

# Das Kooperationsraumkonzept im BMVI-Modellvorhaben „Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen“ (Überarbeitete Version, Stand 16.08.2016)

Die Festlegung und Etablierung von Kooperationsräumen ist ein längerfristiges iteratives Umsetzungsprojekt, in dem Infrastrukturen und Mobilitätsangebote unter Berücksichtigung der Bevölkerungsentwicklung und der siedlungsstrukturellen Situation zusammengeführt und aufeinander abgestimmt werden.

## I. Planerische Ziele der Kooperationsräume

im „Dreieck“ von Infrastruktur, Mobilität und Bevölkerungsentwicklung

- **Sicherung von Versorgung und Mobilität** in ländlichen Räumen
- **Stärkung der Wirtschaftlichkeit** durch Bündelung und Vernetzung von Angeboten der Daseinsvorsorge und Nahversorgung
- **Verbesserung der Erreichbarkeit** durch ein abgestimmtes Mobilitätsangebot mit verschiedenen Netzebenen
- **Ausrichtung der Siedlungs- und Infrastrukturentwicklung** auf die Versorgungszentren unter Berücksichtigung der kleinräumigen Bevölkerungsentwicklung
- **Stärkung der Mobilität** auch für Bewohner ohne direkte Zugriffsmöglichkeit auf einen PKW

## II. Leitgedanken zu Kooperationsräumen und Versorgungszentren

- Das Kooperationsraumkonzept und die Versorgungszentren gehen von einem bereichsübergreifenden und teilraum-spezifischen Ansatz aus. Daseinsvorsorge bezieht sich in Kooperationsräumen nicht nur auf stationäre, sondern auch auf mobile Angebote und legt einen besonderen Schwerpunkt auf die Verknüpfung von Angeboten und dadurch zu erreichende Synergieeffekte. Unterschiedliche Bereiche (Bildung, Grundversorgung, Gesundheitsversorgung, Mobilität) werden nicht sektoral, sondern übergreifend mit Bezug auf ihre „Lage im Raum“ betrachtet. Auf lokale Stärken und teilraum-spezifische Anforderungen wird eingegangen.
- Das Kooperationsraumkonzept erfordert lokales Engagement von Politik, Verwaltung, Wirtschaft und Bürgerschaft in einem partizipativ angelegten Entwicklungs- und Abstimmungsprozess. Darunter fällt ein gezielter Kommunikations-/Beteiligungsprozess zur Bildung langfristiger Strukturen, z. B. in Form von Workshops oder Fragebögen.
- Kooperationsräume ergänzen das Zentrale-Orte-Konzept. Sie umfassen in der Regel mehrere Gemeinden, können auch einzelne Ortsteile von Gemeinden außerhalb des Kooperationsraumes einschließen sowie – je nach regionalen Bedingungen – über Kreisgrenzen hinweg abgegrenzt werden (Einbeziehung von Gemeinden oder Ortsteilen aus dem Nachbarkreis).
- Kooperationsräume sind auf Langfristigkeit und Verbindlichkeit ausgerichtet.

## III. Kriterien zur Festlegung von Versorgungszentren

- Es sollte möglichst nur ein zentrales Versorgungszentrum innerhalb eines Kooperationsraumes bestimmt werden, welches zumindest eine Grundversorgung mit Angeboten der Daseinsvorsorge und Gütern des täglichen Bedarfs vorhält und die anderen Gemeinden bzw. Ortsteile mit versorgen kann (in ortsfester oder flexibler Form). Je nach Größe des Kooperationsraumes und den siedlungs-, infrastrukturellen, topographischen und ähnlichen Bedingungen kann es ggf. auch mehrere

Versorgungszentren geben. Entscheidend ist, dass jedes Versorgungszentrum für sich möglichst viele (wirtschaftlich) tragfähige Angebote der Daseinsvorsorge und Nahversorgung bündelt.

- Bei der Wahl der Versorgungszentren ist darauf zu achten, dass Defizite in der Versorgung je nach Zuständigkeit durch Entscheidungen der öffentlichen oder privaten Träger perspektivisch ausgeglichen werden können (z. B. durch Neubau und/oder Verlagerung von Einrichtungen; wirtschaftliche Anreize für private Träger etc.).
- Um Bündelungsvorteile zu nutzen und die Auslastung des Angebots zu stärken, sollte sich die künftige Siedlungsentwicklung auf das möglichst fußläufig erreichbare Umfeld des Versorgungszentrums konzentrieren lassen.
- Das Versorgungszentrum verfügt möglichst über einen ÖPNV-Knoten und ist an den überregionalen ÖV und die (Mittel-)Zentren angebunden (Ziel: mindestens im 2-Stunden-Takt).
- Falls mehrere potenzielle Versorgungszentren in einem Kooperationsraum infrage kommen, sollten zusätzliche quantitative und qualitative Entscheidungskriterien zur Anwendung kommen.

Beispielsweise

- können vergleichbare Infrastrukturen an einem Ort mehrfach vorhanden sein<sup>1</sup>,
- kann an einem Ort zusätzlich ein höherwertiges Angebot vorhanden sein<sup>2</sup>,
- trägt die Bevölkerungsentwicklung entscheidend zur Tragfähigkeit der jeweiligen Infrastrukturen mit bei<sup>3</sup>.

Insgesamt ist also nicht nur der Status-Quo für die Tragfähigkeit eines Versorgungszentrums von entscheidender Bedeutung, sondern auch die künftige Entwicklung sowie ggf. regionale Sonderfaktoren.

#### IV. Kriterien für die Abgrenzung von Kooperationsräumen

Unterschiedliche Größen/Zuschnitte der Kooperationsräume sind denkbar, solange folgende Abgrenzungskriterien berücksichtigt werden:

- Die Einwohnerzahl und ihre Entwicklung innerhalb eines Kooperationsraumes ist für die Funktionsfähigkeit eines Versorgungszentrums eine Orientierungsgröße. Das Festlegen einer bestimmten Mindesteinwohnerzahl je Kooperationsraum erscheint in der Praxis jedoch schwierig, angesichts der für unterschiedliche Infrastrukturen völlig unterschiedlichen Einzugsbereiche und der damit verbundenen Tragfähigkeiten. Grundlage für die Berechnung des Bevölkerungsumfangs ist die kleinräumige Bevölkerungsprognose.
- Vorhandene Infrastrukturen für Daseinsvorsorge und Nahversorgung inklusive potenzieller Ergänzungsmöglichkeiten (Angebotslücken schließen)
- Bestehendes Verkehrs-/Mobilitätsnetz: Im Kooperationsraum sind bzw. werden alle Gemeinden über (flexible) Mobilitätsangebote an ein Versorgungszentrum angebunden.
- Räumlicher Kontext
- Bestehende Kooperationen und Kooperationsbedarf
- Zugehörigkeitsgefühl der Bevölkerung
- Regionale Sonderfaktoren

---

<sup>1</sup> Z.B. zwei Grundschulen oder zwei Lebensmittelgeschäfte

<sup>2</sup> Z.B. eine weiterführende Schule, ein Theater oder ein Facharzt(zentrum)

<sup>3</sup> Z.B. ist die Entwicklung der Schülerzahlen entscheidend für die zukünftige Tragfähigkeit der Schulstandorte, und das Alter der behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist entscheidend für die zukünftige Tragfähigkeit der Arztpraxen.

## V. Vorgehen zur Abgrenzung der Kooperationsräume und Auswahl der Versorgungszentren

Die kleinräumige Bevölkerungsentwicklung soll ein Hilfsmittel sein, um den künftigen Bedarf und die Tragfähigkeit von Infrastrukturen der Daseinsvorsorge im Kooperationsraum besser abschätzen zu können. Erfahrungsgemäß können Infrastrukturen im Gegensatz zu Mobilitätsangeboten (Liniennetz, Fahrzeiten, Haltepunkte, flexible Angebote etc.) weniger leicht angepasst, ergänzt oder verlegt werden. Somit haben sie in diesem Prozess eine gewisse präjudizierende Wirkung. Neben der reinen Datenanalyse spielen auch die sogenannten weichen Faktoren in dem Abgrenzungsprozess der Kooperationsräume und Versorgungszentren eine wichtige Rolle und sind unbedingt zu berücksichtigen. Nach der Bestandserhebung und somit „Abbildung des Ist-Zustands“ in der Modellregion erfolgt also die Prüfung weiterer Kriterien, die Einfluss auf die Ausgestaltung der Kooperationsräume und Versorgungszentren haben können. Auf dieser Basis können im Anschluss die Ableitung eines Kooperationsraumkonzepts sowie die Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie und Anwendung in ausgewählten Piloträumen erfolgen. Diese Vorgehensschritte werden im Folgenden näher erläutert:

### 1. Bestandsaufnahme

- a. Erhebung der in den Gemeinden und Ortsteilen vorhandenen Angebote der Daseinsvorsorge und Nahversorgung, deren Quantitäten und Qualitäten (möglichst in Anlehnung an das Piktogramm des Pilotprojekts im Kreis Nordfriesland) sowie ggf. weiterer regional bedeutsamer Infrastrukturen,
- b. Erhebung der aktuellen Verkehrsangebote der Gemeinden bzw. der Ortsteile (zentrale PKW-Verkehrsachsen im Straßennetz, das ÖPNV/SPNV-Liniennetz inklusive Angebotsdichte mit linienbezogenen und flexiblen Mobilitätsangeboten, wichtige Quelle-Ziel-Verbindungen, Erreichbarkeit des nächsten (Mittel-)Zentrums etc.),
- c. Analyse von wichtigen räumlichen Orientierungen der Bevölkerung hinsichtlich bestimmter Infrastrukturen (z. B. Aktionsräume, Pendlerverflechtungen, Einzugsbereiche der Schulen und Einkaufszentren),
- d. Erhebung der bestehenden öffentlichen und möglichst auch privaten Kooperationen im Bereich der Daseinsvorsorge, Nahversorgung und Mobilität (auch Gemeinde- und Verwaltungskooperationen, Vereine) und des entsprechenden Bedarfs,
- e. Analyse des Zugehörigkeitsgefühls der Bevölkerung (Heimat, Vereinsfeste, Ehrenamt, frühere Gemeindezugehörigkeit, Kirche etc.),
- f. Darstellung der räumlichen Kontexte der Gemeinde bzw. des Ortsteils (Nähe zu Nachbargemeinden, Verflechtungen mit dem nächsten (Mittel-)Zentrum sowie geografische Zäsuren etc.),
- g. Regionale Sonderfaktoren.

### 2. Identifizierung „zukunfts-fester“ Versorgungszentren

Identifizierung der Gemeinden bzw. Ortsteile, die als Versorgungszentren in Frage kommen, da sie aufgrund der kleinräumigen Bevölkerungsentwicklung auch in Zukunft eine gewisse Stabilität erkennen lassen, eine regional zu definierende Grundausstattung mit Angeboten der Daseinsvorsorge, Nahversorgung und Mobilität aufweisen und diese Angebote mit dem Ziel der Bündelung durch öffentliche bzw. private Träger ergänzungsfähig sind. Bei mehreren potenziellen Versorgungszentren erfolgt die Anwendung der o. g. quantitativen und qualitativen Entscheidungskriterien sowie die Berücksichtigung der künftigen Entwicklungen und ggf. regionalen Sonderfaktoren.

### **3.1 Identifizierung und Zuordnung der Gemeinden bzw. Ortsteile um ein Versorgungszentrum herum, die zusammen einen Kooperationsraum bilden**

Identifizierung der Gemeinden bzw. Ortsteile, die dem jeweiligen Versorgungszentrum zugeordnet werden können und zusammen mit dem Versorgungszentrum einen möglichst langfristig tragfähigen Kooperationsraum bilden, unter besonderer Berücksichtigung u. a. folgender potenzieller Einflussfaktoren:

- a. Anbindung der Gemeinde und Ortsteile an das Versorgungszentrum,
- b. bestehende öffentliche und möglichst auch private Kooperationen im Bereich der Daseinsvorsorge, Nahversorgung und Mobilität,
- c. Zusammengehörigkeitsgefühl der Bevölkerung,
- d. räumliche Orientierungen der Bevölkerung hinsichtlich bestimmter Infrastrukturen,
- e. räumliche Kontexte der Gemeinde bzw. des Ortsteils und
- f. regionale Sonderfaktoren.

### **3.2 Gegenüberstellung und Abgleich des Kooperationsraumkonzepts mit dem vorhandenen und künftig leistbaren Verkehrsangebot**

Überprüfung des ÖPNV-Netzes und der Mobilitätsangebote daraufhin, ob und wie sie ggf. an die Kooperationsräume und Versorgungszentren angepasst werden müssen und welche künftigen Mobilitätsangebote leistbar sind. Im Einzelfall kann es sein, dass sich aus dem ÖPNV-Netz und den Mobilitätsangeboten unveränderliche Rahmenbedingungen ergeben, die den Zuschnitt der Kooperationsräume und die Festlegung von Versorgungszentren beeinflussen und dort entsprechende Anpassungen erfordern (iteratives Vorgehen). Anschließend erfolgt die Feinjustierung des Kooperationsraumkonzepts, der Versorgungszentren und des Mobilitätskonzepts.

### **4. Entwurf des Kooperationsraum- und Mobilitätskonzepts**

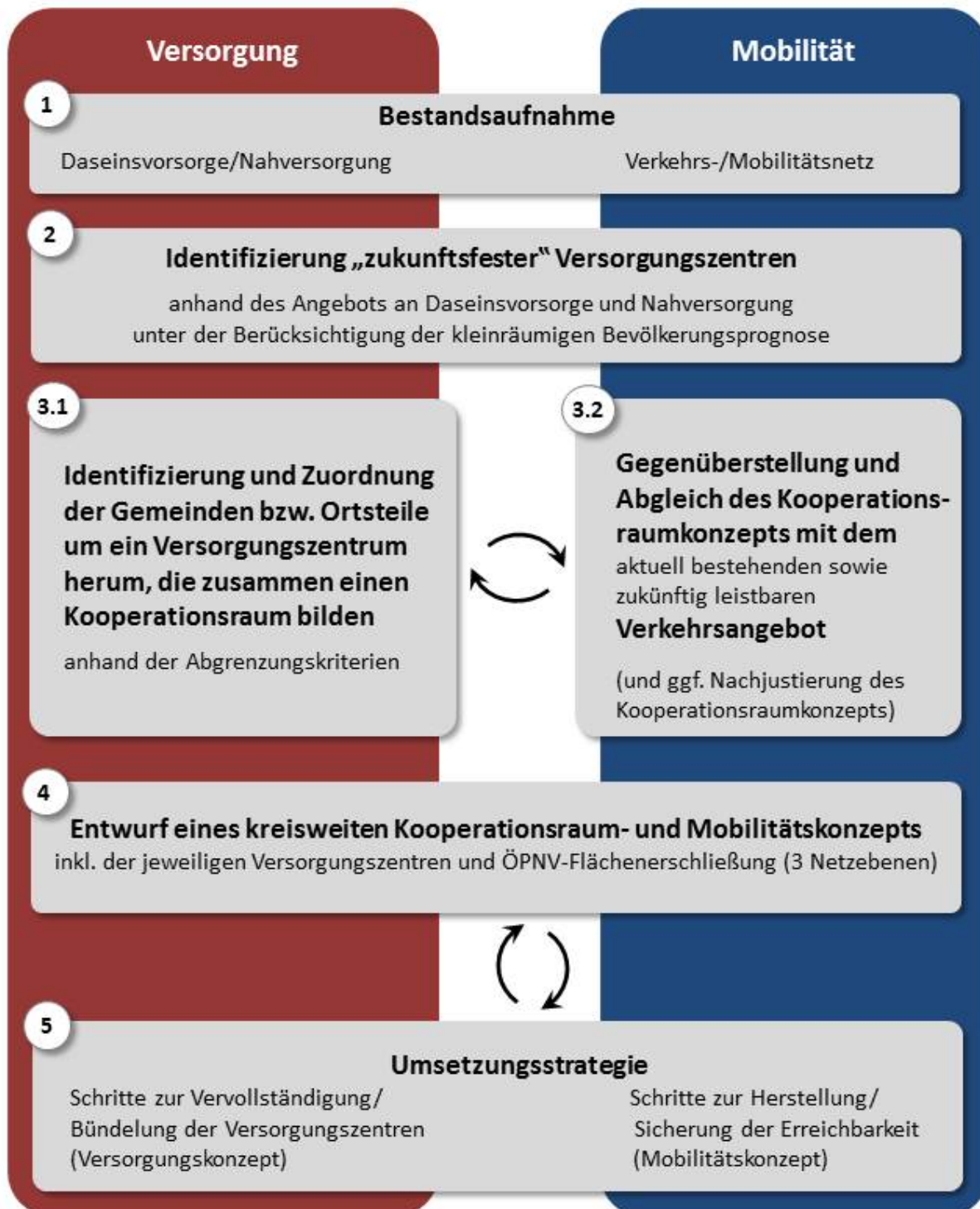
Ableitung des Kooperationsraum- und Mobilitätskonzepts mit Abgrenzung der einzelnen Kooperationsräume und Festlegung der Versorgungszentren.

### **5. Erarbeitung einer Umsetzungsstrategie, mit der**

- a. schrittweise die Versorgungszentren in ihrer Angebotsstruktur vervollständigt werden (= Versorgungskonzept), sowie
- b. die Erreichbarkeit der Versorgungszentren innerhalb des Kooperationsraums und die Verkehrsanbindung der Versorgungszentren an das nächste (Mittel-)Zentrum abgesichert wird (= Mobilitätskonzept, mit 3 hierarchischen Netzebenen).

Die Umsetzungsstrategie sollte sich auf die gesamte Modellregion ausrichten. Die konkrete Umsetzung kann jedoch zunächst in ausgewählten Piloträumen beginnen (Stufenkonzept).

## Ablaufschema für die Erarbeitung eines integrierten Kooperationsraum- und Mobilitätskonzepts



→ Integriertes Kooperationsraum- und Mobilitätskonzept