketing/Information

- Verzahnung von Terminvergabe und Organisation der An- und Abfahrt mit dem ÖPNV in der Arztpraxis
- Informationen zum ÖPNV-Angebot in der Arztpraxis
- Zusätzliches Angebot an mobilitätseingeschränkte Patienten, die keinen Anspruch auf eine Transportverordnung haben, aber aufgrund ihrer Mobilitätseinschränkungen weder den eigenen PKW noch den regulären ÖPNV nutzen können. Diese Patienten würden einen Haustür-Haustür Transport benötigen, können aber keine Taxifahrt finanzieren.

Finanzierung

- Zahlungsbereitschaft seitens der Hausärzte auf Basis bisher geführter Interviews nicht ableitbar, Zahlungsbereitschaft eher zu vermuten bei den Bürgermeistern, die in ihrer Gemeinde einen Allgemeinarzt halten oder ansiedeln wollen.

2.2.5 Zwischenergebnisse

Die Akteure im Gesundheitswesen haben sehr unterschiedliche Anforderungen an die ÖPNV-Anbindung. Steht bei der AOK das Thema Kostenreduzierung im Vordergrund, sind die Krankenhäuser an einer besseren ÖPNV-Anbindung interessiert. Für die Allgemeinmediziner/Fachärzte gewinnt das Thema gute ÖPNV-Anbindung zunehmend an Bedeutung.

Die Mobilitätsbedürfnisse von potentiellen Fahrgästen mit medizinisch bedingtem Fahrtzweck sind abhängig von den gesundheitlichen Einschränkungen sehr individuell. Es lassen sich weder zeitlich noch räumlich Strukturen identifizieren, die für eine größere Menge an Fahrgästen Gültigkeit haben. Hohe individuelle Anforderungen, disperse Nutzungsstrukturen und relativ kleine Aufkommen machen die Fahrgäste mit medizinisch bedingten Fahrten zu einer anspruchsvollen Zielgruppe für den ÖPNV. Das bestehende Linienverkehrsangebot ist nur sehr eingeschränkt für die Erfüllung dieser Mobilitätsbedürfnisse geeignet.

Als ein weiteres Ergebnis der geführten Gespräche bleibt festzustellen, dass es nicht einfach ist, mit den Partnern aus dem Medizinbereich ins Gespräch zu

kommen. Es gab bisher wenig Berührungspunkte zwischen der Medizin- und der ÖPNV-Welt, die sich in Folge dessen sehr fremd sind. Dementsprechend aufwändig war die Analyse der Anforderungen der Fahrgäste mit medizinisch bedingtem Fahrtzweck.

Für den ÖPNV interessante Mengeneffekte gibt es vor allem bei dem Ansatz der Zusammenlegung der Verkehre mit den gesetzlichen Krankenkassen. Um diesen Ansatz weiter verfolgen zu können und in einem nächsten Schritt die für eine detaillierte Analyse notwendigen Daten zu bekommen, ist der Aufbau einer Vertrauensbasis zu den gesetzlichen Krankenkassen entscheidend, die den ÖPNV als Partner auf Augenhöhe wahrnehmen müssen.

Ansatzpunkte zur Verbesserung der ÖPNV-Anbindung lassen sich darüber hinaus aber auch für die Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte finden, vor allem im Bereich Marketing/Information gibt es im Status quo erhebliche Defizite.

2.3 Derzeitiges ÖPNV-Angebot und Defizitanalyse für die Krankenhausstandorte

2.3.1 Vorgehen

In diesem Kapitel wird das derzeitige ÖPNV-Angebot in den Landkreisen dargestellt und hinsichtlich der Anbindung der Krankenhäuser analysiert. Die Analyse wurde für die Krankenhausstandorte durchgeführt, da aufgrund der Datenlage eine Analyse der verordneten Krankenbeförderungsfahrten wie auch der Allgemeinarzt-/Facharztanbindung nur sehr eingeschränkt möglich gewesen wäre (notwendig wären Quelle-Ziel-Daten der Verordnungsfahrten bzw. die Quellgebiete der Allgemeinarzt- bzw. Facharztpatienten).

Die Analyse des ÖPNV-Angebots wird in drei Schritten durchgeführt. In einem ersten Schritt wird die Fahrtenhäufigkeit in den Landkreisen dargestellt. In einem zweiten Schritt wird die Haltestellenlage dargestellt und hinsichtlich der Anforderungen der Krankenhauspatienten und -besucher untersucht. Die Darstellung des haltestellenbezogenen Bedienungsangebots (Direktfahrten) gibt einen ersten Eindruck des Fahrtenangebots. Im nächsten Schritt wird das haltestellenbezogene Linienangebot (Direktfahrten und Umsteigefahrten) auf Basis definierter Anspruchskriterien (siehe Abbildung 26) bewertet. Zu Grunde gelegt wurden hierfür die Anforderungen der Krankenhausbesucher und -patienten. Die Kriterien sind das Ergebnis der Abwägung der Anforderungen der speziellen Zielgruppen dieser Studie und den Anforderungen an ein sinnvoll nutzbares ÖV-Angebot insgesamt. Sie sind in wiederholten Diskussionen mit dem ZVBN auf ihre Praxistauglichkeit geprüft worden und orientieren sich dabei auch an den Öffnungs- und OP-Zeiten der Krankenhäuser.

Abbildung 26: Anspruchskriterien der Defizitanalyse

Bewertungskriterium	Wert
Anzahl von Umsteigevorgängen	max. 1
Reisezeit	max. 60 min
Wartezeit beim Umsteigen	max. 15 min
Entfernung Haltestelle – Krankenhaus	max. 300 m bei Richtungshaltestellen: Fahrtrichtung berücksichtigt
Bedienungsqualität Basisangebot	Mo – Fr in den Schulferien: Jeweils eine Verbindung <ul style="list-style-type: none"> • Ankunft KH 8.00 – 10.00 Uhr • Abfahrt KH 12.00 – 14.00 Uhr
Fahrtenhäufigkeit Mo-Fr	min. drei Fahrtenpaare 9.00 – 18.00 Uhr
Fahrtenhäufigkeit Sa+So	wie Bedienungsqualität Basisangebot

Beispiel: Wenn das Krankenhaus von einer Ortslage nur durch zwei Umstiege (Zug-Bus, Bus-Bus), oder durch eine Wartezeit auf die Anschlussverbindung beim Umstieg von mehr als 15 Minuten erreicht werden kann, wird diese als nicht ausreichend erschlossen gewertet und auf der Karte dementsprechend als nicht durch Linienverkehr angebunden dargestellt. Auch müssen mindestens drei Fahrtenpaare (also drei Hin- und drei Rückfahrtmöglichkeiten zum/vom Krankenhaus) zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr sowie mind. eine Ankunft zwischen 08.00 Uhr und 10.00 Uhr und mind. eine Abfahrt zwischen 12.00 Uhr und 14.00 Uhr gegeben sein. Auch das Überschreiten der maximalen Reisezeit⁶⁴ von einer Stunde führt zum Ausschluss aus der Reihe der Bedienungsangebote. Zudem wurde bewusst ein Zeitraum in den Ferien gewählt, da die definierte Zielgruppe, abweichend von den Ansprüchen der Schülerbeförderung, ein ganzjähriges Fahrplanangebot benötigt.

Das derzeitige ÖPNV-Angebot wird für die Landkreise Osterholz und Diepholz dargestellt. Die weitere Analyse erfolgt für die Krankenhausstandorte Osterholz-Scharmbeck, Diepholz und Bassum. Die Krankenhausstandorte in den Landkreisen Ammerland und Oldenburg heben sich im Vergleich mit den Standorten in den Landkreisen Osterholz und Diepholz durch ein relativ gutes Bus- und Schienenangebot ab. Um hier eine eher typischere Situation zu untersuchen, fällt der Fokus auf die Krankenhäuser in Osterholz-Scharmbeck, Bassum und Diepholz. Für die Untersuchung der Haltestellen werden die Klinik Ammerland und das Johanneum Wildeshausen zum Vergleich dargestellt. Im Landkreis Diepholz werden die Akutkrankenhäuser Diepholz und Bassum betrachtet, denn die Krankenhäuser in Twistingen und Sulingen haben besondere fachliche Schwerpunkte, mit denen auch besondere Anforderungen für die Patienten und Besucher verbunden sind.

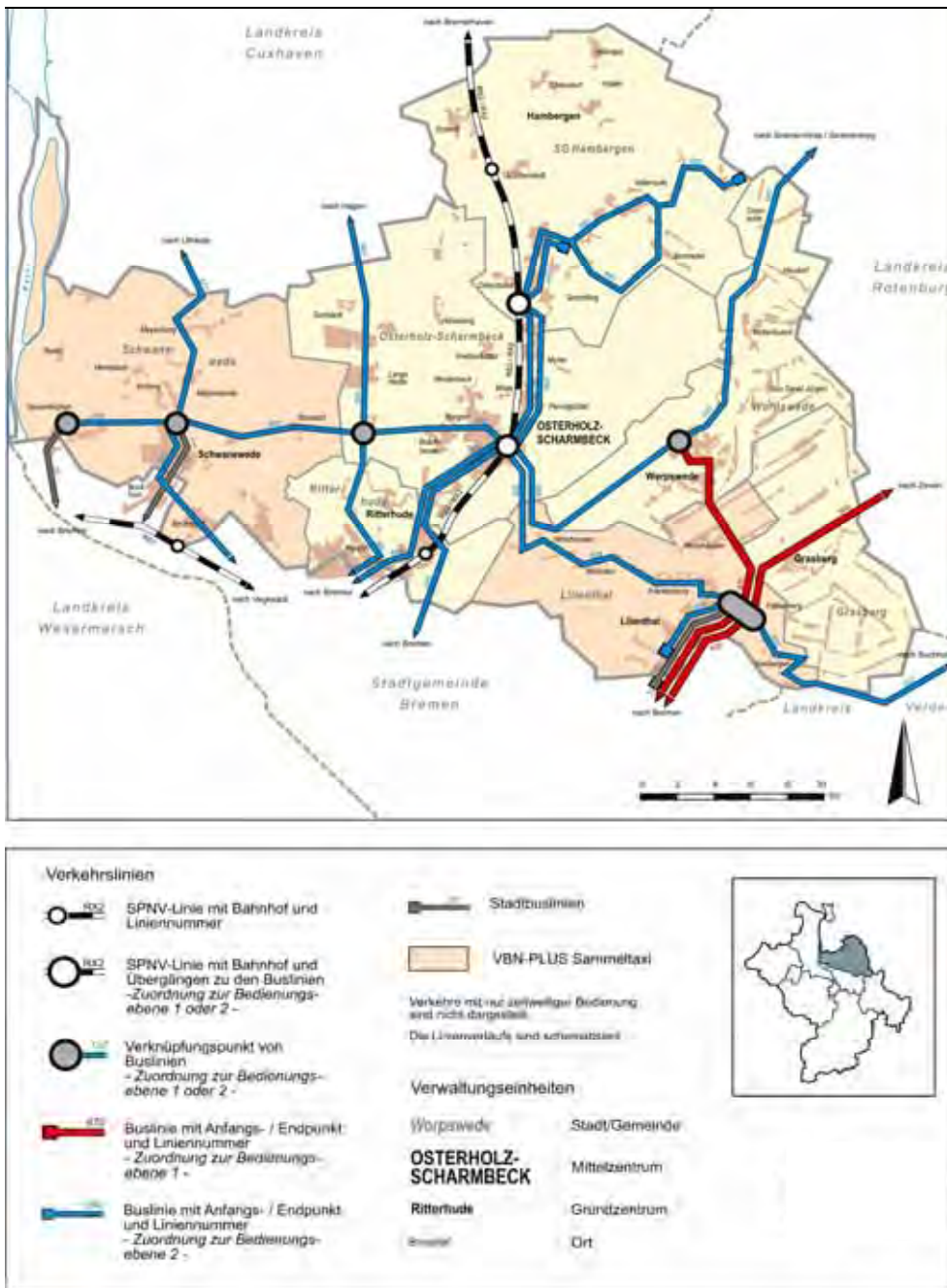
⁶⁴ Die Reisezeit beinhaltet - neben der Zeit für den Weg zur und von der Haltestelle - auch die reine Fahrzeit sowie die für einen evtl. Umstieg nötige Zeit.

2.3.2 Derzeitiges ÖPNV-Angebot in den Landkreisen

Landkreis Osterholz

Das ÖPNV-Angebot im Landkreis Osterholz besteht aus drei SPNV-Linien,⁶⁵ 47 Stadt- und Regionalbuslinien und sieben Nachtbuslinien. Eine Übersicht der wichtigsten Verbindungen bietet die folgende Karte.

Abbildung 27: Übersicht SPNV- und ÖPNV-Angebot LK Osterholz Hauptlinien



Quelle: ZVBN

⁶⁵ Haltestelle „Klinikum Bremen-Nord/Beckedorf“ der RS1 Verden – Bremen-Farge liegt auf Gebiet des LK Osterholz.

Das werktägliche Liniennetz des Landkreises ist hauptsächlich radial auf das Oberzentrum Bremen ausgerichtet. Alle Grundzentren des Landkreises sowie das Mittelzentrum Osterholz-Scharmbeck sind durch höherwertige Linien an das Oberzentrum Bremen angebunden.

SPNV-Anbindung:

Die Regio-S-Bahnlinie RS2 verbindet das Mittelzentrum Osterholz-Scharmbeck sowie die beiden Grundzentren Ritterhude und Hambergen mit den Oberzentren Bremen und Bremerhaven. Das tägliche Grundangebot dieser Linie besteht montags bis sonntags aus einem Stundentakt. Zusätzlich verkehrt zeitlich versetzt die Expresslinie RX2, die im Landkreis den Bahnhof Osterholz-Scharmbeck bedient. Die RX2-Züge fahren montags bis freitags morgens und nachmittags im Stundentakt, in den übrigen Tageszeiten sowie an Wochenenden wird ein Zweistundentakt angeboten. Über den Bahnhof „Bremen Klinikum Bremen-Nord/Beckedorf“ hat der Landkreis Osterholz Anschluss an die Regio-S-Bahnlinie RS1.

Regionalbuslinien:

Zu den wichtigsten Linien zählen die Regionalbuslinien 630 (Zeven – Bremen) und 670 (Worpswede – Bremen). Zusätzlich bieten derzeit die Linien 640 (Osterholz-Scharmbeck – Bremervörde), 650 (Osterholz-Scharmbeck – Neuenkirchen), 660 (Hagen – Bremen), 665/680 (Vollersode – Bremen), 668 (Osterholz-Scharmbeck – Lilienthal) und 677 (Uthlede – Bremen) sowie fünf Stadtbuslinien des angrenzenden Oberzentrums Bremen ein gutes Fahrplanangebot. Bei 31 weiteren Linien im Landkreis Osterholz handelt es sich um Angebote mit nur zeitweiliger Bedienung. Diese Linien sind vorrangig auf die Belange der Schülerbeförderung ausgerichtet.

Ergänzende Angebote:

Neben dem Linienverkehr wird in den Gemeinden Lilienthal und Schwanewede das „VBN-Plus“-Sammeltaxi angeboten. In den Gemeinden Grasberg und Worpswede verkehrt ein BürgerBus.

Nachtverkehre:

Ergänzt wird das Angebot im Landkreis Osterholz durch die vier Nachtlinien N61, N62, N67 und N68 des VBN-Nachtschwärmers, das VBN-Nachtschwärmer-Taxi,⁶⁶ die Bremer Nachtlinie N7 und das Nachttaxi N8.

⁶⁶ Fahrgäste des VBN-Nachtschwärmers können im Landkreis Osterholz für eine Taxifahrt von einer Nachtschwärmer Haltestelle im Landkreis bis nach Hause einen 50 %-Taxi-Gutschein beim Fahrpersonal bekommen.

Verknüpfungspunkte Bus-Bus/Bus-Schiene:

Der wichtigste Verknüpfungspunkt innerhalb des Landkreises ist der Bahnhof Osterholz-Scharmbeck. Außerhalb des Landkreises übernehmen die Bahnhöfe Bremen-Burg und Bremen-Vegesack wichtige Verknüpfungsfunktionen zum SPNV. Zur Straßenbahn besteht eine Anbindung in Bremen-Borgfeld – nach Verlängerung der Linie 4 nach Lilienthal-Falkenberg wird dieser Endpunkt wichtige Verknüpfungsfunktionen übernehmen.

Landkreis Diepholz

Im Landkreis Diepholz verkehren insgesamt 88 Stadt- und Regionalbuslinien und im SPNV die Linien RX2 Osnabrück – Bremen – Bremerhaven und RS2 Twistringen – Bremen – Bremerhaven. Eine Übersicht gibt Abbildung 28 (siehe folgende Seite).

Dem höherwertigen Angebot sind insgesamt – ergänzend zur SPNV-Linie RX2 von Bremen nach Osnabrück – 14 Regionalbuslinien sowie jeweils zwei Stadtbuslinien der angrenzenden Städte Bremen und Delmenhorst zugeordnet. Die Regionalbuslinien sind nur teilweise vertaktet, während die vier Stadtbuslinien in den Hauptverkehrszeiten meist einen 30-Minuten-Takt, mindestens aber einen Stundentakt, aufweisen.

SPNV-Anbindung:

Die SPNV-Linie RX2 und RS2 verbinden die Mittelzentren Syke und Diepholz, sowie die an der Strecke gelegenen Grundzentren Weyhe, Bassum, Twistringen, Barnstorf und Lemförde direkt mit den Oberzentren Bremen und Osnabrück. Die Expresslinie verkehrt auf dieser Strecke im Stundentakt mit jeweils einer zusätzlichen Fahrt pro Richtung in der Hauptverkehrszeit am Morgen. Am Wochenende besteht bis auf wenige Ausnahmen am Nachmittag ebenfalls ein Stundentakt. Zwischen Twistringen und Bremen verkehrt zusätzlich die Regio-S-Bahnlinie RS2, die auch die Bahnhöfe Bramstedt in der Stadt Bassum und die Bahnhöfe Barrien in der Stadt Syke sowie Dreye in der Gemeinde Weyhe bedient. In der Regel verkehren diese Züge auch am Wochenende bis zum späten Abend im Stundentakt. Insgesamt ergeben sich für die genannten Gemeinden zwei SPNV-Verbindungen pro Stunde in das Oberzentrum Bremen.

Regionalbuslinien:

Zu den wichtigsten Linien zählen die Regionalbuslinien 123 (Sulingen – Bassum) und 150 (Hoya – Bremen). Sie bieten Verbindungen der Grund- und Mittelzentren untereinander sowie an den SPNV bzw. an das Oberzentrum Bremen. Zusätzlich bieten derzeit die Linien 101 (Bassum – Bremen), 102 (Syke – Bremen), 120/121 (Kirchweyhe – Bremen), 133 (Sulingen – Rahden), 137 (Sulingen – Diepholz), 138 (Sulingen – Nienburg) und 170 (Ströhen –

Diepholz) sowie vier Stadtbuslinien (53, 55, 204, 214) der angrenzenden Städte Bremen und Delmenhorst ein gutes Fahrplanangebot. Bei weiteren 53 Buslinien handelt es sich um Angebote mit schulorientierter Bedienung.

Abbildung 28: Übersicht SPNV und ÖPNV-Angebot Landkreis Diepholz Hauptlinien



Quelle: ZVBN

Aus angrenzenden Landkreisen verkehren die Linien 226, 227 und 237 (Landkreis Oldenburg) ebenso wie die Linien 720 und 750 (Landkreis Verden) mit Halten im Gebiet des Landkreises Diepholz. Eine verkehrliche Bedeutung für den Landkreis Diepholz besteht auf den Linien 226 und 227, die Teile der Gemeinde Stuhr erschließen und an das Oberzentrum Bremen anbinden. Verkehrliche Funktionen im Landkreis Diepholz übernimmt auch die Linie 750, die Dreie auf ihrem Linienweg von Thedinghausen ins Oberzentrum Bremen mit den genannten Orten verbindet.

Ergänzende Angebote:

Neben den BürgerBussen in Weyhe, Syke und Bassum verkehrt in der Gemeinde Stuhr ein „VBN-Plus“-Sammeltaxi.

Verknüpfungspunkte Bus-Bus/Bus-Schiene:

Im Landkreis Diepholz bestehen folgende wichtige Verknüpfungspunkte zwischen ÖPNV-Verkehrsträgern:

- Bf Kirchweyhe (regelmäßige Verknüpfung der Regionalbuslinien 120 und 121 sowie der Bürgerbuslinie 117 mit der SPNV-Linien RX2/RS2 in/aus Richtung Bremen und Osnabrück)
- Bf Syke (regelmäßige Verknüpfung der Regionalbuslinie 153 und der SPNV-Linie R5 in/aus Richtung Bremen und Osnabrück)
- Bf Bassum (regelmäßige Verknüpfung der Regionalbuslinie 123 mit der SPNV-Linie R5 in/aus Richtung Bremen und Osnabrück sowie überwiegend unregelmäßige Anschlüsse der Regionalbuslinie 101 mit der SPNV-Linie R5 aus Richtung Bremen und Osnabrück)
- Bf Diepholz (häufige Anschlüsse der Regionalbuslinie 137 und überwiegend unregelmäßige Anschlüsse der Linie 170 an die SPNV-Linie R5 in/aus Richtung Bremen und Osnabrück)
- Brinkum ZOB (aufgrund der Vielzahl der hier verkehrenden Regionalbuslinien ergeben sich Anschlüsse zwischen diesen Linien und zur Bremer Stadtbuslinie 55)
- Sulingen ZOB (häufige Verknüpfungen der Regionalbuslinien 123, 133, 137 und 138)
- Bremen-Huchting, Haltestellen Roland-Center und Varreler Landstraße (Anschlüsse zwischen der Bremer Stadtbuslinie 55 und den Delmenhorster Stadtbuslinien 204 und 214)

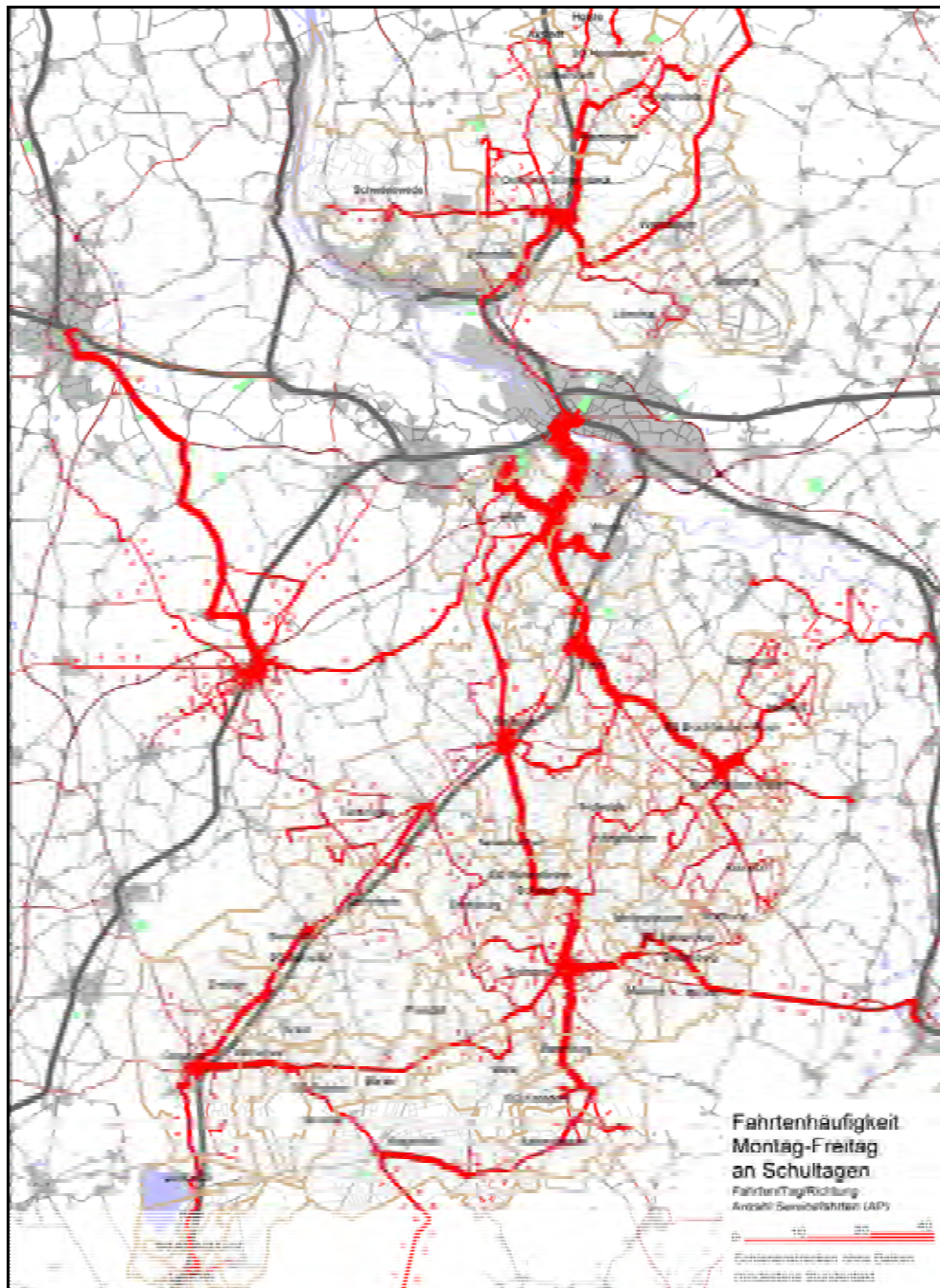
2.3.3 Defizitanalyse des ÖPNV-Angebots für die Krankenhausanbindung

2.3.3.1 Fahrtenhäufigkeit

Nach der Darstellung des Fahrtenangebots für die Landkreise Osterholz und Diepholz folgen unten unterschiedliche Darstellungen der Fahrtenhäufigkeit

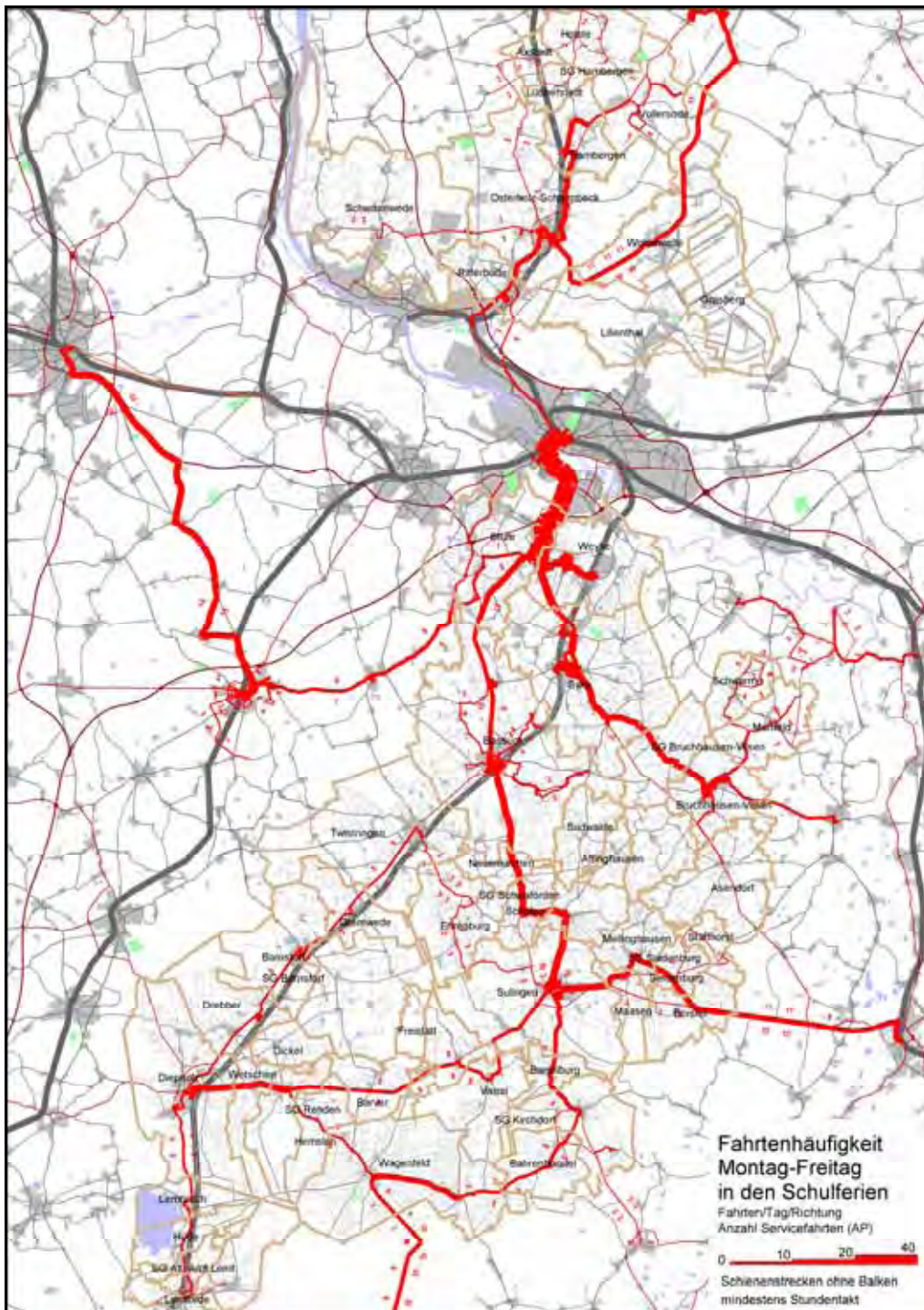
nach Verkehrstagen. Die Zugstrecken sind grau dargestellt und aus Über-
sichtsgründen nicht nach Fahrtenhäufigkeit skaliert, da sie meist häufiger als
stündlich bedient werden.

**Abbildung 29: Tägliches Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz –
Montag bis Freitag an Schultagen**



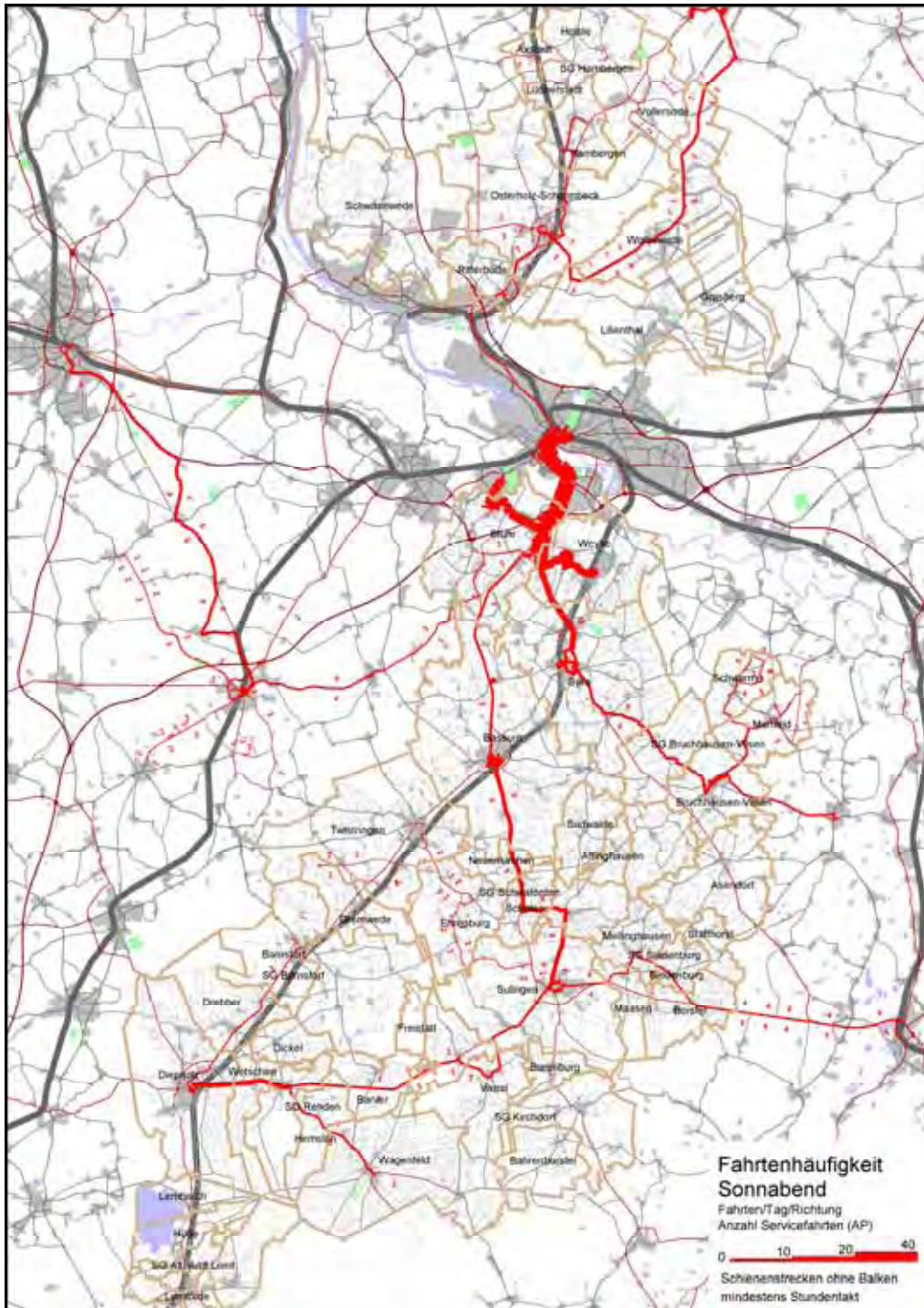
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Abbildung 30: Tägliches Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Montag bis Freitag in den Schulferien



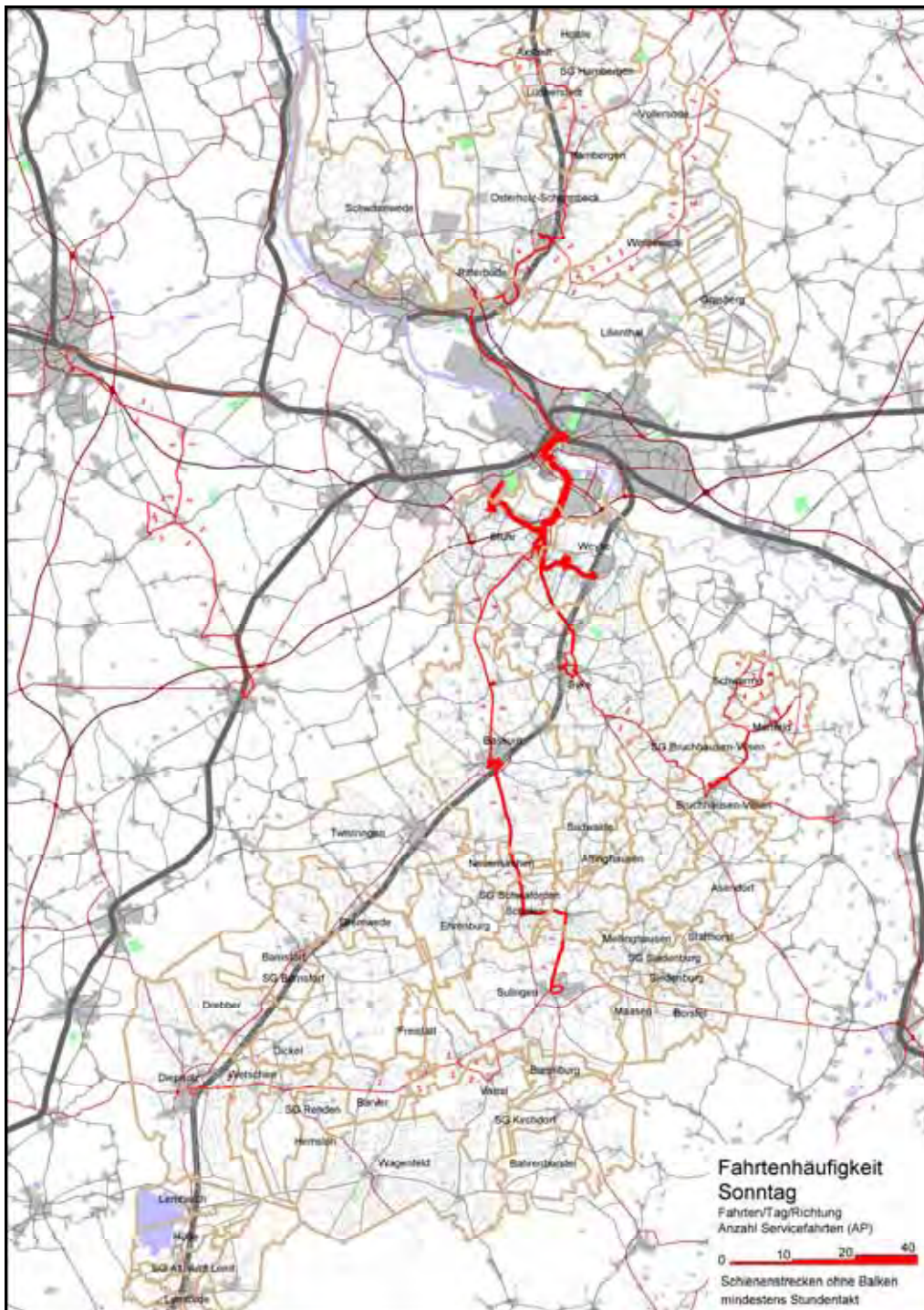
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Abbildung 31: Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Sonnabende



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Abbildung 32: Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Sonn- und Feiertage



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

In der Zusammenschau der Karten wird deutlich, dass sich die Zahl der Fahrtenangebote je nach Verkehrstag unterscheidet. Während eines Werktages außerhalb der Ferien (vgl. Abbildung 29) gibt es rein mengenmäßig ein akzeptables Angebot. Der Grund liegt in der hohen Bedeutung der Schülerbeförderung im regionalen Busverkehrsangebot. In der Folge werden zahlreiche Fahrten, die selbstverständlich nicht nur für Schülerinnen und Schüler fre nutzbar sind, bereitgestellt. An einem Werktag innerhalb der Schulferien (vgl. Abbildung 30) hingegen ist das Angebot deutlich ausgedünnt. Noch geringer ist das Angebot an Samstagen (vgl. Abbildung 31), sonntags und an Feiertagen schließlich wird nur mehr ein Rumpfangebot vorgehalten (vgl. Abbildung 32).

Auch das verringerte Fahrtenangebot an Wochenenden steht teilweise im Zusammenhang mit der Schülerbeförderung. Schließlich gründet die angebotene Verkehrsleistung maßgeblich auf der Nachfrage und der Finanzierung von Leistungen des Schülerverkehrs.

Eben hier liegt ein Problem für die in dieser Untersuchung relevante Zielgruppe der Patienten und insbesondere der Krankenhausmitarbeiter und Krankenhausbesucher. In den Schulferien steht von Montag bis Freitag – entspricht jährlich ca. 65 Tagen – nur ein reduziertes Angebot zur Verfügung. Auch an Samstagen, Sonn- und Feiertagen (entspricht insgesamt zusätzlichen ca. 110 Tagen) fehlt es in vielen Regionen an einem adäquaten Angebot.

Insgesamt ergeben sich rund 175 Tage (knapp die Hälfte des Jahres), an denen ein nur mäßiges bis schlechtes Angebot zur Verfügung steht. Lässt man die Finanzierung der Leistungen außer Acht, ist das Angebot viel zu gering und zu unregelmäßig, um den Mobilitätsbedürfnissen der o. g. Zielgruppen zu entsprechen. Zudem stehen Angebote des ÖPNV besonders in den ländlichen Regionen in Konkurrenz zum Privat-Pkw.

Zwar steht das Schienenangebot ganzjährig mit einem dichten Fahrtenangebot zur Verfügung und bildet damit das Rückgrat des ÖPNV in der Region, jedoch ist die Feinerschließung damit nicht sichergestellt. Für diese flächenhafte Erschließung bedarf es eines Busangebotes als Zu- und Abbringer zu bzw. von Bahnhöfen.

Insbesondere im Südkreis des Landkreises Diepholz, also in unmittelbarer Nachbarschaft zum Krankenhaus in Diepholz selbst, liegen ausgeprägt disperse Siedlungsstrukturen (mehrere Samtgemeinden) vor. Eine hinsichtlich der Wirtschaftlichkeit hilfreiche, gebündelte Nachfrage für einen ÖPNV-Linienverkehr können diese Samtgemeinden nicht bieten.

Zur Darstellung des bestehenden VBN-Linienangebotes (für die dieser vertiefenden Defizit-Analyse zugrunde gelegten Krankenhäuser in Osterholz-Scharmbeck, Bassum und Diepholz) werden im Folgenden den Krankenhäusern die jeweils nächstliegenden Haltestellen und Bahnhöfe zugeordnet sowie die dort verkehrende Regionalbuslinien dargestellt.

2.3.3.2 Lage und Bedienungshäufigkeit der Haltestellen

Kreiskrankenhaus Landkreis Osterholz in Osterholz-Scharmbeck

Die nächstliegende Regionalbushaltestelle ‚Auf dem Paß‘ (vgl. Abbildung 33, Symbol Bus) wird von den Regionalbuslinien 665 und 680 bedient. Sie liegt in ca. 250 m Fußwegentfernung vom Haupteingang des Krankenhauses entfernt. Der Bahnhof Osterholz-Scharmbeck (vgl. Abbildung 33, Symbol Zug) liegt in ca. 1,4 km Fußwegentfernung.

Die rote Linie zeigt den Linienverlauf der Buslinien 665 und 680.

Abbildung 33: Landkreis Osterholz, Kreiskrankenhaus – nächstliegende Regionalbushaltestelle ‚Auf dem Paß‘ und Bf Osterholz-Scharmbeck



Quelle: ZVBN

In Hinsicht auf die Zielgruppen – insbesondere ältere bzw. mobilitätseingeschränkte Patienten und Besucher, aber auch Mitarbeiter des Krankenhauses – ist die Entfernung zwischen der Haltestelle ‚Auf dem Paß‘ und dem Haupteingang des Krankenhauses mit ca. 250 m akzeptabel. Die Entfernung zwischen dem Bahnhof und dem Krankenhaus jedoch setzt in aller Regel einen Umstieg Zug-Bus bzw. Bus-Zug voraus. Für die nicht direkt am Linienverlauf der Linien 665 und 680 lebenden Menschen bewirkt dies eine Erhöhung des Nutzungswiderstandes – nicht zuletzt durch die umstiegsbedingte Erhöhung der Reisezeit.

Die Linien 665 und 680 verkehren von Vollersode/Hambergen nach Bremen, Bahnhof Burg bzw. weiter nach Bremen Hauptbahnhof. Zwischen Hambergen und Bremen, Bf Burg verkehren die Linien auf gleicher Strecke und verdichten ihr Fahrplanangebot auf diesem Abschnitt von Montag bis Freitag zwischen 06.00 bis 20.00 Uhr zu einem annähernden Stundentakt. Auf diesem Abschnitt wird auch die dem Kreiskrankenhaus in Osterholz-Scharmbeck nächstgelegene Haltestelle ‚Auf dem Paß‘ bedient.

Zwischen Hambergen und Bremen, Bf Burg sowie Bremen, Bf Burg und Bremen, Hbf verkehrt nur die Linie 680 mit einem unregelmäßigen Fahrplanangebot insbesondere in den Hauptverkehrszeiten.

Am Bf Burg, aber auch am Bf Osterholz-Scharmbeck stellen die Linien Anschlüsse an den Zug vom und zum Hauptbahnhof Bremen her.

Bereits samstags ist das Fahrplanangebot stark eingeschränkt. Die dem Krankenhaus nächstgelegene Haltestelle ‚Auf dem Paß‘ wird in Fahrtrichtung Bremen dreimal und in Fahrtrichtung von Bremen nur zweimal bedient. Sonntags schließlich bieten die Linien kein Fahrplanangebot mehr (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: Direktfahrtenangebot Kreiskrankenhaus Osterholz

Haltestellenbedienung nach Fahrtrichtung - Haltestelle ‚Auf dem Paß‘/Verkehrstag								
	Mo-Fr (je Tag)		Sa		So		Woche gesamt	
	von HB	nach HB	von HB	nach HB	von HB	nach HB	von HB	nach HB
665/680	13	10	2	3	0	0	15	13
Gesamt	13	10	2	3	0	0	15	13

Daten: ZVBN

Die Linienverläufe der Buslinien sind zu einem großen Teil schienenparallel zur Strecke der Linie RS2/RX2 Bremerhaven – Bremen. Diese bedient über die Bahnhöfe Oldenbüttel, Osterholz-Scharmbeck, Ritterhude, Burg und den Bremer Hauptbahnhof mindestens im Stundentakt die gleichen Ortslagen wie die Busse.

Landkreis Diepholz

Zur Darstellung des bestehenden VBN-Linienangebotes für die dieser vertiefenden Defizit-Analyse zugrunde gelegten Krankenhäuser werden den Krankenhäusern die jeweils nächstliegenden Haltestellen und Bahnhöfe zugeordnet sowie dort verkehrende Regionalbuslinien dargestellt.

St. Ansgar Klinikverbund – Klinik in Diepholz

Diesem Standort mussten drei nächstliegende Haltestellen zugeordnet werden. Aufgrund der verkehrlichen Situation vor Ort fahren die Regionalbuslinien je nach Fahrtrichtung unterschiedliche Haltestellen an. Dies erschwert die Orientierung insbesondere für ÖPNV-Gelegenheitsnutzer erheblich.

An der Haltestelle ‚Hindenburgstraße‘ (vgl. Abbildung 35, Symbol Bus links) verkehrt die Regionalbuslinie 125 (Diepholz – Twistring) in Fahrtrichtung Twistring.

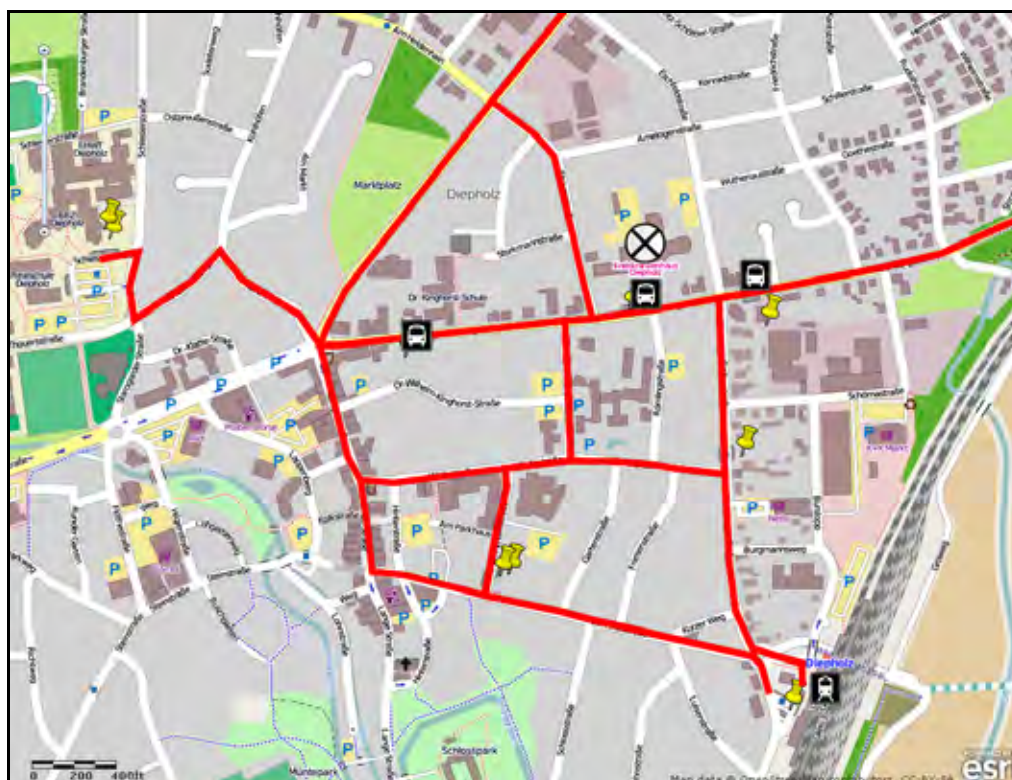
In der Gegenrichtung fährt die Linie 125 die Haltestelle ‚Krankenhaus‘ (vgl. Abbildung 35, Symbol Bus Mitte) an. Dort verkehrt auch die Linie 137 (Sulingen – Diepholz) in Fahrtrichtung Diepholz und die Linie 170 (Diepholz – Ströhen) in Fahrtrichtung Diepholz.

An der Haltestelle ‚Krankenhaus/Abzweig Grafenstraße‘ (vgl. Abbildung 35, Symbol Bus rechts) schließlich verkehrt die Linie 137 in Fahrtrichtung Sulingen und die Linie 170 in Fahrtrichtung Ströhen.

Während die Haltestelle ‚Krankenhaus‘ in ca. 100 m Entfernung vom Haupteingang des Krankenhauses liegt, liegt die Haltestelle ‚Krankenhaus/Abzweig Grafenstraße‘ ca. 170 m und die Haltestelle ‚Hindenburgstraße‘ ca. 420 m entfernt.

Der Bahnhof Diepholz schließlich (vgl. Karte Abbildung 35, Symbol Zug) liegt in ca. 810 m Fußwegentfernung. Die rote Linie zeigt den Linienvlauf der Buslinien 125, 137 und 170.

Abbildung 35: Landkreis Diepholz, St. Ansgar Klinikverbund Diepholz – nächstliegende Regionalbushaltestellen ‚Hindenburgstraße‘, ‚Krankenhaus‘, ‚Krankenhaus/Abzw. Grafenstraße‘ sowie der Bf Diepholz



Quelle: ZVBN

Mit Ausnahme der Haltestelle ‚Hindenburgstraße‘ ist die Lage der Haltestellen bzw. die Entfernung zum Krankenhaus als gut zu bewerten. Die Entfernung der Haltestelle Hindenburgstraße ist noch akzeptabel.

Die Entfernung zwischen dem Bahnhof und dem Krankenhaus jedoch setzt in aller Regel einen Umstieg Zug-Bus bzw. Bus-Zug voraus. Für die nicht direkt am Linienverlauf der Linien 125, 137 und 170 lebenden Menschen bewirkt dies eine Erhöhung des Nutzungswiderstandes – nicht zuletzt durch die umstiegsbedingte Erhöhung der Reisezeit.

St. Ansgar Klinikverbund – Klinik in Bassum

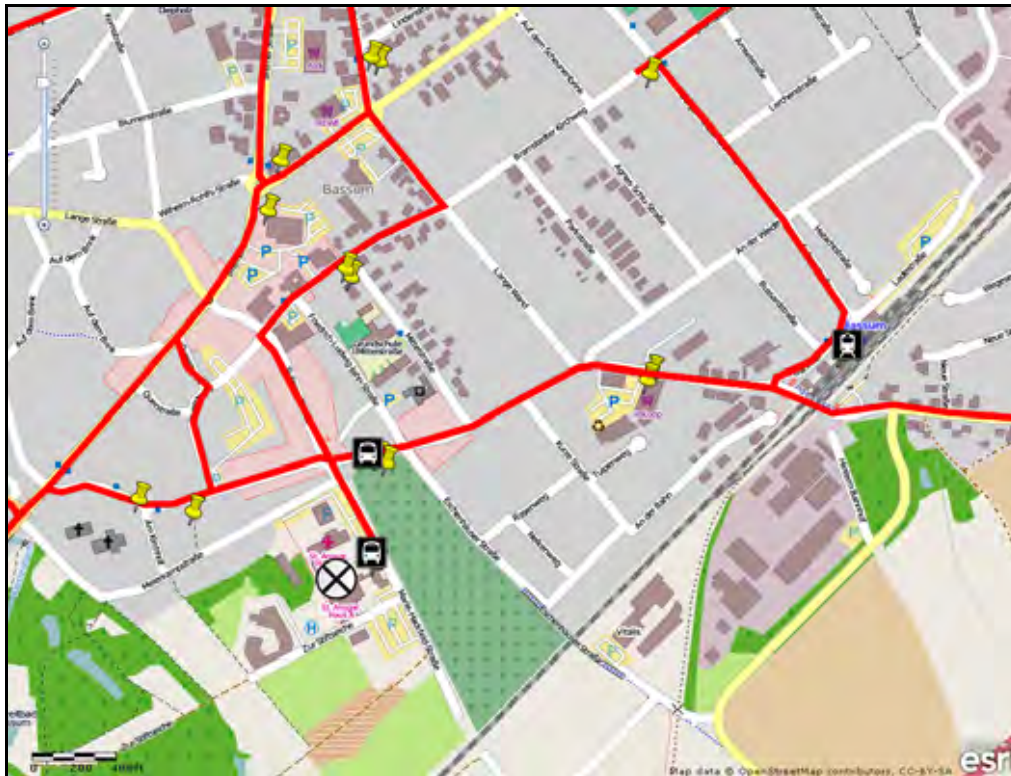
Diesem Standort wurden zwei naheliegende Haltestellen zugeordnet. An der Haltestelle ‚Bahnhofstraße‘ (vgl. Abbildung 36) verkehren die Regionalbuslinien 101 (Bassum – Bremen, Hbf) und 123 (Bassum – Sulingen). Die Haltestelle liegt in ca. 260 m Fußwegentfernung vom Haupteingang des Krankenhauses entfernt.

Die Haltestelle ‚Krankenhaus‘ (vgl. Abbildung 36) wird von den BürgerBuslinien 181 (Bassum – Nordwohldede) und 182 (Bassum – Helldiek) bedient. Da das BürgerBusangebot über insgesamt vier Linien immer von einem Fahrzeug gefahren wird, gibt es letztlich auch von den Linien 183 (Bassum – Neubruchhausen) und 184 (Bassum – Bramstedt) umsteigefreie Direktverbindungen zu dieser Haltestelle, auch wenn diese nicht explizit im Fahrplan der Linien 183 und 184 genannt sind. Die Haltestelle liegt ca. 70 m vom Haupteingang des Krankenhauses entfernt.

Der Bahnhof Bassum (vgl. Abbildung 36, Symbol Zug) liegt in ca. 1.000 m Fußwegentfernung.

Die rote Linie zeigt den Linienverlauf der Buslinien 101, 123, 181 und 182.

Abbildung 36: Landkreis Diepholz, St. Ansgar Klinikverbund Bassum – nächstliegende Regionalbushaltestellen ‚Bahnhofstraße‘ und ‚Krankenhaus‘ sowie der Bf Bassum



Quelle: ZVBN

Die Entfernung der Haltestellen zum Eingang des Krankenhauses ist als gut bzw. sehr gut zu bezeichnen.

Jedoch wie schon zuvor bei den anderen Krankenhausstandorten beschrieben, setzt auch hier die Entfernung zwischen dem Bahnhof und dem Krankenhaus in aller Regel einen Umstieg Zug-Bus bzw. Bus-Zug voraus. Für die nicht direkt am Linienverlauf der Linien 101, 123, 181 und 182 lebenden Menschen bewirkt dies eine Erhöhung des Nutzungswiderstandes – nicht zuletzt durch die umstiegsbedingte Erhöhung der Reisezeit.

Krankenhaus Landkreis Ammerland – Ammerland-Klinik in Westerstede

Die Ammerland-Klinik wird an der gleichnamigen Haltestelle (vgl. Abbildung 38, Symbol Bus) von den Buslinien 350, S35, 358, 360, 366 sowie der BürgerBuslinie 359 an das Netz des ÖPNV angebunden (vgl. Abbildung 37). Darüber hinaus verkehren dort die Linien 252 (Zetel - Westerstede), 351 (Ringlinien Westerstede – Westerstede), 353 (Halsbek - Westerstede), 371 (Rostrup – Westerstede) und 625 (Leer - Westerstede), die jedoch in aller Regel nur an Schultagen ein Fahrplanangebot vorhalten.

Die von den höherwertigen Linien angefahrene Haltestelle liegt direkt vor dem Haupteingang des Krankenhauses in ca. 40 m Entfernung.

Der nächstliegende Bahnhof in Ocholt liegt rund neun Straßenkilometer entfernt.

Abbildung 37: Fahrplanangebot der Hauptlinien - Ammerland Klinik

Buslinie	Mo – Fr	Sa	So
Linie 350: Oldenburg – Bad Zwischenahn – Westerstede	X	X	X
Linie S35: Oldenburg – Westerstede	X	X	X
Linie 358: Ortsverkehr Westerstede	X	–	–
BürgerBuslinie 359: Eggeloge – Westerstede	X	–	–
BürgerBuslinie 359: Bf Ocholt – Westerstede	–	–	X
Linie 360: Barßel – Ocholt – Westerstede	X	X	–
Linie 366: Augustfehn – Apen – Westerstede	X	X	–

Quelle: ZVBN; Daten: Basis Fahrplan 2011, Angebot auch an Ferientagen

Abbildung 38: Landkreis Ammerland, Ammerland-Klinik Westerstede – nächstliegende Haltestelle



Quelle: ZVBN

Im Interview⁶⁷ wurden fehlende Verbindungen nach Wiefelstede, Rastede und Edeweicht genannt. Zu den östlich des Krankenhauses gelegenen Städten Wiefelstede (ca. 19 km entfernt) und Rastede (ca. 26 km entfernt) bestehen nur unzureichende Verbindungen. Um von dort die Ammerlandklinik zu erreichen, sind eine Fahrzeit von mindestens 80 Minuten je Richtung sowie mindestens ein Umstieg und längere Wartezeiten auf den Anschlussbus nötig.

Bis 2008 verkehrte die Linie 371 von Rastede über Wiefelstede zur Ammerlandklinik nach Westerstede. Zunächst wurde bis 2007 ein regelmäßiges Fahrplanangebot vorgehalten, das später aufgrund der geringen Nachfrage auf ein Anruflinientaxi umgestellt wurde. Doch auch hierbei standen Aufwand und Ertrag in einem schlechten Verhältnis. Die Verbindung wurde schließlich aufgrund mangelnder Nachfrage eingestellt.

Auch die Anbindung der Ammerlandklinik zur südlich gelegenen Stadt Edeweicht (ca. 18 km entfernt) ist als unzureichend einzustufen. Um von Edeweicht aus das Krankenhaus zu erreichen, ist mindestens eine Stunde Fahrzeit und ein Umstieg notwendig.

Die meisten anderen größeren Ortslagen sind mit den bestehenden Regionalbusverbindungen in aller Regel ausreichend erschlossen. Aber auch hier stellt sich das Angebot bspw. an den Wochenenden schlechter dar als von Montag bis Freitag. Allerdings wird das bestehende Fahrplanangebot innerhalb der Schulferien weniger verringert als an anderen Krankenhausstandorten.

Insgesamt stellt sich das Regionalbusangebot zur Anbindung der Ammerlandklinik trotz der oben genannten Einschränkungen besser dar als an den anderen untersuchten Krankenhausstandorten.

Krankenhaus Landkreis Oldenburg – Johanneum in Wildeshausen

Das Johanneum wird von den Regionalbuslinien 226, 227, 270 (HunteSprinter) sowie von der BürgerBuslinie 283 über die Haltestellen ´Krankenhaus´ bzw. ´Visbeker Straße´ (vgl. Abbildung 40, Symbol Bus) bedient.

Beide Haltestellen liegen direkt am Krankenhaugelände jeweils etwa 40 m vom Eingang entfernt.

Darüber hinaus verkehren dort die Linien 230 (Kirchseele – Wildeshausen), 241 (Ganderkesee – Wildeshausen), 260 (Ahlhorn – Wildeshausen), 263 (Ringlinie Wildeshausen – Wildeshausen), 264 (Visbek/Aumühle – Wildeshausen), 265 (Großenkneten – Wildeshausen) und 272 (Neerstedt – Wildeshausen), die jedoch in aller Regel nur an Schultagen ein Fahrplanangebot vorhalten.

⁶⁷ Protokoll Interview mit Ammerland-Klinik GmbH (Entwurf) vom 31.03.2011

Der relativ nah gelegene Bahnhof Wildeshausen (vgl. Abbildung 40, Symbol Zug) liegt in rund 500 m Fußwegentfernung. Dort verkehrt die R6 Osnabrück – Wildeshausen – Bremen von Mo bis So im Stundentakt.

Abbildung 39: Fahrplanangebot der Hauptlinien - Johanneum in Wildeshausen

Buslinie	Mo – Fr	Sa	So
Linie 226: Bremen, Hbf – Brinkum – Harpstedt – Wildeshausen	X	X	–
Linie 227: Bremen, Roland Center – Kirchseele – Harpstedt – Wildeshausen	X	–	–
Linie 270: Oldenburg – Kirchhatten – Dötlingen – Wildeshausen	X	X	X
BürgerBuslinie 281:* Katenbäker Berg – Wildeshausen	X	–	–
BürgerBuslinie 282:* Kleinenkneten – Wildeshausen	X	–	–
BürgerBuslinie 283: Spascher Sand – Wildeshausen	X	–	–

Quelle: ZVBN; Daten: Basis Fahrplan 2011, Angebot auch an Ferientagen

* Da die BB-Linien mit immer gleichem Bus gefahren werden, gibt es umstiegsfreie Anschlüsse an die krankenhaushnahen Hst. (auch wenn diese nur im Fahrplan der L. 283 geführt werden).

Abbildung 40: Landkreis Oldenburg, Johanneum Wildeshausen - nächstliegende Haltestellen



Quelle: ZVBN

Aufgrund des guten Schienenangebotes nach Vechta/Osnabrück bzw. Delmenhorst/Bremen, aber auch aufgrund des Regionalbusangebotes ist das Johanneum in Wildeshausen in östlicher und nordwestlicher Richtung innerhalb des Landkreises relativ gut angebunden. Allerdings ist das Fahrplanangebot an den Wochenenden stark eingeschränkt. Sonntags verkehrt neben der Zuglinie R6 nur mehr die Regionalbuslinie 270 von Oldenburg nach Wildeshausen.

Die Ortslagen Großenkneten und Ahlhorn, westlich von Wildeshausen, sind auch werktags nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln an das Krankenhaus bzw. die Kreisstadt angebunden.

Da das Johanneum relativ weit im Süden des Landkreises Oldenburg liegt, wurden im Interview auch Relationen zu Städten außerhalb des Landkreises genannt. Für die außerhalb der Kreisgrenze in südlicher Richtung liegenden Städten Visbek (ca. 11 km entfernt) und Goldenstedt (ca. 14 km entfernt) z.B. gibt es jedoch keine akzeptablen Fahrplanangebote.

2.3.3.3 ÖPNV-Defizitanalyse

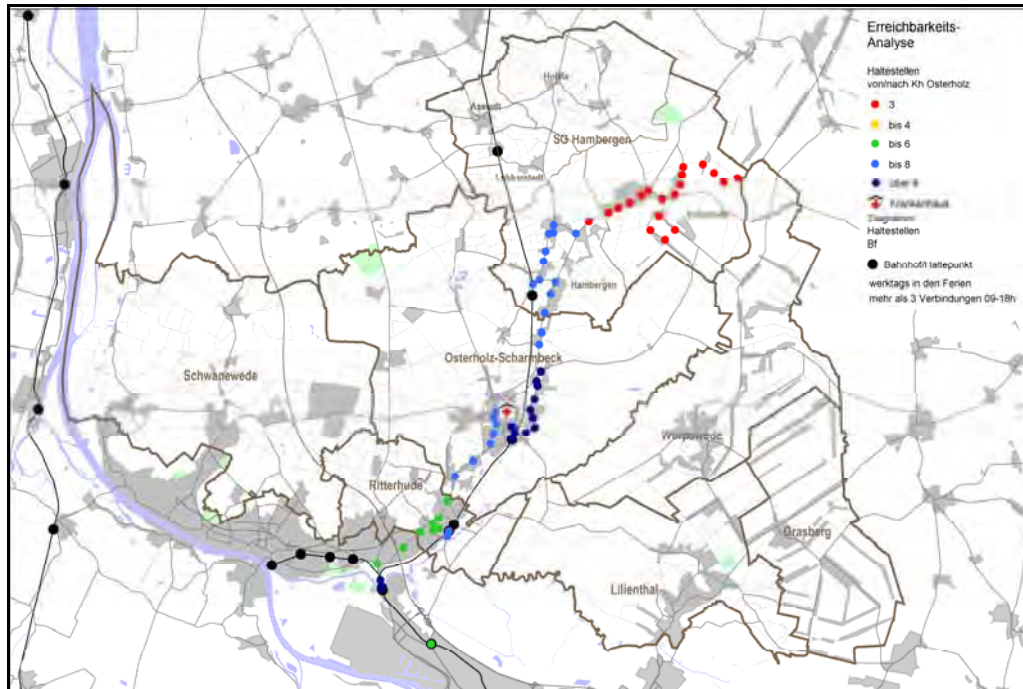
Grundlage für diese Analyse bilden die Fahrpläne der Linien, die die oben beschriebenen, den Krankenhäusern zugeordneten, Haltestellen direkt bedienen. Zudem wurden Linien herangezogen, die über einen Umstieg eine entsprechende Anbindung der Krankenhäuser ermöglichen. Für die Defizitanalyse wurden die Anforderungen der Krankenhausbesucher und -patienten zu Anspruchskriterien zusammengefasst, die in Kap. 2.3.1 erläutert wurden und in Abbildung 26 (s. Seite 59) zusammengefasst sind.

Nach Analyse der Fahrpläne fielen zahlreiche Linienfahrtangebote heraus, da diese nicht die definierten Anforderungen erfüllen. Das erste Ergebnis war also ein ernüchternder Überblick auf die regionale Anbindung der Krankenhäuser. Insbesondere die Kriterien Fahrtenangebot auch während der Schulferien und an Wochenenden sorgten für eine starke Verringerung der infrage kommenden Linienangebote.

Auf Basis dieser Anspruchskriterien ergeben sich für die Standorte folgende Angebote.

Standort Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck

Abbildung 41: Erreichbarkeit Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr



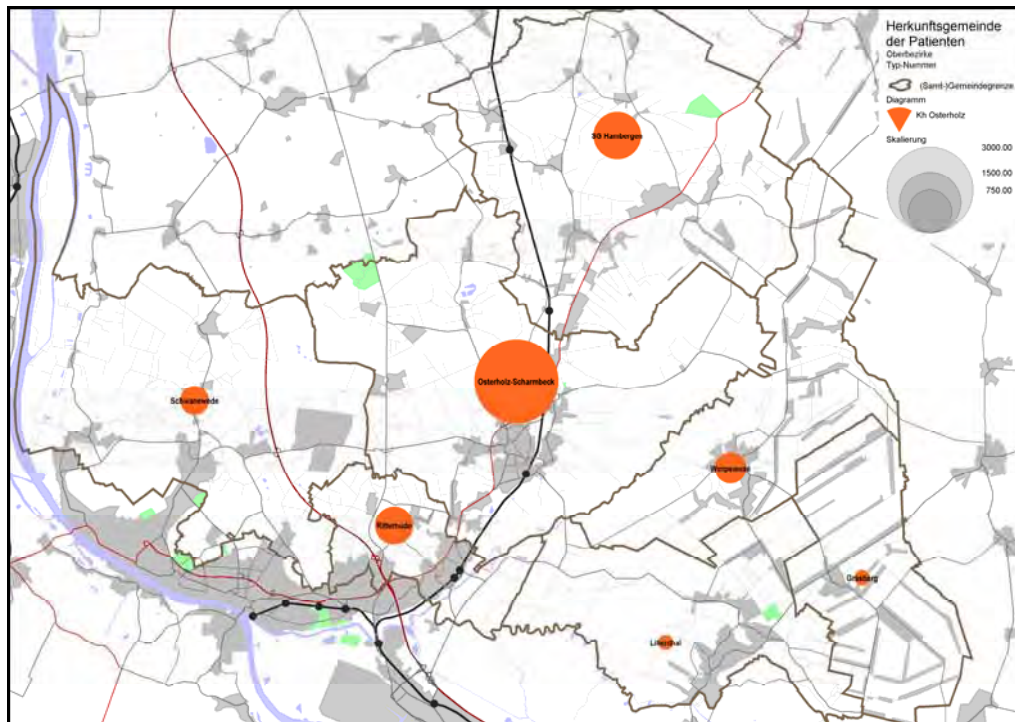
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Die Karte zeigt die Haltestellen nach Gemeinden innerhalb des Landkreises Osterholz, von denen aus gemäß der Kriterien eine Verbindung zum/vom Krankenhaus in Osterholz-Scharmbeck besteht. In diesem Fall handelt es sich um das Fahrtenangebot der Linien 665 und 680, das hier deutlich sichtbar hervortritt.

Beispiel: Von den meisten Haltestellen in der Gemeinde Ritterhude gibt es täglich von Montag bis Freitag fünf bis sechs Fahrmöglichkeiten (grüne Markierungen). In der Gemeinde Vollersode gibt es Haltestellen, von denen es drei Verbindungen je Fahrtrichtung gibt.

Stellt man diesem Ergebnis nun das Patienteneinzugsgebiet des Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck gegenüber (vgl. Abbildung 42), wird deutlich, von woher die Patienten innerhalb des Landkreises Osterholz kommen und welche entsprechenden Mobilitätsbedürfnisse sie haben.

Abbildung 42: Quellorte der Patienten des Krankenhauses Osterholz-Scharmbeck



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Einzugsgebietestatistik Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck 2010

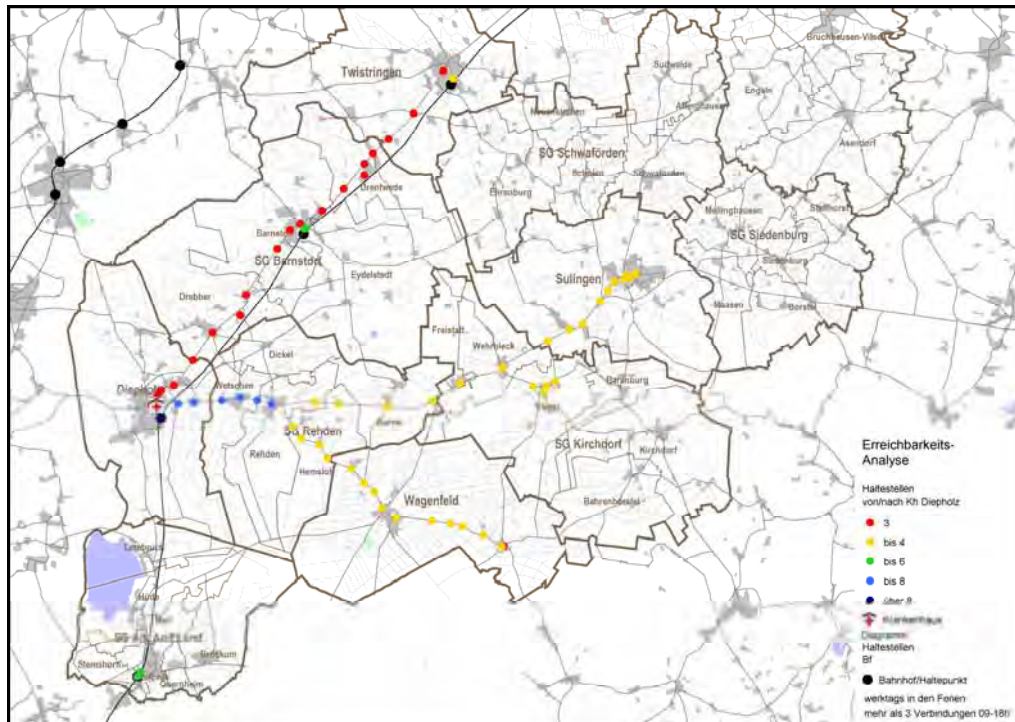
In der Zusammenschau beider Karten wird deutlich, dass den Gemeinden Worpswede, Grasberg, Lilienthal und Schwanewede keine adäquate ÖPNV-Anbindung an das Kreiskrankenhaus zur Verfügung steht. Zwar verkehren auf diesen Relationen Regionalbuslinien (Worpswede-OHZ Linie 640, Schwanewede-OHZ Linie 650), jedoch erfüllen diese ein oder mehrere der gebildeten Anspruchskriterien nicht (vgl. Abbildung 26). So wird bspw. die Linie 640, trotz täglich (Mo-Sa) mehrerer Fahrten zwischen Osterholz-Scharmbeck und Worpswede, in der Karte nicht dargestellt, weil diese Linie nicht die dem Krankenhaus nächstliegende Haltestelle („Auf dem Paß“) bedient.

Insofern liegt es nahe, diese bestehenden Linienangebote mit Fokus auf die Anbindung des Krankenhauses genauer zu prüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Zudem sieht das Fahrplanangebot für das Wochenende erheblich schlechter aus. Übersichtskarten für diese Wochentage finden sich im Anhang unter 5.1).

Standort Krankenhaus Diepholz

Abbildung 43: Erreichbarkeit Krankenhaus Diepholz Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr



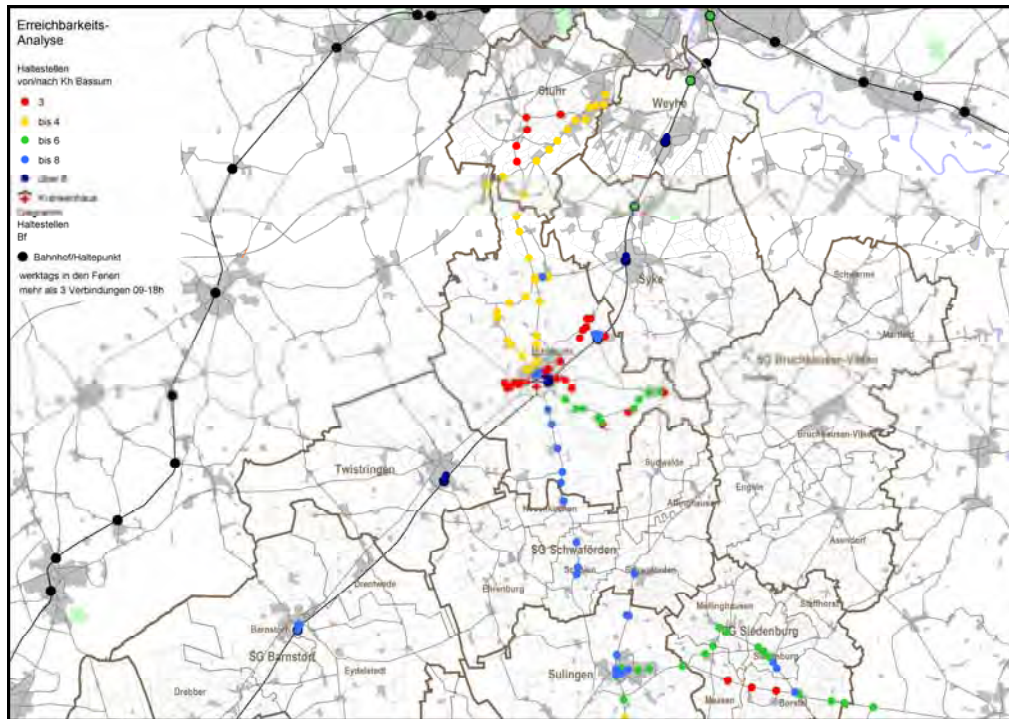
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Die Karte zeigt die Haltestellen nach Gemeinden innerhalb des Landkreises Diepholz, von denen aus gemäß der Kriterien eine Verbindung zum/vom Krankenhaus in der Stadt Diepholz besteht. Deutlich sichtbar treten hier die Streckenverläufe der Linien 125 (Twistringen – Diepholz), 137 (Sulingen – Diepholz) und 170 (Wagenfeld – Diepholz) hervor.

Beispiel: Von den meisten Haltestellen in der Stadt Sulingen gibt es täglich von Montag bis Freitag vier Fahrtmöglichkeiten (gelbe Markierungen). In der Samtgemeinde Altes Amt Lemförde gibt es Haltestellen, von denen es fünf bis sechs Verbindungen (grüne Markierung) je Fahrtrichtung gibt.

Standort Krankenhaus Bassum

Abbildung 44: Erreichbarkeit Krankenhaus Bassum Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr



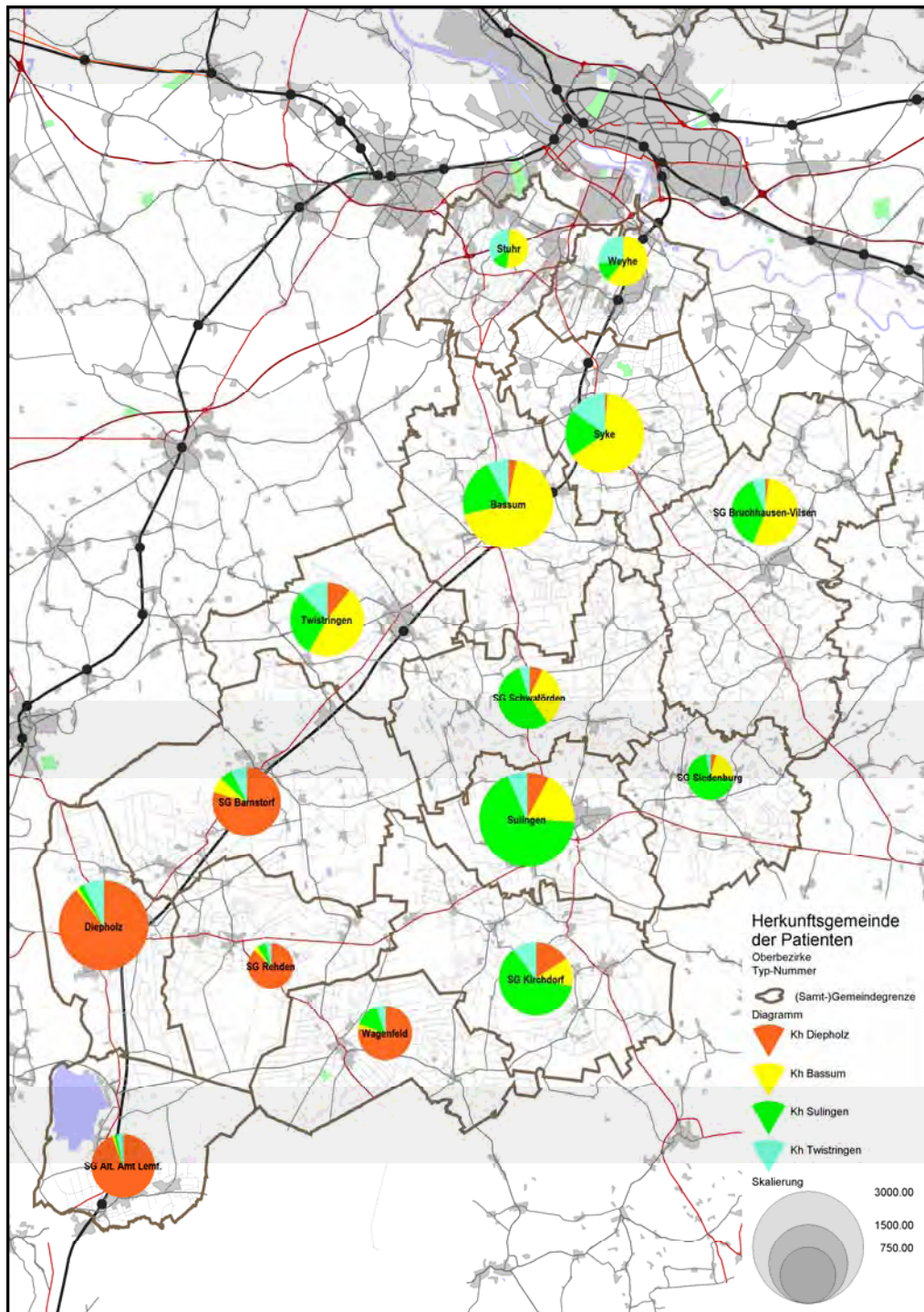
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

Die Karte zeigt die Haltestellen nach Gemeinden innerhalb des Landkreises Diepholz, von denen aus gemäß der Kriterien eine Verbindung zum/vom Krankenhaus in der Stadt Bassum besteht. Deutlich sichtbar treten hier die Streckenverläufe der Linien 101 (Bremen – Bassum), 123 (Sulingen – Bassum) sowie die vier BürgerBuslinien 181 (Nordwohld – Bassum), 182 (Ringverkehr Bassum), 183 (Neubruchhausen – Bassum) und 184 (Bramstedt – Bassum) hervor.

Beispiel: Von den Haltestellen in der Stadt Sulingen gibt es täglich von Montag bis Freitag vier Fahrtmöglichkeiten (gelbe Markierungen).

Stellt man diesen Ergebnissen nun die Patienteneinzugsgebiete der Krankenhäuser in Diepholz und Bassum gegenüber (vgl. Abbildung 45), wird deutlich, von woher die Patienten innerhalb des Landkreises Diepholz kommen und dementsprechend ein Mobilitätsbedürfnis haben.

Abbildung 45: Quellorte der Patienten der Krankenhäuser Diepholz und Bassum



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: Einzugsgebietestatistik Klinikverbund St. Ansgar

Die Karte zeigt die recht deutlich abgrenzbaren Einzugsbereiche der Krankenhäuser innerhalb des Landkreises. Während sich die Bevölkerung der (Samt-)Gemeinden Barnstorf, Rehden, Wagenfeld und Altes Amt Lemförde stark auf das Krankenhaus in Diepholz ausrichtet, liegt der Einzugsbereich des Standort-

tes Bassum vorwiegend in Twistringen, Stuhr, Weyhe, Syke und Bruchhausen-Vilsen. Um eine Übersicht zu geben, sind in der Karte auch die Einzugsbereiche der Krankenhausstandorte in Twistringen und Sulingen dargestellt. Diese Standorte wurden jedoch nicht tiefergehender untersucht.

In der Zusammenschau der Karten für den Landkreis Diepholz wird deutlich, dass mehreren Gemeinden keine adäquaten ÖPNV-Anbindungen an die Krankenhäuser zur Verfügung stehen.

Im Landkreis Diepholz werden die den Krankenhausstandorten Bassum und Diepholz zugeordneten Haltestellen bestenfalls von Linien im Rahmen der Schülerbeförderung bedient. Diese erfüllen jedoch nicht annähernd die Anspruchskriterien (vgl. Abbildung 26).

Insgesamt wird deutlich, dass viele (Teil-) Gemeinden gemäß der festgelegten Kriterien keine Anbindung an die Krankenhäuser haben. Zu den nicht angebotenen Gemeinden zählen bspw. Ehrenburg, Sudwalde, Affinghausen (Samtgemeinde Schwaförden), Barenburg, Bahrenborstel, Kirchdorf (Samtgemeinde Kirchdorf), die Gemeinden der Samtgemeinde Bruchhausen-Vilsen, Eydelstedt (Samtgemeinde Barnstorf), Dickel (Samtgemeinde Rehden) und Teile der Samtgemeinde Altes Amt Lemförde.

Insofern liegt hier, anders als im LK Osterholz, auch nicht die Möglichkeit vor, ein vorhandenes, schon relativ gutes Linienangebot mit geringem Aufwand zu verbessern. Außerdem bietet die Siedlungsstruktur kaum Ansätze, eine aus wirtschaftlichen Gründen notwendige, gebündelte Nachfrage zu bedienen. Für einzelne der genannten Gemeinden käme möglicherweise ein differenziertes Angebot in Frage. Um dies im Einzelfall zu prüfen, bedarf es allerdings einer tiefergehenden Analyse.

Zudem sieht das Fahrplanangebot für das Wochenende noch erheblich schlechter aus. Übersichtskarten für diese Wochentage finden sich im Anhang unter 5.1.

2.3.4 Zwischenergebnisse

Die IST-Analyse hat deutlich gemacht, dass die Qualität des ÖPNV-Angebotes im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Krankenhäuser insbesondere vom Verkehrstag und vom jeweiligen Wohnort der Fahrgäste abhängig ist.

Über die Schienenstrecken wird ganzjährig ein gutes Angebot bereitgestellt, das jedoch in aller Regel immer mindestens einen Umstieg voraussetzt. Für eine flächenhafte Erschließung der weiter abseits der Schienenstrecken lebenden Bevölkerung bedarf es jedoch auch adäquater Zu- und Abbringerverkehre.

Für die Hauptorte der Gemeinden gibt es in aller Regel wochentags ein noch akzeptables Fahrplanangebot. Allerdings ist dieses während der Schulferien

und an Wochenenden – wenn überhaupt noch vorhanden – in aller Regel nur als Rumpfangebot zu bezeichnen. Für die in dieser Untersuchung relevanten Zielgruppen der Patienten und insbesondere der Krankenhausmitarbeiter und Krankenhausbesucher stehen an ca. 175 Tagen (Schulferien, Samstage, Sonn- und Feiertage) oftmals keine akzeptablen Angebote gemäß der dargelegten Kriterien zur Verfügung.

Für zahlreiche disperse Ortslagen in den Landkreisen gibt es, unabhängig vom Verkehrstag (also bspw. auch während der Schultage), vielerorts kaum eine Möglichkeit, medizinische Versorgungseinrichtungen bzw. Krankenhäuser mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen.

Zudem ergab die Analyse nicht nur große Meterdistanzen zwischen den Bahnhöfen und den Krankenhäusern, sondern stellenweise auch relativ große Entfernungen zwischen den jeweils nächstgelegenen Regionalbushaltestellen und den Krankenhäusern. Selbst Entfernungen von 250 Metern können für Menschen bspw. mit Seh- oder Gehbehinderungen zu einem großen Problem werden. Erschwerend kommt hinzu, dass bei einigen Fahrplanangeboten die Ausstiegshaltestelle für den Hinweg eine andere ist als die Einstiegshaltestelle für den Rückweg. Dies ist gerade gegenüber ÖPNV-Gelegenheitsnutzern sehr schwer zu kommunizieren.

Die Angebotsmängel korrelieren allerdings auch mit dem Modal Split (Verkehrsmittelwahl). Der ÖPNV-Anteil im Modal Split liegt in den Landkreisen des VBN durchschnittlich bei nur 3%. Eine der Ursachen liegt in der hohen Pkw-Verfügbarkeit der Bevölkerung.

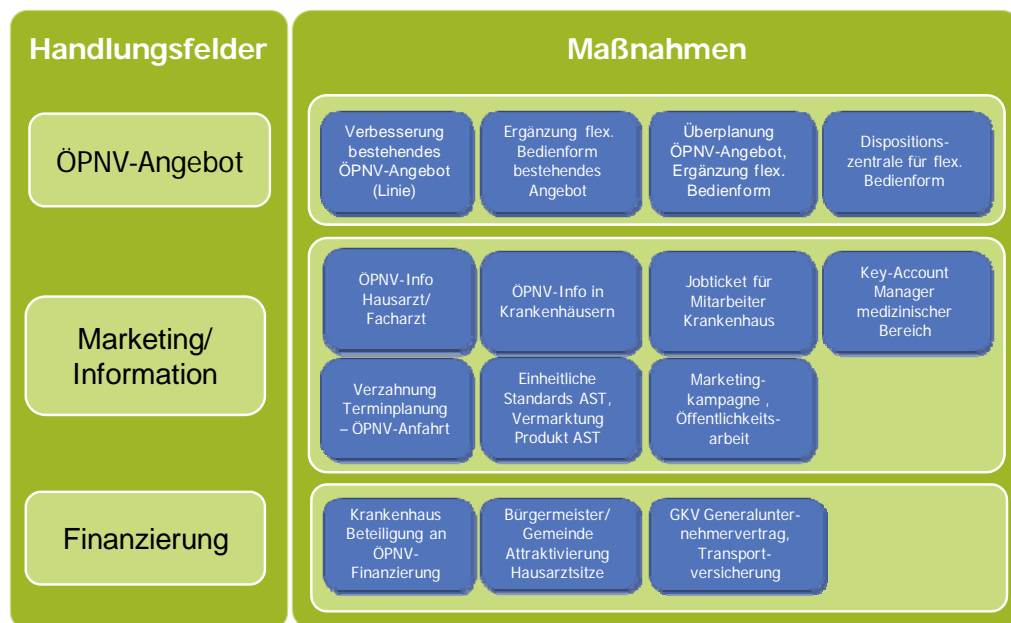
Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass selbst bei einem erheblich besseren Fahrplanangebot die Nachfrage vermutlich relativ moderat bliebe. Insofern liegt es nahe, ÖPNV-Angebotsverbesserungen nicht nur auf Personengruppen mit dem Fahrtziel zu medizinischen Versorgungseinrichtungen einzuengen.

3 Planerische, wirtschaftliche und rechtliche Maßnahmen zur Optimierung der Schnittstelle Medizin/ÖPNV

3.1 Vorgehen

In den vorangegangenen Kapiteln wurden auf Basis der Anforderungen des medizinischen Sektors (siehe Kap. 2.2) und der ÖPNV-Defizitanalyse (siehe Kap. 2.3) Handlungsfelder identifiziert und erste Ansätze für die Verbesserung des ÖPNV-Angebots definiert. Die folgende Abbildung zeigt eine Übersicht aller Modellansätze und Maßnahmen als Ergebnis der bisherigen Arbeit. Im Folgenden werden die einzelnen Handlungsfelder und die zugeordneten Maßnahmen konkretisiert und detailliert ausgearbeitet. Die für das Handlungsfeld ÖPNV-Angebot identifizierten Maßnahmen werden im nachfolgenden Kap. 3.2 „Planerische Optimierungsansätze“ vertieft. In Kap. 3.3 „Wirtschaftliche Optimierungsansätze“ werden die Verbesserungsmöglichkeiten für das Handlungsfeld Marketing, Tarif, Information und Finanzierung vorgestellt. Die rechtlichen Möglichkeiten zur Umsetzung eines Generalunternehmervertrags werden im Kap. 3.4 „Rechtliche Optimierungsansätze“ erläutert.

Abbildung 46: Maßnahmenübersicht



Quelle: Eigene Darstellung

3.2 Planerische Optimierungsansätze

3.2.1 Grundsätzliche Ansätze zur Verbesserung der Mobilität

Krankenhäuser

Die unter Kap. 2.3 dargestellten Ergebnisse der ÖPNV-Analyse lassen Defizite bei der Anbindung der Krankenhäuser in unterschiedlichen Bereichen erkennen. So liegen teilweise die Haltestellen zu weit von den zentralen Eingängen der Krankenhäuser entfernt, das Linienangebot ist zu den von den Besuchern und Patienten nachgefragten Zeiten nur marginal oder es gibt kein Angebot. Zur Behebung der Defizite zeichnen sich grundsätzlich folgende Ansatzpunkte ab:

- Haltestellen-/Linienoptimierung
- Ergänzung des bestehenden Linienangebotes
- Ergänzung des bestehenden Angebots durch flexible Bedienformen

Zur Verbesserung der verkehrlichen Anbindung der Krankenhäuser gibt es im Status quo die Möglichkeit, auf einzelnen Linien Fahrten in den Zeitlagen zu ergänzen, in denen derzeit ein ungenügendes oder gar kein Angebot besteht. Eine weitere Möglichkeit zur Ergänzung des bestehenden Linienangebots bieten flexible Bedienformen, die gegenüber dem konventionellen Linienverkehr den Vorteil haben, dass sie ein räumlich und zeitlich maßgeschneidertes Angebot bereitstellen können. Ob flexible Bedienformen auch hinsichtlich der Kosten eine Alternative zum Linienverkehr sind, wird im Folgenden zu untersuchen sein. Haltestellen- und Linienoptimierung ist eine weitere Möglichkeit, um im Status quo eine Verbesserung der Anbindung zu erreichen.

Bei der Analyse der Anforderungen der Krankenhäuser wurde festgestellt, dass das potentielle Nutzeraufkommen, d.h. Fahrgäste mit Fahrtziel Krankenhaus in der Summe eher gering ist (siehe Kap. 2.2.3.2). Aus diesem Grund sollten bei der Ergänzung des Angebots im Linienverkehr nicht nur Fahrgäste mit medizinisch bedingtem Fahrtzweck berücksichtigt werden sondern auf Fahrgäste mit anderem Fahrtzwecken wie z.B. Einkauf oder Freizeit, die ein solches Angebot ebenfalls nutzen würden und die hinsichtlich der nachgefragten Zeitlagen den untersuchten medizinisch bedingten Fahrtzwecken ähnlich sind.

Allgemeinarzt-/Facharztpraxen

Zur Verbesserung der Mobilität für Allgemeinarzt- und Facharztpraxen kann das bestehende Angebot durch flexible Bedienformen ergänzt werden. Aufgrund der Kleinräumlichkeit der Verkehre und der mit einer Allgemeinarzt/Facharztpraxis verbundenen Aufkommen und dispersen Quellstrukturen sind die Möglichkeiten der Optimierung im bestehenden Linienangebot sehr begrenzt. Um die gefundenen Ansätze zu konkretisieren ist allerdings eine de-

taillierte verkehrliche Analyse dieser Fahrten notwendig, wozu Quelle-Ziel-Daten der Patienten benötigt werden, die zur Zeit nicht zur Verfügung stehen.

Verordnete Krankenbeförderungsfahrten mit Taxi/Mietwagen

Als Ansatz zur Kooperation mit den gesetzlichen Krankenkassen wurde die Integration der verordneten Krankenbeförderungsfahrten mit Taxi/Mietwagen in das bestehende ÖPNV-Angebot identifiziert (siehe Kap. 2.2.2.3). Aus Sicht des Aufgabenträgers ließe sich ein besseres Angebot schaffen, wenn die für die Krankenbeförderung notwendigen Verkehre in das bestehende Angebot integriert werden und damit auch für Fahrgäste mit anderem Fahrtzweck nutzbar wären.

Aus verkehrsplanerischer Sicht bedeutet die Übernahme der Verordnungsfahrten durch den AT, dass vom AT ein landkreisweites AST-Angebot zur Verfügung gestellt wird, um ein Angebot auf dem bisherigen Qualitätsniveau zu schaffen. Zu untersuchen wäre allerdings vorab, inwieweit innerhalb eines solchen Systems Sammelverkehre angeboten werden können. Dazu wäre neben der Erhebung der Quell- und Zielorte sowie der Fahrtenhäufigkeit zu klären, ob und in welchem Umfang den Patienten aufgrund ihres Gesundheitszustandes ein Transport zusammen mit anderen Fahrgästen zugemutet werden kann. Für eine detailliertere Analyse wäre eine Auswertung der Krankenkassendaten der Transportverordnungen notwendig, die zurzeit nicht zur Verfügung stehen. Aber selbst wenn davon auszugehen ist, dass ein Einzeltransport des Patienten erfolgen muss, gäbe es die Möglichkeit, die Leerfahrten der Taxen/Mietwagen in das bestehende ÖPNV-System einzubinden und für die Ergänzung des Angebots zu nutzen. Dies stellt allerdings erhebliche höhere Anforderungen als bisher vor allem an die Disposition, das bestehende System wäre deshalb weiter auszubauen, um eine derartige Zusammenarbeit möglich zu machen. Zu klären ist auch, welche Risiken für den AT mit der Durchführung von Verordnungsfahrten bestehen, da im Unterschied zum PBefG seitens der Patienten ein Anspruch auf Leistungserfüllung besteht (s. dazu auch Kap. 2.2.2).

Prämissen des ZVBN an die Modellentwicklung

Die dargestellten Lösungsansätze zeigen ein sehr breites Spektrum an Verbesserungsmöglichkeiten des ÖPNV-Angebots durch Integration medizinisch bedingter Fahrten auf. Die aus verkehrsplanerischer wie auch aus organisatorischer und finanzieller Sicht kleinste Variante stellt die Ergänzung und Anpassung von bestehenden Linien (bis hin zu zusätzlichen Linienangeboten, siehe Abbildung 47) zur Verbesserung der Anbindung der Krankenhäuser dar. Die maximale Variante ist die landkreisweite Übernahme der Krankenfahrten von der AOK.

Die Ergänzung von Krankenhauszubringerverkehren ist in einem ersten Schritt durch die Ergänzung des Linienangebotes möglich, die landkreisweite Übernahme der Fahrten auf Basis von Transportverordnungen nur durch ein flä-

chendeckendes zusätzliches Angebot mit flexiblen Bedienformen auf Taxi-Niveau. Auch hinsichtlich der Disposition und der tariflichen Einbindung unterscheiden sich diese Varianten erheblich. Für zusätzlichen Linienverkehr ist keine Disposition notwendig. Der landkreisweite Einsatz flexibler Bedienformen erfordert dagegen den Einsatz einer Dispositionszentrale. Ergänzungen im Linienverkehr können im Rahmen des VBN-Tarifs angeboten werden, Fahrten mit Transportverordnungen auf Basis flexibler Bedienformen können nur über einen Zusatz-Tarif angeboten werden. Die Finanzierung kann für die Krankenhausverkehre durch eine Kostenbeteiligung der Krankenhäuser erfolgen. Eine Übernahme der Fahrten mit Transportverordnung wäre im Rahmen eines Generalunternehmervertrages mit der gesetzlichen Krankenkasse regelbar (s. dazu auch Kap. 3.4).

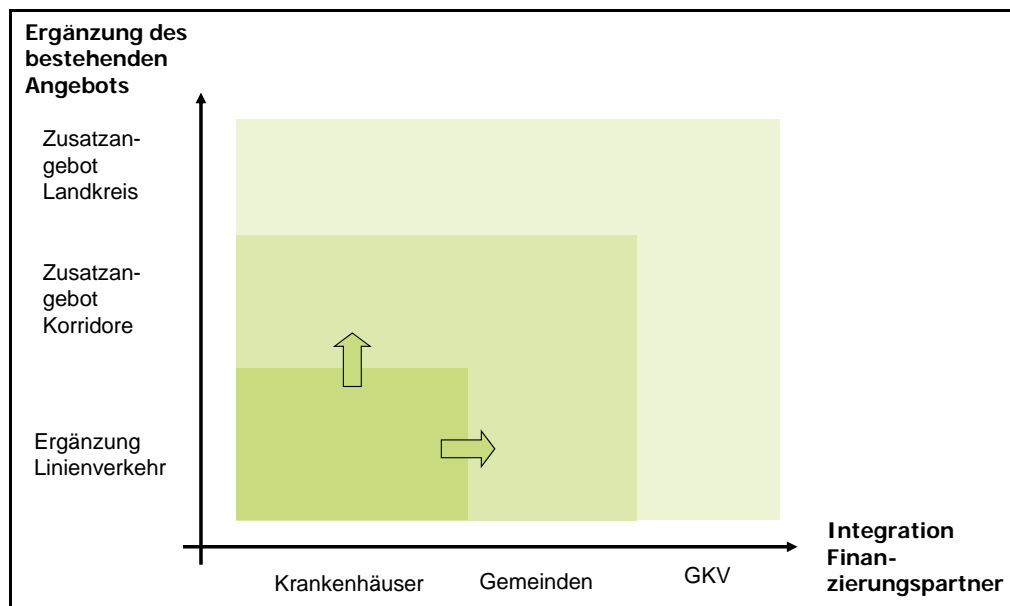
Abbildung 47: Übersicht zu den unterschiedlichen Lösungsvarianten

	Minimum	Variante	Maximum
	Optimierung Krankenhauszubringerverkehre	↔	Übernahme verordnete Krankenfahrten
Ziel	Krankenhäuser in der Fläche besser erreichbar machen		Nutzung Synergieeffekte Krankentbeförderung/ÖPNV für landkreisweite Verbesserung des Angebots
Fahrplan	Optimierung/Ergänzung bestehendes Linienangebot		Landkreisweites Angebot an Ergänzungsverkehren
Disposition	-		Dispositionszentrale
Tarif	VBN-Tarif		"Zusatz"-Tarif
Regionaler Ansprechpartner	VBN-Fahrplanauskunft		Mobilitätsmanager für Gesundheitsakteure, VBN-Fahrplanauskunft für Fahrgäste
Finanzierungspartner	Krankenhaus		Krankenhäuser, AOK, eventuell Gemeinden
Finanzierung	z.B. Vereinbarung Fixkostenzuschuss mit Krankenhaus		Zusammenlegung finanzieller Mittel AOK - TK im Rahmen Generalunternehmervertrag

Quelle: Eigene Darstellung

Der ZVBN hält nur einen Ansatz für realisierbar, der einen sukzessiven Ausbau des ÖPNV-Angebotes vorsieht. Für eine flächendeckende Übernahme der Krankenfahrten der gesetzlichen Krankenkassen im ZVBN-Gebiet müssten erst die Voraussetzungen geschaffen werden. Der ZVBN präferiert deshalb ein Modell, das einen stufenweisen Ausbau zulässt.

Abbildung 48: Stufenweise Entwicklung des ÖPNV-Angebotes



Quelle: Eigene Darstellung

Die weitere Modellentwicklung erfolgt für die Krankenhausstandorte im Rahmen der folgenden Prämissen. Grundlage der Analyse ist die Buserschließung, d.h. alle Buslinien, die Haltestellen an den Krankenhäusern bedienen und die SPNV-Erschließung. Grundsätzlich soll für ein erweitertes Angebot kein exklusiver Anspruch für Fahrgäste mit Ziel Krankenhaus bestehen. Das zusätzliche Angebot soll jeder Fahrgast nutzen können. Es soll in einem ersten Schritt keine flächendeckende Bedienung mit Anrufsammeltaxis (AST) geben, sondern die flexiblen Bedienformen sollen das bestehende Angebot ergänzen. Dabei ist von Seiten ZVBN eher an ein Anruflinientaxi (ALT) zu denken, das zu Zeiten angeboten wird, an denen der reguläre ÖPNV kein oder nur ein minimales Angebot vorhält, wie z.B. am Sonntag. Besonders auf den Achsen Schwanewede – Osterholz-Scharmbeck und Worswede – Osterholz-Scharmbeck im Landkreis Osterholz bietet sich die Prüfung eines ALT-Einsatzes an. Neben der verkehrsplanerischen Umsetzbarkeit ist auch die Wirtschaftlichkeit zu prüfen.

Stadtverkehre sollen nicht durch alternative Bedienformen ergänzt werden (z.B. Taxi von Bahnhof Osterholz-Scharmbeck zum Krankenhaus Osterholz); alternative Bedienformen sollen nur außerhalb des Stadtverkehrs zum Einsatz kommen.

Bevor im Kap. 3.2.3 eine Optimierung des ÖPNV-Angebotes im Rahmen dieser Prämissen durchgeführt wird, wird im folgenden Kap. 3.2.2 dargestellt, welche alternativen Bedienformen grundsätzlich als Ergänzung des bestehenden Angebots möglich sind und welche Formen bereits im ZVBN-Gebiet im Einsatz sind.

3.2.2 Alternative Bedienformen und Einsatz im VBN-Gebiet

Als Prämisse kann gelten, dass schon jetzt und zukünftig in immer stärkerem Umfang in ländlichen Gebieten immobile und sogenannte „multi-morbide“ Bevölkerungsstrukturen auf wenige, oftmals weit entfernte medizinische Versorgungseinrichtungen, die mit konventionellen Linienverkehren nur schwer bis gar nicht bzw. nur mit erheblichem Zeitaufwand erreichbar sind, treffen werden. Deshalb rücken die alternativen Bedienformen als Lösungsoption in den Fokus, um das o.g. Versorgungsbedürfnis zu gewährleisten, die nachfolgend untersucht werden.

Übersicht alternative Bedienformen

Im Überblick wird zunächst dargestellt, welche Formen alternativer Verkehre momentan in Deutschland bekannt sind (kurze Darstellung Bürgerbusse, Anrufsammeltaxi (AST), Rufbus etc. als Ersatz/Ergänzung zum konventionellen ÖPNV), um einen Überblick über die gängigen Bezeichnungen zu geben, da in der Praxis eine Vielzahl von Bezeichnungen für alternative Angebotsformen existieren (für eine weitergehende Beschreibung der unterschiedlichen Angebotsformen und die ausführliche rechtliche Einordnung s. auch Anhang 5.2). In der Praxis haben sich vier unterschiedliche Betriebsformen mit folgenden idealtypischen Merkmalen herauskristallisiert, die häufig auch in Varianten auftreten (vergl. Kapitel 5.2. zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der alternativen Bedienformen).

Abbildung 49: Idealtypische Merkmale der Betriebsformen

	Linienbetrieb	Bedarfslinienvkehr	Richtungsbandbetrieb	Flächenbetrieb
Erschließung	Schmaler Korridor	Schmaler Korridor	Breiter Korridor	Fläche
Fahrplan	Ja	Ja	Ja	Nein
Anmeldung	Nein	Ja	Ja	Ja
Ein-/Ausstieg	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haustür Haltestelle-Haltestelle	Haustür-Haustür

Daten: Mehlert, Christian: Angebotsbezeichnungen bei alternativen Bedienformen, In: Der Nahverkehr, Heft 6/98, S. 48-49

Die folgende Systematik für eine eindeutige Bezeichnung ist auf Basis der unterschiedlichen Betriebsformen erstellt (siehe Abbildung 50).

Abbildung 50: Vorschläge für einheitliche Bezeichnungen alternativer Angebotsformen

	Linienbetrieb	Bedarfslinienbetrieb	Richtungsbandbetrieb	Flächenbetrieb
Bezeichnung	Bürgerbus	Anruflinienbus	Anrufsammelbus	AnrufBus
Fahrzeug	Kleinbus	Klein-/Midibus	Kleinbus	Kleinbus
Personal	Ehrenamtlich	Busfahrer	Busfahrer	Busfahrer
Ein-/Ausstieg	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haltestelle	Haustür-Haustür
Bezeichnung	Linientaxi	Anruflinientaxi (ALT)	Anrufsammeltaxi (AST)	Anrufbus (light)
Fahrzeug	Taxi (PKW, Kleinbus)	Taxi (PKW, Kleinbus)	Taxi (PKW, Kleinbus)	Taxi (PKW, Kleinbus)
Personal	Taxifahrer	Taxifahrer	Taxifahrer	Taxifahrer
Ein-/Ausstieg	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haltestelle	Haltestelle-Haustür	Haustür-Haustür

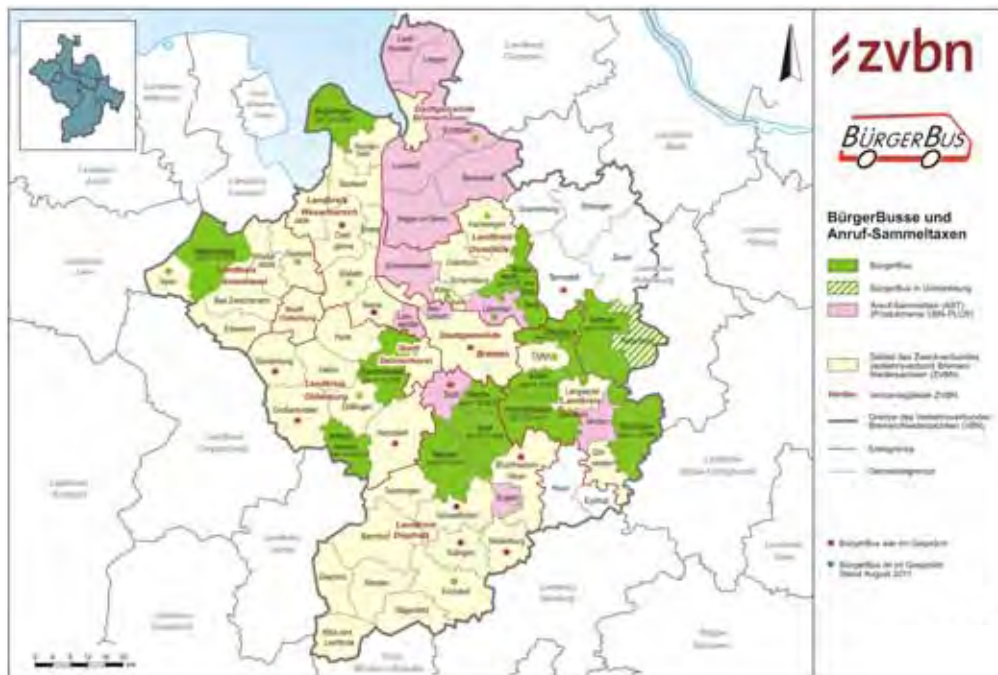
Daten: Mehlert, Christian: Angebotsbezeichnungen bei alternativen Bedienformen, In: Der Nahverkehr, Heft 6/98, S. 48-49

Alternative Bedienformen im VBN-Gebiet

Im VBN-Gebiet sind insgesamt drei unterschiedliche Systeme alternativer Bedienformen unter vier Produktnamen im Einsatz. Es gibt das VBN-Plus Anrufsammeltaxi (AST) in 13 Gemeinden. Auf der Linie 81 verkehrt ein Taxibus. Dieser Taxibus ist allerdings kein eigenes System sondern entspricht einem ALT und hat historisch bedingt einen eigenen Produktnamen. Darüber hinaus gibt es insbesondere in Bremerhaven mehrere Anruflinientaxis sowie insgesamt 34 Bürgerbuslinien, die von 13 BürgerBusvereinen organisiert werden.

Im Landkreis Osterholz fährt das AST in den Gemeinden Schwanewede und Lilienthal und der BürgerBus Grasberg-Worpswede. Im Landkreis Diepholz fährt das AST in der Gemeinde Stuhr und Engeln sowie die BürgerBusse in Bassum, Syke und Weyhe.

Abbildung 51: Übersicht alternativer Bedienformen im ZVBN



Quelle: ZVBN

Das **AST** verkehrt in den jeweiligen Gemeinden mit gekennzeichneten Einstiegshaltestellen. Die Gemeinden haben die AST-Verkehre unterschiedlich organisiert. In der Gemeinde Verden kann das AST werktags (Mo-Fr) in der Zeit von 6.00 Uhr bis 23.00 Uhr stündlich zu der bei der Haltestelle angegebenen Minute angefordert werden, an Sonn- und Feiertagen stündlich um 14.00 Uhr, 16.00 Uhr, 18.00 Uhr und 19.00 Uhr zu der bei der Haltestelle angegebenen Minute. Das AST fährt von der Abfahrtshaltestelle auf kürzestem Weg bis zur Haustür des gewünschten Ziels oder bis zur nächstliegenden Anschlusshaltestelle innerhalb einer Gemeinde bzw. in die entgegengesetzte Richtung. Für das AST Lilienthal gibt es keinen festgelegten Zeitrahmen. Das AST Schwanewede verkehrt Mo-Fr stündlich ca. 14.00 Uhr bis 00.00 Uhr, samstags stündlich von ca. 08.00 Uhr bis 00.00 Uhr und sonntags sowie an Feiertagen stündlich von 09.00 Uhr bis 00.00 Uhr.

In den Gemeinden gibt es unterschiedliche Betreiber für die AST-Verkehre, die jeweils selbst ihre Verkehre disponieren. Die Anmeldung erfolgt beim Betreiber, in der Regel einem Taxiunternehmen. Aus diesem Grund gibt es auch unterschiedliche Telefonnummern für die Anmeldung.

Das **Anruflinientaxi** wird von Bremerhavenbus angeboten und fährt z.B. auf den Linien 512, 513 und 515. Diese Linien sind reine ALT-Linien. Bremerhavenbus ergänzt aber auch auf weiteren Linien das Fahrplanangebot durch ALT-Fahrten (meist zu den Schwachlastzeiten oder in Form von Linienverlängerungen auf kurzen Streckenabschnitten).

Der **Bürgerbus** funktioniert wie jeder andere Linienbus im Stadt – und Regionalverkehr. Er bedient Haltestellen nach einem festgelegten Fahrplan, auf einem festgelegten Linienweg und es gilt der VBN-Tarif. Einzige Unterschiede sind, dass das Fahrpersonal ehrenamtlich tätig ist, der Betrieb weitestgehend von einem Bürgerbusverein organisiert wird und das das eingesetzte Fahrzeug 8 Fahrgastsitzplätze vorhält (ein solches Fahrzeug ist als Pkw zugelassen und kann mit einem normalen Führerschein gefahren werden). Der Bürgerbusverein kümmert sich auch in Abstimmung mit einem Verkehrsunternehmen vor Ort um das Angebot auf der Linie.⁶⁸

Nach Aussage des ZVBN gibt es für diese bedarfsgesteuerten Verkehre außer für den Bürgerbus keine Standards, sondern jedes Unternehmen geht in seinem Bedienegebiet so vor, wie es für richtig gehalten wird. Es gibt für dieses Angebot keine einheitliche Produktbezeichnung bzw. keine Marke, wie sie z.B. mit dem Bürgerbus geschaffen wurde. Perspektivisch besteht aus Sicht des ZVBN der Bedarf, die bestehenden Angebote der bedarfsgesteuerten Verkehre in der Region zu vereinheitlichen.

⁶⁸ www.vbn.de/busse/05-buergerbusse.shtml

Abbildung 52: Alternative Bedienformen im VBN-Gebiet

Produktname	Beschreibung, Eingruppierung	Einsatzgebiet (Gemeinde)	Anmeldung	Tarif
VBN-Plus Sammel-taxi	Fährt in einer Gemeinde in Ergänzung zum Linienverkehr, bedient nach telefonischer Bestellung festgelegte VBN-Plus-Abfahrtsstellen zu bestimmten Zeiten und fährt bis vor die Haustür des Fahrtziels in der Gemeinde (Haltestelle-Haustür) oder umgekehrt von einer Haltestelle in der Gemeinde in die Innenstadt (Haltestelle-Haustür).	Hagen Verden Lemwerder Lilienthal Langen Beverstedt Land Wursten Loxstedt Schiffdorf Bremen - Neu-Lesum Stuhr Engeln Schwanewede	Anmeldung telefonisch (7 unterschiedliche Tel-Nr.): Anmeldung mind. 30/45/60 min vorher	Gesonderter VBN-Plus Tarif
Taxibus im VBN (entspricht ALT)	Den Taxibus muss man vorher anrufen, damit er wie jeder andere Linienbus im Stadt- und Regionalverkehr verkehrt. Er bedient nach telefon. Bestellung Haltestellen nach festgelegtem Fahrplan. Taxibusse können eigenständige Linien sein oder aber eine Linie des Stadt- bzw. Regionalverkehrs zu bestimmten Zeiten ersetzen.	Linie 81 an Samstagen, Sonn- und Feiertagen verkehrt ein Taxibus zwischen Gröpelingen und Industriehäfen/Riespot	Anmeldung telefonisch: 0421-170045 Anmeldung mind. 30 min vorher	VBN-Tarif ohne Zuschläge

Produktname	Beschreibung, Eingruppierung	Einsatzgebiet (Gemeinde)	Anmeldung	Tarif
Anruflinientaxi	Angebot von Bremerhavenbus, in Fahrplan mit Telefon gekennzeichnete Fahrten, Fahrt wird je nach Anzahl angemeldeter Fahrgäste mit Taxi, Kleinbus oder Linienverkehr durchgeführt		Bestellung telefonisch: 0471-3003555 (Bremerhavenbus), Anmeldung mind. 45 min vorher	VBN-Tarif, keine Zuschläge
Bürgerbus	Bedient Haltestellen nach festgelegtem Fahrplan, Organisation über Bürgerbusverein mit ehrenamtlichen Fahrern	<ul style="list-style-type: none"> ■ Achim (Linie 791,792, 793) ■ Bassum (Linie 181, 182, 183, 184) ■ Butjadingen (Linie 403, 408) ■ Ganderkesee (Linie 220, 221, 222) ■ Grasberg-Worpswede (Linie 612, 616) ■ Kirchlinteln (Linie 781, 782, 783, 784) ■ Ottersberg (Linie 789) ■ Sottrum (Linie 852, 853, 854, 856) ■ Syke (Linie 185, 186, 187) ■ Thedinghausen (Linie 785, 786) ■ Westerstede (Linie 359) ■ Weyhe (Linie 116, 117) ■ Wildeshausen (Linie 281, 282, 283) 	Keine Anmeldung	VBN-Tarif, keine Zuschläge

Quelle: ZVBN

3.2.3 Optimierung des bestehenden ÖPNV-Linienangebotes

Zur Behebung der Defizite im ÖPNV-Angebot wird im Folgenden für den Landkreis Osterholz für die Relationen Osterholz-Schwanewede und Osterholz-Worpswede untersucht, wie eine Angebotsergänzung aussehen kann und welche Kosten damit verbunden sind. Im Landkreis Diepholz wird dies für die Standorte Bassum und Diepholz dargestellt.

Zur Verbesserung eines bestehenden Zustandes sind grundsätzlich zwei Herangehensweisen denkbar, einerseits eine an das Bestehende angepasste und andererseits ein Umbau. Eine Umsetzung ist auch in Stufen möglich:

Stufe 1 („Anpassung“): beinhaltet das Beibehalten der grundsätzlichen Angebotsstruktur, das Ändern im Detail sowie das Ergänzen von bekannten Angebotselementen wie z.B. AST- oder Rufbusverkehren.

Stufe 2 („Umbau“): gibt dem ÖPNV eine völlig neue Struktur, die den integralen Taktfahrplan⁶⁹ (wie im SPNV) auf die Region möglichst konsequent überträgt und das System nutzbarer und zugleich effizienter macht.

Beschrieben werden hier die Maßnahmen der Stufe 1, da die Stufe 2 ein grundsätzlich anderes Vorgehen erfordert und eher mittelfristig angelegt werden sollte. Für die Optimierung des bestehenden ÖPNV-Angebotes wurden folgende Ansatzpunkte identifiziert:

- Haltestellenoptimierung, z.B. durch Einrichtung oder Verlegung krankenhaushnaher Haltestellen,
- Ergänzende Benennung von Haltestellen mit krankenhausbefugenen Hinweisen oder entsprechenden Haltestellennamen,
- Verbesserung der Anbindung der überwiegend abseits der zentralen Haltestellen oder Bahnhöfe gelegenen Krankenhäuser,
- Schließen von Angebotslücken im Fahrplan der bestehenden und die Krankenhäuser bedienenden Buslinien.

Diese Ansatzpunkte werden bezogen auf die Anbindung der Krankenhäuser in Bassum, Diepholz und Osterholz-Scharmbeck geprüft, ausgearbeitet und nachfolgend kurz zusammengefasst beschrieben.

⁶⁹ Ein integraler Taktfahrplan versucht in der Fläche eines gegebenen Liniennetzes möglichst viele vertaktete Verbindungen herzustellen. Dabei gilt es möglichst viele Knoten zu optimieren, um Wartezeiten zu minimieren und neue Übergangs- und Anbindungsmöglichkeiten zu schaffen (Rendezvous-Konzept).

Optimierung Haltestellen

Der erste Schritt umfasst die bessere Sichtbarmachung des ÖPNV-Angebotes durch gezieltere Information der Zielgruppen. Dazu sollte neben der aktiven Darstellung der ÖPNV-Anbindungen durch die Krankenhäuser auch die Umbenennung von bestehenden Haltestellen gehören, um Ortskundigen eine leichtere Zuordnung zu den Krankenhausstandorten zu ermöglichen. Zusätzlich kann durch das Aufstellen von Unterständen und Sitzgelegenheiten der Fahrgastkomfort deutlich gesteigert werden.

Bassum: Die im Vergleich zur Haltestelle „Krankenhaus“ wesentlich besser angebundene Haltestelle „Bahnhofstraße“ sollte stärker an die Zielgruppen kommuniziert werden. Zusätzlich ist eine Umbenennung in „Bahnhofstraße-Krankenhaus“ sinnvoll.

Diepholz: Kein dringender Bedarf vorhanden; hier ist es vielsprechend, das eigentlich relativ gute Angebot gebündelt an die Kunden zu kommunizieren.

Osterholz-Scharmbeck: Umbenennung der Haltestelle „Auf dem Paß“ in (z.B. in „Krankenhaus Osterholz“), welche als einzige Haltestelle nahe des Klinikeingangs liegt (250 m).

Linienwege und Fahrpläne

Der zweite Schritt umfasst die Verbesserung der Verknüpfung zwischen den Buslinien bzw. mit dem SPNV und das Fahrtenangebot. Dazu gehört neben einer Optimierung der Anbindungen ggf. auch die Verschwenkung oder Verlängerung bestehender Linien.

Bassum: In Bassum verkehrt ein Bürgerbus mit einem ganztägig an Mo-Fr vorhandenen Fahrplanangebot. Zusätzlich verbinden einige Regionalbuslinien die Stadt mit den nächsten Zentren und den Nachbargemeinden. Die Bürgerbuslinien weisen mittags eine Angebotslücke auf, an Wochenenden und Feiertagen werden keine Fahrten angeboten. Die Regionalbuslinien weisen hier wenige Lücken auf. Die vorhandenen Fahrpläne könnten in den entsprechenden Zeiten aufgefüllt werden.

Die Anbindung des Krankenhauses erfolgt mit den Bürgerbuslinien (Kleinbusse) mit einer Haltestelle direkt am Krankenhaus, die Regionalbusse können diese Haltestelle aufgrund ungeeigneter Wendemöglichkeit jedoch nicht bedienen.

Diepholz: Die Stadt wird durch Regionalbuslinien erschlossen und mit den benachbarten Zentren und den Nachbargemeinden verbunden. Alle Linien weisen mindestens an Wochenenden und Feiertagen ein stark reduziertes oder kein Fahrtenangebot auf, welches in den entsprechenden Zeiten ergänzt werden könnte.

Osterholz-Scharmbeck: Die Stadt wird durch Regionalbuslinien erschlossen, das Krankenhaus liegt jedoch etwas abseits der Linienwege und vom Bahnhof weiter entfernt. Hier ist es ebenfalls erforderlich, die wesentlichen Buslinien zum Krankenhaus zu führen, dorthin im Umlauflinienübergreifend durchzubinden oder mindestens zuverlässige Umsteigeverbindungen anzubieten. Darüber hinaus können in/aus einigen Richtungen zusätzliche Fahrten vorhandene Angebotslücken füllen.

Ergänzung des bestehenden ÖPNV-Angebotes durch „ALT“

Seitens des ZVBN soll es perspektivisch eine Pilotanwendung zu bedarfsgesteuerten Betriebsformen geben. Die vorliegenden Ergebnisse im medizinischen Sektor sind der Auslöser, sich mit diesem Thema zu beschäftigen. Der ÖPNV soll aber nicht ausschließlich an die Anforderungen und Randbedingungen der Krankenhäuser ausgerichtet werden.

Es gibt mehrere Möglichkeiten für die Verbesserung des Fahrplanangebotes. Zwischen der Ergänzung von regelmäßigen Fahrten mit Linienbussen bis zum Einsatz von Taxen oder Kleinbussen nach Bedarf lässt das PBefG großen Spielraum (s. auch Ausführungen im Anhang unter 5.2).

Nachfolgend wird anhand der o.g. Beispiele Bassum, Diepholz und Osterholz-Scharmbeck dargestellt, welche Möglichkeiten der Einsatz von Anruflinentaxen („ALT“) bietet und welche Kosten hier zu erwarten sind. Planungsgrundsätze sind hierbei:

- Es werden keine ALT-Fahrten angeboten, die etwa zeitgleich zu einer Linienfahrt fahren würden und
- es werden ausschließlich Lücken im bestehenden Fahrtenangebot (v.a. an Ferientagen, am Wochenende und an Feiertagen) geschlossen.

Für die Kostenabschätzung sind Annahmen zur Nutzung und zu den Kostenätzen zu treffen. Diese wurden abgeleitet aus Erfahrungswerten mit anderen Anruflinien- und Anrufsammeltaxen, auch aus dem Gebiet des ZVBN.

Abbildung 53: Annahmen zu Nutzung und Kostensätzen flexible Bedienformen

Thema	Annahme
Nutzung	Abrufquote der angebotenen Fahrten: 10 %
	Besetzungsgrad der Fahrten: 1,1 Fahrgäste pro abgerufener Fahrt
	Durchschnittliche Fahrtlänge: 40 % der gesamten angebotenen Fahrt
Kosten	Vergütung nach Taxitarif: Grundpreis 5 € brutto zzgl. 1,50 €/km
	Abrechnung nur der Besetztfahrt
	Verwaltungs- und Infrastrukturpauschale: 10 % auf Taxameterpreis
Einnahmen	Durchschnittliche Einnahme je Fahrgast: 3 € brutto

Daten: Berechnung auf Basis Erfahrungswerten im ZVBN-Gebiet

Auf Basis der vorgeschlagenen Ergänzungen des Angebotes und der o.g. Annahmen zur Nutzung, den Kosten und der Einnahmen wurde eine Kostenabschätzung vorgenommen (siehe Abbildung 54 bis Abbildung 56).

Abbildung 54: Kosten- und Erlösabschätzung Diepholz

Linie	Richtung	ALT-Fahrten Schul Ferientage				km/a max.	ermittelte Fahrten/a	ermittelte Bef.fälle/a	Fahrleistung km/a (Nutz)	Gesamt-kosten (€/a)	Erlöse/a (€; netto bei 3€/Fahrgast)	Unterdeckung (€; netto, mit Grundpreis)	Unterdeckung pro Fahrt (€; netto) mit Grundpreis
		Mo-	M-F	Sa	So								
125	Twi-DH	1	1	5	4	22.590	75	83	904	1.780	232	-1.548	-20,56
125	DH-Twi	1	1	5	4	22.590	75	83	904	1.780	232	-1.548	-20,56
129	DH-Bro		1	5	4	13.392	56	61	536	1.113	172	-941	-16,86
129	Bro-DH			5	4	12.000	50	55	480	997	154	-843	-16,86
137/170	DH-Sul	1	1	1	3	18.430	49	53	737	1.386	150	-1.237	-25,5
137/170	Sul-DH	2	2	1	3	28.044	74	81	1.122	2.109	228	-1.882	-25,5
139	DH-Schobr	4	6	3	3	17.568	146	161	703	1.836	452	-1.385	-9,46
139	Schobr-DH	4	6	3	3	17.568	146	161	703	1.836	452	-1.385	-9,46
Summe						107.002	521	573	4.280	9.278	1.607	-7.671	

Abbildung 55: Kosten- und Erlösabschätzung Bassum

Linie	Richtung	ALT-Fahrten Schul t. Ferientage				km/a max.	ermittelte Fahrten/a	ermittelte Bef.fälle/a	Fahrleistung km/a (Nutz)	Gesamt-kosten (€/a)	Erlöse/a (€; netto bei 3€/Fahrgast)	Unterdeckung (€; netto, mit Grundpreis)	Unterdeckung pro Fahrt (€; netto) mit Grundpreis	Bemerkungen
		Mo-	M-F	Sa	So									
101	HB-Bri					0	0	0	0	0	0	0	0	Einzugsgebiet von Bürgerbus abgedeckt
101	Bri-HB					0	0	0	0	0	0	0	0	Einzugsgebiet von Bürgerbus abgedeckt
105	Bass-Neubr					0	0	0	0	0	0	0	0	Einzugsgebiet von Bürgerbus abgedeckt
105	Neubr-Bass					0	0	0	0	0	0	0	0	Einzugsgebiet von Bürgerbus abgedeckt
123	Sul-Bass					0	0	0	0	0	0	0	0	zusätzl. Hst. Bassum-Krankenhaus einr.
123	Bass-Sul					0	0	0	0	0	0	0	0	zusätzl. Hst. Bassum-Krankenhaus einr.
181	Bass-Nordw	1	1	5	5	15.447	81	89	618	1.371	251	-1.120	-13,78	Konkurrenzsituation mit Li. 101 prüfen
181	Nordw-Bass	1	1	5	5	15.447	81	89	618	1.371	251	-1.120	-13,78	Konkurrenzsituation mit Li. 101 prüfen
182	Bass-Held-Bass			4	4	4.480	45	49	179	507	138	-368	-8,22	
183	Bass-Neubr			4	4	5.824	45	49	233	590	138	-451	-10,07	Konkurrenzsituation zur Li. 105 prüfen
183	Neubr-Bass			4	4	5.824	45	49	233	590	138	-451	-10,07	Konkurrenzsituation zur Li. 105 prüfen
184	Bass-Bram			4	4	3.584	45	49	143	451	138	-313	-6,99	
184	Bram-Bass			4	4	3.584	45	49	143	451	138	-313	-6,99	
Summe						54.190	387	425	2.168	5.330	1.192	-4.137		

Abbildung 56: Kosten- und Erlösabschätzung Osterholz-Scharmbeck

Linie	Richtung	ALT-Fahrten Schul Ferientage				km/a max.	ermittelte Fahrten/a	ermittelte Bef.fälle/a	Fahrleistung km/a (Nutz)	Gesamt-kosten (€/a)	Erlöse/a (€; netto bei 3€/Fahrgast)	Unterdeckung (€; netto, mit Grundpreis)	Unterdeckung pro Fahrt (€; netto) mit Grundpreis	Bemerkungen
		Mo-	M-F	Sa	So									
645	OHZ													Integr. Flächenbedienug ggf.
650	Nki.-OHZ	3	4	3	5	30.552	127	140	1.222	2.539	393	-2.146	-16,86	
650	OHZ-Nki.	3	4	3	5	30.552	127	140	1.222	2.539	393	-2.146	-16,86	
665/680	HB-OHZ-Voll.	2	2	3	5	33.670	96	106	1.347	2.571	297	-2.275	-23,64	
665/680	Voll.-OHZ-HB	1	1	3	5	24.815	71	78	993	1.895	219	-1.676	-23,64	
640	OHZ-Wop-BRV				2	4.920	12	13	197	365	37	-328	-27,35	bis Gnarrenburg
640	BRV-Wop-OHZ				2	4.920	12	13	197	365	37	-328	-27,35	ab Gnarrenburg
Summe						129.429	446	490	5.177	10.274	1.375	-8.900		

Daten: ZVBN

Zusammengefasst ergibt sich danach für alle drei Räume zusammen eine Unterdeckung in Höhe von rund 21.000 EUR jährlich zzgl. Mehrwertsteuer. Es sei in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass die tatsächliche Nutzung (Abrufquote, Besetzung, Fahrtlänge) von den o.g. Annahmen abweichen kann und daher auch andere Kostengrößenordnungen entstehen können (z.B. noch kein Aufwand für die Vermarktung des Angebotes berücksichtigt). Ebenso sind die Kosten abhängig davon, ob die Abrechnungsgrundlage mit den fahrdurchführenden Unternehmen (derzeit Taxiunternehmen) weiterhin der geltende Taxitarif sein wird oder ob andere Lösungen gefunden werden.

Abbildung 57: Zusammenfassung von Kosten und Einnahmen (ohne Vermarktungsaufwand)

Region	Kosten [€, netto)	Erlöse [€, netto)	Unterdeckung [€, netto)	pro Fahrt [€/Fahrt, netto]
Osterholz-Scharmbeck	10.274	1.375	-8.900	-19,97
Diepholz	9.278	1.607	-7.671	-14,73
Bassum	5.330	1.192	-4.137	-10,70
Summe	24.882	4.173	-20.708	-15,30

Daten: Eigene Berechnungen

Organisatorische Anforderungen

Dargestellt wurde der Einsatz von Anruflinientaxen anhand von drei Räumen und der Anbindung der jeweiligen Krankenhäuser an die Region. Derzeit werden keine Anruflinientaxen angeboten, lediglich in kleinen Teilräumen des VBN-Gebietes werden Anrufsammeltaxen eingesetzt (vergl. Abbildung 51 auf Seite 96). Sollte der Einsatz von bedarfsgesteuerten Bedienungsweisen ausgeweitet werden, ergeben sich Fragen, die im Rahmen einer konkreteren Konzeption geklärt werden müssen:

- Die lokalen und regionalen Strukturen lassen es sinnvoll erscheinen, nicht nur über ALT-Verkehre nachzudenken, sondern auch andere flexible Betriebsformen in die Überlegungen einfließen zu lassen. Hierfür sind Bestandsaufnahmen nicht nur zu den jeweiligen potenziellen Nachfragestrukturen notwendig, sondern insbesondere auch zu den potenziellen Anbietern und deren Organisation. Die Spektrum der möglichen Betreiber ist grundsätzlich größer als bisher: (kleine) Fahrzeuge werden z.B. sowohl von Verkehrsunternehmen als auch von Taxiunternehmen, aber auch von sozialen Diensten jeder Art eingesetzt. Die Nutzungsmöglichkeiten sollten analysiert werden, um unwirtschaftliche Doppelinvestitionen und Doppelfahrten vermeiden zu können.

Darüber hinaus gibt es bereits in diesem Bearbeitungsstadium Ansatzpunkte für eine sinnvolle Korridorbedienung, die mit einer fixen Linienbedienung (mit dem Linienbus oder mit dem Anruflinientaxi) nicht möglich ist. Hier bietet sich z.B. zwischen Osterholz-Scharmbeck und Schwanewe-

de der Einsatz eines Anrufsammeltaxis (oder auch eines Anrufsammelbusses) an, das auch aus dem in Schwanewede bereits bestehenden AST-Angebot heraus in Richtung Osten entwickelt werden kann.

- Entschieden werden muss die Frage, wer gegenüber den Fahrgästen für diesen Bedarfsverkehr verantwortlich sein soll. Damit direkt verbunden ist die möglichst verbundweite Klärung darüber, welche Vertragspartner über Inhalt bzw. Umfang, konzeptionelle Ausrichtung und Kosten entscheiden sollen. Bisher sind die Gemeinden und die Konzessionsinhaber Partner in einem Vertrag, der Konzessionsinhaber mit dem Taxiunternehmer als Subunternehmer Partner in einem zweiten Vertrag. Oftmals disponiert der an möglichst vielen Einzelfahrten interessierte Taxiunternehmer die Fahrten und hat den Kundenkontakt, der Konzessionsinhaber hat keinen direkten Einblick in die vergebenen Verkehre und keinen Kontakt zu den ALT-/AST-Fahrgästen. Hier sollte ein verbundweit geltendes Regelwerk aufgebaut werden, zusätzlich sollten die Konzessionsinhaber stärker in die Kontrolle der Leistungserbringung eingebunden werden. Zudem müssen nicht alle Leistungen durch Taxiunternehmer gefahren werden, in vielen Fällen haben Busunternehmer am Vor- und Nachmittag Kapazitäten frei, die zu Grenzkosten für die AST- oder ALT-Fahrten genutzt werden könnten.
- Die Disposition sollte verbundweit nach einheitlichen Regeln erfolgen, sowohl intern als auch gegenüber den Fahrgästen. Dies gilt auch für die Bemessung von Preisen oder Zuschlägen, für die Anerkennung von Zeitkarten oder auch für die Voranmeldezeiten. Dies erleichtert die Vermarktung und Kommunikation mit vorhandenen und potenziellen Fahrgästen.

Zur Disposition ist zu klären, wie diese angesichts des großen Verbundgebietes und der zur Disposition erforderlichen lokalen Kompetenz organisiert werden kann. Deutschlandweit werden verschiedene Modelle umgesetzt, von der kleinräumigen Disposition bei Taxizentralen über die großräumige Organisation durch ein Verkehrsunternehmen bis zur überregionalen Disposition aus 300 Kilometern Entfernung. Hierzu gehört die Klärung der Frage, ob dies eine Leistung ist, die durch eine vorhandene zentrale Auskunft erfolgen kann oder sollte. Dies sind jedoch Entscheidungen, die stark von den lokalen und regionalen Rahmenbedingungen abhängen.

3.3 Wirtschaftliche Optimierungsansätze

In diesem Kapitel wird für die im Maßnahmenkatalog aufgeführten Maßnahmen untersucht, welche Ansätze es bereits beim ZVBN gibt, auf die aufgebaut werden kann und wie eine Weiterentwicklung der identifizierten Maßnahmen bzw. eine Ergänzung des Status quo aussehen kann. Die in der folgenden Übersicht (s. Abbildung 58) aufgeführten Maßnahmen zur Verbesserung des ÖPNV-Angebots (Maßnahmen 1.1-1.3) wurden bereits in Kap. 3.2 vorgestellt.

Abbildung 58: Maßnahmenkatalog

	Maßnahme	Status Quo	Weiterentwicklung/Ergänzung
1.	ÖPNV-Angebot		
1.1	Flex. Bedienform	<ul style="list-style-type: none"> ■ AST ■ Anruflinientaxi ■ Bürgerbus (ausführliche Beschreibung unter 3.2.)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prüfung Weiterentwicklung ALT auf festgelegten Relationen
1.2	Verbesserung bestehendes Angebot	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kontinuierlich Verbesserung des Angebots ■ Umfangreiche Aktivitäten hinsichtlich der barrierefreien Ausgestaltung des ÖPNV 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Haltestellenoptimierung (Einrichtung zusätzlicher Haltestellen für das Krankenhaus, Verlegung von Haltestellen) ■ Gegebenenfalls Benennung von Haltestellen am Krankenhaus mit „Krankenhaus“ ■ Verbesserung der innerstädtischen Anbindung Stadtzentrum/Bahnhof zum Krankenhaus
1.3	Einrichtung von BürgerBussen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung und Bezuschussung von BürgerBussen. Hierbei immer auch Zielgruppe mobilitätseingeschränkte Personen und insofern starke fahrplanseitige Berücksichtigung von Ärztezentren und Krankenhäusern 	
2.	Marketing/Tarif/Information		
2.1	Tarif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eingangstarif ist VBN-Tarif, dazu kommt ein Komfortzuschlag von 1 bis 2 EUR für flex. Bedienform. ■ Da die Nutzung von AST bereits kostenpflichtig ist (bei Umstieg auf weiterführende Linien muss ein zusätzliches VBN-Ticket gekauft werden) gibt es diesen Komfortzuschlag letztlich schon. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Keine Einführung neuer Tarife
2.2	Mobilitätsmanager	<ul style="list-style-type: none"> ■ VBN-Mitarbeiter, „Kümmerer“, Ansprechpartner für die Landkreise und Gemeinden 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gegebenenfalls Weiterentwicklung zum Key-Account-Manager Medizin ■ Ansprechpartner gegenüber den Akteuren im medizinischen Sektor (Krankenhäuser, Ärzte etc.), nicht gegenüber Fahrgästen

	Maßnahme	Status Quo	Weiterentwicklung/Ergänzung
2.3	ÖPNV-Information Krankenhäuser	<p>Informationsstrategie für die Kkh ist bereits in Arbeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Stufe: Info-Dispenser mit Fpl.-Leporellos im Kkh ■ Stufe: Vitrine/Stele mit Fpl. und Tarifinformationen ■ 3. Stufe: Ergänzend zum Angebot der 1. und 2. Stufe Monitor mit Echtzeitinfo zur nächstgelegenen Hst. ■ VBN-Internetlink auf Websites der Krankenhäuser (bei gutem Angebot) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Marketingkampagne, Öffentlichkeitsarbeit
2.4	ÖPNV-Information Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bisher keine Information 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Verbindung von Terminplanung mit ÖPNV-Anreiseinfo ■ ÖPNV-Erreichbarkeit auf dem Briefkopf des Arztes aufführen ■ VBN-Internetlink auf Websites von Ärzten (bei gutem Angebot) <p>Für Maßnahmen wird "Multiplikator" als Ansprechpartner benötigt.</p>
2.5	VBN-Serviceauskunft für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste	<ul style="list-style-type: none"> ■ Niederflur-Garantie für ausgewiesene Fahrten. Dies wird auch in der elektronischen Fahrplanauskunft dargestellt ■ Info auch über das VBN-Callcenter 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Empfehlungsmarketing, Nutzertraining für ältere Fahrgäste
2.6	Jobticket	<ul style="list-style-type: none"> ■ VBN-Jobticket ab 50 Personen, die dies für mind. 12 Monate beziehen; Angebot deutlich billiger als vergleichbare Tickets. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Denkbar ist offensivere Vermarktung in den Krankenhäusern für die Mitarbeiter
2.7	Pendlerportal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Im Einsatz für jeden LK im Verbundgebiet und bietet hier immer auch (sofern vorhanden) alternative ÖPNV-Verbindungen für die angefragten Relationen. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Kein weitergehendes Engagement durch ZVBN
2.8	VBN-App	<ul style="list-style-type: none"> ■ VBN-App und Infos in Echtzeit sind seit kurzer Zeit in Betrieb. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Die für die Echtzeit notwendige techn. Ausstattung wird auf weitere Unternehmen und damit Linienangebote ausgeweitet
2.9	Flexible Bedienformen	<ul style="list-style-type: none"> ■ AST 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vereinheitlichung und Vermarktung von Anrufverkehren
3. Finanzierung			
3.1	Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bisher keine Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Aufgabenträger/Gemeinde bzw. LK zum Thema Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Marketingkonzept zur Ansprache Krankenhäuser (S. 2.3)
3.2	Ärzte	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bisher keine Zusammenarbeit zwischen Aufgabenträger mit Ärzten oder Bürgermeister zum Thema ärztliche Versorgung. Es gibt bisher auch keine Plattform, die zum Austausch für solche Themen genutzt werden kann. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abprüfen der Unterstützung bei den Bürgermeistern zur Verbesserung der Infrastruktur in der Gemeinde

Quelle: Eigene Darstellung. Die Maßnahmen werden im Folgenden erläutert.

Handlungsfeld Marketing/Tarif/Information

Maßnahme 2.1. Tarif: Für die Nutzung eines AST gibt es zur Zeit einen VBN-Eingangstarif mit einem Komfortzuschlag von 1 bis 2 EUR für flexible Bedienformen, beim Umstieg auf weiterführende Linien muss ein zusätzliches VBN-Ticket gekauft werden. Grundsätzlich soll kein neuer Tarif eingeführt werden.

Maßnahme 2.2 Mobilitätsmanager: Beim VBN gibt es bereits einen Mitarbeiter, dessen Aufgabe die des „Kümmerers“ ist und der in dieser Funktion Ansprechpartner für die Landkreise und die Gemeinden ist.

Erster Schritt wäre, gezielt das Gespräch zu suchen und auf Seiten des Aufgabenträgers einen Ansprechpartner für die Belange des medizinischen Bereichs zu benennen. Aus diesem Grund bietet sich die Weiterentwicklung der bisherigen Rolle des „Kümmerers“ zum Key-Account Manager Medizin an, der Ansprechpartner gegenüber den Akteuren des medizinischen Sektors wie den Krankenhäusern und Ärzten ist. Ansprechpartner für Fahrtauskünfte für die Fahrgäste mit medizinischem Fahrtzweck bleibt aber der VBN.

Maßnahme 2.3 ÖPNV-Information Krankenhäuser: Bisher waren die vom bzw. im Krankenhaus zur Verfügung gestellten Informationen zum ÖPNV, wenn überhaupt vorhanden, nur höchst unzureichend. Es bietet sich an, ÖPNV-Informationen für die Krankenhausbesucher und Patienten im Krankenhaus aber auch auf den jeweiligen Internetpräsenzen sichtbar zu machen. Der ZVBN erarbeitet gemeinsam mit dem VBN hierzu bereits eine Informationsstrategie, die drei Stufen vorsieht. In der am wenigsten aufwändigen Stufe sollen Dispenser mit Fahrplan-Leporellos aufgestellt werden. In einer zweiten Stufe wird der Eingangsbereich des Krankenhauses mit einer Vitrine oder Stelle mit Fahrplan- und Tarifinformationen ausgerüstet. Die dritte Stufe sieht ergänzend zum Angebot der ersten beiden Stufen ein Monitor mit Echtzeitinformation für die nächstgelegene Haltestelle vor. Außerdem soll der VBN-Internetlink auf der Homepage des Krankenhauses ergänzt werden.

Maßnahme 2.4 ÖPNV-Information an Ärzte: Niedergelassene Ärzte stellen bisher i.d.R. keine Informationen zur Erreichbarkeit ihrer Praxen mit dem ÖPNV zur Verfügung. Es gibt mehrere Ansatzpunkte, die Informationslage zu verbessern, indem z.B. die ÖPNV-Erreichbarkeit auf dem Briefkopf des Arztes aufgeführt wird oder der VBN Internetlink auf der Homepage des Arztes mit aufgenommen wird. Darüber hinaus kann z.B. auch die Terminplanung mit der ÖPNV-Anreise gekoppelt werden, indem die Terminplanung und die Anreise mit dem ÖPNV aufeinander abgestimmt werden. Technisch müsste dazu zu dem Terminprogramm des Arztes die VBN-Fahrplanauskunft parallel zur Verfügung stehen bzw. in einem weiteren Schritt so gekoppelt werden, dass sich ÖPNV-Anreise und Terminfindung gemeinsam optimieren lassen.

Maßnahme 2.5 VBN-Serviceauskunft für mobilitätseingeschränkte Fahrgäste: Hier gibt es bereits eine Niederflur-Garantie für ausgewiesene Fahrten, was auch in der elektronischen Fahrplanauskunft dargestellt wird. Als Weiterent-

wicklung ist angedacht, ein Nutzertraining für ältere Fahrgäste anzubieten und eine Empfehlungsmarketingstrategie zu erarbeiten. Hierbei könnten bspw. Abonnenten von Zeitfahrausweisen angeschrieben werden mit der Zielrichtung diesen bspw. eine zusätzliche Monatskarte anzubieten, die sie an Freunde und Bekannte weitergeben können um dann gemeinsam den ÖPNV zu „erfahren“.

Maßnahme 2.6 Jobticket: Der VBN bietet Jobtickets in Unternehmen ab einer Größe von 50 teilnehmenden Mitarbeitern an. Die Mitarbeiter an den Krankenhäusern sind die eine potentielle Nachfragergruppe für den ÖPNV mit den planbarsten Fahrtbedürfnissen. Aus diesem Grund bietet es sich an, die Jobtickets an den Krankenhäusern intensiver zu vermarkten.

Maßnahme 2.7 VBN-App: Die VBN-App ist seit kurzer Zeit verfügbar ebenso wie Echtzeitinformationen. Es sollen weitere Unternehmen eingebunden werden. VBN-App wie auch die Echtzeitinformationen sind wesentlicher Baustein zur Verbesserung der Informationslage.

Maßnahme 2.9 flexible Bedienformen: Neben der in Kap. 5.2. dargestellten Analyse zur Weiterentwicklung des ÖPNV-Angebots mittels flexibler Bedienformen wurde festgestellt, dass es für die bereits im Einsatz befindlichen AST keinen einheitlichen Standard gibt. Hier wird eine Vereinheitlichung der Standards sowie die Vermarktung einer eigenen Marke ähnlich dem BürgerBus-Konzept angestrebt.

Handlungsfeld Finanzierung

Es ist von zentraler Bedeutung, nicht nur die im ÖPNV-System vorhandenen (begrenzten) Mittel für Fahrten zur medizinischen Versorgung zu optimieren, sondern auch zusätzliche Mittel hierfür zu erschließen. Der Ansatz der Mittelzusammenlegung der Gelder der AOK, die für Transporte auf Basis der Verordnung für Krankenförderung eingesetzt werden, wird nach der Absage der AOK im Rahmen dieser Pilotstudie nicht weiter verfolgt. Als weitere Ansprechpartner für eine Verbesserung der Finanzierungsgrundlagen sind grundsätzlich die Krankenhäuser, Ärzte und Gemeinden zu sehen.

Maßnahme 3.1 Krankenhäuser: Die Krankenhäuser hatten bereits in den Interviews ihre Bereitschaft der finanziellen Unterstützung bekundet, wenn sich durch die verbesserte ÖPNV-Anbindung ein wirtschaftlicher Vorteil ergibt. Hier sollte das weitere Gespräch mit den Krankenhäusern gesucht werden, um in einem ersten Schritt das verbesserte Informationskonzept vorzustellen und die weitere Bereitschaft zur Zusammenarbeit auszuloten.

Maßnahme 3.2 Ärzte: Auch bei den niedergelassenen Ärzten wurde ein zunehmendes Interesse an einer guten ÖPNV-Anbindung festgestellt. Ansprechpartner sind hier aber auch die Bürgermeister, die das Thema Infrastruktur und ÖPNV-Anbindung für ihre Gemeinde verantworten. Bisher gibt es keinen Austausch zu diesen Themen zwischen den Bürgermeistern und dem ÖPNV-

Aufgabenträger, deshalb ist zu empfehlen, das Gespräch zu suchen und die Bereitschaft zur Verbesserung in der Gemeinde zu prüfen.

3.4 Rechtliche Optimierungsansätze

3.4.1 Rechtsgrundlagen für eine Budgetzusammenlegung der SGB V-Mittel mit den ÖPNV-Mitteln

Unter 2.2.2.1 ist das System Fahrtkostenübernahme der gesetzlichen Krankenkassen nach SGB V für Rettungsfahrten, sog. qualifizierte Krankentransporte (Krankenwagen mit fachlicher Betreuung oder besonderer Einrichtung des Kfz) sowie sog. einfache Krankentransporte (i.d.R. Taxi) und die hieraus resultierenden Anforderungen für die AOK Niedersachsen dargestellt worden.

Nachfolgend werden die Möglichkeiten der Zusammenarbeit zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den ÖPNV-Aufgabenträgern nur für die sog. einfachen Krankenfahrten untersucht (Fahrten zu einer ambulanten bzw. einer vor- oder nachstationären Behandlung bei einem niedergelassenen Vertragsarzt oder im Krankenhaus), weil für Rettungsfahrten sowie sog. qualifizierte Krankentransporte spezielle Rechtsgrundlagen sowie besondere medizinische Anforderungen gelten, so dass dafür eine Zusammenarbeit ausscheidet.

Die AOK Niedersachsen wendet p.a. etwa 40 Mio. € p.a. für die sog. einfachen Krankenfahrten auf, alle gesetzlichen Krankenkassen in Niedersachsen zusammen grob geschätzt etwa 120 Mio. € p.a. Für die Kostenerstattung haben die gesetzlichen Krankenkassen einen Rahmenvertrag zzgl. fixierter Entgeltlisten mit dem Gesamtverband Verkehrsgewerbe Niedersachsen (GVN) abgeschlossen. Die dort vereinbarten Entgelte sind günstiger als die allgemeinen Taxitarife.

Die nachfolgend zu untersuchende Schlüsselfrage lautet nun, ob durch eine inhaltliche und finanzielle Zusammenarbeit unter dem Stichwort „Budgetzusammenlegung“ zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den ÖPNV-Aufgabenträgern rechtlich durch Einbettung in den ÖPNV grundsätzlich möglich ist, damit eine wirtschaftliche Optimierung und eine Verbesserung des Angebots zur Beförderung von Personen im ländlichen Raum mit insbesondere flexiblen Bedienformen möglich ist. Ausdrücklich sei an dieser Stelle betont, dass das Stichwort „Budgetzusammenlegung“ nur als ein Obergriff für vielfältige Zusammenarbeitsmöglichkeiten zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den ÖPNV-Aufgabenträgern verstanden werden soll (z.B. auch nur für Teilbereiche), die noch der Diskussion zwischen diesen Akteuren bedürfen.

In der Praxis führt eine schlechte Verkehrsanbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln regelmäßig zur Verordnung einer Taxifahrt durch den Vertrags-

arzt. Hierdurch kommt es zu Mehrkosten der GKV. Darüber hinaus besteht Bedarf an Fahrten zu Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen nicht nur bei dem nach dem SGB V anspruchsberechtigten Personenkreis, sondern auch für andere Personengruppen. Zu nennen sind hier insbesondere die älteren „immobilen“ Menschen.

Ein Ansatzpunkt, um diese Widersprüche aufzulösen, könnte es sein, die SGB V-Mittel (der GKV) mit den ÖPNV-Mitteln (des jeweiligen Landkreises als ÖPNV-Aufgabenträger) zusammenzulegen. Vorbild hierfür könnten die Vergütungsverträge der GKVen mit den Leistungserbringern gemäß NRettdG sein. In einem solchen Vertrag würde der betreffende Landkreis den Sachleistungsanspruch der gesetzlich Versicherten auf Gewährung einer Fahrt i.S.d. § 60 SGB V unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 5 SGB V durch die Bereitstellung eines optimierten ÖPNV-Angebots (zumindest partiell) erfüllen. Nachfolgend ist daher der Frage nachzugehen, welche Rechtsgrundlagen der GKV für ein entsprechendes Vorgehen zur Verfügung stehen.

Als Rechtsgrundlage für eine Budgetzusammenlegung im vorgenannten Sinne könnten u.E. die Vorschriften über integrierte Versorgungsverträge (IV-Verträge) gemäß §§ 140a ff. SGB V, die Kompetenzvorschriften der GKV zum Abschluss von Vergütungsverträgen gemäß § 133 Abs. 1 und 3 SGB V sowie die „Generalklausel“ der GKV zur Beauftragung Dritter mit der ihr obliegenden Aufgabenwahrnehmung in § 197b SGB V in Betracht kommen.

3.4.1.1 Einbettung der Budgetzusammenlegung in einen integrierten Versorgungsvertrag gemäß §§ 140a ff. SGB V.

Denkbar ist zunächst eine Einbettung der Budgetzusammenlegung in einen IV-Vertrag gemäß §§ 140a ff. SGB V. Nach § 140a Abs. 1 SGB V kann die GKV abweichend von sonstigen Regelungen des SGB V Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung der Versicherten mit den in § 140b Abs. 1 SGB V genannten Leistungserbringern abschließen.

Bei den Krankenfahrten i.S.d. § 60 SGB V könnte es sich um eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten handeln. Allerdings dürfen IV-Verträge lediglich mit den in § 140b Abs. 1 SGB V abschließend aufgezählten Leistungserbringern oder Zusammenschlüssen dieser abgeschlossen werden. Dies sind u.a. Vertragsärzte und Zahnärzte, Träger von Krankenhäusern, stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Pflegekassen und Pflegeeinrichtungen, Praxiskliniken, pharmazeutischen Unternehmen, Herstellern von Medizinprodukten jeweils nach Maßgabe der Vorschrift sowie sonstige „nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechnete Leistungserbringer oder Gemeinschaften“. Der Landkreis als ÖPNV-Aufgabenträger käme danach nur dann als Vertragspartner der GKV für den Abschluss von IV-Verträgen in Betracht, wenn er als ein sonstiger Leistungserbringer i.S.d. § 140d Abs. 1 SGB V anzusehen wäre. Im Vertragsarzt- sowie im Heilmittelrecht wird der Status des Leistungserbringers durch Zulas-

sung begründet. In anderen Sektoren erfolgt die Statusbegründung des Leistungserbringers durch Versorgungsvertrag (z.B. §§ 111 Abs. 2, 111a Abs. 1 Satz 1, 126 Abs. 1, 132 Abs. 1 Satz 2, 132a Abs. 2, 132b, 132c Abs. 1, 132e Satz 1 SGB V). Keine statusbegründenden Rechtsbeziehungen bestehen aber beispielsweise zu den Trägern von Krankentransporten nach § 133 SGB V.⁷⁰ Ein Status des Landkreises als Leistungserbringer scheidet damit vorliegend wohl aus.

Darüber hinaus ist die Teilnahme der Versicherten an der integrierten Versorgung freiwillig (§ 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V). Würden die Krankenfahrten i.S.d. § 60 SGB V im Rahmen eines IV-Vertrags geregelt werden, so müsste die GVK dennoch Parallelstrukturen für diejenigen Versicherten bereithalten, die an dem freiwilligen System nicht teilnehmen möchten. Dies wiederum würde das gesamte System der Budgetzusammenlegung infrage stellen, weil die erwarteten Synergien sich nicht realisieren könnten.

Eine Einbettung der Budgetzusammenlegung in einen IV-Vertrag gemäß §§ 140a ff. SGB V kommt somit nicht in Betracht.

3.4.1.2 Kompetenz der GKV zum Abschluss eines Vergütungsvertrags gemäß § 133 Abs. 1 und 3 SGB V

Wie bereits dargestellt schließt die GKV nach § 133 Abs. 1 und 3 SGB V Verträge über die Vergütung für die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte ab. Die Vertragskompetenz besteht dabei nach § 133 Abs. 1 SGB V zum einen in Bezug auf Rettungsdienste, für die vorliegend das NRettdG einschlägig ist und für die das PBefG nicht oder nur eingeschränkt gilt. Zum anderen kann die GKV gemäß § 133 Abs. 3 SGB V Vergütungsvereinbarungen in Bezug auf andere Krankentransporte im Anwendungsbereich des PBefG abschließen. Vertragliche Modelle sind danach im Hinblick auf die Benutzung von Krankenkraftwagen oder Rettungsfahrzeugen i.S.d. § 60 Abs. 3 Nr. 3 SGB V und im Hinblick auf die Benutzung von Taxen oder Mietwagen i.S.d. § 60 Abs. 3 Nr. 2 SGB V möglich. Die Vertragskompetenz der GKV bezieht sich somit weder auf die Benutzung von privaten Kraftfahrzeugen i.S.v. § 60 Abs. 3 Nr. 4 SGB V noch auf die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln i.S.v. § 60 Abs. 3 Nr. 1 SGB V.⁷¹

Darüber hinaus darf die GKV entsprechende Verträge auch nur mit „geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen“ abschließen. Die Eignung der Leistungserbringer ergibt sich für Rettungsdienste aus den landesrechtlichen Regelungen,⁷² vorliegend also aus dem NRettdG. Rettungsdienste dürfen danach entweder von den Trägern der Rettungsdienste selbst oder von nach Maßgabe des NRettdG von diesen beauftragten Dritten durchgeführt werden

⁷⁰ Vgl. *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 69, Rn. 11 ff.

⁷¹ So ausdrücklich *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 133, Rn. 8; vgl. auch *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 133, Rn. 2.

⁷² *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 133, Rn. 3.

(§ 5 Abs. 2 NRettDG). Werden die Rettungsdienste durch den Landkreis als Träger des Rettungsdienstes selbst durchgeführt, wäre der Landkreis somit grundsätzlich ein geeigneter Vertragspartner der GKV i.S.d. § 133 Abs. 1 SGB V. Allerdings ist davon auszugehen, dass in der Praxis in aller Regel Dritte mit der Durchführung der Rettungsdienste beauftragt werden mit der Folge, dass dann diese und nicht mehr der Landkreis als geeignete Einrichtung oder geeignetes Unternehmen für einen Vertragsabschluss anzusehen sind.⁷³ Für die anderen Krankentransporte ergibt sich die Eignung der Leistungserbringer aus der jeweiligen Genehmigung nach dem PBefG.⁷⁴ Der Landkreis wäre also auch in Bezug auf diese Krankentransporte nicht als geeigneter Vertragspartner der GKV anzusehen.

Eine Kompetenz der GKV zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung mit dem Landkreis gemäß § 133 Abs. 1 und 3 SGB V kommt somit vorliegend ebenfalls nicht in Betracht.

3.4.1.3 Budgetvertrag der GKV nach der „Generalklausel“ des § 197b SGB V

Nach § 197b SGB V kann die GKV die ihnen obliegenden Aufgaben durch Arbeitsgemeinschaften oder durch Dritte mit deren Zustimmung wahrnehmen lassen, wenn die Aufgabenwahrnehmung durch die Arbeitsgemeinschaft oder den Dritten wirtschaftlicher ist, es im wohlverstandenen Interesse der Betroffenen liegt und Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Wesentliche Aufgaben zur Versorgung sind von der Übertragungsmöglichkeit ausgenommen.

Klärungsbedürftig ist zunächst, wer Dritte i.S.d. Vorschrift sind. Der Begriff der Dritten ist dabei vom Begriff der Arbeitsgemeinschaften abzugrenzen. Bei Arbeitsgemeinschaften handelt es sich um organisatorisch verselbständigte Einheiten in freigestellter Rechtsform, bei denen es um eine tatsächlich rechtlich und finanziell verbindliche Zusammenarbeit geht und die in rechtlich zulässiger Weise nach den Vorschriften des SGB gebildet worden sind.⁷⁵ Als Dritte kommen somit natürliche und juristische Personen des Privatrechts sowie sonstige Personen des öffentlichen Rechts, Einrichtungen und Vereinigungen, die nicht im SGB vorgesehene öffentlich-rechtliche Vereinigungen sind, in Betracht.⁷⁶ Der Landkreis ist daher vorliegend Dritter i.S.d. § 197b SGB V.

Voraussetzung für die Beauftragung eines Dritten durch die GKV ist zunächst, dass keine wesentlichen Aufgaben betroffen sind. Was wesentliche Aufgaben sind, definiert das Gesetz nicht. In der Gesetzesbegründung werden die we-

⁷³ Vgl. *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 03/11), § 133, Rn. 11.

⁷⁴ *Kruse/Hänlein*, Sozialgesetzbuch V, 3. Auflage (2009), § 133, Rn. 3.

⁷⁵ *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 11.

⁷⁶ *Baier/Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 73. EGL (2011), § 197b SGB V, Rn. 5; *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 12.

sentlichen Aufgaben mit den der GKV obliegenden Kernaufgaben beschrieben; eine konkretere Definition der nicht übertragbaren Aufgaben wird jedoch nicht vorgenommen. Es wird dort lediglich ausgeführt, eine Aufgabenübertragung auf Dritte komme insbesondere dann in Betracht, wenn es darum geht, dass sich die GVK eine wettbewerbsfähige Verhandlungsposition verschaffen will.⁷⁷ Wesentliche Aufgaben dürften damit insbesondere den unmittelbaren Leistungsbereich betreffen.⁷⁸ Bei den Aufgaben der GKV im Zusammenhang mit Krankenfahrten i.S.v. § 60 und § 133 SGB V handelt es sich um Aufgaben der Kostenübernahme bzw. der Regelung der Vergütung im Wesentlichen mit bereits beauftragten Leistungserbringern. Die im Zusammenhang mit der Budgetzusammenlegung in Rede stehende Aufgabenübertragung der GKV auf den Landkreis betrifft nicht die unmittelbare Leistungsgewährung der GKV gegenüber den Versicherten, sondern vielmehr die dahinterliegende Abwicklung/Organisation. U.E. ist daher davon auszugehen, dass es sich bei den in Rede stehenden Aufgaben nicht um wesentliche Aufgaben i.S.d. § 197b SGB V handelt, sodass eine Aufgabenübertragung grundsätzlich möglich sein dürfte.

Zudem muss die Erledigung der Aufgabe durch den Dritten wirtschaftlicher sein. Die bloße Zweckmäßigkeit der Auslagerung würde danach für die Aufgabenübertragung nicht genügen,⁷⁹ allerdings wird in der Gesetzesbegründung ausgeführt, dass die GKV Dritte mit der Erledigung von Aufgaben betrauen kann, wenn dies zweckmäßig ist.⁸⁰ Da § 197b SGB V der Effektivität und kostengünstigen Gestaltung von Geschäftsprozessen der GKV dient, dürfte der Begriff der Wirtschaftlichkeit so zu verstehen sein, dass sich für die GKV gegenüber der eigenen Aufgabenwahrnehmung wirtschaftliche Vorteile ergeben müssen.⁸¹ Da in der Gesetzesbegründung im Zusammenhang mit der Aufgabenübertragung die Schaffung einer wettbewerbsfähigen Verhandlungsposition der GKV betont wird, könnte die geforderte Wirtschaftlichkeit daneben auch dann erfüllt sein, wenn die Aufgabenübertragung den Versicherten im Sinne von Kundenfreundlichkeit zu Gute kommt.⁸² Vorliegend sollen durch die Budgetzusammenlegung Synergien gehoben und dadurch letztlich auch Kosten auf Seiten der GKV eingespart werden. Darüber hinaus, würde die Bündelung der Aufgabenwahrnehmung durch den Landkreis den Versicherten ein verbessertes ÖPNV-Angebot bieten. Es wird daher davon ausgegangen, dass das Wirtschaftlichkeitskriterium vorliegend erfüllt wäre.

Darüber hinaus muss die Beauftragung des Dritten im wohlverdienten Interesse der Betroffenen liegen. Mit den Betroffenen dürften in erster Linie die

⁷⁷ BT-Drs. 16/3100, S. 159.

⁷⁸ Vgl. *Baier/Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 73. EGL (2011), § 197b SGB V, Rn. 12; *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 9.

⁷⁹ So auch *Becker/Kingreen*, SGB V Kommentar, 2. Auflage (2010), § 197b SGB V, Rn. 4.

⁸⁰ BT-Drs. 16/3100, S. 159.

⁸¹ *Baier/Krauskopf*, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 73. EGL (2011), § 197b SGB V, Rn. 9; vgl. auch *Hauck/Noftz*, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 7.

⁸² So i.E. *Schneider/Danwitz* in: *jurisPK-SGB V* (Stand: 01.08.2007), § 197b SGB V, Rn. 14.

Versicherten als Leistungsempfänger anzusehen sein.⁸³ Hinsichtlich des wohlverdienten Interesses ist in der Kommentarliteratur diesbezüglich umstritten, ob es für die Wahrung der wohlverdienten Interessen ausreicht, dass den Betroffenen durch die Aufgabenübertragung keine Nachteile erwachsen⁸⁴ oder ob die Beauftragung qualitative Verbesserungen für die Betroffenen (z.B. in Form einer schnelleren bzw. wirkungsvolleren Aufgabenerledigung oder Vereinfachungen im Verfahrensverlauf) zur Folge haben müssen.⁸⁵ Letztlich handelt es sich bei dem „wohlverdienten Interesse“ jedenfalls um einen unbestimmten Rechtsbegriff, deren Verwendung der GKV im Sinne des Selbstverwaltungsprinzips einen erheblichen Spielraum bei der Ausfüllung gewährt.⁸⁶ Vorliegend soll durch die Budgetzusammenlegung das Angebot der Fahrten zu Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen sowohl für die anspruchsberechtigten als auch für die nicht-anspruchsberechtigten Versicherten der GKV insgesamt verbessert werden, sodass die Beauftragung des Landkreises im wohlverdienten Interesse der Betroffenen liegen dürfte.

Schließlich dürften durch die Übertragung der Aufgabe Rechte der Versicherten nicht beeinträchtigt werden. Es müssen also auch bei einer Aufgabenübertragung umfassend alle Rechte der Versicherten weiter gewährleistet sein. Dies betrifft neben dem Schutz der Sozialdaten auch sämtliche sonstigen mit der Aufgabenwahrnehmung verbundenen Rechte, z.B. aus §§ 2 Abs. 2 und 17 Abs. 1 SGB I, den Anspruch auf rechtliches Gehör nach § 24 SGB X, das Recht auf Akteneinsicht gemäß § 25 SGB X.⁸⁷ Es ist vorliegend u.E. nicht ersichtlich, dass durch die Budgetzusammenlegung entsprechende Rechte der Versicherten verletzt werden bzw. dass durch Ausgestaltung des Vertragsverhältnisses zwischen GKV und Landkreis jedenfalls eine Rechtsverletzung nicht verhindert werden könnte.

U.E. kann somit eine Budgetzusammenlegung im Rahmen einer Beauftragung des Landkreises durch die GKV grundsätzlich auf § 197b SGB V gestützt werden. Die Details einer entsprechenden Beauftragung müssten noch im Einzelnen zwischen den Beteiligten abgestimmt werden. Die Beauftragung würde dann durch Abschluss eines koordinationsrechtlichen Vertrags des öffentlichen Rechts erfolgen.⁸⁸ Die GKV würde auch nach der Beauftragung weiter gegenüber den Versicherten als Leistungsempfänger verantwortlich bleiben.⁸⁹

Im Rahmen der Beauftragung sind zudem die in § 197b Satz 3 SGB V in Bezug genommenen Regelungen zur Auftragsvergabe im SGB X zu beachten. Die Durchführung von Aufgaben durch Dritte richtet sich nach § 97 SGB X.

⁸³ Hauck/Noftz, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 7.

⁸⁴ So Baier/Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 73. EGL (2011), § 197b SGB V, Rn. 10.

⁸⁵ So Hauck/Noftz, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 7.

⁸⁶ Schneider/Danwitz in: jurisPK-SGB V (Stand: 01.08.2007), § 197b SGB V, Rn. 15.

⁸⁷ Baier/Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, 73. EGL (2011), § 197b SGB V, Rn. 11; Hauck/Noftz, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 7.

⁸⁸ Hauck/Noftz, SGB V (Stand: 06/08), § 197, Rn. 4.

⁸⁹ Vgl. z.B. Schneider/Danwitz in: jurisPK-SGB V (Stand: 01.08.2007), § 197b SGB V, Rn. 8.

Danach muss sichergestellt sein, dass der Dritte die Gewähr für eine sachgerechte, die Rechte und Interessen der Betroffenen wahrende Erfüllung der Aufgaben bietet (§ 97 Abs. 1 Satz 1 SGB X). Vor Abschluss eines entsprechenden Budgetvertrags zwischen GVK und Landkreis besteht zudem die Pflicht zur rechtzeitigen Unterrichtung der Aufsichtsbehörde. Nach § 97 Abs. 2 SGB X gelten darüber hinaus § 89 Abs. 3 bis 5, § 91 Abs. 1 bis 3 sowie § 92 SGB X entsprechend, also die auftragsrechtlichen Regelungen über die Einflussmöglichkeiten des Auftraggebers bei der Ausführung des Auftrags, die Erstattung von Aufwendungen und die Kündigung des Auftrags.

3.4.2 Diskussion der rechtlichen Optimierungsansätze mit der AOK

Die vorstehenden Optimierungsansätze sind der AOK im Rahmen der Studie vorgestellt und mit ihr diskutiert worden.

Die AOK hat diesbezüglich Bedenken geäußert, dass die vorgeschlagene Budgetzusammenlegung gegen die Vorschriften des SGB V über die Zweckgebundenheit der Mittel verstößt, weil hierdurch eine unzulässige „Mischfinanzierung“ der der GKV nach dem SGB V übertragenen Aufgaben und der öffentlichen Daseinsvorsorgeleistungen der ÖPNV-Aufgabenträger herbeigeführt werde. Die AOK ist daher zu dem Ergebnis gekommen, dass es für die angeordnete Budgetzusammenlegung keine rechtlich tragfähige Grundlage gibt, sodass – jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt – dieser Ansatz seitens der AOK nicht weiter verfolgt wird.

Die rechtlichen Argumente der AOK müssen jedoch nicht für durchgreifend gehalten werden, insbesondere weil sie aus Sicht der Autoren auf falschen Grundannahmen über die rechtliche ÖPNV-Organisation in Deutschland und die hieraus resultierenden Aufgaben und Befugnisse der ÖPNV-Aufgabenträger beruhen. So obliegt den ÖPNV-Aufgabenträgern nach den jeweiligen Landesgesetzen zwar die Aufgabe der Daseinsfürsorge zur ausreichenden Bedienung der Bevölkerung mit Verkehrsleistungen im ÖPNV. Allerdings trifft die ÖPNV-Aufgabenträger keine Rechtspflicht, einen bestimmten Mindestumfang an Nahverkehrsleistungen für die Bevölkerung bereitzustellen, sondern sie erfüllen ihren gesetzlichen Gewährleistungsauftrag allein nach Maßgabe der für den ÖPNV verfügbaren Mittel. Diese Mittel werden daher u.a. auch zusätzlich durch Kommunen, Krankenhäuser, Firmen etc. im Rahmen von sog. Kostendeckungsverträgen mit den ÖPNV-Aufgabenträgern aufgebracht. Auf dieser finanziellen Grundlage bestellen dann die ÖPNV-Aufgabenträger die jeweils gewünschten Nahverkehrsleistungen bei den Verkehrsunternehmen im Rahmen ihrer hoheitlichen Funktion.

Das vorliegend angedachte Modell der Budgetzusammenlegung auf der Basis des § 197b SGB V folgt diesem in der Praxis vielfach anzutreffenden Modell der Kostendeckungsverträge. Eine Finanzierung fremder Zwecke wird mit diesem Modell nicht verfolgt. Vielmehr wird allein die von den GKV zu gewährleistende Beförderung der Patienten weiter von diesen finanziert, allerdings zu

wirtschaftlich günstigeren Konditionen, die durch die Nutzung von Synergien mit dem ÖPNV (Budgetzusammenlegung) erschlossen werden. Folgende grundlegende Vertragsinhalte würden dabei – neben den bereits o.g. Rahmenbedingungen – der Konzeption der Budgetzusammenlegung zwischen ÖPNV-Aufgabenträger und GKV zugrunde liegen:

1. Überantwortung von finanziellen Mitteln der GKV an den ÖPNV-Aufgabenträger zum Zwecke der operativen Durchführung von notwendigen einfachen Krankenfahrten gem. § 60 SGB V.
2. Garantie der ÖPNV-Aufgabenträger gegenüber der GKV, die Aufgabenerfüllung der GKV nach § 60 SGB V unter Beachtung von § 260 SGB V operativ zu gewährleisten.
3. Gemeinsame Ausnutzung von wirtschaftlichen Synergien gemäß vertraglicher Vereinbarung (s.o.).
4. Jederzeitige Rückholbarkeit der Durchführung der Aufgabe durch die GKV durch Vertragskündigung.

Aus der Skizzierung des Modells ergibt sich hinsichtlich der o.g. zentralen Bedenken der AOK u.E. Folgendes:

1. Ein Verstoß gegen § 30 Abs. 2 SGB IV wäre im Modell der Budgetzusammenlegung nicht gegeben. In dieser Vorschrift heißt es u.a., dass Versicherungsträgern Aufgaben von Trägern öffentlicher Verwaltung nur aufgrund eines Gesetzes übertragen werden können. In einem Vertrag der gesetzlichen Krankenkassen mit den Aufgabenträgern nach § 197 b SGB V würden die GKV selbstverständlich nicht die hoheitliche Funktion von ÖPNV-Aufgabenträgern übernehmen, sondern diese nur – quasi als Dienstleister – gem. § 197 b SGB V einsetzen.
2. Die AOK äußert auch Bedenken, dass das Modell der Budgetzusammenlegung die Vorschriften über die Mittelverwendung der GKV verletzt. Durch diese Mischfinanzierung würden rechtswidrig fremde Aufgaben mitfinanziert werden, für die die ÖPNV-Aufgabenträger verantwortlich seien. Wie oben bereits ausgeführt, soll aber eine Finanzierung fremder Zwecke durch die Budgetzusammenlegung gerade nicht erfolgen. Vielmehr sollen die ÖPNV-Aufgabenträger über die Vorschrift des § 197 b SGB V die Pflichten der gesetzlichen Krankenkassen nach § 60 SGB V für einfache Krankenfahrten vollumfänglich in einem Vertrag garantieren. Wenn dann als faktische Folge aus diesem Modell für beide Vertragsparteien wirtschaftliche Synergien geschöpft werden können, ist u.E. hieraus keine Zweckentfremdung und somit auch keine rechtliche Sperrwirkung ableitbar. Im Gegenteil würde mit diesem Modell dem Wirtschaftlichkeitsgebot der GKV genüge getan, das sich wie ein „roter Faden“ durch das SGB V zieht (u.a. §§ 2 Abs. 4, 12

SGB V). Beispielsweise hat ein Vertragsarzt vorrangig den preisgünstigeren ÖPNV zu verordnen, soweit ein solcher vorhanden ist.

3. Der vorgenannte Befund der Zulässigkeit einer Budgetzusammenlegung wird von einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts bestätigt.⁹⁰ In dem dortigen Fall hatte eine Stadt mit der Deutschen Bundesbahn einen entgeltlichen Vertrag zur Beförderung ihrer Schüler mit Zügen zusammen mit der Einrichtung eines zusätzlichen Haltepunktes abgeschlossen. Die Stadt verweigerte nach einiger Zeit weitere Zahlungen mit dem Argument, der Vertrag sei aufgrund des Verstoßes gegen Art. 104 a Abs. 1 GG (Verbot der Mischfinanzierung der Aufgaben von Bund und Ländern) unwirksam. Das Gericht führt hierzu aus:

„Art. 104 a Abs. 1 GG hat die Bedeutung einer allgemeinen, das Bund/Länder-Verhältnis im Ganzen bestimmenden Lastenverteilungsregel (...). Es verbietet, dass eine Gebietskörperschaft sich außerhalb ihrer Aufgabenzuständigkeit an den Kosten beteiligt, die einer Gebietskörperschaft der anderen Ebene bei Erfüllung allein von dieser nach der verfassungsmäßigen Zuständigkeitsordnung wahrzunehmenden und wahrgenommenen Aufgaben entstehen. Es verbietet hingegen nicht, dass Bund und Länder einschließlich der Gemeinden in einem Bereich der Leistungsverwaltung (Daseinsvorsorge) zusammenarbeiten, in dem sich – wie im öffentlichen Personenverkehr – die Kompetenzen zur Aufgabenwahrnehmung überschneiden. Das darf auch in der Weise geschehen, dass im Bereich der sich überschneidenden Wahrnehmungszuständigkeiten nach Gesichtspunkten der Sachgerechtigkeit und Zweckmäßigkeit im Einzelfall und in Abstimmung mit einander der eine Aufgabenträger Aufgaben wahrnimmt und mit wahrnimmt, die wahrzunehmen zwar grundsätzlich im Rahmen seiner Zuständigkeit liegt, die aber auch – als Pflichtaufgabe – dem anderen Aufgabenträger obliegen, und dass insoweit eine Kostenerstattung stattfindet. Art. 104 a Abs. 1 GG verbietet, dass der Bund die Aufgabenwahrnehmung ausschließlich den Ländern (und den Gemeinden) zugewiesenen Kompetenzbereichen die Erfüllung von Aufgaben mitfinanziert (...), und dass umgekehrt die Länder (und die Gemeinden) in Bereichen ausschließlicher Verwaltungskompetenz des Bundes die Aufgabenwahrnehmung mitfinanzieren. Er verbietet hingegen nicht, dass Bund und Länder oder Gemeinden in Wahrnehmung jeweils eigener Aufgabenzuständigkeiten zur Erreichung eines bestimmten Ziels zusam-

⁹⁰ BVerwG, Urt. V. 15.03.1989 – 7 C 42/87, NVwZ 1989, 876, DVBl. 1989, 930.

menarbeiten und dabei Vereinbarungen über eine Kostenaufteilung nach dem Maß ihrer gesetzlichen Verpflichtung zur Wahrnehmung der Aufgabe abschließen; er gebietet insofern allenfalls, dass jeder diejenigen Kosten trägt, die dem Anteil seiner Verpflichtung zur Aufgabenwahrnehmung entspricht.“

Um einen solchen Bereich zulässiger sich überschneidender Aufgabenzuständigkeiten handelt es sich hier:

Nach den Vorgaben des Bundesgesetzgebers und des Bundesverfassungsgerichts sind die gesetzlichen Krankenkassen Staatsverwaltung, weil der Schutz in Fällen von Krankheit nach der sozialstaatlichen Ordnung des Grundgesetzes eine Grundaufgabe des Staates ist. In diesem verfassungsrechtlichen Rahmen haben die gesetzlichen Krankenkassen (u.a.) unter bestimmten Voraussetzungen für die kostenlose Beförderung von Kranken zu sorgen. Die Aufgabenträger des ÖPNV haben allgemein die ausreichende Verkehrsbedienung der Bevölkerung über die VO (EG) Nr. 1370/2007, das Regionalisierungsgesetz, das Personenbeförderungsgesetz und die Landes-ÖPNV-Gesetze mit Nahverkehrsleistungen zu gewährleisten.

Diese Organe der Staatsverwaltung sind damit beide im Rahmen der Daseinsvorsorge für die Beförderung von Personen zuständig, die sich nach dem Personenbeförderungsgesetz richtet.

Die einfachen Krankenfahrten werden in der Regel mit Taxen abgewickelt, was auch im Falle einer Kooperation dieser beiden Akteure aller Voraussicht nach im Schwerpunkt weiter geschehen wird. Brückenvorschrift gemäß dem Personenbeförderungsgesetz zwischen dem ÖPNV und dem Taxiverkehr wäre in diesem Falle § 8 Abs. 2 PBefG:

„Öffentlicher Personenverkehr ist auch der Verkehr mit Taxen oder Mietwagen, der eine der in Absatz 1 genannten Verkehrsarten ersetzt, ergänzt oder verdichtet.“

Und nach vergaberechtlichen Grundsätzen können ohne Weiteres auch mehrere Auftraggeber gemeinsam Leistungen beschaffen. Somit können also auch gesetzliche Krankenkassen und ÖPNV-Aufgabenträger gemeinsam Verkehrsleistungen europaweit ausschreiben.

4. Schließlich äußert die AOK Bedenken dahingehend, dass nicht erkennbar sei, in welcher Weise das angestrebte Pilotprojekt tatsächlich zu einer wirtschaftlichen Aufgabenerledigung führen würde. An dieser Stelle sei deshalb noch einmal hervorgehoben, dass der Ansatz hierfür in einer modernen EDV-Disposition von flexiblen Bedienformen gemäß dem Personenbeförderungsgesetz wie z.B. dem Anrufsammeltaxi oder

dem Anruftaxibus liegen soll (größere Wirtschaftlichkeit durch höhere Besetzungsgrade von Fahrgästen pro Fahrzeug). Die ÖPNV-Aufgabenträger (ZVBN) würden zudem in einem festgelegten Umfang die Garantie für die wirtschaftliche Aufgabenwahrnehmung gegenüber der AOK übernehmen (s.o.). Selbstverständlich müsste die Erhöhung der Wirtschaftlichkeit dabei zwischen GKV und ÖPNV-Aufgabenträger im Einzelnen konkretisiert werden.

Angesichts der gravierenden demographischen Herausforderungen müssen in Bezug auf das Thema Mobilität/Beförderung insbesondere in ländlichen Räumen neue Wege der Zusammenarbeit verschiedener Beteiligten gefunden werden. U.E. stellt die aufgezeigte Budgetzusammenlegung einen Lösungsansatz dar, der im Weiteren sowohl mit den GKV (AOK und/oder andere) als auch ggf. mit anderen Akteuren aus der Gesundheitswirtschaft weiter diskutiert und fortentwickelt werden sollte.

Ein wichtiger aktueller Impuls hierfür ist insbesondere das Urteil des EuGH aus 2009.⁹¹ In dieser Entscheidung wird ausgesprochen, dass die gesetzlichen Krankenkassen öffentliche Auftraggeber im Sinne des europäischen Vergaberechts sind. Damit sind wettbewerbsfreie Rahmenvereinbarungen der gesetzlichen Krankenkassen mit den Dachverbänden des privaten Verkehrsgewerbes in den Bundesländern zur Durchführung von Krankenfahrten mit Taxi vergaberechtlich nicht mehr zulässig. Die Vergabe dieser Leistungen muss somit künftig durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgeschrieben werden (in Niedersachsen beträgt das Auftragsvolumen der gesetzlichen Krankenkassen für diese Fahrten geschätzt etwa 120 Mio. € p.a.). Die gemeinsame Auswahl von Verkehrsunternehmen für den ÖPNV und SGB V – Krankenfahrten in wettbewerblichen Verfahren könnte deshalb künftig eine wichtige Schnittstelle der Zusammenarbeit von gesetzlichen Krankenkassen und Aufgabenträgern im ÖPNV werden. Denn nach den vergaberechtlichen Grundsätzen können ohne Weiteres auch mehrere Auftraggeber gemeinsam Leistungen beschaffen und dabei durch die gemeinsame Beschaffung selbst oder die im Rahmen des Verfahrens erzielten Konditionen erhebliche finanzielle Synergien erzielen.

⁹¹ EuGH, Urt. V. 11.06.2009 – RS. 300/07 „Oymanns“; vgl. hierzu grundlegend *Baumeister/Struß*, Hippokrates als Dienstleister gemäß den Vorgaben des Europäischen Gerichtshofes, NZS 2010, 247.

4 Handlungsempfehlungen

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen verschiedene Ansätze zu Kooperationsmöglichkeiten und -formen zwischen ÖPNV und medizinischen Akteuren, um für die strukturellen Probleme im ländlichen Raum neue Lösungen zu finden. Die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern bietet die Chance, das ÖPNV-Angebot zu sichern. Dabei ist der medizinische Bereich eines mehrerer Kooperationsfelder, die sich für den ländlichen ÖPNV anbietet. In seiner Rolle als Aufgabenträger für den ÖPNV sollte der ZVBN in Zusammenarbeit mit dem VBN, den Verkehrsunternehmen und den Gebietskörperschaften eine zukunftsfähige Perspektive für das Angebot in diesen Räumen entwickeln und Umsetzungsperspektiven aufzeigen. Die Erkenntnisse aus dieser Studie können hierzu als Einstieg dienen und es lassen sich die folgenden Handlungsempfehlungen ableiten.

- Etablierung des ZVBN als Innovationstreiber für den ÖPNV im ländlichen Raum:

Zu empfehlen ist, dass der ZVBN aktiv Innovationen vorantreibt und die Entwicklung des ländlichen ÖPNV unter Einbeziehung der benachbarten Potentiale verantwortet. Die Ergebnisse zu den Kooperationsmöglichkeiten mit den an der Studie beteiligten Partnern bieten dafür eine gute Möglichkeit.

- Schaffung eines "Musterkoffers" mit Lösungsansätzen für die unterschiedlichen Mobilitätsanforderungen im ländlichen Raum zur Gewinnung von Kooperationspartnern:

Es ist wichtig, Referenzprojekte zu schaffen, mit denen der ZVBN gegenüber möglichen Kooperationspartnern nachweisen kann, dass er die avisierten Aufgaben bewältigen kann. Dies gilt nicht nur für Kooperationspartner aus dem medizinischen Bereich, sondern ganz allgemein für die zukunftsichere Gestaltung des ÖPNV im ländlichen Raum.

- Einbindung weiterer Kooperationspartner über den medizinischen Bereich hinaus:

Zur Absicherung des Angebots sollten langfristig weitere Partner aus anderen Branchen an der Kooperation beteiligt werden.

- Einrichtung einer Arbeitsgruppe zur Verstetigung des Austauschs zwischen den Projektbeteiligten:

Neben den möglichen Kooperationspartnern aus dem Gesundheitsbereich sollten auch die beim ZVBN beteiligten Partner, d.h. die Gebietskörperschaften, Verkehrsunternehmen und der VBN, stärker in das Projekt einbezogen werden, um den Austausch zu intensivieren und auf diese Weise frühzeitig Vorbehalte abzubauen und zusätzliche Ideen der anderen Studienpartner berücksichtigen zu können.

- Verbesserung der Datenbasis :

Einer detaillierteren Analyse waren an verschiedenen Stellen Grenzen gesetzt, weil dazu notwendige Daten nicht zur Verfügung standen. Dazu gehören die Quelle-Ziel-Daten für Fahrten auf Basis einer Krankenbeförderungsverordnung, die Quell-Daten der Krankenhausmitarbeiter und Patienten von ausgewählten Allgemein- und Facharztpraxen, Daten zur Entwicklung der Praxisstandorte der niedergelassenen Ärzte und detaillierte Daten auf Gemeindeebene zur Einwohnerentwicklung.

In einem nächsten Schritt sollten die in der Studie gewonnenen Erkenntnisse im Rahmen eines Piloten zusammen mit einem Partner aus dem medizinischen Bereich in die Praxis umgesetzt werden. Hierfür können folgende nächste Schritte definiert werden:

- Modellhafte Erprobung der Potenziale mit einem hierfür geeigneten und interessierten Krankenhaus – „Partner-Modell“:

Seitens des Kreiskrankenhauses Osterholz wurde Interesse geäußert, sich bei einem Pilotprojekt zu beteiligen. Die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus bietet sich an, da das Einzugsgebiet des Krankenhauses groß genug ist, um bei der Anpassung des ÖPNV-Angebotes Netzoptimierungseffekte realisieren zu können. Die Weiterentwicklung des Angebotes erfolgt in Abstimmung mit dem Krankenhaus, z.B. auf bestimmten Korridoren durch Anpassung bestehender Linienwege und bedarfsgerechten Ausbau mittels flexibler Bedienformen. Im Landkreis bestehende Angebote zu flexiblen Bedienformen sind zu berücksichtigen und zu integrieren, zu denken ist z.B. an einheitliche Standards für AST oder die Einrichtung einer gemeinsamen Dispositionszentrale.

- Modellhafte Erprobung der Potenziale mit hierfür geeigneten und gesetzlichen Krankenkassen („Partner-Modell“):

Der ZVBN als Aufgabenträger des ÖPNV und zuständige Behörde der VO 1370/07 muss mittel- und langfristig die Vergabe von Nahverkehrsleistungen an private Verkehrsunternehmen grundsätzlich europaweit gemäß Art. 5 Abs. 3 dieser Verordnung vergeben. Der EuGH hat in seinem Urteil vom 11.06.2009 (Rs. C-300/07) festgestellt, dass die gesetzliche Krankenkassen öffentliche Auftraggeber im Sinne des europäischen Vergaberechts sind. Dies bedeutet, dass die Kassen die Beförderung ihrer Versicherten im Rahmen der sog. einfachen Krankenfahrten mit dem Taxi ebenfalls europaweit ausschreiben müssen (Bestellvolumen in Niedersachsen grob geschätzt 120 Mio. € p.a.). Über die Brückenvorschrift des § 8 Abs. 2 PBefG, wonach unter bestimmten Voraussetzungen auch der Verkehr mit Taxen und Mietwagen zum ÖPNV gerechnet werden kann, ist auszuloten, ob gemeinsame wettbewerbliche Bestellungen des ZVBN und der gesetzlichen Krankenkassen für die Beförderung von Fahrgästen möglich sind.

- Prototyp(en) „Musterkoffer“ für maßgeschneiderte Lösungen auf- und ausbauen:

Zusammen mit dem Projektpartner wird ein Plan aufgestellt, der ausgewählte und priorisierte Maßnahmen des Maßnahmenkatalogs enthält. Zentral ist dabei die Optimierung des bestehenden Angebotes hinsichtlich Erweiterung/Ergänzung um bedarfsangepasste Betriebsformen wie AST. Als prioritär im Bereich Kundenkommunikation ist die Entwicklung eines Marketingkonzeptes zu sehen, das die einzelnen Marketingmaßnahmen wie z.B. Art und Umfang der Informationsbereitstellung im Krankenhaus und die Darstellung des verbesserten Angebots bei der Fahrplanauskunft des VBN aufeinander abstimmt und für die Öffentlichkeit wahrnehmbar macht.

Im Vorfeld sollte dazu die Potentialanalyse mit den seitens des Krankenhauses verfügbaren Daten vertieft werden, um auch bisher noch nicht untersuchte potentielle Nutzergruppen wie Mitarbeiter des Krankenhauses und ambulante Patienten in die Angebotsentwicklung integrieren zu können. Wichtig ist auch die Abfrage der Umsteigebereitschaft zum ÖPNV, die z.B. durch eine Umfrage bei den Krankenhausbesuchern erhoben werden könnte.

- Vernetzung und Kommunikation als Grundlage für ein maßgeschneidertes Angebot:

Die beschriebenen Arbeitsschritte werden von einer Arbeitsgruppe begleitet, in der die im ausgewählten Landkreis arbeitenden interessierten Bus- und Taxiunternehmen vertreten sind wie auch Vertreter des Landkreises und des Krankenhauses, um frühzeitig eine optimale Verzahnung zwischen ÖPNV und Medizin anzustoßen sowie neue Ideen und Bedenken rechtzeitig aufnehmen zu können. In dieser Arbeitsgruppe kann auch der Key-Account Manager Medizin (Erläuterungen dazu unter Kap. 3.3) als zentraler Ansprechpartner für den medizinischen Bereich das erste Mal zum Einsatz kommen.

- Mehr Fahrgäste und Mitfinanzierung durch Dritte - Entwicklung eines Finanzierungskonzeptes für die Zusammenarbeit mit dem Kooperationspartner:

Für das Krankenhaus steht bei der möglichen Finanzierungszusage die Steigerung der Patientenzahlen durch eine bessere ÖPNV-Erreichbarkeit im Vordergrund. Ein Finanzierungsmodell sollte deshalb Elemente beinhalten, die dieser Win-Win-Situation, d.h. mehr Patienten für das Krankenhaus und gleichzeitig mehr Fahrgäste für den ÖPNV, Rechnung trägt und für das Krankenhaus nachvollziehbar macht, wie sich die verbesserte Erreichbarkeit auf die Patientenzahlen auswirkt. Zu denken ist z.B. an eine erfolgsabhängige Komponente im Finanzierungskonzept. Zu berücksichti-

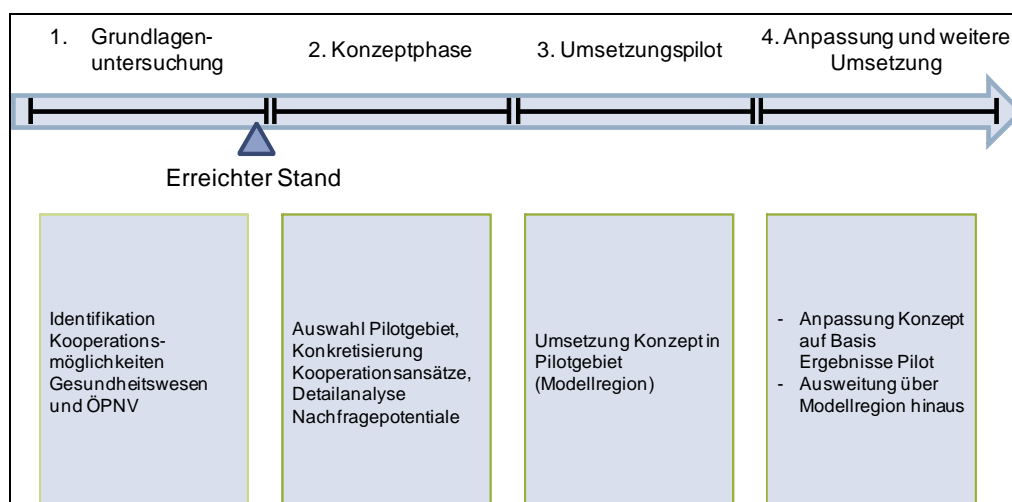
gen ist auch, dass das entwickelte Modell-Konzept auf andere Branchen übertragen werden kann.

- Weitere Analyse und Erprobung des Modellansatzes über die Krankenhäuser hinaus z.B. mit größeren Fach- und Allgemeinarztpraxen:

Eine detailliertere Analyse der Anforderungen der Fach- und Allgemeinarztpraxen war aufgrund der Datenlage noch nicht möglich, bietet sich allerdings für eine anschließende Vertiefung des Themas unbedingt an.

Einen Überblick über die nächsten Schritte gibt die folgende Abbildung. Nach Abschluss der Konzeptphase erfolgt die Umsetzung im Pilotgebiet und in Phase 4 dann die Ausweitung der Arbeiten über die Modellregion hinaus.

Abbildung 59: Mögliche nächste Projektphasen



Quelle: Eigene Darstellung

5 Anhang

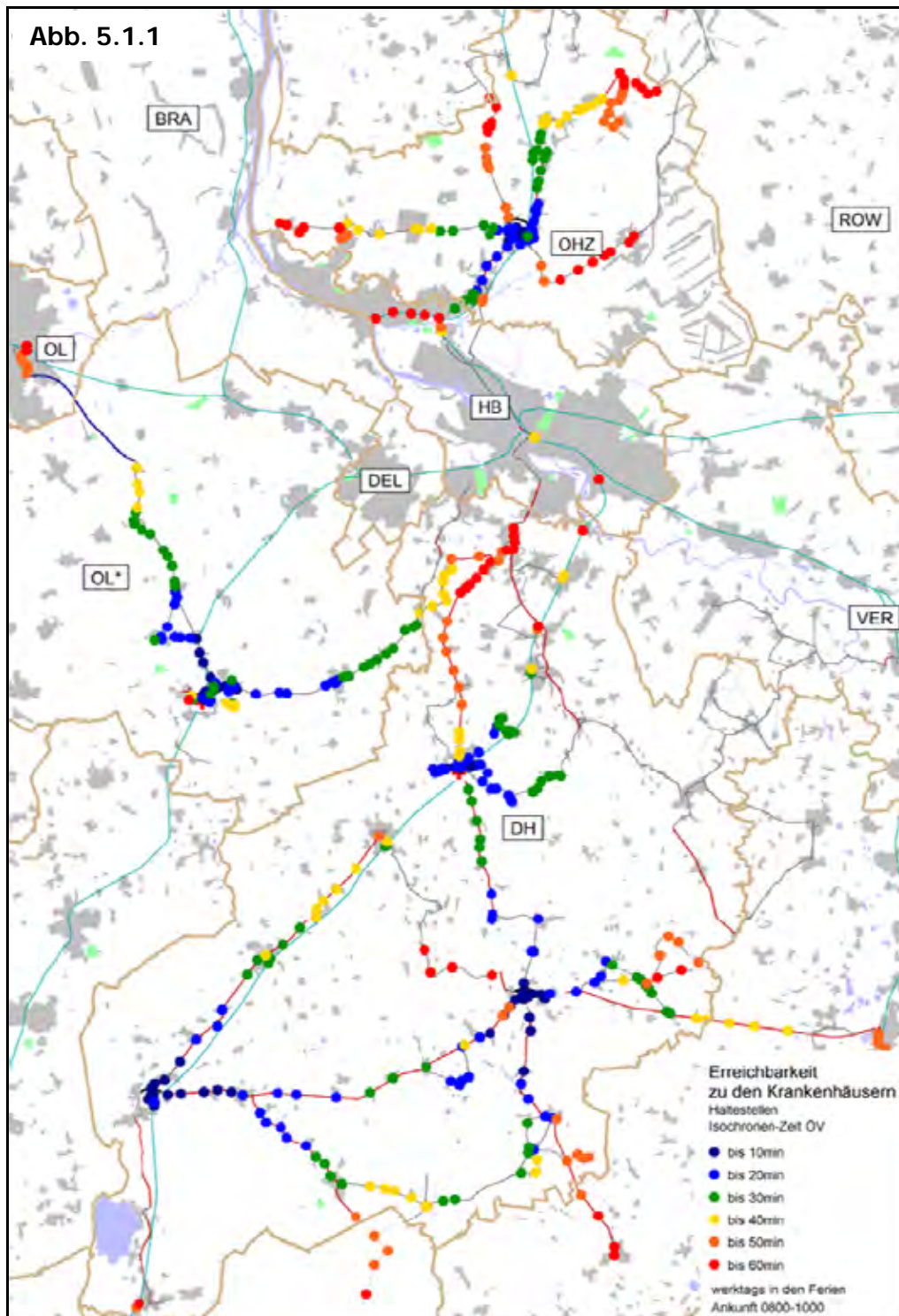
5.1 Karten: Basisangebot Isochronen

ÖPNV-Erreichbarkeit der Krankenhäuser, ausgewählte Karten (Abbildung 7.2.1 bis 7.2.7) mit Ergebnissen der ÖPNV Defizit-Analyse.

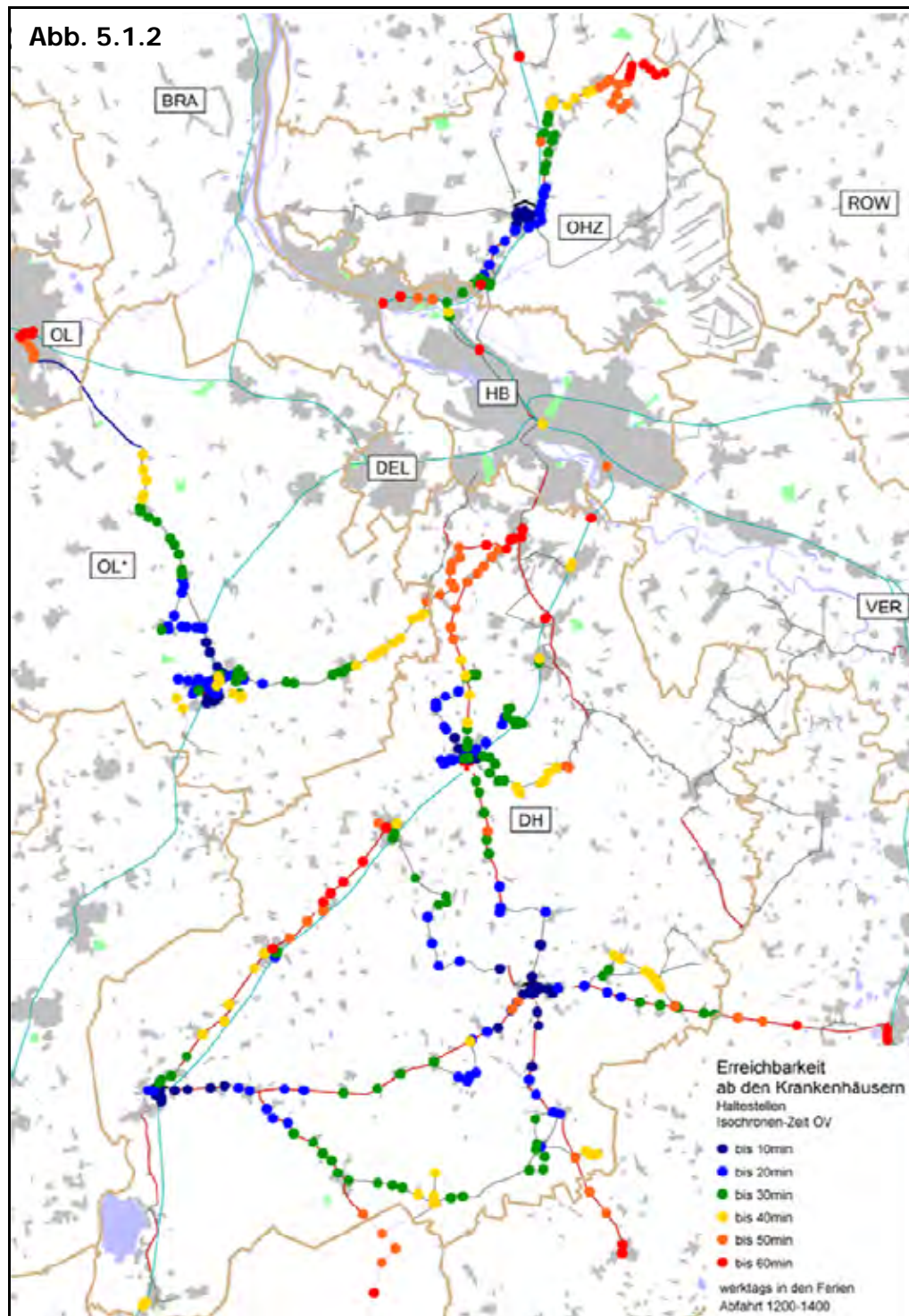
Die folgenden Karten zeigen jeweils eine An- und Abfahrt nach Verkehrstag und Zeitfenster zu einem der Krankenhaus-Standorte:

- Osterholz
- Diepholz
- Bassum
- Sulingen und
- Wildeshausen (Ldkrs. Oldenburg)

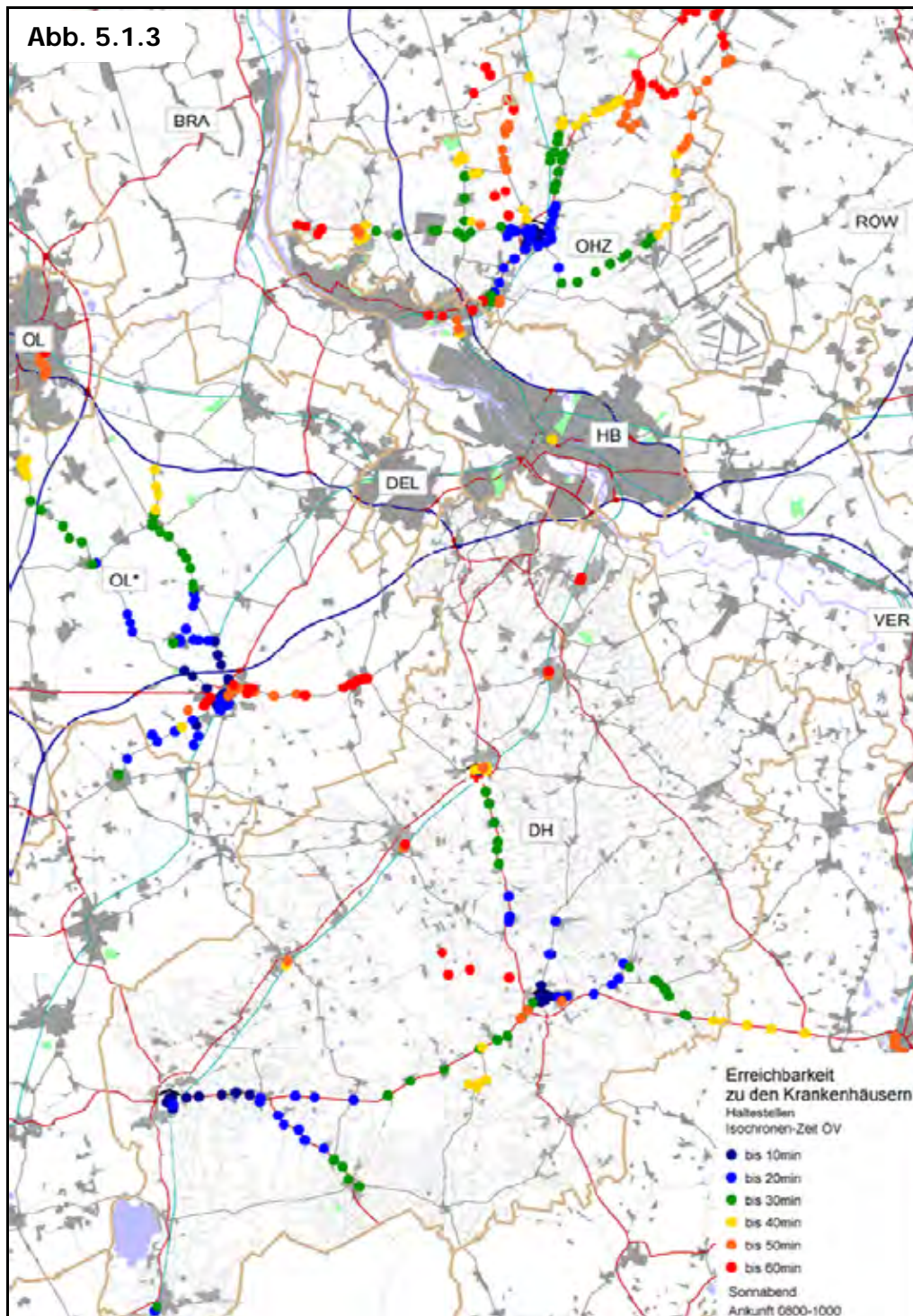
Die Erreichbarkeit ist gegeben, wenn von einer Haltestelle aus ein beliebiges der genannten Krankenhäuser mit den beschriebenen Anforderungen an die Bedienungsqualität erreicht werden kann.



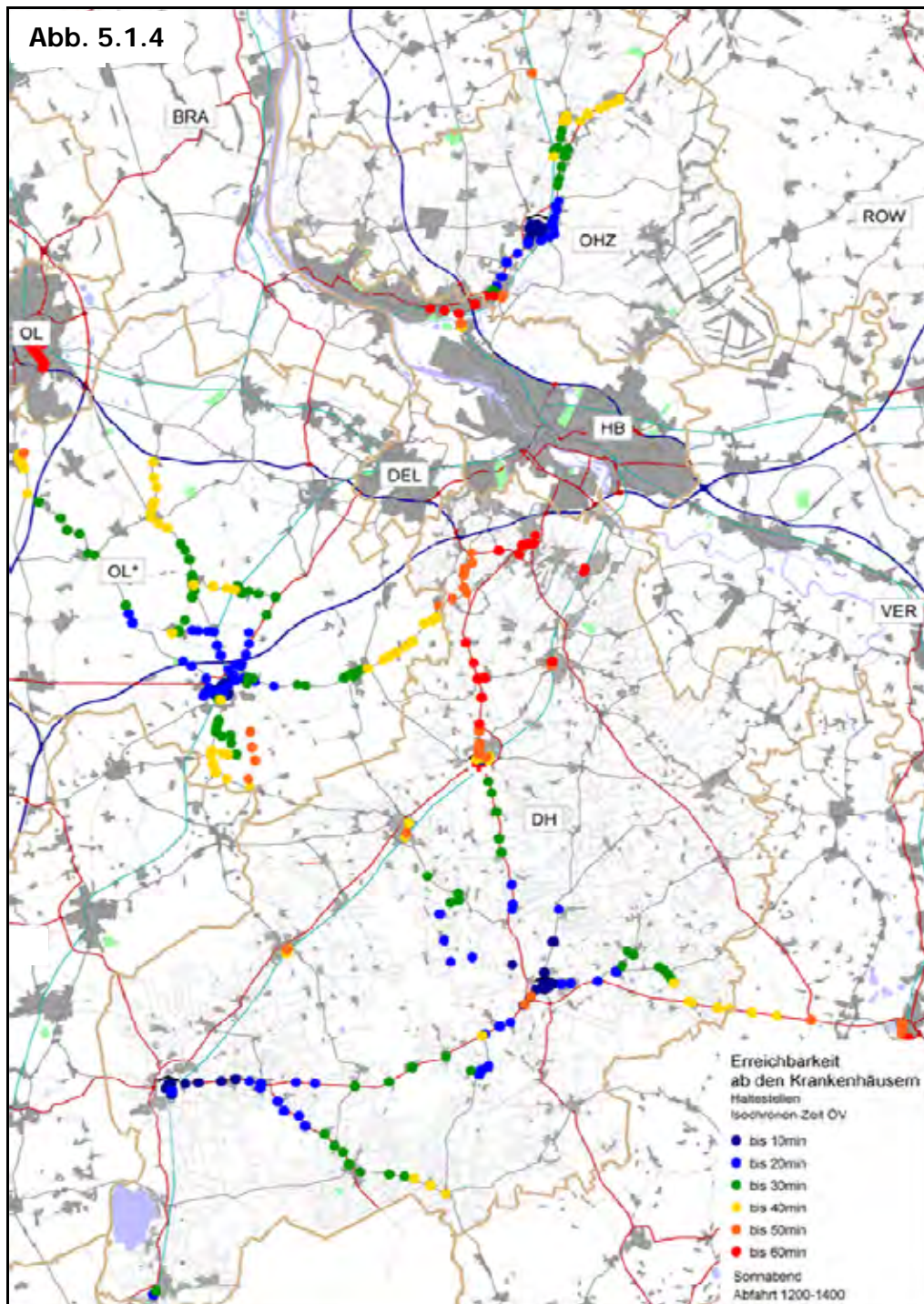
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



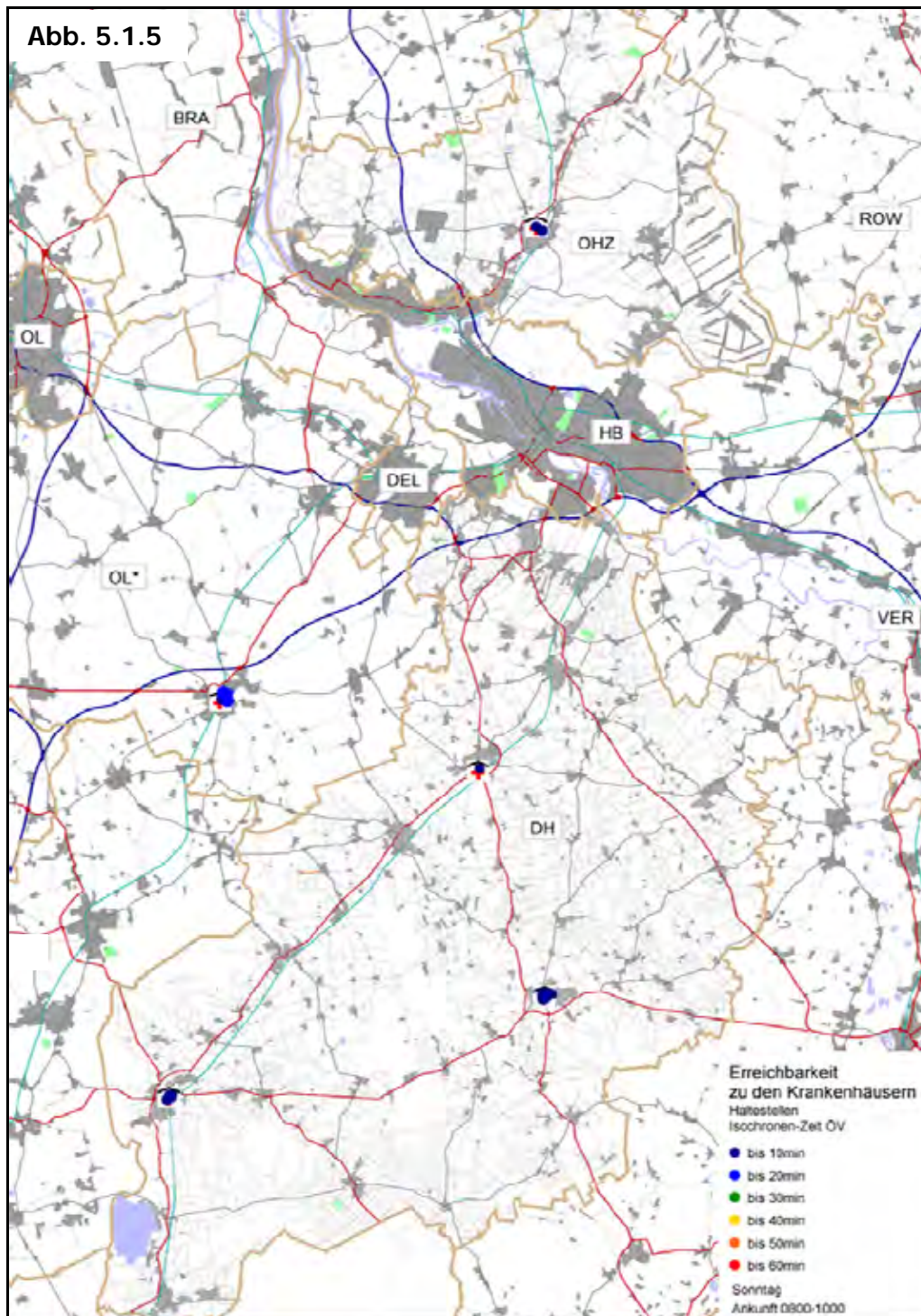
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



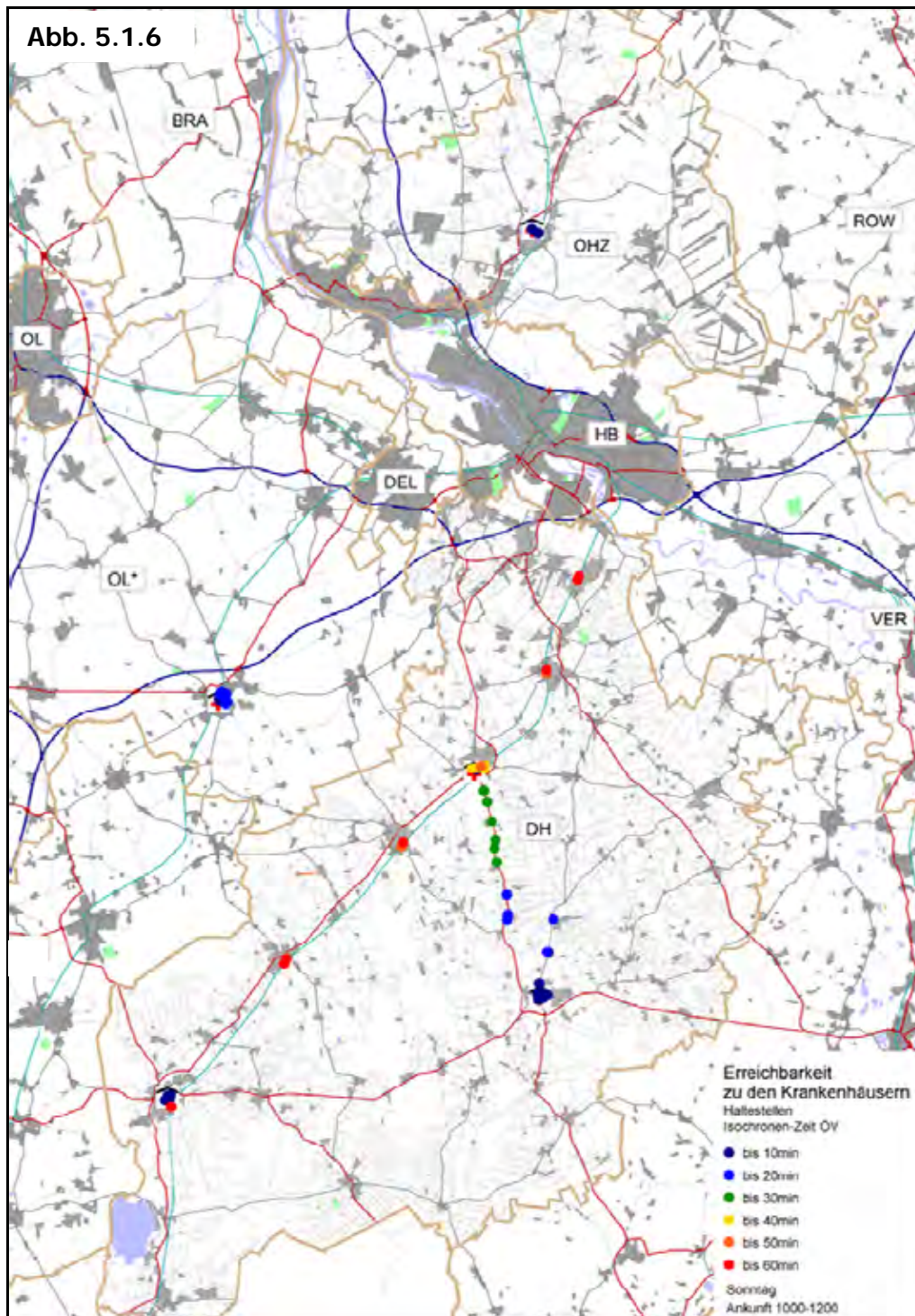
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



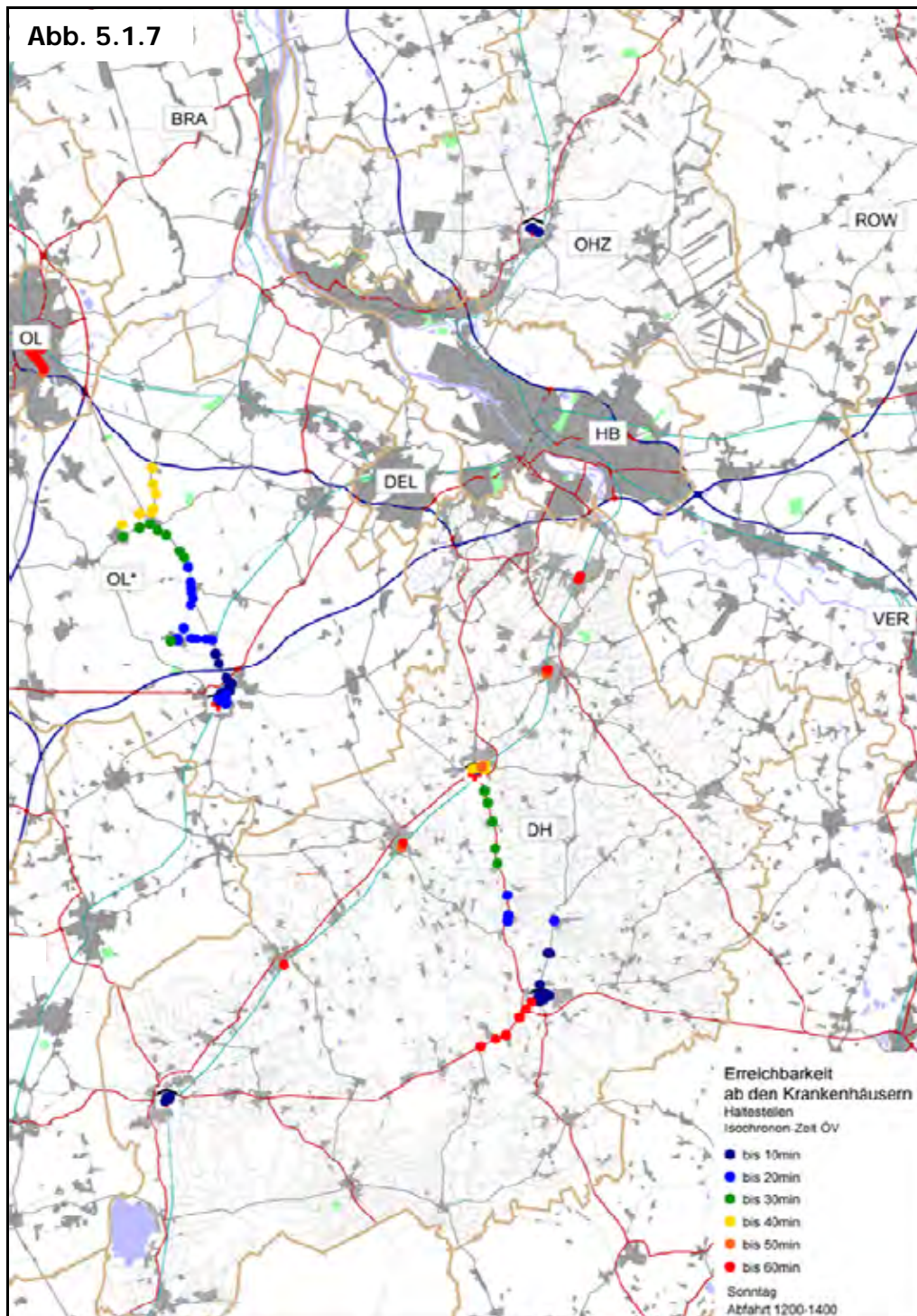
Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN



Quelle: Eigene Darstellung; Daten: ZVBN

5.2 Alternative Bedienformen im ÖPNV und ihre rechtlichen Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Studie „Medizinische Versorgung und ÖPNV im ländlichen Raum“ ist in einem rechtlichen Grundlagenmodul vorab zu klären, welche Bedienformen für die Verkehrsbedienung im ländlichen Raum als „Instrumente“ zur Verfügung stehen. Neben den im PBefG genannten Bedienformen „Linienverkehr“ und „Gelegenheitsverkehr“ kommen vor allem sog. „differenzierte“ (auch „alternative“ oder „flexible“) Bedienformen in Betracht. Nachfolgend werden zunächst die verschiedenen Verkehrsarten und -formen des PBefG sowie die gängigsten differenzierten Bedienungen dargestellt (dazu 5.2.1). Anschließend wird eine (genehmigungs-)rechtliche Einordnung der behandelten differenzierten Bedienformen vorgenommen (dazu 5.2.2 und 5.2.3). Unter 5.2.4 werden dann noch Schlussfolgerungen zu diesen Bedienformen des ÖPNV getroffen.

5.2.1 Die verschiedenen Verkehrsarten und -formen

§ 2 i.V.m. § 1 PBefG regelt eine grundsätzliche Genehmigungspflicht für die entgeltliche und geschäftsmäßige Beförderung von Personen. Ausnahmen hiervon gelten nur bei den im PBefG selbst genannten und vorliegend nicht relevanten Befreiungsmöglichkeiten.⁹² Allerdings ist nicht jede denkbare Art der Personenbeförderung genehmigungsfähig. Die rechtlich zulässigen Verkehrsarten und -formen zählt das PBefG abschließend auf.⁹³ Es unterscheidet zwischen dem Linienverkehr nach den § 42 und § 43 PBefG und dem Gelegenheitsverkehr nach den §§ 46 ff. PBefG.

Nachdem dieses Prinzip des „geschlossenen Kreises“⁹⁴ des PBefG verschiedentlich auf verfassungsrechtliche Bedenken stieß, wurde § 2 Abs. 6 PBefG eingefügt, wonach auch Verkehrsarten, die den im PBefG genannten Arten ähneln, zugelassen werden können.⁹⁵ Zudem sieht § 2 Abs. 7 PBefG nunmehr die Möglichkeit vor, im Rahmen eines „Experiments“ neue Verkehrsarten in einer Versuchsphase von maximal 4 Jahren zu erproben.

Verkehrsformen, die sich keiner der vom Gesetz vorgesehenen Verkehrsarten zuordnen lassen, sind nicht genehmigungsfähig und damit grundsätzlich verboten. Eine trotz dieses Verbots erteilte Genehmigung ist nichtig, da sie gegen eine zwingende gesetzliche Vorschrift verstößt.⁹⁶

⁹² Vgl. § 1 Abs. 2 Nr. 2 PBefG und § 2 Abs. 4 PBefG.

⁹³ *Fiehlitz/Meier/Montigel/Müller*, PBefG (Stand: 12/2010), § 2 Rn. 25.

⁹⁴ BVerfG, Urt. v. 07.04.1964, 1 BvL 12/63, *Mitfahrzentralenentscheidung*.

⁹⁵ Hierzu ausführlich *Barth/Klinger*, AMABILE (2001).

⁹⁶ *Bidinger*, Personenbeförderungsrecht (Stand: 8/2010), § 46 PBefG, Rn. 2.

Von den im PBefG vorgesehenen Verkehrsformen ist für den vorliegend betrachteten Aspekt der „Regelbedienung“ im ländlichen Raum insbesondere der Linienverkehr nach § 42 PBefG (dazu 5.2.1.1) sowie der Gelegenheitsverkehr in Form des Taxenverkehrs gemäß § 47 PBefG und des Mietomnibus- und Mietwagenverkehrs gemäß § 49 PBefG (dazu 5.2.1.2) von Interesse. Besonders kommen aber auch differenzierte Bedienformen wie das Anrufsammeltaxi, der Richtungsbandbetrieb und der Rufbus in Betracht, die gemäß § 2 Abs. 6 PBefG nach den Vorschriften der jeweils ähnlichsten Verkehrsform genehmigt werden können (dazu 5.2.1.3). Eine Sonderform der differenzierten Bedienung stellt der Bürgerbus dar (dazu 5.2.1.4).

5.2.1.1 Linienverkehr

Linienverkehr nach § 42 PBefG ist eine zwischen bestimmten Ausgangs- und Endpunkten eingerichtete regelmäßige Verkehrsverbindung, auf der Fahrgäste an bestimmten Haltestellen ein- und aussteigen können. Der Linienverkehr hat damit nach § 42 PBefG folgende Voraussetzungen:

- Vorliegen einer regelmäßigen Verkehrsverbindung,
- Einrichtung zwischen bestimmten Ausgangs- und Endpunkten,
- Ein-/Aussteigemöglichkeiten der Fahrgäste an bestimmten Haltestellen.

Der Begriff des Linienverkehrs setzt dabei nicht zwingend voraus, dass ein Fahrplan mit bestimmten Abfahrts- und Ankunftszeiten besteht oder Zwischenhaltestellen eingerichtet sind. Es genügt vielmehr die Einrichtung einer Haltestelle am Ausgangspunkt und am Endpunkt der Fahrt. Die Regelmäßigkeit der Verkehrsverbindung setzt jedoch voraus, dass die Fahrten in einer erkennbaren zeitlichen Ordnung wiederholt werden, sodass sich die Fahrgäste auf das Vorhandensein einer Verkehrsverbindung einstellen können.⁹⁷ Dies bedeutet, dass die Fahrten in einem auf einige Zeit im Voraus festgelegten Zusammenhang stehen müssen, also nicht aus einzelnen konkreten Anlässen heraus ausgeführt werden.⁹⁸ Daran fehlt es bei Fahrten, die zwar grundsätzlich zu bestimmten Zeitpunkten stattfinden, deren tatsächliche Durchführung aber von der jeweiligen Nachfrage abhängt.⁹⁹ Aus der Regelmäßigkeit folgt zudem die Fahrgastfreiheit des Linienverkehrs. Es handelt sich somit nur dann um Linienverkehr, wenn der Verkehr einem unbeschränkten Personenkreis, also der Allgemeinheit der Verkehrsbenuzter offensteht.¹⁰⁰ Eine Ausnahmeregelung hiervon regelt § 43 PBefG. Die dort aufgeführten „Sonderformen des Linienverkehrs“ werden auch dann dem Linienverkehr zugeordnet, wenn die Beförderung unter Ausschluss anderer Fahrgäste erfolgt unabhängig davon, wer den Ablauf der Fahrten bestimmt.

⁹⁷ Schriftlicher Bericht des Bundestagsausschusses für Post Fernmeldewesen und Verkehr anlässlich der Beratungen zur Verabschiedung des PBefG im Jahre 1961, BT-Drs. 2450, 3. Wahlperiode.

⁹⁸ BayObLG, VRS 63, 305, 306; VG Braunschweig, NZV 88, 119.

⁹⁹ BayObLG, VRS 63, 305, 306.

¹⁰⁰ *Fromm/Frey/Sellmann/Zuck*, Personenbeförderungsrecht, 3. Auflage (2001), § 42, Rn. 4.

Linienverkehr kann mit Straßenbahnen, U-Bahnen, Kraftfahrzeugen und Obussen ausgeführt werden. Der Linienverkehr unterliegt der Beförderungspflicht nach § 22 PBefG, der Betriebspflicht nach § 21 PBefG und der Tarifpflicht nach § 39 PBefG. Nach § 145 Abs. 1 SGB IX sind im Linienverkehr Schwerbehinderte mit entsprechendem Ausweis unentgeltlich zu befördern; für den Unternehmer gilt dann der Erstattungsanspruch nach § 148 Abs. 1 SGB IX. Weiterhin besteht ein Ausgleichsanspruch für die Beförderung Auszubildender mit ermäßigten Zeitfahrausweisen des Ausbildungsverkehrs nach § 45a PBefG bzw. entsprechender landesrechtlicher Nachfolge-/Ersetzungsregelungen.

5.2.1.2 Gelegenheitsverkehr

Nach § 46 Abs. 1 PBefG ist Gelegenheitsverkehr die Beförderung von Personen mit Fahrzeugen, die nicht Linienverkehr ist. Der Gelegenheitsverkehr findet strecken- und fahrplanungebunden statt. Im Gegensatz zum Linienverkehr bestimmt der Fahrgast den Ablauf der Fahrt. Als Formen des Gelegenheitsverkehrs zulässig sind nur der Verkehr mit Taxen (§ 47 PBefG), Ausflugsfahrten und Ferienziel-Reisen (§ 48 PBefG) sowie der Verkehr mit Mietbussen und Mietwagen (§ 49 PBefG). Für die einzelnen Verkehrsarten des Gelegenheitsverkehrs gelten zusätzlich zu den o.g. allgemeinen Merkmalen folgende Voraussetzungen:¹⁰¹

Taxiverkehr nach § 47 PBefG setzt die Pflicht der Kennzeichnung des Fahrzeugs als Taxi voraus. Der Taxiverkehr unterliegt wie der Linienverkehr der Beförderungspflicht nach § 21 PBefG sowie der Betriebspflicht nach § 22 PBefG. Ferner muss beim Taxiverkehr der Taxitarif gemäß § 51 Abs. 5 i.V.m. § 39 Abs. 3 PBefG (Taxitarif) eingehalten werden.

Der Mietomnibusverkehr nach § 49 Abs. 1 PBefG setzt als zusätzliches Merkmal einen zusammengehörigen Fahrgästekreis, der ein gemeinsames Interesse am Reisezweck haben muss, voraus. Der Verkehr mit Mietomnibussen unterliegt nach § 49 Abs. 3 PBefG weder der Betriebs- noch der Beförderungspflicht. Auch besteht keine Tarifzustimmungspflicht nach § 39 PBefG; die Festlegung des Beförderungsentgelts liegt damit in der alleinigen Entscheidungsbefugnis des Unternehmens.

Beim Mietwagenverkehr ist die Anmietung des Fahrzeugs im Ganzen erforderlich, um die Vorgaben des § 49 Abs. 4 PBefG zu erfüllen. Wie beim Mietomnibusverkehr unterliegt der Mietwagenverkehr weder der Betriebs-, noch der Beförderungs- oder der Tarifzustimmungspflicht.

Im Gegensatz zum Linienverkehr fährt der Gelegenheitsverkehr nicht, ohne dass auch eine (konkrete) Nachfrage der Fahrgäste danach besteht. Weder müssen regelmäßige Verbindungen noch bestimmte Ausgangs- und Endhalte-

¹⁰¹ Vgl. ausführlich zu den einzelnen Verkehrsarten des Gelegenheitsverkehrs Hierzu ausführlich *Barth/Klinger, AMABILE* (2001).

stellen gegeben sein. Es besteht keine Pflicht zur unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter nach § 145 Abs. 1 SGB IX, und es gelten auch keine Ausbildungsverkehr-Tarife. Somit bestehen im Gelegenheitsverkehr auch keine Ausgleichs- oder Erstattungsansprüche des Unternehmers.

5.2.1.3 Differenzierte Bedienformen

Mit der Einfügung des heutigen § 2 Abs. 6 PBefG wurde der geschlossene Kreis der Beförderungsarten gelockert. Danach können

„Beförderungen, die in besonders gelagerten Einzelfällen nicht alle Merkmale einer Verkehrsart oder Verkehrsform dieses Gesetzes erfüllen, [...] nach denjenigen Vorschriften dieses Gesetzes genehmigt werden, denen diese Beförderungen am meisten entsprechen.“

Durch diesen „Auffangtatbestand“ sollte eine Öffnung für sog. „graue Verkehre“, an deren Zulassung ein öffentliches Interesse besteht, ermöglicht werden.¹⁰² Mit dieser Klausel gibt der Gesetzgeber jedoch den Typenzwang nicht auf, sondern stellt lediglich auf besonders gelagerte Einzelfälle ab. Es muss sich somit um Verkehre handeln, die zwar nicht alle, aber doch die wesentlichen oder jedenfalls mehrere Merkmale eines gesetzlich normierten Typs (dazu oben 5.2.1.1 und 5.2.1.2) erfüllen. Grundsätzlich besteht dann ein Anspruch auf ermessensfehlerhafte Ausübung der Vorschrift.¹⁰³

Nachfolgend sollen als mögliche differenzierte Bedienformen nach § 2 Abs. 6 PBefG das Anruf-Sammeltaxi, das Richtungsband und der Rufbus dargestellt werden. Auf die Experimentierklausel des § 2 Abs. 7 PBefG soll nicht näher eingegangen werden, weil danach zur Erprobung neuer Verkehrsarten eine Genehmigung für höchstens vier Jahre möglich ist und somit der vorliegend in Rede stehende „Regelbetrieb“ im ländlichen Raum nicht auf Dauer sichergestellt werden kann.

Anruf-Sammeltaxi (AST)

Beim Anruf-Sammeltaxi (AST) handelt es sich um ein bedarfsgesteuertes und flächendeckendes Verkehrsmittel. Eingesetzt werden in der Regel kleine bis mittlere Fahrzeuge (vier bis neun Personen). Die Fahrten werden zu festgelegten Zeiten, aber nur nach vorheriger Anmeldung durchgeführt. Die Fahrpreise stehen vor Fahrtbeginn fest, wobei den Fahrgästen in der Regel der Normaltarif des Linienverkehrs zuzüglich eines Komfortzuschlags in Rechnung gestellt wird. Bedient werden festdefinierte Linienabschnitte, Bedienungsgebiete oder Richtungsbänder. Es werden also keine festen Strecken abgefahren.¹⁰⁴ Zum Einstieg werden bei den meisten Systemen besonders gekenn-

¹⁰² Vgl. Ausschussbericht, BT-Drs. IV/3472.

¹⁰³ Vgl. hierzu *Barth/Klinger, AMABILE* (2001).

¹⁰⁴ Daneben existiert z.T. auch das „Anruf-Linien-Taxi“. Wie der „fahrplangebundene Rufbus“ (vgl. Fn. 105) verkehrt das „Anruf-Linien-Taxi“ auf festem Linienweg von Haltestelle zu Haltestelle und ist an einen Fahrplan gebunden. Die Haltestellen werden jedoch nur dann bedient, wenn ein Fahrgast seinen Einstiegswunsch angemeldet hat oder an der Haltestelle aussteigen möchte. Zuschläge auf den Verbund-Tarif werden – anders als beim AST – nicht erhoben.

zeichnete Abfahrtstellen angefahren. Eine Haus zu Haus Bedienung ist nur in Einzelfällen (insbesondere abgelegene Häuser) möglich. Das Aussteigen kann an jedem beliebigen Zielpunkt innerhalb des jeweiligen Bedienungsgebietes, auch vor der Haustür oder an Haltestellen weiterführender Verkehrsmittel, stattfinden. Das AST wird zu Zeiten und in Räumen geringer Verkehrsnachfrage eingesetzt, stellt also grundsätzlich ein Angebot für den Schwachlastenverkehr dar.

Richtungsbandbetrieb

Beim Richtungsbandbetrieb werden mittlere bis große Fahrzeuge auf einer strecken- und fahrplangebundenen Grundroute eingesetzt, die unabhängig vom Bedarf befahren wird. Bei Bedarf werden auf vorherige Anmeldung weitere Haltestellen bedient. Es findet also eine Abweichung vom Linienweg statt. Der Betrieb des Richtungsbandes kann als Linienabweichung, als Linienaufweitung und als Betrieb in Korridoren stattfinden. Eine Bedienung von Haustür zu Haustür ist nicht möglich.

Rufbus

Die Bedienung erfolgt beim Rufbus fahrplan- und haltestellenungebunden¹⁰⁵ von Haustür zu Haustür. Teilweise existiert auch eine fixe Starthaltestelle, jedoch kein Fahrplan. Eingesetzt werden in der Regel mittlere Fahrzeuge, die ihre Fahraufträge nach Anmeldung durch die Fahrgäste über eine Leitstelle erhalten. Die Fahrtzeit- und Fahrtroutenfestlegung erfolgt erst während des Betriebs für den jeweils nächsten Fahrtabschnitt. Der Rufbus ist der weitestgehende Ansatz eines bedarfsgesteuerten Nahverkehrssystems und wird zur Bedienung schwer bündelbarer Schwachverkehre genutzt.

5.2.1.4 Sonderform der differenzierten Bedienung: Bürgerbus

Der Bürgerbus stellt eine Sonderform der differenzierten Bedienung dar. Wesentliches Merkmal ist der ehrenamtliche Einsatz der Fahrer/innen nach dem Prinzip „Bürger fahren für Bürger“. Für die Organisation dieses Verkehrs gründen die Bürger in der Regel einen Verein. Bei der Planung und Durchführung des Verkehrs werden sie in aller Regel von einem örtlichen Verkehrsunternehmen in einer Art Partnerschaft betreut.¹⁰⁶

¹⁰⁵ Daneben existieren auch weitere Ausgestaltungen des Rufbusses, die hier zunächst nicht weiter behandelt werden sollen. So gibt es z.B. einen „Anrufbuss“, der auch „Flächenkonzession“ genannt wird, bei dem das verwendete Fahrzeug innerhalb eines im Fahrplan gekennzeichneten Zeitraums nach vorheriger Anmeldung von einer Haltestelle zu einer anderen Haltestelle verkehrt, ohne dass es sich dabei um die Haltestellen einer bestimmten Linie handeln muss (vgl. VG Halle, Urt. v. 25.10.2010, Az. 7 A 1/10 HAL). Der „fahrplangebundene Rufbus“ verkehrt auf festem Linienweg von Haltestelle zu Haltestelle und ist an einen Fahrplan gebunden. Die Haltestellen werden jedoch nur dann bedient, wenn ein Fahrgast seinen Einstiegswunsch angemeldet hat oder an der Haltestelle aussteigen möchte (vgl. Handbuch Alternative Bedienung im Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg, Stand: 12.08.2008, S. 6). Der „Flächen-Rufbus“ oder auch „verkappter Taxenverkehr“ bedient hingegen vollkommen fahrplanungebunden; es gibt lediglich Rahmenbedienzeiten. Fahrgäste mit annähernd gleichen Zielen werden in einem Kleinbus auf gemeinsamen Fahrten befördert, wobei der Einstiegsort eine Haltestelle sein kann oder vom Fahrgast selbst festgelegt wird (z.B. eigene Haustür). Der „Flächen-Rufbus“ bedient nur wenige feste Haltestellen wie z.B. Start- oder Zielhaltestellen in zentralen Orten bzw. Umsteigehaltestellen (vgl. Handbuch Alternative Bedienung im Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg, Stand: 12.08.2008, S. 7).

¹⁰⁶ *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 20.

Der Bürgerbus verkehrt fast ausschließlich in dünn besiedelten Gebieten auf Strecken und zu Zeiten, die sonst nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln bedient würden. Der Bürgerbus stellt also eine Ergänzung des Verkehrsangebots dar und ermöglicht eine Beförderung in Regionen, die sonst auf eine Nahverkehrsanbindung verzichten müssten.¹⁰⁷ In zeitlicher Hinsicht werden Bürgerbusse klassischerweise dann eingesetzt, wenn ein Mangel an Fahrangeboten herrscht, nämlich zwischen und nach den Schulbusfahrten morgens und mittags. Zur Zielgruppe gehören damit insbesondere auch Rentnerinnen und Rentner, denen mit dem Bürgerbus beispielsweise den täglichen Einkauf, den Gang zur Behörde oder aber auch Arzt- und Klinikbesuche ermöglicht werden soll.¹⁰⁸ Bürgerbusse fahren auf einem festgelegten Linienweg und i.d.R. auch nach einem festen Fahrplan.

5.2.2 (Genehmigungs)rechtliche Einordnung der differenzierten Bedienformen

Nach § 2 Abs. 6 PBefG können Beförderungen, die nicht alle Merkmale einer Verkehrsart oder Verkehrsform erfüllen, nach denjenigen Vorschriften genehmigt werden, denen diese Beförderungen am meisten entsprechen. Nachdem soeben Linienverkehr und Gelegenheitsverkehr auf der einen und unterschiedliche differenzierte Bedienformen auf der anderen Seite dargestellt wurden (dazu 5.2.1), werden nachfolgend die differenzierten Bedienformen dahingehend untersucht, welcher Verkehrsart des PBefG diese jeweils (genehmigungs-)rechtlich zugeordnet werden können (dazu 5.2.2.1 bis 5.2.2.2).

5.2.2.1 Anruf-Sammeltaxi (AST)

Das AST ist unter keine der vom PBefG vorgegebenen Bedienformen direkt zu subsumieren: Gegen eine Einordnung als Linienverkehr spricht insbesondere, dass es sich beim AST nicht um eine regelmäßige Verkehrsverbindung handelt, sondern dass lediglich aus einzelnen konkreten Anlässen heraus gefahren wird. Darüber hinaus existiert keine feste Endhaltestelle. Gegen eine Einordnung als Gelegenheitsverkehr (Taxiverkehr, Mietwagen- oder Mietomnibusverkehr) lässt sich anführen, dass beim AST der Unternehmer und nicht der Fahrgast den genauen Ablauf der Fahrt bestimmt. Zudem ist der Einsatzbereich beim AST auf feste Bediengebiete beschränkt und es steht ein Festpreis unabhängig von der Fahrtzeit vor Fahrtantritt fest. Im Gegensatz zum Taxiverkehr nach dem PBefG ist das Einsteigen in das AST nicht an jeder erdenklichen Stelle möglich. Für den Mietomnibusverkehr fehlt es überdies an dem zusammengehörigen Fahrgästekreis. Schließlich findet im Unterschied zum Mietwagenverkehr die Anmietung des AST nach Plätzen und nicht im Ganzen statt.

¹⁰⁷ Vgl. z.B. *VBB*, Bürgerbusse im Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (2005), Seite 8; *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 20.

¹⁰⁸ Vgl. z.B. *VBB*, Bürgerbusse im Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (2005), Seite 8; vgl. auch *Wikipedia*, Stichwort „Bürgerbus“ <http://de.wikipedia.org/wiki/B%C3%BCrgerbus> (zuletzt besucht am 18.07.2011).

Da somit eine Einordnung weder als Linienverkehr noch als Gelegenheitsverkehr möglich ist, kommt allein eine Einstufung des AST als ähnliche Verkehrsform nach § 2 Abs. 6 PBefG in Betracht. U.E. bestehen dabei zwischen dem AST und dem Linienverkehr die meisten Gemeinsamkeiten. Zwar fährt das AST wie das herkömmliche Taxi keine festen Routen, sondern deckt ein weites Bedienungsgebiet ab. Zudem wird das AST wie ein Taxi vor der Fahrt vom Fahrgast bestellt. Allerdings bestehen u.E. im Ergebnis zu große Abweichungen von den Merkmalen des Gelegenheitsverkehrs (s.o.). Hingegen werden beim AST wie beim Linienverkehr feste Abfahrtszeiten eingehalten. Die Abfahrt findet ferner von bestimmten Haltestellen statt, sodass ein bestimmter Ausgangspunkt i.S.d. § 42 PBefG gegeben ist. Der Fahrpreis steht beim AST wie beim Linienverkehr vor der Fahrt fest. Das AST erfüllt damit alle Voraussetzungen des Linienverkehrs bis auf die regelmäßige Verkehrsverbindung und den festen Endpunkt.

Ein Großteil der Rechtsprechung und Literatur ordnet das AST ebenfalls dem Linienverkehr zu.¹⁰⁹ Zum Teil wird allerdings auch eine Zuordnung zum Taxi- und Mietwagenverkehr für möglich gehalten.¹¹⁰ Die Genehmigungspraxis war in der Vergangenheit uneinheitlich. Während in den Bundesländern Baden-Württemberg, Saarland und Rheinland-Pfalz der AST als dem Linienverkehr ähnlich nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 42 PBefG genehmigt wurde, erfolgte die Genehmigung in Bayern, Hessen und Niedersachsen zumeist als dem Mietwagenverkehr ähnlich nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 49 Abs. 4 PBefG.¹¹¹ Neuere Analysen deuten jedoch darauf hin, dass differenzierte Bedienformen inzwischen in erster Linie – direkt oder über § 2 Abs. 6 PBefG – als dem Linienverkehr zugeordnet erteilt werden.¹¹²

5.2.2.2 Richtungsbandbetrieb

Auch der Richtungsbandbetrieb ist unter keine der vom PBefG vorgegebenen Bedienformen unmittelbar zu subsumieren: Allerdings weist der Richtungsbandbetrieb große Gemeinsamkeiten mit dem Linienverkehr auf, wohingegen zum Gelegenheitsverkehr offensichtliche Unterschiede bestehen. Für den Richtungsbandbetrieb kommt daher u.E. nur eine Genehmigung nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 42 PBefG in Betracht.

Denn wie der Linienverkehr bedient das Richtungsband eine strecken- und fahrplangebundene Grundroute. Es liegen feste Ausgangs- und Endpunkte

¹⁰⁹ Zur Rechtsprechung vgl. VG Köln, VRS 77, 474, 477; BayObLG, NVwZ 1983, 243 f.; VG Köln, Urt. v. 19.04.1989, 21 K2969/87, TranspR 11/12 1989, 445; AG Herford, TranspR 1989, 291; VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.03.2008, 9 S 2312/06, DÖV 2008, 879 f. A.A. OVG Lüneburg, Urt. v. 19.09.2007, 7 LC 208/04; vgl. auch OVG Lüneburg, Urt. v. 08.10.2003, 4 LB 365/03, NdsVBL 5/2004, 129 ff. Zur Literatur vgl. *Bidinger*, Personenbeförderungsrecht (Stand 8/2010), § 42, Rn. 8; *Pitzen*, AnrufBus (2000), Seite 56 ff.; differenziert *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 50, differenzierter *VDV*, Taxi-Einsatz im öffentlichen Personennahverkehr (1989), Seite 24; *Barth/Klinger*, AMABILE (2001).

¹¹⁰ Vgl. OVG Lüneburg, Urt. v. 19.09.2007, 7 LC 208/04; *VDV*, Taxi-Einsatz im öffentlichen Personennahverkehr (1989), Seite 24; i.E. so wohl auch *Fielitz/Meier/Montigel/Müller*, PBefG (Stand: 12/2010), § 2 Rn. 27.

¹¹¹ So *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 51.

¹¹² Vgl. *BMVBS*, Handbuch zur Planung flexibler Bedienungsformen im ÖPNV (2009), Seite 85 ff.; vgl. auch *SMUL Sachsen*, Flexible Bedienformen (2010), Seite 7 ff.

vor. Die sich aus einem unbestimmten Personenkreis zusammensetzenden Fahrgäste können an bestimmten Haltestellen ein- und aussteigen. Die Grundroute wird auch unabhängig vom Bedarf bedient. Zudem ist die Regelmäßigkeit der Verbindung gegeben, denn durch die feste Grundroute können sich die Fahrgäste auf das Bestehen der Verbindung einstellen. Die zusätzlichen Haltestellen werden zwar nur auf Wunsch der Fahrgäste angefahren, jedoch wird hierbei nur teilweise von der festen Grundroute abgewichen, sodass es nicht zu einer nur aufgrund eines konkreten Anlasses durchgeführten Fahrt kommt. Diese Abweichung spricht u.E. nicht gegen die Regelmäßigkeit, da es beim Linienverkehr auf die Art der Bedienung der Zwischenhaltestellen nicht ankommt. Einziger Unterschied zwischen dem Richtungsbandbetrieb und dem Linienverkehr ist damit die zusätzliche Bedienung von Bedarfshaltestellen.

Rechtsprechung zum Richtungsbandbetrieb ist – soweit ersichtlich – nicht vorhanden. Die wenigen vorhandenen Stimmen in der Literatur gehen von einer Zuordnung des Richtungsbandbetriebs zum Linienverkehr aus.¹¹³ Auch die Genehmigungspraxis scheint von einer Genehmigung als dem Linienverkehr zugeordnet auszugehen.¹¹⁴

5.2.2.3 Rufbus

Der Rufbus entspricht ebenfalls nicht unmittelbar den vom PBefG vorgegebenen Bedienformen: Gegen eine Einordnung als Linienverkehr spricht, dass der Rufbus im Gegensatz zum Linienverkehr völlig streckenungebunden ist. Feste Ausgangs- oder Endpunkte existieren außer in den Fällen, in denen die Starthaltestelle vorgegeben ist, nicht. Es liegt auch keine regelmäßige Verbindung vor, da der Rufbus ohne zeitliche Vorgaben und nur bei Bedarf eingesetzt wird. Gegen eine Einordnung als Gelegenheitsverkehr (Taxiverkehr, Mietwagen- oder Mietomnibusverkehr) lässt sich allgemein anführen, dass der Ablauf der Fahrt beim Rufbus nicht vom Fahrgast, sondern vom Unternehmer bestimmt wird. Für den Taxiverkehr fehlt es dem Rufbus an einer entsprechenden Taxi-Kennzeichnung, zudem steht der Preis der Fahrt beim Rufbusverkehr im Gegensatz zur Taxifahrt im Voraus fest. Gegen eine Einordnung als Mietwagenverkehr spricht, dass die Plätze des Rufbusses nicht im Ganzen angemietet werden und die Fahrgäste sich in der Regel nicht über Zweck und Ziel der Fahrt einig sind. Im Unterschied zum Mietomnibusverkehr stellen die Fahrgäste des Rufbusses auch keinen zusammengehörigen Personenkreis dar, weil kein über die Durchführung der Fahrt an sich hinausgehender gemeinsamer Reisezweck besteht.

Da somit der Rufbus weder vollumfänglich dem Linienverkehr noch dem Gelegenheitsverkehr zugeordnet werden kann, kommt allein eine Einstufung als

¹¹³ Vgl. *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 51; *Pitzen*, AnrufBus (2000), Seite 56 ff.; *Barth/Klinger*, AMABILE (2001); *BMVBS*, Handbuch zur Planung flexibler Bedienungsformen im ÖPNV (2009), Seite 86.

¹¹⁴ Vgl. *BMVBS*, Handbuch zur Planung flexibler Bedienungsformen im ÖPNV (2009), Seite 85 ff.; vgl. auch *SMUL Sachsen*, Flexible Bedienformen (2010), Seite 7 ff.

ähnliche Verkehrsform nach § 2 Abs. 6 PBefG in Betracht. U.E. ist eine Genehmigung des Rufbusses als dem Linienverkehr ähnliche Form nicht möglich, weil abgesehen von dem feststehenden Preissystem und dem festen Ausgangspunkt im Falle einer festen Starthaltestelle keine Gemeinsamkeiten zum Linienverkehr erkennbar sind. Eine Genehmigung des Rufbusses ist daher aus Sicht der Autoren lediglich als eine dem Gelegenheitsverkehr ähnliche Verkehrsart denkbar. Denn wie die Verkehrsarten des Gelegenheitsverkehrs wird der Rufbus völlig strecken- und fahrplanungebunden betrieben. Er kann wie ein Taxi, Mietwagen oder Mietomnibus bei Nachfrage über eine Zentrale vor die Haustür bestellt werden. U.E. wäre dabei am ehesten eine Genehmigung als dem Taxi- oder dem Mietwagenverkehr zugeordnete Verkehrsart anzustreben. Denn bei diesen beiden Verkehrsarten wird im Gegensatz zum Mietomnibusverkehr kein zusammengehöriger Personenkreis vorausgesetzt.

Zum Rufbus ist den Autoren lediglich eine (ältere) Entscheidung aus der Rechtsprechung bekannt; danach ist der Rufbus nach den Vorschriften über den Gelegenheitsverkehr genehmigt worden.¹¹⁵ In der Literatur wird die (genehmigungs)rechtliche Einordnung des Rufbusses uneinheitlich bewertet. Teilweise wird eine Einordnung des Rufbusses als dem Linienverkehr ähnlich¹¹⁶ und teilweise als dem Gelegenheitsverkehr (insbesondere Mietwagenverkehr) ähnlich¹¹⁷ als naheliegend erachtet. In der Praxis wird der Anrufbus wohl überwiegend als dem Linienverkehr zugeordnet nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 42 PBefG genehmigt.¹¹⁸ Zum Teil wird die Genehmigung wohl aber auch nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 49 PBefG, also als Mietwagenverkehr oder Mietomnibusverkehr, erteilt.¹¹⁹

5.2.3 Genehmigungsrechtliche Einordnung des Bürgerbusses

Bürgerbusse fahren auf einem festgelegten Linienweg und i.d.R. auch nach einem festen Fahrplan. Es handelt sich beim Bürgerbus daher in aller Regel um regulären Linienverkehr nach § 42 PBefG.¹²⁰ Alternativ zur festen fahrplanmäßigen Bedienung kann der Bürgerbus auch so ausgestaltet sein, dass er lediglich bei Bedarf (nach Anruf) den entsprechenden Linienweg abfährt.¹²¹

¹¹⁵ OVG Lüneburg, Urt. v. 02.10.1992, 7 M 2606/92. Den „Anrufbus“, der allein zwischen bestehenden Haltestellen verkehrt, ohne dass es sich dabei um die Haltestellen einer bestimmten Linie handeln muss (vgl. dazu oben Fn. 105) ordnete das VG Halle hingegen nach § 2 Abs. 6 PBefG dem Linienverkehr zu (VG Halle, Urt. v. 25.10.2010, Az. 7 A 1/10 HAL).

¹¹⁶ So *Pitzen*, AnrufBus (2000), Seite 56 ff.; so wohl auch *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 51; vgl. auch *Mehlert*, Die Einführung des AnrufBus im ÖPNV (2001), Seite 139 ff.

¹¹⁷ So *Barth/Klinger*, AMABILE (2001); *Heinzel*, Individueller ÖPNV mit dem „Anrufbus“ – ein Angebot zur rechten Zeit?, Internationales Verkehrswesen 96, 44.

¹¹⁸ Vgl. *BMVBS*, Handbuch zur Planung flexibler Bedienungsformen im ÖPNV (2009), Seite 85 ff.; vgl. auch *SMUL Sachsen*, Flexible Bedienformen (2010), Seite 7 ff.; *Pitzen*, AnrufBus (2000), Seite 59.

¹¹⁹ *Pitzen*, AnrufBus (2000), Seite 59.

¹²⁰ *VDV*, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 20; *VBV*, Bürgerbusse im Verkehrsverbund Berlin-Brandenburg (2005), Seite 10; siehe auch *Pro Bürgerbus NRW*, <http://www.pro-buergerbus-nrw.de/index.php?id=allgemeines> (zuletzt besucht am 18.07.2011).

¹²¹ Vgl. *Wikipedia*, Stichwort „Bürgerbus“ <http://de.wikipedia.org/wiki/B%C3%BCrgerbus> (zuletzt besucht am 18.07.2011).

In diesem Fall handelt es sich wegen der fehlenden Regelmäßigkeit der Bedienung nicht um Linienverkehr. Weil aber im Übrigen sämtliche Merkmale des Linienverkehrs erfüllt sind, dürfte der „Bedarfs-Bürgerbus“ regelmäßig als eine nach § 2 Abs. 6 PBefG dem Linienverkehr ähnliche Verkehrsform anzusehen sein. Die entsprechende Genehmigung wird regelmäßig von dem Verkehrsunternehmen beantragt, das die Patenschaft für den Bürgerbus übernommen hat.¹²²

5.2.4 Schlussfolgerungen

Zur Ergänzung des Linienverkehrs und des Bedarfsverkehrs kommen als differenzierte Bedienformen im ländlichen Raum das Anruf-Sammeltaxi, der Richtungsbandbetrieb sowie der Rufbus in Betracht.¹²³ Das Anruf-Sammeltaxi und der Richtungsbandbetrieb weisen u.E. große Gemeinsamkeiten mit dem Linienverkehr auf, sodass eine Genehmigung nach § 2 Abs. 6 i.V.m. § 42 PBefG möglich ist. Der Rufbus weist nach Einschätzung der Autoren zu große Unterschiede zum Linienverkehr auf, als dass eine Genehmigung als dem Linienverkehr ähnliche Verkehrsform denkbar wäre. Die Genehmigungspraxis scheint jedoch nicht immer zwischen den verschiedenen differenzierten Bedienformen zu unterscheiden, sondern tendiert dazu, diese generell eher dem Linienverkehr zuzuordnen.

Welche Folgen mit der Zuordnung der differenzierten Bedienformen zum Linienverkehr einerseits und zum Gelegenheitsverkehr andererseits verbunden sind, ist im Einzelnen zum Teil umstritten. Insbesondere ist nach wie vor nicht abschließend geklärt, ob bei einer dem Linienverkehr ähnlichen Verkehrsform ebenfalls eine Pflicht zur unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter mit entsprechendem Ausweis besteht.¹²⁴ Diese sowie andere Zweifelsfragen sollten daher bei Bedarf vorab mit der zuständigen Genehmigungsbehörde geklärt werden, um angesichts nicht selten zu erwartender Klagen bisheriger Leistungserbringer (Verkehrsunternehmen) möglichst rechtssichere Lösungen zu gestalten.

Auch der Bürgerbus als Sonderform der differenzierten Bedienung kann als Ergänzung des vorhandenen Nahverkehrsangebots genutzt werden. Insbesondere ist der Bürgerbus sinnvoll als Instrument für regelmäßige „Gesundheitsfahrten“ für ältere Menschen in dünn besiedelten Regionen einsetzbar. Voraussetzung ist allerdings, dass sich ein entsprechender Bürgerbus-Verein findet. Zudem kann der Bürgerbus nicht flächendeckend eingesetzt werden, sondern sein Einsatzgebiet beschränkt sich auf Bereiche und Gebiete in denen ein „reguläres“ Verkehrsangebot nicht aufrechterhalten werden kann.

¹²² VDV, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 20 f.

¹²³ So i.E. auch Bauer, PBefG (2010), § 2 Abs. 6, Rn. 28; kritisch insofern *Füßler*, DVBl. 2011, 20, 25 ff.

¹²⁴ Vgl. hierzu VG Köln, Urt. v. 19.04.1989, 21 K2969/87, TranspR 11/12 1989, 445; OVG Lüneburg, Urt. v. 08.10.2003, 4 LB 365/03, NdsVBl. 5/2004, 129; VGH Baden-Württemberg, Urt. v. 28.03.2008, 9 S 2312/06, DÖV 2008, 879; vgl. auch VDV, Differenzierte Bedienungsweisen (1994), Seite 51.

5.3 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Tabelle der Basisdaten des Landkreises Osterholz.....	18
Abbildung 2:	Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Osterholz 2009-2025	18
Abbildung 3:	Entwicklung der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Landkreis Osterholz von 2009 bis 2025	19
Abbildung 4:	Tabelle der Gemeindetypen im Landkreis Osterholz	20
Abbildung 5:	Übersicht der Gemeindetypen im Landkreis Osterholz	20
Abbildung 6:	Übersicht der Krankenhausstandorte (LK Osterholz und Umgebung)	21
Abbildung 7:	Standorte der Arztpraxen im Landkreis Osterholz.....	22
Abbildung 8:	Tabelle der Basisdaten des Landkreises Diepholz	24
Abbildung 9:	Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Diepholz 2009- 2025	25
Abbildung 10:	Entwicklung der Altersgruppe der über 65-Jährigen im Landkreis Diepholz von 2009 bis 2025.....	26
Abbildung 11:	Tabelle der Gemeindetypen im Landkreis Diepholz.....	27
Abbildung 12:	Übersicht der Gemeindetypen im Landkreis Diepholz	28
Abbildung 13:	Übersicht der Krankenhausstandorte (LK Diepholz und Umgebung)	29
Abbildung 14:	Standorte der Arztpraxen im Landkreis Diepholz	30
Abbildung 15:	Ausgewählte Fachrichtungen und Bettenzahl der Krankenhäuser	43
Abbildung 16:	Tabellarischer Überblick der Krankenhäuser	43
Abbildung 17:	Einzugsgebiet der Patienten des Kreiskrankenhauses Osterholz im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung des Kreises.....	44
Abbildung 18:	Mobilitätsstrukturen von Personen mit Fahrtziel Krankenhaus	47
Abbildung 19:	Potentialschätzung Besucher und ambulante Patienten Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck	48
Abbildung 21:	Grundlagen und Anforderungen des Kreiskrankenhauses Osterholz an ÖPNV-Anbindung	50
Abbildung 22:	Grundlagen und Anforderungen des Klinikverbundes St. Ansgar an ÖPNV-Anbindung	51
Abbildung 23:	Grundlagen und Anforderungen Krankenhaus Johanneum und der Ammerland Klinik GmbH an ÖPNV-Anbindung	52

Abbildung 24:	Status Quo ÖPNV-Anbindung der Krankenhäuser und Defizite	53
Abbildung 25:	Ergebnisse Grundlagen und Anforderungen an Allgemeinarzt-/Facharztpraxis – ÖPNV-Anbindung.....	57
Abbildung 26:	Anspruchskriterien der Defizitanalyse	60
Abbildung 27:	Übersicht SPNV- und ÖPNV-Angebot LK Osterholz Hauptlinien.....	61
Abbildung 28:	Übersicht SPNV und ÖPNV-Angebot Landkreis Diepholz Hauptlinien	64
Abbildung 29:	Tägliches Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Montag bis Freitag an Schultagen.....	66
Abbildung 30:	Tägliches Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Montag bis Freitag in den Schulferien	67
Abbildung 31:	Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Sonnabende	68
Abbildung 32:	Liniennetzangebot LK Osterholz und LK Diepholz – Sonn- und Feiertage	69
Abbildung 33:	Landkreis Osterholz, Kreiskrankenhaus – nächstliegende Regionalbushaltestelle ‚Auf dem Paß‘ und Bf Osterholz-Scharmbeck.....	71
Abbildung 34:	Direktfahrtenangebot Kreiskrankenhaus Osterholz	72
Abbildung 35:	Landkreis Diepholz, St. Ansgar Klinikverbund Diepholz – nächstliegende Regionalbushaltestellen ‚Hindenburgstraße‘, ‚Krankenhaus‘, ‚Krankenhaus/Abzw. Grafenstraße‘ sowie der Bf Diepholz.....	73
Abbildung 36:	Landkreis Diepholz, St. Ansgar Klinikverbund Bassum – nächstliegende Regionalbushaltestellen ‚Bahnhofstraße‘ und ‚Krankenhaus‘ sowie der Bf Bassum	75
Abbildung 37:	Fahrplanangebot der Hauptlinien - Ammerland Klinik	76
Abbildung 38:	Landkreis Ammerland, Ammerland-Klinik Westerstede – nächstliegende Haltestelle	76
Abbildung 39:	Fahrplanangebot der Hauptlinien - Johanneum in Wildeshausen	78
Abbildung 40:	Landkreis Oldenburg, Johanneum Wildeshausen - nächstliegende Haltestellen	78
Abbildung 41:	Erreichbarkeit Krankenhaus Osterholz-Scharmbeck Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr.....	80
Abbildung 42:	Quellorte der Patienten des Krankenhauses Osterholz-Scharmbeck	81

Abbildung 43:	Erreichbarkeit Krankenhaus Diepholz Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr	82
Abbildung 44:	Erreichbarkeit Krankenhaus Bassum Mo-Fr zwischen 09.00 Uhr und 18.00 Uhr	83
Abbildung 45:	Quellorte der Patienten der Krankenhäuser Diepholz und Bassum	84
Abbildung 46:	Maßnahmenübersicht	87
Abbildung 47:	Übersicht zu den unterschiedlichen Lösungsvarianten	90
Abbildung 48:	Stufenweise Entwicklung des ÖPNV-Angebotes.....	91
Abbildung 49:	Idealtypische Merkmale der Betriebsformen	92
Abbildung 50:	Vorschläge für einheitliche Bezeichnungen alternativer Angebotsformen	93
Abbildung 51:	Übersicht alternativer Bedienformen im ZVBN.....	94
Abbildung 52:	Alternative Bedienformen im ZVBN-Gebiet.....	96
Abbildung 53:	Annahmen zu Nutzung und Kostensätzen flexible Bedienformen	101
Abbildung 54:	Kosten- und Erlösabschätzung Diepholz	102
Abbildung 55:	Kosten- und Erlösabschätzung Bassum	102
Abbildung 56:	Kosten- und Erlösabschätzung Osterholz-Scharmbeck	102
Abbildung 57:	Zusammenfassung von Kosten und Einnahmen (ohne Vermarktungsaufwand)	103
Abbildung 58:	Maßnahmenkatalog.....	105
Abbildung 59:	Mögliche nächste Projektphasen	123

5.4 Abkürzungsverzeichnis

A.A.	Anderer Ansicht
a.a.O.	angegeben an anderem Ort
Abb.	Abbildung
Abs.	Absatz
Abzw.	Abzweigung
ALT	Anruflinientaxi
Art.	Artikel
AST	Anrufsammeltaxi
Az.	Aktenzeichen
Bf	Bahnhof
Bsp.	Beispiel
bspw.	beispielsweise
BT-Drs.	Drucksache des Deutschen Bundestages
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
d.h.	das heißt
DVBl.	Deutsches Verwaltungsblatt
EGL	Ermächtigungsgrundlage
ehem.	ehemalig
etc.	et cetera
ev./evtl.	eventuell
e.V.	eingetragener Verein
EVU	Eisenbahnverkehrsunternehmen
EW	Einwohner
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
F	Frankreich
Fn	Fußnote
Fplkm	Fahrplankilometer
Fplstd	Fahrplanstunde
ggf.	gegebenenfalls
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
h	Stunde
Hbf	Hauptbahnhof
Hst.	Haltestelle
i.d.R.	in der Regel
i.E.	im Einzelnen
inkl.	inklusive
insb.	insbesondere
i.S.d.	im Sinne des
i.S.v.	im Sinne von

i.V.m	in Verbindung mit
i.W.	im Wesentlichen
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
Kkh	Kreiskrankenhaus
km	Kilometer
Kr.-bef.	Krankenbeförderung
KT-RL	Krankentransport-Richtlinien
KVN	Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen
lt.	laut
LK	Landkreis
m	Meter
MA	Mitarbeiter
max.	maximal
Min.	Minute
mind.	mindestens
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
Nds. KHG	Niedersächsisches Krankenhausfinanzierungsgesetz
Nr.	Nummer
NRettDG	Niedersächsisches Rettungsdienstgesetz
NVwZ	Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht
NZS	Neue Zeitschrift für Sozialrecht
o.g.	oben genannt
OP	Operation
ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ÖV	Öffentlicher Verkehr
p.	pro
p.a.	per anno
PBefG	Personenbeförderungsgesetz
PKW	Personenkraftwagen
psych.	psychologisch
Rn.	Randnummer
s.	siehe
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
s.o.	siehe oben
SPNV	Schienenpersonennahverkehr
Std.	Stunde
T	Tausend
u.a.	unter anderem
u.E.	unseres Erachtens
Urt.	Urteil

v.	vom
v.a.	vor allem
VBB	Verkehrsverbund Berlin Brandenburg
VBN	Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen GmbH
VG	Verwaltungsgericht
VDV	Verband Deutscher Verkehrsunternehmen
vgl.	vergleiche
VO	Verordnung
z.B.	zum Beispiel
ZOB	Zentraler Omnibusbahnhof
z.T.	zum Teil
ZVBN	Zweckverband Verkehrsverbund Bremen/Niedersachsen