

**Demographische Transformationsprozesse und Nahversorgung in
ländlichen Räumen - Entwicklungsperspektiven in Deutschland und
Finnland**

Kumulative Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Geographie
der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Florian Warburg

aus Hofgeismar

Marburg an der Lahn 2015

Vom Fachbereich Geographie (Fachbereich 19) der Philipps-Universität Marburg als
Dissertation am 17.02.2015 angenommen.

Erstgutachter: Prof. Dr. Markus Hassler (Philipps-Universität Marburg)

Zweitgutachter: PD Dr. Karl Martin Born (ISPA, Universität Vechta)

Die Disputation erfolgte am 17.04.2015 am Fachbereich Geographie (Fachbereich 19)
der Philipps-Universität Marburg.

Hochschulkennziffer: 1180

**Demographische Transformationsprozesse und Nahversorgung in
ländlichen Räumen - Entwicklungsperspektiven in Deutschland und
Finnland**

Florian Warburg

Marburg an der Lahn 2015

Nahversorgung ist ein Stück Lebensqualität.

– Horst Knapp

Anmerkungen:

a) Aus Gründen der Lesbarkeit wird in der vorliegenden Arbeit stets die maskuline Form verwendet. Die feminine Form ist selbstverständlich mit eingeschlossen.

b) Die Zitierweise sowie die Formatierung der Literaturverzeichnisse jener Kapitel, welche Artikel enthalten, richten sich nach den Anforderungen der jeweiligen Zeitschrift und wurden so beibehalten. Die Zitierweise sowie das Literaturverzeichnis der übrigen Kapitel sind davon leicht abweichend, jedoch in sich einheitlich formatiert worden. Die Abbildungen und Tabellen wurden einheitlich durchnummeriert.

I. Inhaltsverzeichnis	
I. INHALTSVERZEICHNIS.....	I
II. ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS.....	III
III. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	IV
1. EINLEITUNG	1
1.1. STAND DER FORSCHUNG	4
1.2. FRAGESTELLUNGEN.....	6
1.3. AUFBAU DER ARBEIT.....	7
2. AUSWIRKUNGEN DES DEMOGRAPHISCHEN WANDELS AUF DIE VERSORGUNG IN LÄNDLICHEN RÄUMEN – EIN ANALYSERAHMEN.....	9
2.1. DEMOGRAPHISCHER WANDEL IN EUROPA – DEFINITION, MODELL UND THEORIE	9
2.2. LÄNDLICHE RÄUME ALS UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	15
2.3. VERÄNDERUNGEN DER VERSORGUNGSSTRUKTUREN UND DEREN ZUGANG	19
3. BEVÖLKERUNGSDYNAMIKEN IM EUROPÄISCHEN KONTEXT	27
4. FORSCHUNGSDESIGN.....	35
4.1. AUSWAHL DER UNTERSUCHUNGSREGIONEN	36
4.2. METHODEN DER EMPIRISCHEN HUMANGEOGRAPHIE.....	38
4.3. DATENERHEBUNG.....	39
5. KONSEQUENZEN DES DEMOGRAPHISCHEN WANDELS FÜR DEN LÄNDLICHEN RAUM: ALTERNATIVE KONZEPTE ZUR NAHVERSORGUNG AUFGEZEIGT AN DER REGION NORDHESSEN	42
5.1. EINLEITUNG.....	42
5.2. DER DEMOGRAPHISCHE TRANSFORMATIONSPROZESS UND SEINE AUSWIRKUNGEN AUF DIE NACHFRAGE.....	43
5.3. BEVÖLKERUNGSDYNAMIK UND NAHVERSORGUNG IM LÄNDLICHEN RAUM NORDHESSENS	45
5.3.1. <i>Der Dorfladen</i>	47
5.3.2. <i>Aktive Nachbarschaftshilfe und weitere Alternativen</i>	50
5.4. FAZIT	51
5.5. LITERATUR	53

6. POLEN, DEUTSCHLAND UND ZURÜCK – TRANSNATIONALE PFLEGELÖSUNGEN ALS REAKTION AUF DIE KONSEQUENZEN DES DEMOGRAPHISCHEN WANDELS IN EUROPA	58
6.1. EINLEITUNG	59
6.2. WANDEL DER ANGEBOTS- UND NACHFRAGESTRUKTUREN IN DER PFLEGEVERSORGUNG	60
6.3. DISKREPANZEN ZWISCHEN ANGEBOT UND NACHFRAGE BEI DER PFLEGEVERSORGUNG	64
6.3.1. <i>Gesellschaftlicher Wandel, Bevölkerungsdynamik und Pflegebedarf</i>	64
6.3.2. <i>Politische und rechtliche Einflüsse</i>	67
6.4. ZUGANG ZUR PFLEGEVERSORGUNG MITHILFE DER BETREUUNGSDIENSTLEISTERINNEN	68
6.4.1. <i>Zunehmende Mobilität, Transmigration und Kommunikation</i>	68
6.4.2. <i>Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung</i>	70
6.4.3. <i>Kompatibilität, Organisation und Ausgestaltung</i>	73
6.4.4. <i>Erschwinglichkeit von Pflegeleistungen</i>	76
6.5. FAZIT	78
6.6. LITERATUR	80
7. VERÄNDERUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG IN LÄNDLICHEN RÄUMEN AM BEISPIEL DER REGION SÜD-SAVO, FINNLAND.....	85
7.1. EINLEITUNG	86
7.2. VERÄNDERUNGEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG – EINFLÜSSE UND REAKTIONEN.....	88
7.3. DYNAMIKEN DER GESUNDHEITSVERSORGUNG AUFGEZEIGT AM FALLBEISPIEL SÜD-SAVO.....	93
7.4. FAZIT UND AUSBLICK	108
7.5. LITERATUR	110
8. ZUSAMMENFASSUNG, DISKUSSION UND AUSBLICK	114
9. SUMMARY	131
LITERATURVERZEICHNIS ZU DEN KAPITELN 1-4, 8-9	134
APPENDIX I	145
APPENDIX II.....	149

II. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über demographische und soziale Charakteristika europäischer Gesellschaften in Bezug auf die demographischen Übergänge	14
Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung: EU28, Deutschland und Finnland (1960-2010)	27
Tabelle 3: Natürliche Bevölkerungsbewegung in Deutschland (1960-2010)	28
Tabelle 4: Natürliche Bevölkerungsbewegung in Finnland (1960-2010)	28
Tabelle 5: Lebenserwartung und Gesamfruchtbarkeitsrate (TFR) ausgewählter EU-Mitgliedstaaten	30
Tabelle 6: Interviewpartner	40
Tabelle 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege	67
Abbildung 1: Bevölkerungsdichte, Bevölkerungszahlen und Prognose bis 2050 in Europa.....	29
Abbildung 2: Altenquotient und dessen Prognose für die europäischen Staaten bis 2050.....	31
Abbildung 3: Bevölkerungsdichte in Deutschland 2013 (NUTS-3 Regionen – Kreisebene).....	32
Abbildung 4: Bevölkerungsdichte in Finnland 2013 (NUTS-3 Regionen – Maakunta).....	34
Abbildung 5: Untersuchungsregion Süd-Savo, Finnland	36
Abbildung 6: Untersuchungsregion Nordhessen, Deutschland.....	37
Abbildung 7: Zentrale Orte und Mittelbereiche in Nordhessen	46
Abbildung 8: Dimensionen zur Bestimmung der Art der Pflegearrangements.....	63
Abbildung 9: Pflegebedürftige nach Art der Unterbringung und Einordnung nach Pflegestufen	66
Abbildung 10: Administrative Gliederung Finnlands – Untersuchungsregion Süd-Savo.....	97
Abbildung 11: Altersstruktur der Bevölkerung in Finnland und Süd-Savo (%) im Jahr 2013 ...	99

III. Abkürzungsverzeichnis

BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung

EU – Europäische Union

Eurostat – Statistisches Amt der Europäischen Kommission

EW – Einwohner

GG – Grundgesetz

INSEE – *Institut national de la statistique et des études économiques*

km² - Quadratkilometer

LEH - Lebensmitteleinzelhandel

NUTS – *Nomenclature des unités territoriales statistiques (frz.)* (Systematik der räumlichen statistischen Gebietseinheiten)

OECD – Organisation für europäische wirtschaftliche Zusammenarbeit

TFR – *total fertility rate (engl.)* (Gesamtfruchtbarkeitsrate)

1. Einleitung

In Europa sind gegenwärtig Bevölkerungsphänomene zu beobachten, die ein großes politisches und mediales sowie wissenschaftliches Interesse und vor allem eine zunehmende Brisanz mit Fokus auf deren Auswirkungen aufkommen lassen (Meyer 2014; Bjarnason 2014). Wesentliche Bezüge werden zur wirtschaftlichen Entwicklung hergestellt. So heißt es beispielhaft in einem F.A.Z.-Artikel „Deutschland schrumpft, Demographie bremst Wachstum“ (Pennekamp 2014: o.S.). Nicht nur in Deutschland befinden sich die Fertilitätsraten mit 1,38 (2013) auf einem sehr niedrigen Niveau, auch in anderen Staaten Europas sind diese weit unter dem Bestandserhaltungsniveau¹ von 2,1 Kindern pro Frau anzusiedeln (Eurostat 2014). So auch in Portugal, wo mithilfe von monetären Anreizen versucht wird, diesen sehr geringen Fertilitätsraten (2013: 1,28) entgegenzuwirken (Loureiro 2013: o.S.).

“What makes this situation even more surprising is the total absence of policies to deal with this reality. We have reached this point due to policies which strongly penalise and attack families with children, be it in taxes, housing, employment and in the long working hours of both parents”,

konstatiert Ana Poiães Madura Cid Gonçalves, Generalsekretärin der *associação portuguesa famílias numerosas* (Portugiesische Vereinigung für Großfamilien) (De Beer 2012). In anderen Staaten Europas ist die Situation bezüglich der Bevölkerungszahlen eine andere, da nicht – wie im Fall von Deutschland, den südeuropäischen, den baltischen oder den Balkanstaaten – von einer sinkenden Bevölkerungszahl auszugehen ist.

Das Thema Migration ist vor dem Hintergrund einer sich verändernden Bevölkerungsstruktur und -zahl ein zunehmend wichtiges, bewirkt jedoch nicht nur positive Reaktionen. So wird zum Beispiel in Großbritannien seitens der Regierung versucht die Nettozuwanderung zu reduzieren. Premierminister David Cameron wollte diese auf unter 100.000 Personen pro Jahr limitieren. Aktuelle Werte zeigen jedoch, dass die Zahlen mit annähernd einer viertel Million (243.000 in 2013) weit überstiegen wurden (Ford 2014). Gleichzeitig meldet das Statistische Bundesamt für Deutschland die höchsten Zuwanderungsraten seit Anfang der 1990er Jahre. Mit über 1,2 Mio. Zuzügen und nur etwa 800.000 Fortzügen, ergibt sich „für 2013 ein

¹ Bestandserhaltungsniveau: „Es handelt sich hier um ein sog. Periodenmaß, das fiktiv die durchschnittliche Geburtenzahl angibt, die Frauen im Laufe ihres Lebens hätten, wenn 30 Jahre lang die altersspezifischen Geburtenhäufigkeiten des Beobachtungsjahrs konstant blieben“ (Höhn & Störtzbach 1994: 199).

Wanderungsüberschuss von 437.000 Personen – dies ist ebenfalls der höchste Wert seit 1993“ (Conrad 2014: o.S.). In Frankreich werde die Bevölkerungszahl laut Prognosen des INSEE² bis 2060 insgesamt zunehmen, nichtsdestotrotz ist die demographische Alterung auch dort unaufhaltsam. Der Anteil älterer Menschen werde bis 2060 merklich steigen, egal welches Szenario als Berechnungsgrundlage angenommen werde (*Vie Publique* 2010). Auch in Finnland diskutieren Vertreter der Wirtschaft und der Politik über steigende Lebenserwartung und damit verbunden die steigenden Ausgaben im Renten- und Sozialsystem (Elonen 2014). Diese prägnanten Pressemeldungen verweisen allgemein auf die Herausforderungen, die mit den Bevölkerungsdynamiken einhergehen und verweisen auf relevante Merkmale, wie der Fertilität und Natalität, Mortalität und Lebenserwartung sowie Wanderungsvorgänge.

Die Bevölkerungszahlen und -strukturen verändern sich fortwährend – dies ist keine neue Erkenntnis (Gans 2008) – jedoch sorgen niedrige und sinkende Geburtenraten sowie eine steigende Lebenserwartung für eine langfristige Verschiebung der Bevölkerungszusammensetzung, die allgemein als Paradigmenwechsel vom Wachsen zum Schrumpfen oder im wirtschaftsgeographischen Diskurs als *slow-burn changes* bezeichnet werden (vgl. Ragnitz 2008; Höhn & Störtzbach 1994). Zudem bewirken räumliche Bevölkerungsbewegungen eine Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur und können somit wiederum den Verlauf der natürlichen Bevölkerungsentwicklung stark beeinflussen. Als wesentlich ist außerdem festzuhalten, dass gerade bei kleiner werdender Betrachtungsebene die Veränderung durch Migrationsprozesse zunimmt (Gans 2008). Vor allem die Bevölkerungszusammensetzung beziehungsweise Altersstruktur ist als wichtige Determinante zu benennen, da sich künftige soziale Entwicklungen und daraus resultierende sozialpolitische Handlungsempfehlungen ableiten lassen (Höhn & Störtzbach 1994).

In Europa finden sich grundsätzlich keine homogenen räumlichen oder demographischen Strukturen. Vielmehr stellen sich die Regionen heterogen dar und die Entwicklungen verlaufen auf regionaler oder gar lokaler Ebene äußerst fragmentiert in Bezug auf ungleiche Mortalitäts- (vgl. Leon 2011), Fertilitäts- (vgl. Kertzer et al. 2009) und Migrationsmuster (vgl. Mouhoud & Oudinet 2010). Die Bevölkerungsdynamiken und deren Auswirkungen finden auf unterschiedlichen Maßstabsebenen im Raum statt.

² INSEE: *Institut national de la statistique et des études économiques*

Auch in verschiedenen Raumkategorien herrschen unterschiedliche Dynamiken, das heißt in urbanen Räumen vollziehen sich Veränderungen in der Bevölkerungszahl und -struktur und damit in der Nachfrage sowie dem Angebot relevanter Versorgungsstrukturen (Jakubowski 2006). Gleiches gilt für die ländlichen Räume.

Da die demographische Alterung mit der tendenziell höheren Abwanderung aus ländlichen Räumen einhergeht (Pinilla et al. 2008), richtet sich der Fokus auf diese Raumkategorie. Hinzu kommt die Tatsache, dass mit steigender Lebenserwartung das Morbiditätsrisiko und Prävalenzen bestimmter alters- und zivilisationsbedingter Krankheiten zunehmen und sich damit auch die Nachfrage nach Versorgung verändert (Höhn & Störtzbach 1994). Auch die Nahversorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfes ist Veränderungen unterworfen, die sich aus dem Wandel der Bevölkerungszahl und Altersstruktur ergeben. Diese Veränderungen sind der Grund, weshalb sich die vorliegende Arbeit auf die Untersuchung der Reaktionen auf die Auswirkungen des demographischen Wandels in Bezug auf die Sicherstellung von Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen konzentriert.

Gegenwärtige Diskussionen im Kontext der ländlichen Räume beschäftigen sich intensiv mit versorgungsrelevanten Teilaspekten, deren Veränderungen als Konsequenz des demographischen Wandels gesehen werden können (Greuter & Schilliger 2009; Montén & Thum 2009; Moseley & Owen 2008). Ausgehend von der Annahme, dass Menschen ihre Grundbedürfnisse befriedigen wollen, kommt den Grunddaseinsfunktionen eine immense Bedeutung zu. Der Begriff der Grunddaseinsfunktionen geht auf die Arbeiten von Partzsch (1964) zurück, die später auch in der deutschen Raumordnung Anwendung fanden. Neben dem sogenannten biosozialen Funktionskreis³ werden sechs weitere Bereiche oder Funktionskreise definiert, die menschliches Handeln in raumwirksamer Weise manifestieren. Dazu gehören „wohnen“, „arbeiten“, „sich versorgen“, „sich bilden“, „sich erholen“ und „verkehren“, die allesamt bestimmte Raumansprüche aufweisen und im Raum verortet werden können (Ruppert & Schaffer 1969: 28f.). In aktuellen Arbeiten wird im Gegensatz zu den Grunddaseinsfunktionen im deutschsprachigen Raum von Daseinsvorsorge gesprochen (Jakubowski 2006). Exemplarisch führt Neu (2009: 9) an, dass hierbei vor allem die öffentlichen „infrastrukturellen Daseinsvorsorgebereiche (beispielsweise Verkehr, Bildung, medizinische Versorgung, Energie)“ gemeint sind.

³ Der biosoziale Funktionskreis umfasst auch „in Gemeinschaft leben und sich fortpflanzen“ (Ruppert & Schaffer 1969: 28f.).

Diesem ist gemein, dass die Infrastrukturgüter seitens des Staates zur Verfügung gestellt werden. Grundsätzlich wird von *public services* oder *publicly provided goods* (Montén & Thum 2009) gesprochen, wohingegen im internationalen und europäischen Kontext der Begriff der *services of general interest* (Dienstleistungen von allgemeinem Interesse) Verwendung findet (Constantin et al. 2013; Neu 2009; Scott 2000). Im Kern geht es jedoch bei all diesen Konzepten und Begriffen um die Bereitstellung von Versorgungsinfrastrukturen seitens des Staates, die durch Steuergelder finanziert werden. Dies schlägt sich in Deutschland beispielsweise in der „Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse“ (Art. 72 Abs. 2 GG⁴) nieder, die als politische Forderung aus dem Grundgesetz abgeleitet wird (vgl. Grabski-Kieron & Stinn 2011; Neu 2009). Dieses „Gleichwertigkeitspostulat“ wird gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen im Gesundheitswesen, beispielsweise Ökonomisierung der Pflege, Mangel an Hausärzten in ländlichen Gebieten oder Privatisierung von Krankenhäusern, in Frage gestellt (vgl. Grabski-Kieron & Stinn 2011: 51).

1.1. Stand der Forschung

Wissenschaftliche Diskurse zu Bevölkerungsdynamiken in ländlichen Räumen werden in verschiedenen Themenfeldern geführt. So sind die ökonomische Entwicklungen und die Veränderungen des Arbeitsmarktes (Lee & Mason 2010), Fragen der Gesundheits- und Pflegeversorgung (Cirkel & Juchelka 2007) und Debatten, die die Sicherung und Aufrechterhaltung der Sozial- und Rentensysteme aufgreifen (Walker & Meltby 2012), Gegenstand aktueller Abhandlungen. Darüber hinaus werden themenübergreifende Fragestellungen bearbeitet, die eine Fokussierung auf demographische Eigenheiten bestimmter Raumkategorien oder die räumlichen Bezüge außer Acht lassen (Prettner 2013; Terluin 2003). Schließlich greifen theoretische Veröffentlichungen bestimmte Versorgungsbereiche auf, zeigen die Relevanz gewisser vorherrschender Konzepte (Obrist et al. 2007) oder analysieren die Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Lebensmitteleinzelhandel (Trebbin et al. 2013) oder auf die Gesundheitsversorgung regionsspezifisch-empirisch (Farmer et al. 2010).

⁴ (2) Auf den Gebieten des Artikels 74 Abs. 1 Nr. 4, 7, 11, 13, 15, 19a, 20, 22, 25 und 26 hat der Bund das Gesetzgebungsrecht, wenn und soweit die Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse im Bundesgebiet oder die Wahrung der Rechts- oder Wirtschaftseinheit im gesamtstaatlichen Interesse eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich macht (Grundgesetz Artikel 72).

Dabei lassen diese jedoch einen synthetischen Ansatz vermissen, der aus konzeptioneller Weiterentwicklung durch Anpassung an verschiedene Versorgungsbereiche bei gleichzeitig empirischer sowie auf bestimmte regionale Besonderheiten eingehende Herangehensweise besteht (Kuhlicke & Petschow 2005). Zudem manifestiert sich in einigen Arbeiten eine Reduzierung der Teilaspekte des demographischen Wandels vor allem auf die Alterung der Gesellschaft (Walsh & O'Shea 2008), ohne dabei die Gesamtheit der Bevölkerungsphänomene zu berücksichtigen. Einige wenige Ansätze einer simultanen Analyse von verschiedenen Versorgungsbereichen im Kontext des demographischen Wandels in ländlichen Räumen zeigen Mosley & Owen (2008) sowie Franz & Trebbin (2010) auf konzeptioneller Ebene. Des Weiteren werden Modellvorhaben und -projekte aufgezeigt, die der Sicherung der ländlichen Nahversorgung dienen können (Kuhlicke et al. 2005). Einerseits ergeben sich Forschungsdefizite im Bereich der Auswirkungen der Bevölkerungsdynamiken auf die Nahversorgung, wie auch Kuhlicke et al. (2005) verdeutlichen.

„Die Nahversorgung der Bevölkerung stellt für Deutschland insgesamt ein mittlerweile weithin vernachlässigtes Forschungsthema dar“ (Kuhlicke et al. 2005: 12).

Auf der anderen Seite bilden die ländlichen Räume den Schauplatz der demographischen Alterungsprozesse und Abwanderung. Diese Prozesse und deren Konsequenzen für die Versorgungsstrukturen hatten in der bisherigen Debatte kaum Relevanz beziehungsweise sind defizitär untersucht worden. So stellen auch Trebbin et al. (2013: 139) fest, dass

„besonders die ländlichen und peripheren Bereiche von demographischem Wandel und Abwanderung betroffen sind [und] Ländliche Räume und die Nahversorgungssituation in diesem Raumtyp [...] in der Wissenschaft wenig beachtet [werden]“.

Schließlich gibt es Wissensdefizite im Bereich der Anpassungsstrategien und Reaktionen verschiedener Akteure auf die Veränderungen, die nach Born (2009: 150) „in den Kontext der demografischen Entwicklung in ländlichen Räumen“ eingebettet werden müssen.

1.2. Fragestellungen

Deshalb soll diese Arbeit dazu beitragen, detailliertes Wissen über die Auswirkungen aktueller Bevölkerungsprozesse in ländlichen Räumen auf die Versorgungsstrukturen zu generieren. Eine systematische Analyse der Auswirkungen des demographischen Wandels wird empirisch fundiert dargelegt. Ziel dieser Arbeit ist es zudem, Zugangsdimensionen zu den Versorgungsstrukturen sowie deren Relevanz zu analysieren und die Reaktionen der Akteure auf die Veränderungen zu erforschen. Es lassen sich übergeordnete Forschungsfragen identifizieren, die sich aus den Forschungslücken gegenwärtiger Diskussionen ableiten lassen:

- Welche Auswirkungen hat der demographische Wandel auf die Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen?
- Welche Reaktionen rufen die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen hervor, um diesen Prozessen zu entgegnen?

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, bedarf es einer Konzeptentwicklung. Hierbei wird ein systematischer Ansatz zur Erfassung von gesellschaftlichen Wandlungsprozessen und Bevölkerungsdynamiken in ländlichen Räumen vorausgesetzt. Dieses Forschungskonzept muss darüber hinaus die wissenschaftlichen Debatten um die Bevölkerungsdynamiken mit ihren Besonderheiten in ländlichen Räumen mit Ansätzen der Analyse von Versorgungsstrukturen verbinden. Zudem wird ein synthetischer Ansatz zur Analyse des Zugangs zu unterschiedlichen Versorgungsstrukturen konzipiert. Möglichkeiten und Handlungsspielräume der Akteure in den ländlichen Räumen müssen durch das Konzept erfasst werden. Eine empirische Fundierung des Analyserahmens erfolgt dabei entlang der einzelnen Fallstudien, wobei unterschiedliche räumliche und thematische Kontexte und die Bedeutung einzelner Einflüsse auf Angebot und Nachfrage zum tieferen Verständnis beitragen sollen. So werden Konzepte des Zugangs zu ländlicher Versorgung diskutiert, wie die Ansätze über den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen von Aday & Andersen (1974) und Penchansky & Thomas (1981), um einen Analyserahmen für die Untersuchung entwickeln zu können. Ein wesentlicher Aspekt bei der Debatte um die Nahversorgung in ländlichen Räumen ist der Zugang zu Waren, Versorgungsdiensten und -einrichtungen, seien es Güter des täglichen Bedarfs, konsumnahe Dienstleistungen oder die Gesundheits- und Pflegeversorgung.

Die theoretischen Vorüberlegungen und die Konzeption werden operationalisiert, um die empirischen Daten zu analysieren und somit die bisherigen Konzepte durch den Erkenntnisgewinn erweitert. Im Rahmen dieser Arbeit wurden deshalb folgende Leitfragen identifiziert, mit deren Beantwortung dazu beigetragen wird, die aus der eingehenden Literaturrecherche identifizierten Forschungslücken zu schließen:

- 1) Wie wirkt sich der demographischen Wandel in ländlichen Räumen in Bezug auf die sich wandelnden Nachfrage- und Angebotsstrukturen im Bereich der Nahversorgung, Gesundheits- und Pflegeversorgung aus?
- 2) Welche Dimensionen fördern oder hindern den Zugang zu ländlichen Versorgungsstrukturen und welche Bedeutung kommt den verschiedenen Zugangsdimensionen zu?
- 3) Wie reagieren Akteure in ländlichen Räumen auf die Veränderungsprozesse der Versorgungsstrukturen?

Die Leitfragen werden im theoretisch-konzeptionellen Teil aufgegriffen, eingebettet und im empirischen Teil entlang von Fallstudien beantwortet. Im theoretischen Teil dieser Arbeit werden die raumzeitlichen Entwicklungen des demographischen Wandels systematisiert und die besondere Rolle der ländlichen Räume konkretisiert. Zudem wird die Bedeutung von Versorgung als Grunddaseinsfunktion herausgestellt, um ein geeignetes Forschungsdesign für die Analyse von Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen Europas zu konzipieren.

1.3. Aufbau der Arbeit

Nach der Einleitung (Kapitel 1) und Hinführung zu den der Arbeit zu Grunde liegenden theoretisch-konzeptionellen Ansätze (Kapitel 2) folgt die Einbettung in den räumlichen Kontext der ländlichen Regionen Europas (Kapitel 3). Es schließt sich das Forschungsdesign mit der Diskussion über die Methoden aus dem Bereich der empirischen Humangeographie und die Darstellung der Untersuchungsregionen an (Kapitel 4). Die darauf folgenden Kapitel 5 bis 7 analysieren die besonderen Bevölkerungsdynamiken und gesellschaftlichen Veränderungen in ländlichen Räumen Europas und deren Auswirkungen auf Versorgungsbereiche. Die Kapitel sind entlang der Fallstudien in nationale und regionale Kontexte eingebettet, analysieren die verschiedenen Versorgungsbereiche und greifen die Leitfragen dieser Arbeit auf.

Während die ersten beiden Beiträge thematisch sowohl die Nahversorgung als auch die Pflegeversorgung in ländlichen Räumen Deutschlands analysieren (Kapitel 5 und 6), fokussiert sich der dritte Artikel auf die Dynamiken im Bereich der Gesundheitsversorgung ländlicher Räume Finnlands anhand einer Fallstudie aus Süd-Savo (Kapitel 7). Kapitel 6 und 7 operationalisieren den theoretisch-konzeptionellen Ansatz und analysieren die Bedeutung der Zugangsdimensionen. In Kapitel 8 werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst und diskutiert sowie ein Ausblick für weitere Forschungen gegeben.

2. Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen

Aus den Debatten über die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen ergeben sich wesentliche Schwachpunkte früherer Konzepte und Modelle hinsichtlich des Zugangs zu Versorgungsinfrastrukturen (Ricketts & Goldsmith 2005). Im Folgenden werden die Einflussfaktoren auf die Nahversorgung und die zu entwickelnden Dimensionen des Zugangs zu Versorgungsangeboten diskutiert und operationalisiert, um den praxisorientiert-planerischen, empirisch-analytischen sowie konzeptionell-theoretischen Funktionen eines Analyserahmens gerecht zu werden.

2.1. Demographischer Wandel in Europa – Definition, Modell und Theorie

Die folgenden Aussagen beziehen sich vor allem auf den europäischen Kontext, auch wenn der (erste und zweite) demographische Wandel als Theorie und Modell eine globale Einbettung erlaubt. Und wenn von einer zeitlichen Abfolge gesprochen werden kann, dann ist der demographische Transformationsprozess in Europa mit dem Ende des 18. und beginnenden 19. Jahrhunderts beziehungsweise zur Zeit der einsetzenden Industrialisierung gleichzusetzen (Lesthaeghe 2010). Vor dem ersten demographischen Übergang stellte sich die Situation hinsichtlich der Bevölkerungsdynamik wie folgt dar: „das Leben war kurz, es gab viele Geburten, das Wachstum war langsam und die Bevölkerung eine junge“ (Lee 2003: 167). Die Lebenserwartung der europäischen Gesellschaften in der vorindustrialisierten Zeit war nicht hoch anzusehen, vor allem aufgrund der schlechten hygienischen und medizinischen Bedingungen und häufig auftretenden Epidemien, Infektionserkrankungen sowie Hungerperioden. Die Säuglings- und Kindersterblichkeit lag auf einem hohen Niveau, wie auch die (vor allem) eheliche Fertilitätsrate von vier bis fünf Kindern pro Frau (vgl. Lee 2003). Die räumliche Mobilität befand sich auf einem sehr niedrigen Level (Zelinsky 1971). Aus den Beobachtungen der demographisch relevanten Komponenten in England und Wales Mitte des 19. Jahrhunderts und deren statistischen Erfassung wurde ein Modell erstellt. Es geht auf die Arbeiten von Thompson (1929) und Notestein (1945) aus dem frühen 20. Jahrhundert zurück. Notestein (1945: 41) war derjenige, der erstmalig von einem demographischen Wandel („*demographic transition*“) sprach.

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Das Modell des demographischen Übergangs, meist unterteilt in fünf Phasen, beschreibt dabei das Absinken der Sterbe- – und zeitlich versetzt – der Geburtenrate sowie die daraus resultierende Bevölkerungszunahme. Beide pendeln sich auf niedrigem Niveau ein und bilden die Schlussphase des Modells (Lee 2003). Hungersnöte, Epidemien und Kriege sorgten für eine grundsätzlich hohe Sterblichkeit. Verbesserungen und Fortschritt im Bereich der medizinischen Versorgung, bessere Hygienebedingungen, die Bekämpfung von Hunger und Seuchen, ein Absinken der Kindersterblichkeit und generell verbesserte Lebensbedingungen sind Gründe für eine sinkende Mortalität (Lee 2003; Kirk 1996). Weitaus schwieriger zu verstehen sind die Gründe für das Absinken der Geburtenraten beziehungsweise die Abnahme der Fertilität. Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in Kombination mit sinkenden Sterblichkeitsraten sind wesentliche Gründe für den Rückgang der Fertilitätsraten europäischer Gesellschaften (vgl. Coale 1992). Das Modell dient vor allem der Beschreibung einer idealtypischen zeitlichen Abfolge der Abnahme der Mortalität und Fertilität sowie einer Zuordnung verschiedener Bevölkerungen in eine der Phasen (Kirk 1996).

Grundsätzlich wird das Modell des demographischen Übergangs stark kritisiert, da es aus eurozentrierter Perspektive die Entwicklungen der Bevölkerung darstellt, die Phasen des Absinkens zeitlich stark variieren und der Globale Süden nicht integriert wird. Zudem besitzt das Modell geringe Theorie- und Prognosefunktionen und endete nach Phasen eines starken Bevölkerungswachstums nicht mit einer stabilen Bevölkerungszahl oder sich auf niedrigem Niveau befindlichen Fruchtbarkeitsraten, wie angenommen, sondern nahm in den meisten Industriestaaten eine negative Entwicklung (Lesthaeghe 2010). Das Absinken der Fertilität unter das Reproduktionsniveau von 2,1 Kindern pro Frau hat langfristig dazu geführt, dass die Elterngenerationen nur zu Teilen durch Kindergenerationen ersetzt und somit die Bevölkerungszahlen negativ beeinflusst wurden (siehe Tabelle 1).

Zudem ist festzuhalten, dass der demographische Übergang des 19. und frühen 20. Jahrhunderts von Bevölkerungswachstum geprägt war, wohingegen die beginnende Abnahme der Bevölkerungszahlen eine neuere Erscheinung des mittleren bis späten 20. Jahrhunderts darstellt (Gans 2008; Lee 2003; Kirk 1996). Die im internationalen Kontext bezeichnete *second demographic transition* wurde von Ron Lesthaeghe und Dirk van de Kaa in 1987 erstmalig beschrieben.

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

„Europas zweiter demographischer Übergang“ (Lesthaeghe 2010; van de Kaa 1987) resultiert aus einem Wandel von Normen und Werten, der sich vorrangig in veränderten Formen des Zusammenlebens, einem sich wandelnden generativen Verhalten beziehungsweise dem „demographisch-ökonomischen Paradoxon“ (Birg 2003: 42) manifestiert und von Coleman (2006: 402) auch als „Revolution“ bezeichnet wird. Gerade in Europa (Stockdale 2011; Reichert-Schick 2010; Küpper 2010), aber auch in Nordamerika, Australien, Asien und speziell Japan (Bloom & Finlay 2009; Lesthaeghe & Neidert 2006; Ogawa & Retherford 1993) werden die Auswirkungen des zweiten demographischen Wandels erforscht. Dieser stellt eine große Herausforderung für die postindustriellen Gesellschaften und ein globales Phänomen dar. Aus diesem Grund kommt der Beschäftigung mit der Thematik eine derartige Relevanz zu.

War der erste demographische Übergang geprägt von Bevölkerungswachstum und hatte sich auf ökonomische Umstände bezogen, hielten nun im zweiten Übergang eine regionale Bevölkerungsabnahme, demographische Alterung und soziale Einflüsse Einzug in die Debatte. Zudem werden Faktoren angeführt, die einen Wandel vom Familismus zur Selbstverwirklichung, eine fortschreitende Säkularisierung, eine Vielzahl von Familienmodellen und Formen des Zusammenlebens identifizieren (Kertzer et al. 2009). Darüber hinaus werden veränderte soziale und politische Rahmenbedingungen sowie die Zunahme der Wanderungsbewegungen als Gründe für den zweiten demographischen Wandel angesehen (vgl. Tabelle 1). Es findet sich eine Vielzahl an Definitionsversuchen, um den Begriff des demographischen Wandels zu fassen. „Sucht man nach einer möglichst präzisen Definition [...], stößt man auf ein kleines Problem: es findet sich keine, zumindest keine Nominaldefinition“ (Siedhoff 2008: 3).

Es sind im Wesentlichen jedoch fünf Hauptfaktoren und Trends, deren Zusammenspiel die Bevölkerungsstruktur und -zusammensetzung der Dienstleistungsgesellschaften verändern. Niedrige Fertilitätsraten, die in allen europäischen Staaten unterhalb des Bestandserhaltungsniveaus liegen, sorgen langfristig für eine starke Änderung der Bevölkerungszusammensetzung (Kertzer et al. 2009; van de Kaa 2006). Die vor allem auf soziale Veränderungen zurückzuführende Entwicklung der Geburtenraten ist jedoch auch vor dem Hintergrund eines wirtschaftlichen, kulturellen und technologischen Wandels zu sehen (van de Kaa 2006). Die Lebenserwartung der postindustriellen Gesellschaften steigt seit den 1950er Jahren kontinuierlich an (Lee 2003; Bickel 2001).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Dabei ist jedoch zu beachten, dass in Bezug auf die Lebenserwartung Unterschiede zwischen den Staaten und darüber hinaus innerhalb der Staaten gemacht werden müssen. So können unter anderem die Bevölkerungen in Schweden und Island eine der weltweit höchsten Lebenserwartungen aufweisen (vgl. Leon 2011). Diese Entwicklung sorgt langfristig für eine zunehmende Verschiebung der Bevölkerungsstruktur in Richtung einer alternden Gesellschaft. Dies bringt weitreichende soziale und wirtschaftliche Implikationen mit sich (Höhn & Störtzbach 1994) und löst gleichzeitig eine Veränderung der Nachfrage nach Dienstleistungsangeboten aus (Marsden 2009). Die demographische Alterung ist das Resultat der steigenden Lebenserwartung in Kombination mit Geburtenraten auf niedrigem Niveau, wodurch die Gesellschaft nicht nur absolut sondern auch relativ älter wird (Meyer 2014). So wird in der bevölkerungswissenschaftlichen Debatte von demographischer Alterung (*demographic aging*) gesprochen (Stockdale 2011; Lee 2003). Vor allem dieser Aspekt kristallisiert die Auswirkungen des zweiten demographischen Wandels heraus. Die Alterung ist der bestimmende Faktor, der als Auslöser für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit eben diesen vielschichtigen und dynamischen Prozessen des demographischen Wandels angesehen werden kann (siehe Kapitel 3).

Diese natürlichen Bevölkerungsentwicklungen stehen unter dem Einfluss von Migrationsvorgängen. Oft sind es junge oder gut ausgebildete Menschen, die ihre Heimatregionen verlassen, um auf anderen Arbeitsmärkten in den urbanen Zentren Bildungsangeboten und Jobs nachzugehen (Muilu & Rusanen 2003). Zudem zeichnen sich Tendenzen der Rückwanderung älterer Bevölkerungsgruppen (vgl. Lundholm 2012), Ruhestandswanderungen (vgl. Fassmann 2012; Kaiser 2011) und die Zunahme von Zweitwohnsitzen (vgl. Halfacree 2012; Müller 2007) in Bezug auf ländliche Räume ab. In diesem Zusammenhang wird auch von Stadt-Land-Wanderung und Counterurbanisation gesprochen (vgl. Farmer et al. 2010; Gkartzios & Scott 2009). Zu- und Abwanderung können den Verlauf der natürlichen Bevölkerungsentwicklung stark beeinflussen, denn gerade bei einer kleiner werdenden Betrachtungsebene nimmt die Veränderung durch Migrationsprozesse zu (Gans 2008). Dies hängt jedoch von Qualität und Quantität sowie den Ebenen ab, die betrachtet werden. So kann auf nationalstaatlicher Ebene durch Zuwanderung eine Balance hinsichtlich der gesamten Bevölkerungszahl hergestellt werden, wenngleich die natürliche Veränderung negativ ausfällt.

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Nichtsdestoweniger wird sich die Zusammensetzung der Bevölkerung im Gesamttraum verschieben. Auf kleinräumlicher Betrachtungsebene stellt sich die Situation stark fragmentiert und verschiedenartig dar (Gans 2008), und der demographische Wandel weist einen starken raumzeitlichen Differenzierungsgrad auf (Reichert-Schick 2010). Der Geburtenrückgang und die Alterung der postindustriellen Gesellschaften lassen einen erheblichen Zuwanderungsbedarf aufkommen, welcher aus der Versorgungsperspektive relevant ist (Meyer 2014). Folge dessen ist ein Wandel der ethnisch-kulturellen Zusammensetzung europäischer Bevölkerungen, was auch als Multiethnizität (Meyer 2014) und Internationalisierung oder Heterogenisierung (Siedhoff 2008) bezeichnet wird. In neueren Arbeiten wird deshalb auch von einem dritten demographischen Wandel gesprochen (vgl. Coleman 2006). Dabei ist jedoch noch nicht geklärt, welchen Einfluss die fortschreitenden internationalen Migrationsprozesse auf die Bevölkerungszusammensetzungen haben und ob es sich hierbei tatsächlich um einen dritten Übergang handelt. Trotzdem führt Coleman (2006) einen wesentlichen Aspekt an, der bei der Betrachtung des ersten und zweiten demographischen Wandels eine untergeordnete Rolle spielte. Bezugnehmend auf die demographische Grundgleichung ist der Faktor Migration ein immens wichtiger. Die Wanderungsvorgänge verändern die ohnehin sinkende Fertilität und verstärken somit die demographische Alterung (Pinilla et al. 2008). Tendenzen der Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen aus den ländlichen Räumen sind eine strukturelle und regionsübergreifende Veränderung (Muilu & Rusanen 2003). Die nachstehende Tabelle stellt die wesentlichen Charakteristika des demographischen und sozialen Wandels sowie migrationsrelevante Aspekte in den verschiedenen Übergängen gegenüber (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Überblick über demographische und soziale Charakteristika europäischer Gesellschaften in Bezug auf die demographischen Übergänge

(eigene Zusammenstellung, nach Omran 1971; Zelinsky 1971; Lesthaeghe & Neels 2002; Lee 2003; Muilu & Rusanen 2003; Coleman 2006; Farmer et al. 2010, Lesthaeghe 2010; Fassmann 2012; Eurostat 2014)

Charakteristik	Erster demographischer Übergang	Zweiter demographischer Übergang
Fertilitätsmuster	Abnahme der ehelichen Fertilität; abnehmendes Durchschnittsalter beim ersten Kind; mangelhafte Empfängnisverhütung; Geburtenausfälle; Abnahme der außerehelichen Fertilität; geringe Kinderlosigkeit bei Ehepaaren	weitere Abnahme der Fertilität; zunehmendes Durchschnittsalter beim ersten Kind; strukturelle Abnahme der Fertilität unter das Bestandserhaltungsniveau; Aufkommen effizienter Empfängnisverhütungsmittel; steigende außereheliche Fertilität; steigende definitive Kinderlosigkeit bei Paaren
Lebenserwartung und Krankheitsmuster	einsetzender epidemiologischer Wandel; Lebenserwartung zeigt geringes Niveau, aber steigend; sinkende Sterberaten (Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit)	besserer Gesundheitsstandards und medizinische Versorgung; Zunahme an Pflegebedarf; zunehmender Anstieg der Lebenserwartung; geringe Säuglings- und Kindersterblichkeit; Alterung der Gesellschaft; hohe Multimorbidität; Zunahme der zivilisationsbedingten und degenerativen Krankheitsmuster
Heirats- und Scheidungsmuster	Zunahme der Eheschließungen; Abnahme des Erstheiratsalters; geringes und reduziertes Zusammenleben von Paaren; geringe Scheidungsraten; hoher Grad an Wiederverheiratung	Abnahme der Eheschließungen; Zunahme des Erstheiratsalters; Zunahme des (vor-)ehelichen Zusammenlebens; Zunahme der Scheidungsrate; früher einsetzende Scheidung; Abnahme des Anteils an Wiederverheiratung
Sozialer Hintergrund	Wunsch nach Befriedigung der Grundbedürfnisse (Einkommen, Arbeitsbedingungen, Wohnung, Gesundheit, Bildung, soziale Sicherheit); Gemeinschaft als höchstes Gut; Zunahme des sozialen Zusammenhalts; starke normative und rechtliche Regelungen des Staates und der Kirche; erste Säkularisierungsbewegung; genau abgegrenzte Geschlechterrollen; geordnete Übergänge im Lebenslauf; Vernunftfehen und nur ein Familienmodell	Zunahme der Bedürfnisse höherer Ordnung (individuelle Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung, Basisdemokratie und Anerkennung, Toleranz als höchstes Gut); Loslösung aus zivilgesellschaftlichen Netzwerken, Abnahme des sozialen Zusammenhalts; zweite Welle der Säkularisierung; sexuelle Revolution; steigende Annäherung der Geschlechterrollen; finanzielle und ökonomische Unabhängigkeit der Frauen; flexible Lebenslaufgestaltung; vielfältige Lebensstile und offene Zukunft
Migrationsverhalten (national)	Zunahme der Auswanderung sowie Land-Stadt-Wanderungen	hohe Mobilität; Wandel von Aus- zu Einwanderung; Zunahme der Zirkulation und Transmigration; Zunahme internationaler Wanderungen; stärkere Einwanderung
Wanderungsmuster ländlicher Räume (regional)	Abwanderung der ländlichen Bevölkerung (international und Stadt-orientiert)	Abwanderung junger Menschen; Rückwanderung älterer Menschen (Ruhestandswanderungen); Zunahme der Stadt-Land-Wanderung, Counterurbanisation

2.2. Ländliche Räume als Untersuchungsgegenstand

Da sich die Analyse der Bevölkerungsdynamiken und gesellschaftlichen Veränderungen auf die ländlichen Räume konzentriert, wird nachstehend das Verständnis über die Begriffe, die Relevanz der Abgrenzung, eine konzeptionelle Herleitung sowie die zur Analyse bedeutsamen Unterscheidungen von ländlichen Räumen vorgenommen. Bei subnationalen Betrachtungsebenen (Regionen, Kommunen) ist anzumerken, dass die natürlichen sowie vor allem die räumlichen Determinanten der Bevölkerungsentwicklung sehr fragmentiert verlaufen. So sind es vor allem die urbanen Räume, welche von Wandervorgängen bezüglich der Quantität positiv beeinflusst werden, wohingegen die ländlichen Räume eher von Abwanderung betroffen sind (Pinilla et al. 2008). Dies hinterlässt eine Lücke in den Herkunftsregionen, vor allem der ländlichen und peripheren Räume, und führt zu einem Bevölkerungsrückgang auf der einen und einer starken (relativen und absoluten) Alterung der Gesellschaft auf der anderen Seite (vgl. Bjarnason 2014).

Da diese Dynamiken sehr heterogen und raumzeitlich differenziert stattfinden, wird der Fokus auf die stärker vom demographischen Wandel betroffenen ländlichen Räume gelegt. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem „Ländlichen“ macht es unabdingbar, dass an dieser Stelle eine Einordnung in das vorliegende Verständnis der Begriffe erfolgt. Der Versuch einer Definition des Begriffes *ländlich* ist ein andauernder und wie Muilu & Rusanen (2004: 1500) feststellen, sind die bisherigen Versuche einer allgemeingültigen „Definition der ländlichen Räume so alt, wie die Untersuchungen in eben diesen Räumen.“ Grundlegend ist festzuhalten, dass die Definitionen immer abhängig davon sind, welche Phänomene in welcher Fachrichtung diskutiert und untersucht werden (vgl. Born 2011; Halfacree 1993).

Es können Variablen und Messwerte angelegt werden, um Raumkategorien zu unterscheiden. Hierbei werden statistische Kennzahlen wie beispielsweise Bevölkerungsdichte, Migrationsvorgänge, aber auch ökonomische Merkmale herangezogen (vgl. Born 2011), die eine Unterscheidung in ländliche und urbane Räume ermöglichen sollen. Diese deskriptive Herangehensweise wird aus sozialgeographischer Sicht kritisiert. Es wird geäußert, dass abhängig von der Auswahl der Variablen andere Schwerpunkte gesetzt werden und somit den verschiedenen Intentionen einer Beschäftigung mit dem *Ländlichen* Rechnung getragen wird. So fasst Halfacree (1993: 24) zusammen, dass „deskriptive Methoden das Ländliche lediglich beschreiben, jedoch nicht definieren.“

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Demgegenüber stehen sozio-kulturelle Definitionen, die im Gegensatz zu den Kennzahlen-bezogenen Definitionsversuchen nicht den ländlichen Raum als Raumeinheit, sondern vielmehr die ländliche Gesellschaft als solche in den Fokus rücken. Hierbei werden Stadt-Land-Dichotomien angeführt, welche die eine von der anderen Kategorie unterscheiden sollen (vgl. Halfacree 1993: 25). Diese zu einfache Stadt-Land-Dichotomie wird jedoch seit den Arbeiten von Pahl (1966) diskutiert und letztlich durch den Begriff des Stadt-Land-Kontinuums (*rural-urban-continuum*) ersetzt (Born 2011; Hoggart 1990). Nichtsdestotrotz bestehen Gegensätze zwischen den ländlichen und eher stadtnahen Räumen, deren sozio-kulturelle Eigenheiten nicht in administrativen Grenzen verharren. Halfacree (1993) und Born (2011) beschäftigen sich auf konzeptioneller Ebene mit den verschiedenen Arten der Definition von ländlichen Räumen. Hierbei werden Raumtypisierungen diskutiert, Begriffe wie *das Ländliche* oder *der Raum als Örtlichkeit* angeführt sowie *das Ländliche als soziale Konstruktion* erörtert. Nicht zuletzt bleibt diese sozialwissenschaftliche Auseinandersetzung auf theoretischer Ebene stehen und verhilft nicht zur Findung einer allgemeingültigen Definition von *ländlichem Raum*.

„Den ländlichen Raum [...] gibt es nicht mehr“ postulieren Leber & Kunzmann (2006: 60) und weisen darauf hin, dass in Zeiten der Globalisierung und des demographischen Wandels nicht mehr nur *der* ländliche Raum als homogene Einheit diskutiert werden kann. Vielmehr erfahren *die ländlichen Räume* einen „Bedeutungswechsel und eine funktionale Umorientierung“ und sind in ihrer Betrachtungsweise nicht nur auf Agrarproduktion oder Tourismusaktivitäten beschränkt (Leber & Kunzmann 2006: 59). Im Kontext der Metropolisierung wird von *metropolnahen ländlichen Räumen*, *ländlichen Zwischenräumen* und *peripheren ländlichen Räumen* gesprochen. Es wird angesprochen, dass sich „diese Typisierung [in diesen drei genannten Kategorien] im Wesentlichen an der geographischen Lage sowie der Wirkung der Ausbreitungs- und Entzugseffekte der Metropolregionen [orientiert], die für die Entwicklung ländlicher Räume verantwortlich sind“ (Leber & Kunzmann 2006: 64). Eine ähnliche Einteilung sowie der Begriff der Peripherie als Lagetyp wird in der Raumplanung genutzt. Hierbei wird die erreichbare Tagesbevölkerung als Kriterium für Zentralität oder periphere Lage herangezogen, wobei der Begriff des *Ländlichen* bei dieser Einteilung fehlt (vgl. Born 2011).

Des Weiteren ist die interne oder externe Betrachtungsweise ausschlaggebend, ob eine Raumeinheit als ländlich oder städtisch wahrgenommen wird. Von innen gesehen, können sich die Bewohner einer bestimmten Region selber als ländliche Bevölkerung einstufen. Als Außenstehender kann dieselbe Region als städtisch angesehen werden. Es kommt demnach aufgrund von zunehmender Durchmischung ländlicher und städtischer Bevölkerung, Migrationsvorgängen und dem demographischen Wandel zu Verschiebungen eben dieser Wahrnehmung. Auch führt die starke Abnahme von Bevölkerung in manchen ländlichen Gebieten zu Zusammenlegungsprozessen beziehungsweise Eingemeindungen (Zimmerbauer & Paasi 2013) oder zumindest vor dem Hintergrund der Versorgungssituation zu einer Reduktion, einer Zusammenlegung und Konzentration von Angeboten (Hahne 2009).

Die Betrachtung der nationalstaatlich-administrativen Einordnung beziehungsweise Untergliederung ist unumgänglich und führt zu einer starken Fragmentierung ländlicher Raumtypen (Johansen & Nielsen 2012; Neu 2006; Muilu & Rusanen 2004). Dies hängt vor allem mit der statistischen Erfassung und Einteilung zusammen, bei der versucht wird, eine Vergleichbarkeit herzustellen, die faktisch so nicht gegeben ist. Nichtsdestotrotz ist es unumgänglich eine festgelegte Raumeinteilung vorzunehmen, wenn es darum geht, mit statistischen Kennzahlen zu arbeiten (Muilu & Rusanen 2004). Das Zurückgreifen auf administrative Raumeinheiten bietet vor allem Vorteile, da hierbei von einer guten Datenverfügbarkeit ausgegangen werden kann.

Auf europäischer Ebene, vor allem um eine statistische Vergleichbarkeit zwischen den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) herzustellen, wird auf die NUTS⁵-Klassifikation des statistischen Amtes der Europäischen Kommission (*Eurostat*) zurückgegriffen, die in weiten Teilen mit der OECD-Typologie der Regionen übereinstimmt. Eine Bevölkerungsdichte von unter 150 Einwohnern pro km² wird hier als Referenz für eine ländliche Raumeinheit genutzt, um diese von städtischen Gebieten abzugrenzen. Hierbei werden auf Grundlage der Bevölkerungsdichte in Verbindung mit dem Anteil der Bevölkerung, der in ländlichen Gemeinden lebt und dem Kriterium des Vorhandenseins von urbanen Zentren auf NUTS-3 Ebene die Regionen in *überwiegend ländliche*, *stark ländlich geprägte* und *städtische Gebiete* aufgeteilt (Europäische Kommission 2013; Johansen & Nielsen 2012).

⁵ *Nomenclature des unités territoriales statistiques (frz.)* (Systematik der räumlichen statistischen Gebietseinheiten)

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Dieser Ansatz ist für statistische Vergleiche durchaus geeignet und kann als Grundlage für die Sekundärstatistiken über die ländlichen Räume verwendet werden. Anzumerken ist jedoch, dass bei sehr geringen durchschnittlichen Bevölkerungsdichten, wie in Südosteuropa, auf der iberischen Halbinsel, auf dem Baltikum oder in Skandinavien beispielsweise von etwa 18 Einwohnern pro km² im finnischen Kontext, eine Referenz von 150 Einwohner pro km² unzureichend ist, da nahezu das gesamte Land als ländlich einzustufen wäre (Statistical Yearbook of Finland 2013; siehe Kapitel 3). Zu diesem Zweck wird hierbei auf kommunaler Ebene eine weitere Unterteilung vorgenommen, welche eine Dreiteilung vorsieht. Es werden daher *ländliche Gemeinden in der Nähe von städtischen Gebieten*, *ländliche Kernbereichsgemeinden* sowie *dünn besiedelte ländliche Gemeinden* unterschieden (OECD 2008: 38). So wird zudem der Kategorie des peripheren Raumes⁶ Rechnung getragen.

In Deutschland wird der ländliche Raum im Sinne der Bundesraumordnung als Restkategorie definiert und durch die Subtraktion des städtischen beziehungsweise Verdichtungsraumes vom Gesamttraum der Bundesrepublik errechnet (Born 2011; Aring & Sinz 2006). Vom Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) werden für unterschiedliche Maßstabsebenen (Kommunen, Kreise, Raumordnungsregionen) unterschiedliche Einteilungen vorgenommen. So ergibt sich in Bezug auf die siedlungsstrukturellen Kreistypen auf NUTS-3 Ebene eine Unterteilung in vier Typen, von denen zwei Typen als ländliche Kreise bezeichnet werden. Durch das Heranziehen von Siedlungsstrukturmerkmalen, wie dem Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten und der Einwohnerdichte, ergeben sich *ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen* (mind. 50 % leben in Groß-/Mittelstädten, aber die Bevölkerungsdichte liegt unter 150 EW/km² oder weniger als 50 % leben in Groß-/Mittelstädten und die Einwohnerdichte ist größer als 100 EW/km²) sowie *dünn besiedelte ländliche Kreise* (weniger als 50 % leben in Groß-/Mittelstädten; Einwohnerdichte unter 100 EW/km²) (BBR 2015).

Nach eingehender Auseinandersetzung mit der Frage nach einer Definition auf theoretischer und empirischer Ebene ist festzuhalten, dass es *den* Ländlichen Raum nicht gibt, sondern von *den* ländlichen Räumen ausgegangen werden muss (Leber & Kunzmann 2006).

⁶ Es gibt verschiedene Arten von peripheren Räumen, die in Abhängigkeit der Entfernung zu Märkten und dem Zugang zu Dienstleistungen bemessen werden können (vgl. Grimes 2000).

Es kann also zusammenfassend konstatiert werden, dass ländliche Räume – wie Regionen – als soziale Konstrukte angesehen werden (Halfacree 1993). Sie sind aufgrund ihrer Nähe oder Distanz zu urbanen Zentren, Märkten und ihres Zugangs zu Dienstleistungen keinesfalls homogen (Grimes 2000). Sie bilden im Falle von Europa ein sehr fragmentiertes Mosaik ländlicher Räume heraus (Muilu & Rusanen 2004) und weisen eine ungleiche räumliche Entwicklung auf (Marsden 2009). Zudem sind die ländlichen Räume durch die dem demographischen Wandel zuzuordnenden Auswirkungen in hohem Maße beeinflusst (Born 2011), sodass deren Bewohner und Akteure in unterschiedlicher Weise darauf reagieren (Montén & Thum 2010; Schmitz-Veltin 2006; Lesthaeghe & Neels 2002).

Aktuelle Diskussionen zeigen ein Bild der entleerten, alten und armen ländlichen Räume (Brereton et al. 2011; Terluin 2003). Diese Entwicklung zieht weitreichende Konsequenzen nach sich. So wird der demographische Wandel in verschiedene Kontexte gebracht und in aktuellen internationalen Debatten angesprochen, die die ökonomische Dimension, vor allem die Arbeitsmärkte, betreffen, wie beispielsweise ein steigendes Renteneintrittsalter oder der Fach- und Führungskräftemangel (Prettner 2013; Katagiri 2012; Ragnitz 2008; Terluin 2003). Daneben stellen soziale Fragestellungen eine zweite wichtige Säule der Diskussionen bezüglich der Reaktionen auf die demographische Alterung dar, die vor allem auf eine nachhaltige Entwicklung ländlicher Kommunen sowie auf das gesellschaftliche Zusammenleben abzielen (Farmer et al. 2012; Wotha & Bittner 2011). Schließlich werden versorgungsrelevante Themen debattiert, welche sich mit den alternden Bevölkerungen ländlicher Räume als Konsumenten auseinandersetzen (vgl. Moseley & Owen 2008).

2.3. Veränderungen der Versorgungsstrukturen und deren Zugang

Der Bereich des *sich Versorgens*, einer der Funktionskreise der Grunddaseinsfunktionen, geht die auf die Arbeiten von Partzsch (1964) zurück. In neueren Veröffentlichungen wird von *public services* oder Daseinsvorsorge gesprochen (Neu 2009; Montén & Thum 2009; Jakubowski 2006). „Bis heute existiert für den Begriff der Daseinsvorsorge weder eine Legaldefinition noch ist sein Inhalt abschließend bestimmbar. Im Mittelpunkt der Daseinsvorsorge steht üblicherweise die Versorgung mit Infrastrukturgütern“ durch den Staat und dessen Einrichtungen (Neu 2009: 10).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Aber auch die privaten Anbieter müssen in diesem Konzept eine Rolle einnehmen, denn gerade die Akteure der Nahversorgung⁷, aber auch die Leistungserbringer der Pflege- und Gesundheitsversorgung sind in Teilen private und keine staatlichen Akteure.

Aufgrund der Verschiebungen innerhalb der Bevölkerungsstrukturen und eines Wandels der gesellschaftlichen Werte und Normen verändert sich die Nachfrage nach Infrastrukturen der Versorgung im Allgemeinen (Neu 2009; Metzger 2008) und die Anforderungen an technische und soziale Infrastruktur⁸ (Purper 2007; Jakubowski 2006; Kuhlicke & Petschow 2005; Kulke 1992). In der Debatte um die Sicherstellung der Versorgung und deren künftiger Entwicklung in ländlichen Räumen können die sogenannten treibenden Kräfte des Wandels (*drivers of change*) herangezogen werden, welche in Anlehnung an Moseley & Owen (2008) zu einer veränderten Nachfragesituation der Bewohner ländlicher Räume führen. Diese sind:

- der demographische und soziale Wandel,
- der kulturelle Wandel,
- veränderte Einkommensverhältnisse,
- erweiterte Mobilität und Kommunikationsmöglichkeiten, sowie
- verschiedene politische Einflüsse und Vorgaben.

Auch Johnston et al. (2002) definieren sogenannte Einflussphären auf ländliche Versorgungsstrukturen, die als treibende Kräfte herangezogen werden. Als exogener Faktor, der hierbei als wesentlicher Einflussbereich angesehen wird, ist der demographische Wandel einzustufen. Dieser verursacht eine Veränderung der Nachfrage nach Waren und Diensten des täglichen Bedarfs (Purper 2007; Kuhlicke & Petschow 2005). Daneben wirken wirtschaftliche, politische sowie kulturelle und soziale Einflussphären in die exogene Betrachtungsebene mit ein (vgl. Johnston et al. 2002). Auch vor dem Hintergrund einer alternden Bevölkerung, die eine spezielle Nachfrage mit sich bringt, in Verbindung mit einer gleichzeitig mobileren Bevölkerung in den ländlichen Räumen, entsteht ein ökonomisches Risiko für die Nahversorger (Kuhlicke & Petschow 2005).

⁷ In Anlehnung an eine Studie zur Nahversorgung von Steffen & Weeber (2001: 2) heißt es: „Als Nahversorgung wird die regelmäßige Grundversorgung mit Verbrauchsgütern des täglichen und kurzfristigen Bedarfs in unmittelbarer Nähe der Wohnung bezeichnet.“

⁸ Dabei wird unter dem Begriff Infrastruktur folgendes verstanden: „Infrastruktur im engeren Sinne umfasst die Gesamtheit der staatlichen und privaten Einrichtungen, die für eine ausreichende Daseinsvorsorge und die wirtschaftliche Entwicklung eines Raumes erforderlich sind“ (Jakubowski 2006: 238).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Zwar können mobile Angebote den Zugang zu Waren und Diensten des täglichen Bedarfs ermöglichen und beinhalten gar eine gesellschaftliche Dimension der Interaktion, jedoch werden diese meist im Falle des Verlustes von stationären Versorgungseinrichtungen als wenig ansprechende Alternative angesehen (Hahne 2009). Zusammenfassend bedeutet diese Entwicklung der Bevölkerungsstrukturen und -zahlen in den ländlichen Räumen, dass

“für den mobilen Konsumenten [...] die damit verbundenen Konsequenzen kaum spürbar [sind], für den nichtmobilen Verbraucher umso mehr. Nicht nur, dass beispielsweise ältere Menschen genau die kleinen, übersichtlichen und meist mit persönlicher Beratung verbundenen Läden bevorzugen, die allerdings zunehmend verdrängt werden [...] für sie gestaltet sich auch die Teilhabe an neuen Konsummustern und -möglichkeiten zunehmend schwierig“ (Kuhlicke & Petschow 2005: 40).

Hinzu kommt, dass auch die Angebotssituation Veränderungen unterliegt (Montén & Thum 2010; Küpper 2010; Hahne 2009; Kulke 1992). Moseley & Owen (2008) stellen zehn wesentliche Versorgungsbereiche⁹ heraus, die im Zuge der künftigen Entwicklung ländlicher Räume von großem Interesse sind. Zu nennen sind dabei die Bereiche Bildung, Post-/Paketdienste, Finanzdienstleistungen sowie öffentlicher Personennahverkehr und Informationsdienste jeglicher Art. Konkret werden auch die dieser Arbeit zu Grunde liegenden Versorgungsbereiche des (Lebensmittel-)Einzelhandels, der Gesundheitsversorgung und der sozialen Fürsorge genannt, was deren Aktualität und Bedeutung unterstreicht. Die Veränderungen gegenwärtiger Versorgungsstrukturen in ländlichen Räumen beziehen sich auf die Angebotsform (stationär, ambulant, mobil, häuslich, virtuell), das Angebot im Hinblick auf die Örtlichkeit (Dorf, Kleinstadt, Großstadt beziehungsweise Unter-, Mittel- und Oberzentrum), den Zeitpunkt des Angebots (feste oder flexible Öffnungszeiten, 24-Stunden-Verfügbarkeit) sowie die Anbieter an sich (öffentliche Versorgung, private Anbieter, ehrenamtliche Angebote) (vgl. Mosley & Owen 2008). Wie bei den Einflüssen auf die Veränderungen der Nachfrage, sind auch hier demographische, soziale und kulturelle Faktoren von Relevanz.

⁹ Diese Auflistung hat nicht den Anspruch der Vollständigkeit, denn es fehlen technische Infrastrukturen der Energieversorgung (Gas, Elektrizität) oder Ver- und Entsorgungsinfrastruktur (Trinkwasser, Abwasser, Müll) sowie aus dem Bereich der sozialen Infrastrukturen wie Sport- und Freizeiteinrichtungen, Gemeindehäuser, Gaststätten und Kneipen als soziale Treffpunkte oder Einrichtungen der öffentlichen Sicherheit wie Feuerwehren (vgl. Jakubowski 2006; Winkler 2006).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Informations- und Kommunikationstechnologien, regulatorische Einflüsse seitens der Regierungen sowie Konkurrenz und firmeninterne Entwicklungen (Moseley & Owen 2008) spielen zudem eine Rolle bei der Analyse der Angebote bei den Versorgungsstrukturen. Als endogene Faktoren sind dabei solche zu betrachten, die den Lebensmitteleinzelhandel oder das Gesundheitssystem von innen heraus verändern und sich als system-inhärent verstehen. Auch hierbei spielen die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Faktoren eine beeinflussende Rolle. So heißt es bei Saltman (1997) in Bezug auf das Gesundheitssystem:

„Health systems are deeply embedded within the social and cultural fabric of each society, and thereby defy simple economic or financial characterization. If a cross-national exercise is to be reasonable valid, comparisons must reflect national social contexts, rather than assuming that health system arrangements exist in splendid social and political isolation“ (Saltman 1997: 9f).

Darüber hinaus ist auch der Lebensmitteleinzelhandel politischen, ökonomischen wie sozialen Rahmenbedingungen unterworfen und dessen dynamische Veränderungen und Konzentrationsprozesse lassen sogenannte *food deserts* (Nahversorgungswüsten) entstehen (Trebbin et al. 2013; Hassler & Franz 2012; Morton et al. 2005).

In dieser konzeptionellen Herangehensweise wird explizit von demographischen Faktoren als äußere Einflüsse gesprochen, was die Frage nach der Bedeutung des demographischen Wandels für die Analyse von Versorgungsstrukturen aufkommen lässt. Die Wechselwirkungen aus „handelsexogenen (Bevölkerungsrückgang, Kaufkraftschwäche, verändertes Einkaufsverhalten mit geringerer Einkaufshäufigkeit und höherer Reichweite) und handelsendogenen Faktoren (Wandel der Betriebsformen durch Konzentration und Rationalisierung; Marktmacht von Ketten, Kostenreduzierung)“ werden für den Bereich des Lebensmitteleinzelhandels von Born (2009: 135) herausgestellt. Zudem kann eine fortschreitende Konsolidierung im Lebensmitteleinzelhandel (Dawson 2006), die Herausbildung eines Oligopols (Burt et al. 2010; Aoyama 2007) und eine Reduzierung der Versorgungsangebote in Europa (Kulke 1992) und speziell in nicht zentralen ländlichen Räumen festgestellt werden (Metzger 2008). Darüber hinaus hat diese Entwicklung starke soziale Implikationen und führt durch die Reduzierung an Versorgungsinfrastruktur „nicht nur zu Versorgungsdefiziten, sondern damit einhergehend zu einem Verlust an Zugangs- und Teilhabechancen“ (Neu 2009:14).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Neben Versorgungsbereichen, die die gesamte Bevölkerung eines Landes betreffen, wie der Ver- und Entsorgungsinfrastruktur, Kultur- und Freizeiteinrichtungen sowie Gesundheitsversorgung, gibt es Versorgungsbereiche, die vor allem bestimmte Gruppen innerhalb der Bevölkerung betreffen, wie Bildungsinfrastruktur oder soziale Fürsorge/Pflegeversorgung (Farmer et al. 2010; Winkler 2006). Hierbei wird vor allem die veränderte Nachfrage einer alternden Gesellschaft als Ausgangspunkt genommen, um sich der Thematik zu nähern, ohne dabei die altersgruppenübergreifende Versorgungssituation in ländlichen Räumen außer Acht zu lassen.

Es muss zunächst zwischen öffentlichen Einrichtungen als Versorgungsinfrastrukturen und privaten Anbietern versorgungsrelevanter Waren und Dienste unterschieden werden. Nicht nur die öffentliche Hand (der Staat, die Kommune), sondern auch private Versorger, vor allem im Bereich der klassischen Nahversorgung, spielen eine wesentliche Rolle im Rahmen dieser Arbeit. Dies betrifft vorrangig die Sicherstellung der Versorgung mit Lebensmitteln, also den Bereich des Lebensmitteleinzelhandels. Darüber hinaus spielen private Anbieter jedoch auch eine wichtige Rolle im Rahmen der Pflegeversorgung, wenn diese nicht durch pflegende Angehörige oder öffentliche Einrichtungen geleistet wird (Auth 2012; Pfau-Effinger et al. 2008). Die entstehende Konkurrenz der privaten Anbieter untereinander ist im Rahmen der Ökonomisierung der Pflege (vgl. Pfau-Effinger et al. 2008) und der Marktkonsolidierung im Lebensmitteleinzelhandel zu verstehen (Aoyama 2007; Kulke 1992). Die klassische Nahversorgung, also die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs, sowie die Gesundheits- und Pflegeversorgung sind in hiesigem Verständnis der Versorgung inbegriffen. Denn auch konsumnahe Dienstleistungen werden zur erweiterten Grund- oder Nahversorgung gezählt, welche beispielsweise die ärztliche Versorgung mit einschließt.

Als Analyserahmen für die empirische Untersuchung dieser Arbeit wird auf Konzepte zurückgegriffen, welche im Kontext der geographischen Gesundheitsforschung sowie Nachbardisziplinen entwickelt und operationalisiert wurden. Grundlegend können in der Thematik zwei wissenschaftliche Richtungen herauskristallisiert werden. Dabei handelt es sich einerseits um die eher räumliche Auseinandersetzung vor allem im Bereich der Planung von Gesundheitseinrichtungen. Die Autoren bedienen sich hierbei den Methoden der geographischen Informationssysteme (GIS) und nähern sich dem Feld durch die computergestützte Analyse von Entfernungen, Reisezeiten und Einzugsgebieten (Comber et al. 2011).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Auf der anderen Seite werden sozio-ökonomische Untersuchungen angestellt, die sich mit Kostenabschätzungen oder der Zufriedenheit der Nutzer mithilfe sekundärstatistischer Kennzahlen (Sibley & Weiner 2011) oder von quantitativen und qualitativen Befragungen dem Bereich des Zugangs zu Gesundheitsversorgung nähern (Butsch 2011). In empirischen und konzeptionellen Arbeiten wurde der Analyserahmen des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen verwendet und bis heute weiterentwickelt (vgl. Butsch 2011; McIntyre et al. 2009; Goddard & Smith 2001; Andersen 1995; Khan & Bhardwaj 1994).

Die Komplexität des Themas ist auf die Unterschiedlichkeit der Zugangsperspektiven zurückzuführen. Die daraus aufgestellten Analyserahmen und deren Grundkonzeptionen fanden unter anderem Eingang in einen von Ricketts & Goldsmith (2005) verfassten Artikel. Dieser thematisiert die beiden Ansätze und unterstreicht deren Unterschiede. Seit den 1970er Jahren haben sich vorrangig zwei Konzepte herauskristallisiert. Einerseits handelt es sich um den Analyserahmen von Aday & Andersen (1974) für Studien über den Zugang zu medizinischer Versorgung, andererseits um das Zugangskonzept in Bezug auf die Anpassungen des Gesundheitssystems durch fünf Dimensionen (vgl. Pechansky & Thomas 1981), die in späteren Arbeiten um eine sechste Dimension ergänzt werden (Goddard & Smith 2001). Auch die Anreize und Barrieren bzw. fördernde und hemmende Faktoren der Zugangsdimensionen erfahren eine Weiterentwicklung und halten Eingang in das Zugangskonzept von Khan & Bhardwaj (1994), welche soziale und räumliche Barrieren und Anreize einführen. Diesen konzeptionellen Ansätzen fehlt jedoch ein stärkerer und expliziterer Bezug zu ländlichen Räumen in Europa. Zudem sollen die Zugangskonzepte auch um den Bereich der Versorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfes ergänzt werden.

Bei neueren Arbeiten wird eine Gleichstellung von Ländern unterschiedlichen Entwicklungsstandes mit differenziertem kulturellem und sozialem Hintergrund, bevölkerungsgeographischer und demographischer Diversität und mit ungleichen Einkommensverhältnissen angenommen (Butsch 2011). Zudem wird eine Homogenisierung der innerstaatlich-fragmentierten städtischen und diversen ländlichen Räume und Siedlungsmuster herbeigeführt, die in der Realität nicht vorhanden ist (Zimmermann & Paasi 2013; Brereton et al. 2011; Marsh & Schilling 1994). Da in diesen Arbeiten die konkrete Einbeziehung des demographischen Wandels, wie er sich in den postindustriellen Gesellschaften Europas darstellt, sowie die Perspektive und Einbettung in den ländlichen Kontext fehlen, werden diese beiden Faktoren in diesen

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Analyserahmen aufgenommen. Neben den Einflüssen auf die Veränderungen der Angebote und Nachfrage und dem Abstecken der räumlichen Perspektive, erfolgt nun die Integration des Analyserahmens. Folgende Dimensionen des Zugangs zu Versorgung werden aufgegriffen, um bereichsübergreifend (Nahversorgung und Gesundheitsversorgung) zur empirischen Analyse entlang der Fallbeispiele angewandt zu werden.

Die erste Dimension des Analyserahmens bezieht sich auf ein ökonomisches Risiko der Anbieter und die finanzielle Situation und das Preisbewusstsein der Nutzer auf der anderen Seite (Kuhlicke & Petschow 2005). Bezahlbarkeit bzw. Erschwinglichkeit als Zugangsdimension stellt vor dem Hintergrund des ökonomischen Verhältnisses zwischen Angebot und Nachfrage eine wichtige Rolle dar. Diese kann als limitierender Faktor oder Barriere gesehen werden, selbst wenn Leistungserbringer vorhanden, erreichbar und die potenziellen Nutzer informiert sind. Demgegenüber können die Senkung von Zuzahlungen, Erlass der Praxisgebühren und die Herabsetzung von Krankenkassenbeiträgen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung als fördernde Faktoren gesehen werden (McIntyre et al. 2009; Goddard & Smith 2001).

Das Verhältnis zwischen Anbieter und Nachfrager spielt bei der Betrachtung des Zugangs eine wichtige Rolle (Penchansky & Thomas 1981). So sind Einstellungen dem System, den Anbietern oder Leistungserbringern gegenüber stark mit sozialen und kulturellen Faktoren behaftet (Butsch 2011). Das Vertrauen zum Arzt oder zum Nahversorger ist aus Konsumenten- bzw. Patientenperspektive ein Beispiel für diese Dimension. Auch Voreingenommenheit und Vorurteile, schlechte Erfahrungen oder negative Äußerungen des Umfeldes führen dazu, dass potenzielle Nutzer bestimmte Angebote nicht annehmen (Penchansky & Thomas 1981). Zudem können ein verändertes Konsumverhalten und Ansprüche an Ladengestaltung Einfluss auf diese Dimension haben (Dawson 2010).

Kompatibilität als dritte Dimension zielt auf die Organisation und Ausgestaltung der Dienstleistungen ab. Hierbei werden beispielsweise Öffnungszeiten, Wartezeiten, Terminvergabe und bürokratische Bestandteile der Anbieter zusammengefasst, welche sich bei 24/7-Leistungsanbietern als Anreiz, bei stark eingeschränkten Öffnungszeiten eines Lebensmittelmarktes hingegen als Barriere darstellen (Butsch 2011; Kulke 1992; Penchansky & Thomas 1981). Das bedeutet, dass auch wenn ein potenzieller Zugang zu einer Versorgungseinrichtung gegeben ist, der tatsächliche Zugang unterbleiben kann, wenn Anbieter und Nachfrager nicht kompatibel sind (Khan & Bhardwaj 1994).

- Auswirkungen des demographischen Wandels
auf die Versorgung in ländlichen Räumen – ein Analyserahmen -

Die vierte Dimension bezieht sich sowohl auf die Erreichbarkeit von Einrichtungen und Diensten als auch auf die Möglichkeiten der Überbrückung von Entfernungen zu diesen (Butsch 2011; Penchansky & Thomas 1981). Hierbei sind auch Überlegungen zu integrieren, in wie weit mobile Versorgungsangebote und Informationstechnologien, Breitbandinternetausbau und Onlinehandel (*e-commerce*) die Dimension der Erreichbarkeit verändern oder gar wegfallen lassen, wenn Waren oder Dienste zu den Kunden bzw. Patienten gebracht werden (Kulke 2003). Zudem kann die mobile Bevölkerung mit dem eigenen Pkw die Einrichtungen erreichen, wohingegen andere Bevölkerungsgruppen aufgrund sozialer Disparitäten oder eingeschränkter Mobilität ein Defizit besitzen und die Versorgungsangebote auf alternativen Wegen aufsuchen müssen (Kuhlicke & Petschow 2005).

Art und Umfang der Versorgungsstrukturen werden unter der Dimension der Verfügbarkeit zusammengefasst. Diese fünfte Dimension geht vorrangig auf die Quantität der zur Verfügung stehenden Angebote, beispielsweise die ärztliche Fachrichtung beziehungsweise spezialisierte Bereiche der Gesundheitsdienste, ein. Sortimentsbreite und -tiefe können hier als Schlagworte für den Bereich des Lebensmitteleinzelhandels angeführt werden (Kulke 1992). Das zur Verfügung stehende Arbeitskräftepotenzial sowohl in der Nahversorgung als auch in der Gesundheitsversorgung sind hierunter zu fassen (McIntyre 2009; Penchansky & Thomas 1981).

Informiertheit als sechste Dimension bei der Betrachtung von Barrieren und Anreizen hinsichtlich des Zugangs zu Versorgungsdienstleistungen (Goddard & Smith 2001) schließt die Zugangsdimensionen ab. Anzumerken ist hierbei, dass fehlende oder schlechte Informationen dazu führen, dass die Bevölkerung ein Informationsmanko aufbaut. Demgegenüber können verschiedenen Informationskanäle benutzt werden, um den Kunden oder Patienten verfügbare Einrichtungen in der Nähe aufzuzeigen, über die Art und Weise der Zugangsmöglichkeiten zu informieren sowie Voraussetzungen und Preisgestaltung der Angebote und Dienste bekannt zu geben.

3. Bevölkerungsdynamiken im europäischen Kontext

Grundsätzlich ist in der Europäischen Union zu beobachten, dass die Bevölkerungszahl zunimmt. Dieser Vorgang ist jedoch räumlich stark heterogen. Gerade in Europa gibt es eine enorme Bandbreite der Bevölkerungsveränderungen, die vor dem Hintergrund nationalstaatlichen Handelns gesehen werden müssen. In der Europäischen Union (EU28) leben derzeit etwa 507 Mio. Menschen (Stand 2014). 80,8 Mio. davon, also etwa 16 %, leben in der Bundesrepublik Deutschland auf 357.168 km². Mit einer Bevölkerungsdichte von ca. 230 Einwohnern pro km² stellt Deutschland einen dichter besiedelten Staat innerhalb Europas dar (siehe Abbildung 3). Das flächenmäßig ähnlich große Finnland mit 338.434 km² wird im Gegensatz zu Deutschland nur von rund 5,5 Mio. Einwohnern (etwa 1 % der EU28) bewohnt (Eurostat 2014). Die daraus resultierende Bevölkerungsdichte fällt mit etwa 18 Einwohnern pro km² sehr gering aus.

Tabelle 2: Bevölkerungsentwicklung: EU28, Deutschland und Finnland (1960-2010)

Quelle: Eurostat 2014

<i>Angabe in Mio. Einwohner</i>	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Europäische Union (28)	406,7	439,9	461,6	475,2	487,0	503,4
Deutschland (inkl. ehem. DDR)	72,5	78,3	78,2	79,1	82,2	81,8
Finnland	4,4	4,6	4,7	5,0	5,2	5,4

Es gibt jedoch starke Disparitäten innerhalb der EU. In Finnland konnte und kann ein stetiger Anstieg der Gesamtbevölkerung konstatiert werden, wohingegen in Deutschland die Bevölkerungszahl bis in die 2000er Jahre anstieg, seit Beginn des neuen Jahrhunderts aber langsam abnimmt (siehe Tabelle 2). Neuere Entwicklungen zeigen aber auch, dass die Einwohnerzahl seit 2013 das erste Mal seit Beginn der 2000er Jahre wieder ansteigt, was ausschließlich auf ein positives Wanderungssaldo zurückzuführen ist. Diese Entwicklung konnte die negative natürliche Bevölkerungsentwicklung mehr als ausgleichen (Conrad 2014). Die Entwicklung der natürlichen Bevölkerungsbewegungen seit 1960 ist in Tabelle 3 für Deutschland und Tabelle 4 für Finnland dargestellt.

Auffällig ist in Deutschland, dass bereits seit Ende der 1960er und Anfang der 70er Jahre die Zahl der Sterbefälle die Anzahl der Geburten überschreitet. Hier wird auch der demographische Wandel oder zweite demographische Übergang in Deutschland zeitlich angesetzt. In Finnland hingegen ist auch heute noch eine leichte, aber dennoch vorhandene positive natürliche Bevölkerungsbewegung vorzufinden. So stieg die Zahl der Sterbefälle langsam aber stetig, wohingegen die Zahl der Geburten auch in Finnland rückläufig ist, was mit einer Abnahme der Fertilitätsraten zusammenhängt.

Tabelle 3: Natürliche Bevölkerungsbewegung in Deutschland (1960-2010)

Quelle: Eurostat 2014

Deutschland	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Geburten	1.261.614	1.047.737	865.789	905.675	766.999	677.947
Sterbefälle	876.721	975.664	952.371	921.445	838.797	858.768
Natürliche Bevölkerungsbewegung	384.893	72.073	-86.582	-15.770	-71.798	-180.821

Tabelle 4: Natürliche Bevölkerungsbewegung in Finnland (1960-2010)

Quelle: Eurostat 2014

Finnland	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Geburten	82.129	64.559	63.064	65.549	56.742	60.980
Sterbefälle	39.797	44.119	44.398	50.058	49.339	50.887
Natürliche Bevölkerungsbewegung	42.332	20.440	18.666	15.491	7.403	10.093

Die Prognosen der Bevölkerungsentwicklung bis in das Jahr 2050 zeigen eine starke Zunahme (über 10 %) in den nordeuropäischen Ländern Schweden, Finnland, Dänemark und Island, wohingegen Norwegen mit über 50 % Zunahme rechnen kann. Auch in den westlichen Mitgliedsstaaten der EU sind durchweg positive Entwicklungen in Bezug auf die Bevölkerungszahlen zu erwarten. Den Alpenstaaten Österreich, Schweiz und Italien werden ebenfalls Zunahmen von über 10 % prognostiziert. Lediglich Deutschland als Alpenanrainer erfährt laut den prognostizierten Werten der Eurostat bis 2050 eine Abnahme der Bevölkerung. So wird auch für die südeuropäischen Staaten wie Portugal, Spanien und Griechenland eine leichte bis starke Bevölkerungsabnahme vorhergesagt.

Auch die mittel- und osteuropäischen sowie die Balkanstaaten, ausgenommen der Tschechischen Republik und Slowenien, werden laut Prognose bis 2050 eine negative Bevölkerungsentwicklung durchlaufen. Besonders starke Bevölkerungsverluste werden die drei baltischen Staaten Estland, Lettland und Litauen erfahren (über 10 % Abnahme bis 2050) (siehe Abbildung 1).

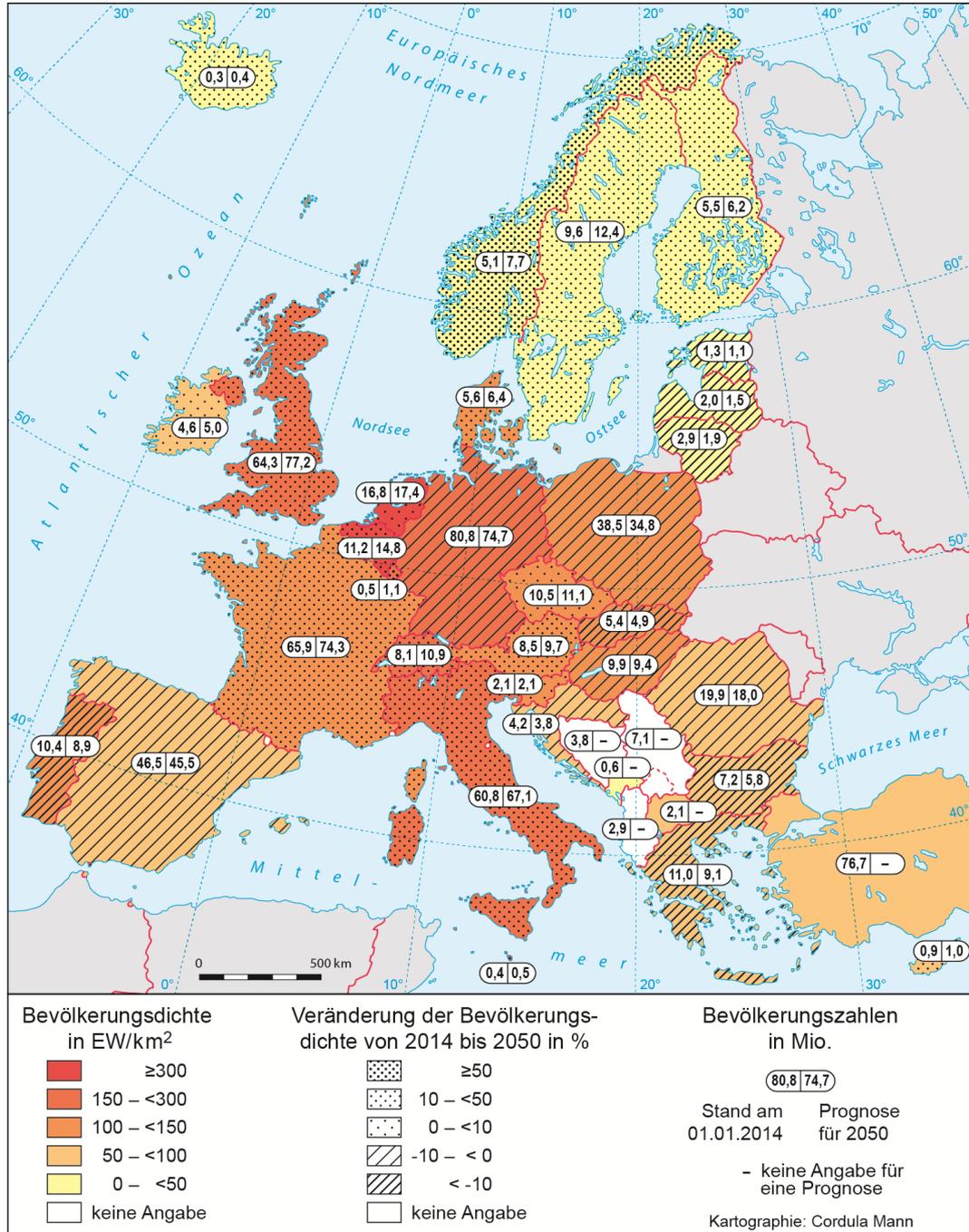


Abbildung 1: Bevölkerungsdichte, Bevölkerungszahlen und Prognose bis 2050 in Europa

(Quelle: Eurostat 2014; eigene Konzeption; Kartographie: C. Mann)

In Bezug auf die Altersstrukturen, welche von der Lebenserwartung (beziehungsweise Mortalität) und Fertilität im Zusammenspiel mit den Wanderungsbewegungen zwischen den Staaten oder internationaler Wanderungsbewegungen beeinflusst werden, ist festzustellen, dass alle europäischen Staaten einem Alterungsprozess unterliegen.

Tabelle 5: Lebenserwartung und Gesamtfruchtbarkeitsrate (TFR) ausgewählter EU-Mitgliedstaaten (Quelle: Eurostat 2014)

	Lebenserwartung bei Geburt (Männer)	Lebenserwartung bei Geburt (Frauen)	TFR
EU-Mitgliedstaaten	2012	2012	2012
Portugal	77,3	83,6	1,28
Polen	72,7	81,1	1,30
Spanien	79,5	85,5	1,32
Ungarn	71,6	78,7	1,34
Deutschland	78,6	83,3	1,38
Zypern	78,9	83,4	1,39
Malta	78,6	83,0	1,43
Lettland	68,9	78,9	1,44
Bulgarien	70,9	77,9	1,50
Kroatien	73,9	80,6	1,51
Litauen	68,4	79,6	1,60
Finnland	77,7	83,7	1,80
Irland	78,7	83,2	2,01
Frankreich	78,7	85,4	2,01

Bei der Betrachtung der Lebenserwartung der Bevölkerungen in Europa fällt auf, dass die Lebenserwartung der Männer in allen Staaten von denen der Frauen übertroffen wird, in manchen Ländern sogar um bis zu 10 Jahre (Lettland, Litauen, Polen). Darüber hinaus variiert die Gesamtfruchtbarkeitsrate, also die Anzahl der Kinder pro Frau, zwischen 1,28 (Portugal) und 2,01 als höchstem Wert in Europa (Irland, Frankreich) (siehe Tabelle 5). Der Altenquotient, also das Verhältnis von älteren Menschen (65 Jahre und älter) auf 100 Personen der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre, ist das errechnete Resultat der alternden Gesellschaften Europas. Dieser Quotient ist tendenziell sehr hoch in den Ländern, die eine Bevölkerung mit einer sehr hohen Lebenserwartung aufweisen. Deutschland, Italien und Griechenland können einen Altenquotienten von über 30 vorweisen, was auf eine stark überalterte Gesellschaft hindeutet (siehe Abbildung 2).

Demgegenüber stehen die Länder mit sehr geringen Altenquotienten von unter 20, wie beispielsweise Irland oder die Slowakei. Die Prognosen bis 2050 in Bezug auf die Altenquotienten lassen erkennen, dass diese für alle Mitgliedsstaaten positiv ausfallen. Zudem sehen die Werte vor allem für die baltischen Staaten, Südeuropa sowie Deutschland äußerst prägnant aus. Hier werden für das Jahr 2050 mehr als 60 Menschen der Altersgruppe 65 Jahre und älter auf 100 Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis 64 Jahre) vorhergesagt (siehe Abbildung 2).

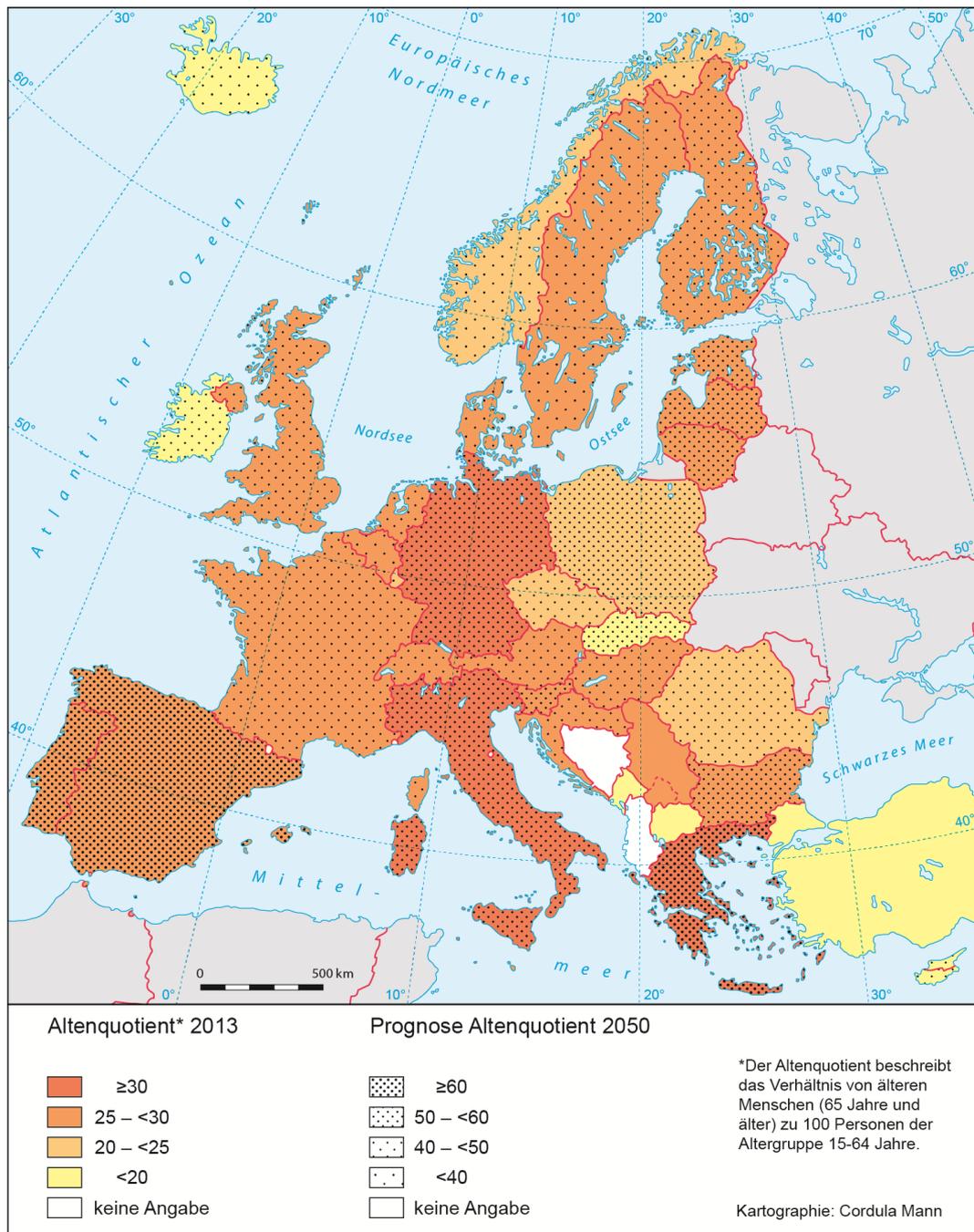


Abbildung 2: Altenquotient und dessen Prognose für die europäischen Staaten bis 2050

(Quelle: Eurostat 2014; eigene Konzeption; Kartographie: C. Mann)

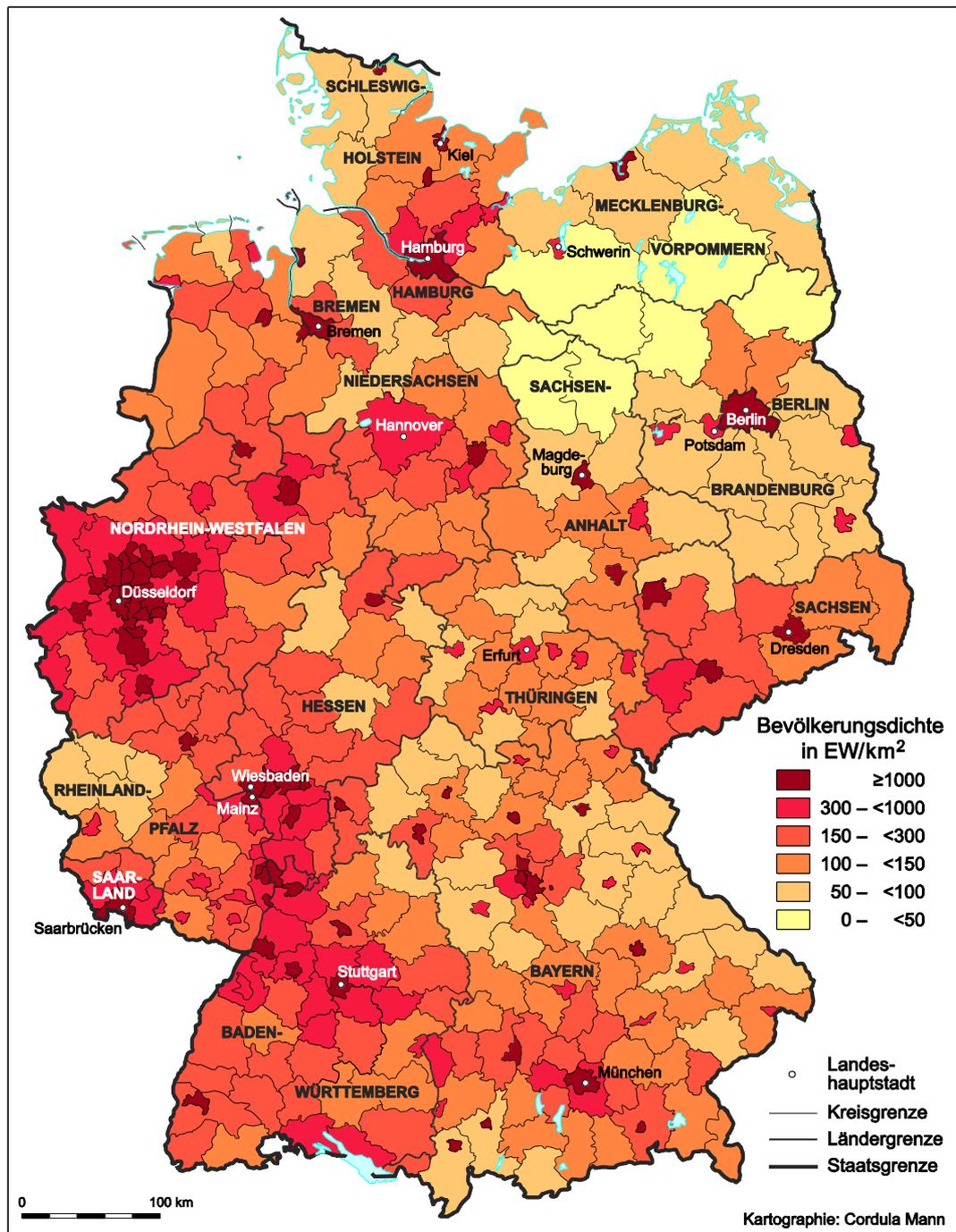


Abbildung 3: Bevölkerungsdichte in Deutschland 2013 (NUTS-3 Regionen – Kreisebene)

(Quelle: Eurostat 2014; eigene Konzeption; Kartographie: C. Mann)

Neben der Alterung der Bevölkerung spielt die Bevölkerungsdichte eine Rolle, denn die bisherigen Werte beziehen sich auf die nationalstaatliche Ebene. Regional gibt es innerhalb Deutschlands und Finnlands erhebliche Unterschiede bezüglich der Bevölkerungszahl, -zusammensetzung, -dichte und -verteilung.

Auf der Ebene der NUTS-3-Regionen ist die Bevölkerungsdichte für Deutschland (siehe Abbildung 3) und für Finnland (siehe Abbildung 4) veranschaulicht, sodass die regionalen Unterschiede sehr deutlich hervorstechen. In Deutschland tritt ein fragmentiertes Mosaik aus unterschiedlichen Teilräumen hervor, welches durch stark differenzierte Zu- und Abwanderungsmuster, sowie durch unterschiedliche Lebenserwartungen und Fertilitätsraten gekennzeichnet ist.

Die sehr dicht besiedelten Kreise an Rhein und Ruhr sowie die großen urbanen Verdichtungen, die Stadtstaaten, sowie regionale und Landeshauptstädte stehen in Deutschland im Kontrast zu großen ländlichen Regionen, die sich wie ein Band von Südosten nach Nordwesten durch die Republik ziehen und dem in Teilen peripheren Nordosten Deutschlands, der vor allem Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg umfasst (siehe Abbildung 3). Hier unterschreitet die Bevölkerungsdichte sogar 50 EW/km². In Finnland zeigt sich, dass lediglich die Region Helsinki-Uusima mit Werten über 100 EW/km² dichter besiedelt ist (siehe Abbildung 4). Je weiter man sich vom urbanen Südwesten des Landes in Richtung Norden und Osten begibt, sinken die Werte der Bevölkerungsdichte rapide, sodass ab einer Entfernung von 200 km Umkreis um Helsinki Bevölkerungsdichten von unter 25 EW/km² erreicht werden. Zwar weisen die regionalen Zentren in Finnland, wie Oulu, Mikkeli und Kuopio, eine hohe Bevölkerungsdichte auf, aber auch hier sinkt die Bevölkerungsdichte mit zunehmender Entfernung zur Stadt rapide.

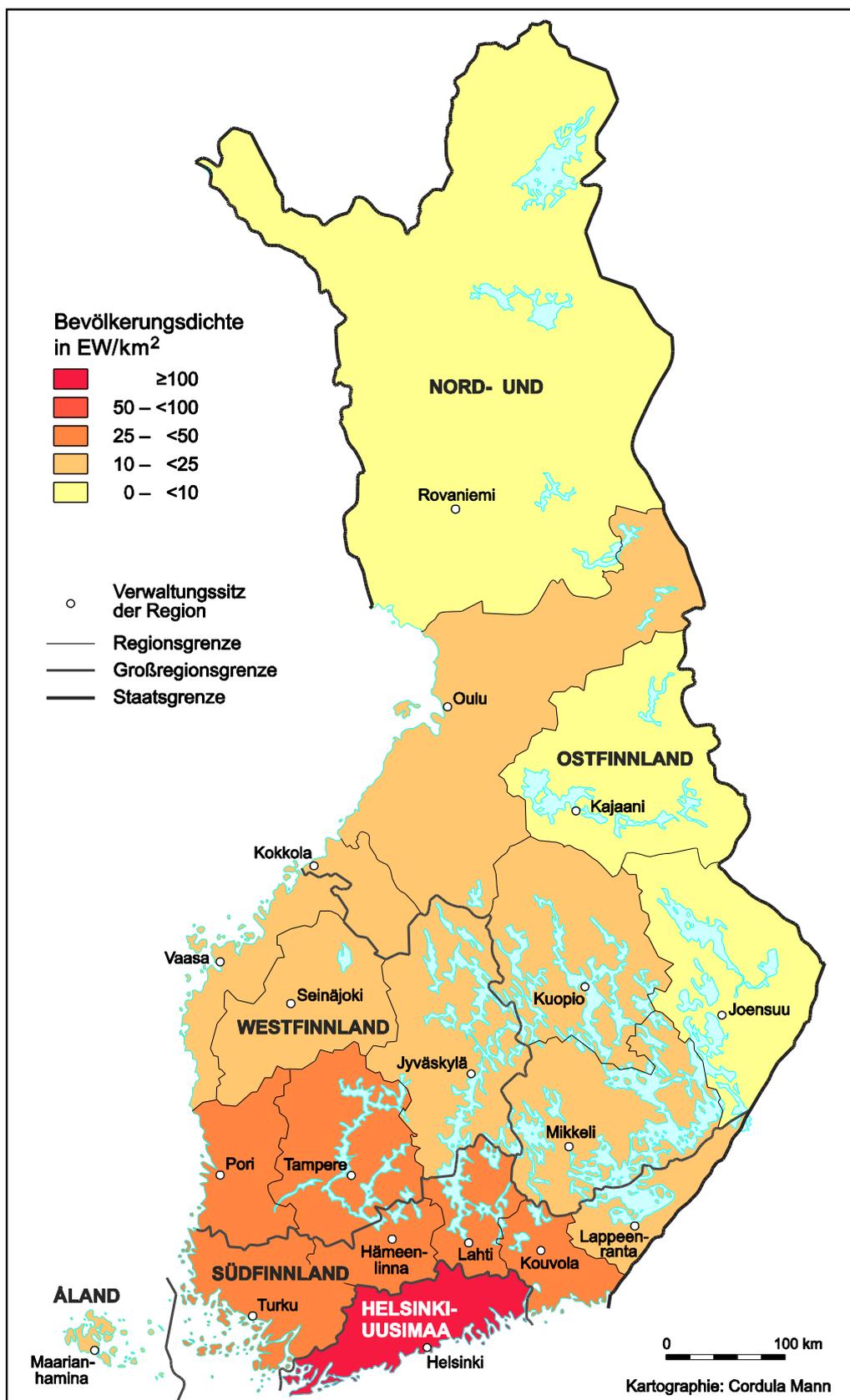


Abbildung 4: Bevölkerungsdichte in Finnland 2013 (NUTS-3 Regionen – Maakunta)

(Quelle: Eurostat 2014; eigene Konzeption; Kartographie: C. Mann)

4. Forschungsdesign

Die Motivation, sich detailliert mit demographischen und sozialen Veränderungen in ländlichen Räumen Europas auseinanderzusetzen, entstand unter anderem aus der Beschäftigung mit Themen der Versorgung im Alter im Rahmen eines Forschungsprojektes¹⁰. Aus konzeptionellen Vorüberlegungen, Diskussionen, Recherchen und Analysen kam es zur Formulierung konkreter Fragestellungen, die im Rahmen dieser Arbeit analysiert werden. Zunächst wurde eine Literaturrecherche zu aktuellen Entwicklungen der Bevölkerungsdynamiken, der gesellschaftlichen Veränderungen und der Wanderungsphänomene in europäischen ländlichen Räumen durchgeführt. Des Weiteren ergab eine Dokumentenanalyse zu Themen der Versorgung, welche die Bereiche Nahversorgung, Gesundheits- und Pflegeversorgung als zentrale Problemfelder für die Bevölkerung der ländlichen Räume identifiziert.

Die Alterung der Gesellschaft und damit einhergehend die Versorgung im Alter wurde als größte Herausforderung wahrgenommen. Eine Auseinandersetzung mit wirtschafts-, bevölkerungs- und sozialgeographischen Fragestellungen sowie Erkenntnisse aus nachbarwissenschaftlichen Forschungsbereichen unterstützen die Annahmen. Ein Konzept zur Untersuchung der Fragestellungen wurde im Rahmen dieser Arbeit entwickelt, welches eine Übertragung auf Europas ländliche Räume, die Integration der Einflüsse auf die Versorgung sowie die Analyse verschiedener Versorgungsbereiche erlaubt.

Das Forschungsdesign der vorliegenden Dissertationsschrift beruht auf den Leitfragen, die in Kapitel 1.2. dargestellt sind. Diese sind weniger als Hypothesen anzusehen, sondern stehen vielmehr im Verständnis einer sozialgeographischen und qualitativen Forschungslinie, um neue Erkenntnisse über soziale und demographische Prozesse in ländlichen Räumen zu generieren (vgl. Kapitel 2.1. und 2.2.). Die Auswirkungen auf drei verschiedene Versorgungsbereiche und die systematische Erfassung der Reaktionen darauf werden in unterschiedlichen kulturellen Untersuchungsräumen konzipiert, um Merkmale der ländlichen Räume besser verstehen zu können.

¹⁰ Mein Dank gilt dem EU-Projekt EMOTIONAAL - *Integrated Preventive AAL Concept For the Aging Society in Europe's Rural Areas*, welches im Zeitraum vom 01.07.2009 bis 31.12.2012 durch das *Ambient Assisted Living Joint Programme* der Europäischen Union finanziert wurde und den Partnern des Forschungsprojektes. Initiiert, gefördert und betreut wurde das Programm in Deutschland durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) in Zusammenarbeit mit dem VDI/VDE Innovation + Technik.

Hierbei soll das Konzept des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen (Kapitel 2.3.) auf andere Bereiche und in ländliche Räume übertragen und die Bedeutung einzelner Zugangsdimensionen analysiert werden.

4.1. Auswahl der Untersuchungsregionen

Aufbauend auf den Fragestellungen wurden die Themenbereiche und Untersuchungsregionen eingegrenzt, da eine allumfassende Erhebung nicht erreicht werden kann. Dies führte zu einer Konzentration auf Regionen, die bereits in verstärktem Maße vom demographischen Wandel betroffen schienen und auch im Rahmen eines Forschungsprojektes von Relevanz waren. Um die kulturellen, nationalstaatlichen und sozialen Unterschiede erfassen zu können, wurde bei der Untersuchung einerseits der deutsche, andererseits der finnische Kontext herangezogen. Diese Rahmenanalyse, die vorrangig mithilfe von Sekundärstatistiken und einer Literaturrecherche durchgeführt wurde, war hilfreich für ein besseres Verständnis zu nationaler Regulierung in den Versorgungsbereichen. Darüber hinaus konnten Erkenntnisse der demographischen Entwicklung in ländlichen Räumen Europas vertieft werden. Zudem sollte eine Ausweitung des Betrachtungshorizonts die Überprüfung von übertragbaren Ergebnissen erleichtern.

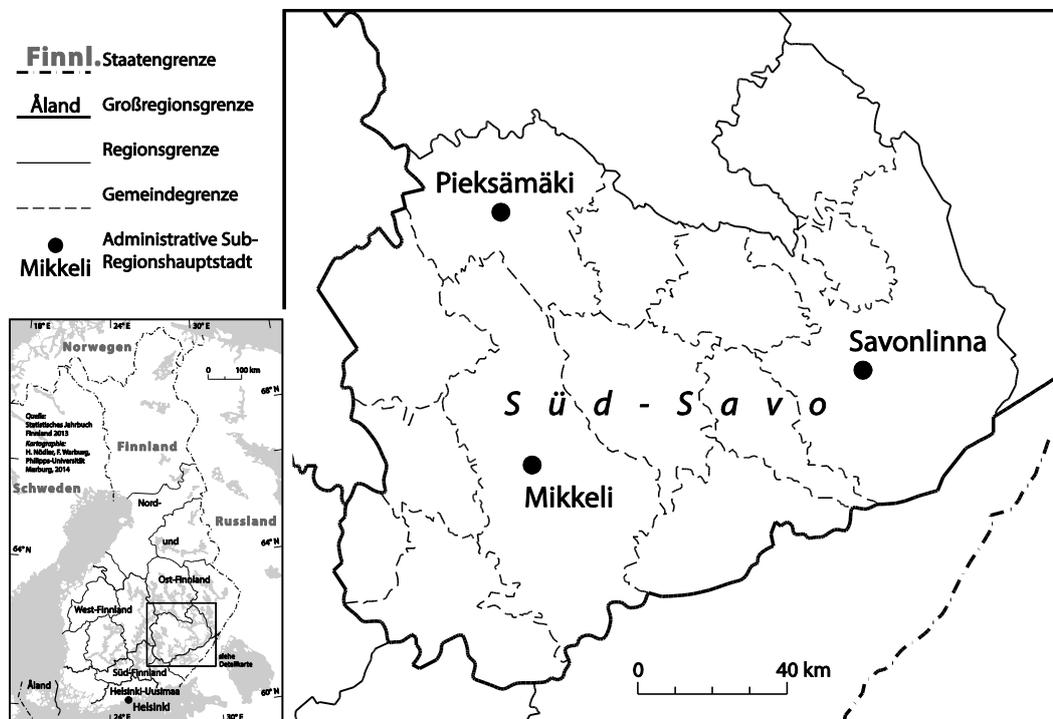


Abbildung 5: Untersuchungsregion Süd-Savo, Finnland

(Quelle: Statistical Yearbook of Finland 2013; eigene Konzeption: Kartographie: H. Nödler, F. Warburg)

Die Operationalisierung erfolgt entlang von Fallstudien zu Versorgungsbereichen sowohl in Finnland als auch in Deutschland. Nach der Festlegung der zu analysierenden Versorgungsbereiche mit Fokus auf die Nahversorgung (im klassischen Sinne) und die Gesundheits- und Pflegeversorgung, folgte der Feldzugang. Hierbei wurden die Regionen Süd-Savo in Finnland (siehe Abbildung 5) sowie Nordhessen in Deutschland (siehe Abbildung 6) in Anlehnung an die Rahmenanalyse als Untersuchungsregionen ausgewählt.

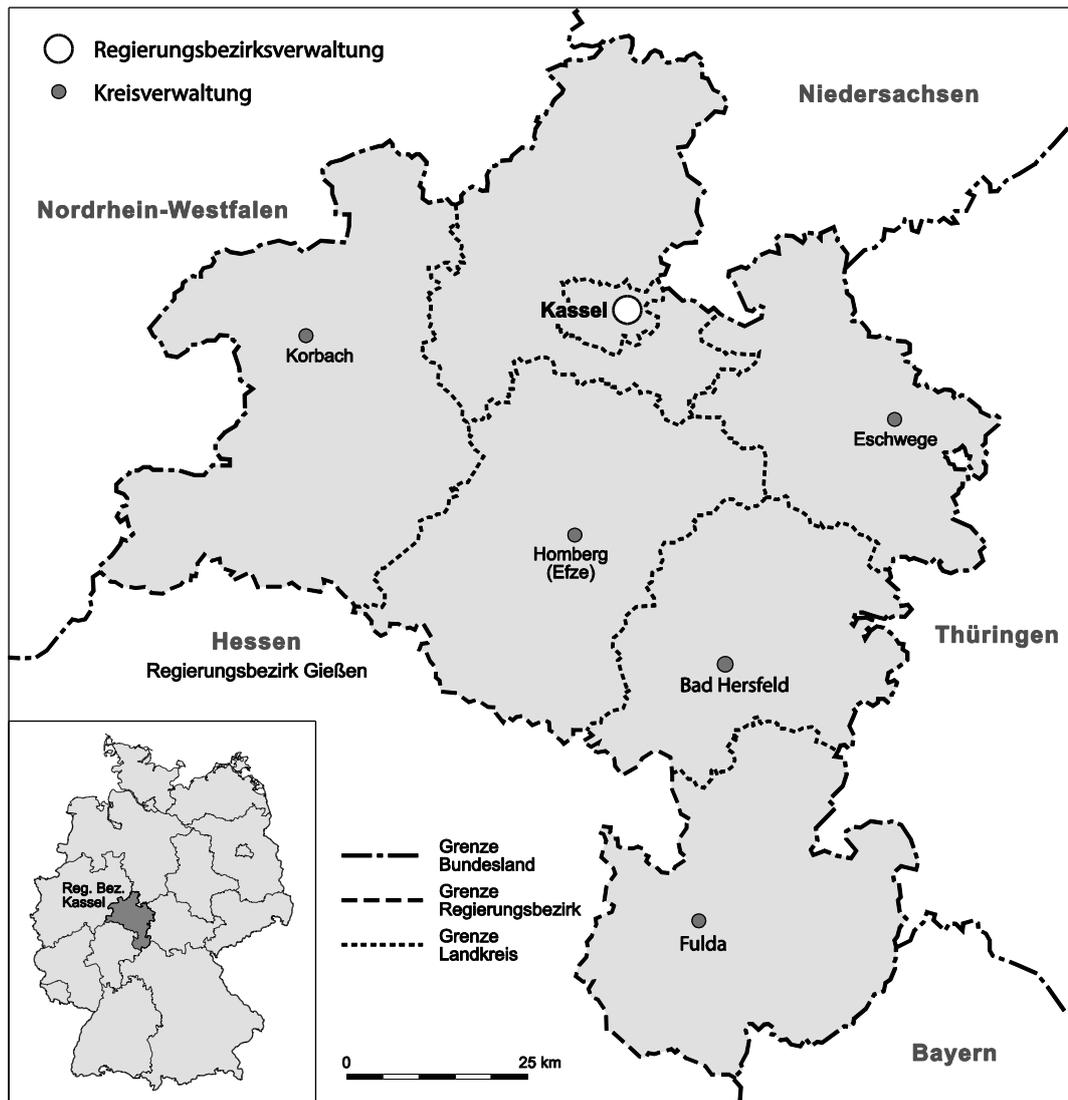


Abbildung 6: Untersuchungsregion Nordhessen, Deutschland

(Quelle: Regionalplan Nordhessen 2009: 31; Kartographie: C. Mann, F. Warburg)

4.2. Methoden der empirischen Humangeographie

Die Vielschichtigkeit der Gesellschaft unter Berücksichtigung sozialer Phänomene wie der Individualisierung, Heterogenisierung und Pluralisierung der Formen des Zusammenlebens führt insbesondere in den auf Konsum ausgerichteten Industriestaaten zu einer Fülle unterschiedlicher Lebensweisen, die sich in verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen „in einem Aufschwung interpretativ-verstehender, qualitativer Methoden [manifestiert]“ (Mattissek et al. 2013: 127). Kirk (1996: 361) konstatiert, dass die „Demographie zwar arm an Theorie, jedoch reich an Quantifizierung ist. Nichtsdestotrotz hat sie eine der am besten dokumentierten Generalisierungen in den Sozialwissenschaften hervorgebracht: den demografischen Übergang“. Dies liegt begründet in der Tatsache, dass die Demographie als Werkzeug oder gar als Wissenschaftsdisziplin auf statistischen Daten und deren Analysen beruht. Neuere Untersuchungen im internationalen Kontext zeigen jedoch, dass auch qualitative Ansätze Einzug in die Demographie halten, um Zusammenhänge, Einflüsse und Gründe, aber auch Auswirkungen der Bevölkerungsveränderungen im betrachteten Untersuchungsraum besser verstehen zu können (vgl. Randall & Koppenhaver 2004).

Um menschliches Handeln und Wahrnehmungen, Ängste und Familienplanung zu ergründen, findet die qualitative Herangehensweise ihre Berechtigung, obwohl eingeräumt werden muss, dass „per Definition die Demographie eine Wissenschaft der Bevölkerungsvorgänge darstellt und deshalb die quantitative Untermauerung dieser Vorgänge unumgänglich ist“ (Randall & Koppenhaver 2004: 58). Nichtsdestoweniger geht es bei der vorliegenden Untersuchung um prozessuale Auswirkungen des demographischen Wandels auf ländliche Versorgungsstrukturen, welche es mit dem Konzept des Zugangs zu Dienstleistungen zu erfassen und analysieren galt. Die Untersuchung von Quantitäten fand unter Zuhilfenahme von ergänzenden Sekundärstatistiken statt, welche für die zu analysierenden Bereiche in ergiebigem Maße bei offiziellen europäischen, finnischen und deutschen Statistikämtern vorliegen. Die Triangulation dieser Daten mit den Erkenntnissen der qualitativen Befragungen ist unumgänglich.

4.3. Datenerhebung

Die Erhebung der empirischen Daten fand in mehreren Feldforschungsphasen statt, die sich nach den jeweiligen Artikeln in drei große zeitliche Abschnitte einteilen lassen. Die Auswahl der Experten und Gesprächspartner erfolgte im Rahmen einer Akteursanalyse basierend auf den zuvor erfassten Regionen. Für die Bereiche der Versorgung in ländlichen Räumen wurden wichtige Vertreter der Zivilgesellschaft, der Forschung, der Wirtschaft, der Politik und den Verbänden/Intermediären ausgewählt. Das *Theoretical Sampling* (Strauss 1987), also der Vorgang des Findens der nächsten Interviewpartner und damit der Erkenntnisgewinn durch weitere Befragung bis zur theoretischen Sättigung, fand in dieser Arbeit Anwendung. Dieser Vorgang trägt im Umkehrschluss zur Theoriebildung (*Grounded Theory*), vor allem Theorien mittlerer Reichweite, bei (Mattissek et al. 2013; Flick 2011).

Das Experteninterview ist nach Meuser & Nagel (2009) eine weit verbreitete und oft benutzte Methode innerhalb der empirischen Sozialforschung und kann als spezielle Form des Leitfadeninterviews gesehen werden. Wesenskern des leitfadengestützten Interviews ist der Leitfaden, dem der Interviewer im Verlauf des Gesprächs folgt. Die Interviewleitfäden, die im Rahmen dieser Arbeit Anwendung fanden, wurden auf den jeweiligen Rahmen der Untersuchungsgegenstände angepasst und enthielten Themenkomplexe, die aufbauend auf die Fragestellungen die jeweiligen Teilaspekte abdeckten. Konkret wurden die Bereiche demographische Entwicklung, makrostrukturelle Eigenschaften sowie politische, ökonomische und soziale Einflüsse in der jeweiligen Region in Abhängigkeit von nationalstaatlicher Perspektive, und versorgungsrelevante Aspekte hinsichtlich der Nahversorgung auf der einen und Pflege-/Gesundheitsversorgung auf der anderen Seite erfasst.

In Bezug auf die Versorger- beziehungsweise Angebotsseite wurde vorrangig Betriebswissen aufgezeichnet, wohingegen öffentliche Institutionen und deren Vertreter als Experten nach Kontextwissen systematisch abgefragt wurden. Gläser & Laudel (2009: 12) führen an, dass der Begriff „Experte die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte [beschreibt und] Experteninterviews [...] eine Methode [ist], dieses Wissen zu erschließen“. Den Forscher interessiert dabei also weniger die Person per se, sondern die Person als Funktionsträger, als Repräsentant einer (Berufs-)Gruppe oder als Spezialist eines bestimmten Handlungsfelds, welche über Betriebs- oder/und Kontextwissen verfügt (Meuser & Nagel 2009; Flick 2002).

Insgesamt wurden im Rahmen der Feldforschungsaktivitäten 63 Interviews durchgeführt, die sich auf verschiedene Expertengruppen aufteilen (siehe Tabelle 6). Insgesamt wurden sechs der 63 Interviews telefonisch durchgeführt. Im Rahmen der 18 durchgeführten Interviews in Finnland wurden insgesamt sechs mithilfe einer Übersetzerin (Deutsch – Finnisch) und zwölf Interviews in englischer Sprache abgehalten. Mithilfe eines digitalen Aufnahmegerätes wurden die Interviews, auch die Telefoninterviews, nach vorheriger Einholung des Einverständnisses der jeweiligen Gesprächspartner, aufgenommen.

Tabelle 6: Interviewpartner

Gruppe	Anzahl
Politisch-administrative Akteure (inkl. Forschung)	19
(Frei-gemeinnützige) Vereine und Verbände	12
Akteure aus dem Bereich der Nahversorgung/ des LEH	14
Akteure aus dem Bereich der Pflege-/Gesundheitsversorgung	15
Sonstige (Betroffene Bevölkerung)	2 + 1 Gruppeninterview
Gesamt	63 (inkl. Gruppeninterview)

Die Transkription erfolgte nach bestimmten Regeln. So wurden zunächst alle Interviews, die nun in digitaler Form vorlagen, ohne Kommentare, wie ‚Pause‘ oder ‚Lachen‘, mithilfe eines Transkriptionsprogrammes (f4) verschriftlicht. Dabei wurden beim Transkribieren auf dialektale Eigenheiten der Interviewpartner sowie auf Interjektionen verzichtet, da nicht die Sprache, sondern der Inhalt der Gespräche im Vordergrund steht, jedoch wurden Satzbau und Stil beibehalten (Reuber & Pfaffenbach 2005: 154ff.). Der nächste Schritt besteht in der Auswertung und Analyse der Transkripte. Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, die Materialien zu komprimieren, sodass bei der Reduktion der Daten die wichtigsten Inhalte erhalten bleiben. Dieser Prozess erfolgt in mehreren Schritten. Die entstandenen Texte wurden systematisch durchgearbeitet, paraphrasiert und generalisiert, sodass diese auf die Hauptaussagen reduziert werden konnten.

Diese Hauptaussagen entstanden durch die Anlehnung an vorherige, festgelegte Überschriften, welche aber während der Analyse ergänzt wurden. Die zusammenfassende Inhaltsanalyse filtert also inhaltliche Aspekte nach einem vorher festgelegten Kodierleitfaden aus den Texten heraus, um eine eindeutige Zuordnung von Textteilen zu den jeweiligen Kategorien möglich zu machen (Reuber & Pfaffenbach 2005; Mayring 2002; Flick 2002). Unter Zuhilfenahme einer computergestützten Analysesoftware für qualitative Daten (MaxQDA) wurden diese Aspekte den Kategorien zugeordnet, was zu einer deutlichen Übersichtlichkeit und Möglichkeit der Systematisierung führt (vgl. Kuckartz 2010).

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

5. Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum: Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen

5.1. Einleitung

Der zweite demographische Übergang – oft aber fälschlicherweise mit dem Begriff demographischer Wandel gleichgesetzt – ist vorrangig eine in Industrienationen auftretende Entwicklung der Abnahme und Alterung der postindustriellen Gesellschaften und in den meisten europäischen Staaten allgegenwärtig (SIEDHOFF 2008; LESTHAEGHE & NEIDERT 2006; KERTZER et al. 2009). Ländliche Räume sind in besonderem Maße von eben diesem betroffen, da die hohe Abwanderung zum generellen Geburtenrückgang additiv wirkt (WALFORD & KUREK 2008; PINILLA et al. 2008). Begründet liegt der demographische Transformationsprozess in einer seit Beginn der 1970er Jahre stattfindenden Veränderung von Werten und Normen. Diese auch als Wertewandel zusammenzufassenden Entwicklungen finden u.a. Ausdruck in einem veränderten Konsumverhalten der unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen bzw. Gesellschaftsschichten (PURPER 2007; KUHLCHE & PETSCHOW 2005). Aufgrund dieser Vorgänge verändert sich die Nahversorgungslage, das heißt die Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfes, aber auch die Anforderungen an technische und soziale Infrastruktur in ruralen Siedlungen. Dies birgt Probleme für die Bewohner der ländlichen Räume, gerade auch für ältere und körperlich eingeschränkte Menschen, die in ihrer Mobilität und damit in der eigenständigen Versorgung beeinträchtigt sind (CIRKEL & JUCHELKA 2007). An dieser Stelle sei zu erwähnen, dass es nicht ‚den ländlichen Raum‘, sondern vielmehr ein breites Spektrum an Typisierungen ländlicher Räume, und keinesfalls eine einfache Stadt-Land-Dichotomie gibt (BORN 2011). Nicht nur das Konsumverhalten ist einer ständigen Veränderung unterworfen. Parallel zu den Entwicklungen der Bevölkerungszahl und -zusammensetzung gibt es verschiedene Trends auf der Angebotsseite, die in hohem Ausmaß die ländlichen Regionen affizieren. Die voranschreitende Konsolidierung im Lebensmitteleinzelhandel, einhergehend mit einem Konzentrationsprozess der Versorgungseinrichtungen, führt zu einer ‚Ausdünnung des Versorgungsnetzes‘ sowie einer ‚funktionalen Erosion nicht zentraler ländlicher Ortschaften‘ (METZGER 2008: 10).

Im Bereich der Nahversorgungsthematik gibt es bereits eine Reihe von Untersuchungen. In einer Studie über den Raum Stuttgart, welche provokativ im Titel die Frage aufwirft, ob ‚Das Ende der Nahversorgung?‘ bereits eingeleitet wurde, wird der Fokus der

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

Untersuchung zwar auf die Entwicklungen im Einzelhandel sowie auf den Einfluss der Raumordnung gelegt, jedoch kommt der ländliche Raum etwas zu kurz (VERBAND REGION STUTTGART 2001). KUHLCHE et al. (2005) stellen in der Studie „Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs im ländlichen Raum“ die Veränderungen auf der Angebots- und Nachfrageseite dar und zeigen alternative Versorgungsmöglichkeiten auf. Auch neueste Untersuchungen, welche die Auswirkungen des demographischen Transformationsprozesses auf andere Bereiche thematisieren, zeigen die große Bedeutung dieses Forschungsfeldes (NEU 2011; HILLIGARDT 2010; KÜPPER 2010; MATUSCHEWSKI 2010).

Ziel dieses Beitrags ist es, exemplarisch die Konsequenzen des zweiten demographischen Übergangs auf die Nahversorgung in ländlichen Räumen darzustellen und Alternativen aufzuzeigen. Die Zusammenhänge werden auf theoretischer Betrachtungsebene in Abschnitt 2 dargestellt. Dabei wird die Frage aufgeworfen, inwiefern in diesem Kontext Lücken in der Versorgungssituation entstehen und wie diese geschlossen werden können. Untersuchungsraum ist die Region Nordhessen, in der die Datenerhebung Ende 2009 bis Ende 2010 mittels fünfundzwanzig leitfadengestützter Experteninterviews durchgeführt wurde. Bei der Erhebung wurde der Fokus auf die Akteure aus der Kommunal- und Regionalpolitik sowie -administration und auf die regional agierenden Institutionen der Bereiche Förderung, Beratung und Ehrenamt gelegt, die als Experten Kenntnisse über die Region und Kommunen einerseits und über ein spezielles Kontextwissen andererseits verfügen. Daneben wurden privatwirtschaftlich agierende und auf Basis ehrenamtlicher Tätigkeit beruhende Nahversorger aus dem lokalen Lebensmitteleinzelhandel und dem lebensmittelverarbeitenden Handwerk befragt. Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse (MAYRING 2002) wurden die Experteninterviews ausgewertet und die Ergebnisse in Abschnitt 3 im Zusammenhang mit einer regionalen Betrachtung der Bevölkerungs- und Einzelhandelsentwicklung zusammengefasst.

5.2. Der demographische Transformationsprozess und seine Auswirkungen auf die Nachfrage

Der zweite demographische Übergang ist aufgrund des allgemeinen Geburtenrückgangs und der Alterung der Bevölkerung sowie aufgrund der tendenziell höheren Abwanderung aus ländlichen Regionen Auslöser für die Veränderung von Bevölkerungszahl und -zusammensetzung. Aufgrund von Individualisierungstendenzen der jüngeren Bevölkerungsgruppen ergeben sich neue Formen des Zusammenlebens,

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

die nach LESTHAEGHE & NEIDERT (2006) nicht nur auf veränderte sozio-ökonomische Bedingungen, sondern auf Bedürfnisse höherer Ordnung zurückzuführen sind, z.B. Selbstverwirklichung oder das Bedürfnis nach Anerkennung. Zudem wird der zweite demographische Übergang durch eine bedeutende Verschiebung des Erstheiratsalters nach hinten sowie eine Erhöhung des Anteils der Geburten von unverheirateten Paaren charakterisiert. Dies liegt u.a. in der Verschiebung vom Familismus zur Selbstrealisation und in einer zunehmenden Säkularisierung begründet (KERTZER et al. 2009). Diese Entwicklungen in Kombination mit einem Absinken der Geburtenrate unter das Reproduktionsniveau, sowie einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung führen zwar zu einem Anstieg der absoluten Anzahl an Haushalten, jedoch gleichzeitig zur Abnahme der Haushaltsgröße. Schließlich sinkt die Bevölkerungszahl stetig und die natürliche Bevölkerungsabnahme kann auch durch die Zuwanderung nicht mehr ausgeglichen werden. Dabei sind die Außen- und Binnenwanderungen keine direkten Aspekte des zweiten demographischen Übergangs, werden jedoch im Allgemeinen als charakteristisches Merkmal angesehen (SIEDHOFF 2008).

Aufgrund der Individualisierungstendenzen und der Verkleinerung der Haushalte in Kombination mit der Alterung der Gesellschaft nimmt die Bedeutung von helfenden Tätigkeiten, oder besser gesagt bürgerschaftlichem Engagement im Rahmen der Nahversorgung, innerhalb und vor allem außerhalb der Familien zu. Deshalb müssen alternative Konzepte aufgezeigt werden, die es gerade den betroffenen Bevölkerungsgruppen erlaubt am Konsum und am sozialen Leben zu partizipieren. Das Ehrenamt, das auch als ‚freiwillige soziale Tätigkeit‘ oder ‚bürgerschaftliches Engagement‘ bezeichnet wird, erlebt derzeit eine große Aufmerksamkeit in der öffentlichen Diskussion (vgl. NEU 2011). KÜNEMUND & SCHUPP (2008: 145) sprechen in diesem Zusammenhang auch vom Strukturwandel des Ehrenamts und führen an, dass „auf der Mikroebene der Strukturwandel des Ehrenamts vor allem als Motivwandel diskutiert und vor dem Hintergrund der Individualisierungs- und Wertewandeldiskussionen plausibilisiert“ wurde. MAI & SWIACZNY (2008: 7) beobachten den Bedeutungszuwachs von individuellen sozialen Tätigkeiten fernab von fest strukturierten oder institutionalisierten Organisationen und sprechen auch von „Individualisierung und Pluralisierung des bürgerschaftlichen Engagements“, da dieses positive Wirkungen auf den Einzelnen sowie die Gesellschaft als Ganzes hervorruft. Vor dem Hintergrund der Nahversorgungsthematik ist das soziale Ehrenamt von großer Bedeutung. Nichtsdestotrotz zeigen Untersuchungen, dass sich Potenzial und Anzahl

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -
der Engagierten positiv entwickeln. Auch bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen zeigt
sich eine hohe ehrenamtliche Beteiligung, sodass schon früh Grundsteine für ein
bürgerschaftliches Engagement im Alter gelegt werden (MAI & SWIACZNY 2008).

Um lediglich die Bereitstellung mit Waren zu sichern, kann das Internet mit dem sog. e-commerce einen Beitrag leisten. Dieser Markt wächst kontinuierlich und darf nicht vernachlässigt werden (vgl. Burt et al. 2010: 188; Purper 2007: 36), stellt aber für die gesellschaftliche Partizipation der potenziellen Nutzer keinen Mehrwert dar und soll deshalb in diesem Beitrag keine weitere Erwähnung finden. Überdies stellt die mobile Versorgung eine sowohl konsumbefriedigende als auch gesellschaftlich-partizipierende Möglichkeit für die Bevölkerung der ländlichen Regionen dar, wird jedoch oft als Auffanglösung nach dem Wegfall stationärer Versorger angesehen (vgl. HAHNE 2009). Dieser Beitrag konzentriert sich auf den Bereich des bürgerschaftlichen Engagements und muss auf eine intensivere Auseinandersetzung mit anderen Aspekten verzichten.

5.3. Bevölkerungsdynamik und Nahversorgung im ländlichen Raum Nordhessens

Die Region Nordhessen umfasst neben der kreisfreien Großstadt Kassel die Landkreise Kassel, Waldeck-Frankenberg, Hersfeld-Rothenburg, Fulda, sowie den Schwalm-Eder-Kreis und den Werra-Meißner-Kreis. Der überwiegende Teil der Region ist durch großflächige Gemeinden mit zahlreichen kleinen Dörfern gekennzeichnet. Ausnahmen bilden der Verdichtungsraum Kassel, welcher aus der Stadt Kassel und wenigen umliegenden Kommunen besteht, das Oberzentrum Fulda sowie einige verdichtete Siedlungsbereiche, die meist die relativ starken Mittelzentren der Region umfassen. Allein in den Jahren 2000 bis 2009 nahm die Einwohnerzahl in der Region um rund drei Prozent ab (HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT 2010). Nach den Prognosen des Regionalplanes Nordhessen werden im Jahr 2020 mehr als 75.000 Menschen weniger in der Region leben als 2005 (REGIONALVERSAMMLUNG NORDHESSEN 2009).

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

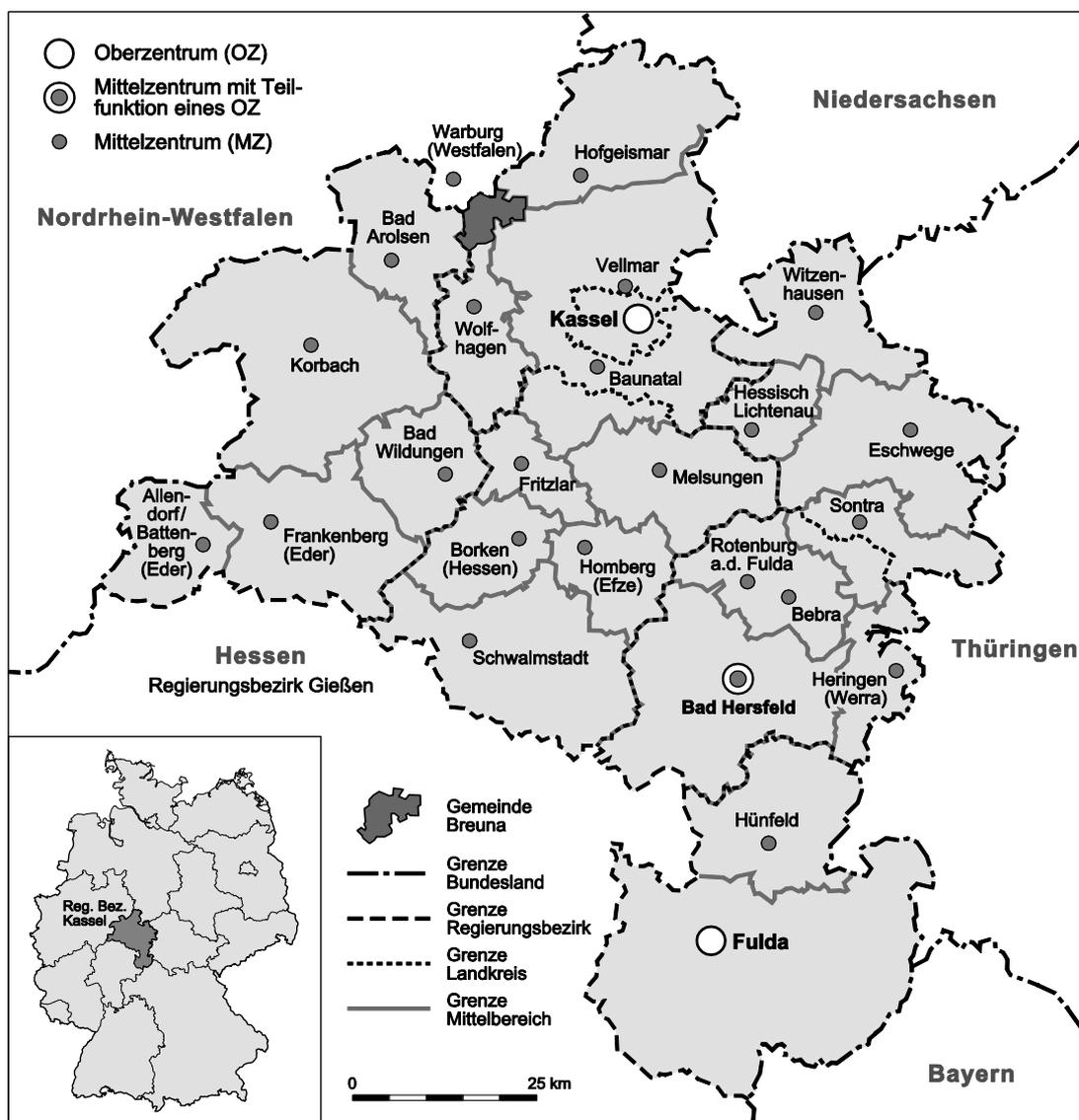


Abbildung 7: Zentrale Orte und Mittelbereiche in Nordhessen

Central Places and catchment areas in northern Hesse

Lieux centraux et zones de chalandise en Hesse du nord

Kartengrundlage: REGIONALPLAN NORDHESSEN 2009: 31; Kartographie: C. Mann

Allein in der Stadt und im Landkreis Kassel waren 2009 rund ein Drittel der über 20.000 Einzelhandelsunternehmen der Region angesiedelt. Diese verteilen sich demnach nicht gleichmäßig im Raum, sondern sind meist auf die Ober- und Mittelzentren in der Region konzentriert (vgl. Abb. 7). Zur Nahrungsmittelbranche gehören davon in etwa 4.000 Einzelhandelsbetriebe (INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER FULDA 2009; INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER KASSEL 2009). In der Region sind vorrangig vier der größten deutschen Lebensmitteleinzelhandelsakteure (Edeka-Gruppe, Rewe-Gruppe, Schwarz-Stiftung mit Lidl und Aldi-Nord) vertreten. Die Metro-Group ist lediglich in den größeren Zentren der Region anzutreffen. Hinzu kommen einige

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

wenige, teils regionale Unternehmen, wie beispielsweise die Supermarktkette Tegut...Gutberlet Stiftung & Co. aus Fulda. Durch die Konsolidierung im Lebensmitteleinzelhandel, also die Herausbildung eines Oligopols (AOYAMA 2007; BURT et al. 2009), einhergehend mit der Internationalisierung sowie einer stetigen Vergrößerung der Verkaufsflächen, verschwinden die Klein- und Kleinstbetriebe zusehends (DAWSON 2010; KULKE 1992; WORTMANN 2003).

Während HEINRITZ et al. (2003) die handelsendogenen Einflüsse des sogenannten Strukturwandels auf drei Hauptfaktoren reduzieren, spricht DAWSON (2010) ergänzend von einer größeren Komplexität der Organisationsstrukturen innerhalb der großen Einzelhandelsunternehmen. Überdies unterstreicht DAWSON (2010) die Relevanz von lokalen Kulturen (*„local cultures“*), welche erheblichen sozialen, ökonomischen, politischen und technologischen Veränderungen unterliegen. Wie können jedoch nun die durch den zweiten demographischen Übergang und den Strukturwandel im Einzelhandel entstehenden und bereits entstandenen Versorgungslücken geschlossen werden, um die Nahversorgung in den ländlichen Regionen zu sichern?

5.3.1. Der Dorfladen

Eine Möglichkeit zur Sicherung der Nahversorgung ist die Einrichtung von Dorfläden auf Basis bürgerschaftlichen Engagements, wobei „der eigentümergeführte Laden immer die bessere Variante ist“, so ein Vertreter des Amtes für den ländlichen Raum des Landkreises Kassel. Ein Vertreter des Einzelhandelsverbandes Hessen-Nord steht den inhabergeführten Lebensmittelläden ebenfalls positiv gegenüber, merkt aber auch an, dass manche Standorte mit einem Jahresumsatz von 150.000 Euro lediglich eine „Kümmerexistenz“ führen und dass das vorhandene Umsatzpotenzial in solchen Fällen nicht ausgeschöpft werden kann. Dem ehrenamtlich betriebenen Lebensmittelläden werden keine großen Chancen eingeräumt, denn es bedarf einer gewissen Kaufkraft, damit solche Dorfläden auch langfristig wirtschaftlich betrieben werden können. Auch von Seiten des Landkreises Waldeck-Frankenberg wird angeführt, dass „die Nahversorgung in der Wirtschaft bleiben und professionell betrieben werden muss.“ Doch hier tritt wiederum ein Problem für die älteren Menschen auf, denn gerade diese benötigen eine wohnortnahe Versorgung, aber „haben vom Bedarf her nicht so viel, dass sich ein Laden tragen würde“ (Interview mit Vertreter der Industrie- und Handelskammer Kassel). Das heißt, auch wenn ein Einkommen in ausreichendem Maße vorhanden ist, haben die Senioren ein von den jüngeren Bevölkerungsgruppen vor allem im Umfang differierendes Kaufverhalten. Eine Gefahr für kleine Lebensmittelläden ist

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

jedoch die Tatsache, dass die Kunden lediglich eine kleine Auswahl an Waren vorfinden, denn auf der geringen Verkaufsfläche können nicht alle Sortimente in der Breite und Tiefe angeboten werden. Dies macht das Einkaufen im Dorfladen nicht zu einem Erlebnis, was heutzutage eine große Rolle bei den Konsumenten spielt. Des Weiteren ist der Verbraucher immer „bequemer geworden, das heißt er geht dann nicht noch in den Dorfladen, geht dann noch zum Metzger und dann zum Getränkelieferanten, sondern er bringt sich seine Sachen zentral irgendwo mit“ (Interview mit Ortsvorsteher). Hier zeigt sich, dass der Konzentrationsprozess im Lebensmitteleinzelhandel für den Konsumenten nicht generell von Nachteil ist. Jedoch kommen die Umsätze nicht den Anbietern vor Ort zugute. Voraussetzung für einen gut funktionierenden Dorfladen ist demnach, dass die Betreiber von eben jenem Laden langfristig leben können. Der Verein Region Kassel-Land e.V. hat in einigen Ortschaften Machbarkeitsstudien für die Errichtung von ehrenamtlichen Dorfläden gefördert.

„Da sieht man aber schon, dass selbst in größeren Dörfern dieses Problem kritisch gesehen wird. [...] Auch die Palette an Angeboten können solche kleinen Läden nicht gewährleisten. Es ist so, dass die Projekte über die Machbarkeitsstudien in den letzten Jahren nicht mehr hinausgegangen sind. [Diese] auch zu dem Ergebnis gekommen sind, es macht wirtschaftlich keinen Sinn. [...] Es liegt eigentlich daran, dass [diese Läden] wahrscheinlich irgendwie zu Wenige nutzen wollten“ (Interview mit Vertreterin von Region Kassel-Land e.V.).

Auch im Amt für den ländlichen Raum des Landkreises Kassel wird die Notwendigkeit der wohnortnahen Versorgung mit Lebensmitteln erkannt, „da dieser Bereich im Rückzug begriffen [ist] und wir ihn nicht halten können. Aber wir kämpfen sehr dagegen an, wir unterstützen Bürgerschaftsläden, wir unterstützen Existenzgründungen im Ladenbereich“ (Interview mit Vertreter des Amtes für den ländlichen Raum des Landkreises Kassel). Das Fehlen einer Versorgungsmöglichkeit wirkt sich negativ auf die Wohn- und Lebensqualität der Bevölkerung aus. Fehlt die wohnortnahe Versorgung, „bedeutet dies auch den Wegzug von Senioren, die sich nicht selber versorgen können“ (Interview mit Leiterin des Mehrgenerationenhauses des Landkreises Kassel). Gerade für die ältere Bevölkerung werden die Dorfläden als wichtiger Bestandteil nicht nur der Versorgung, sondern auch des sozialen Zusammenlebens erachtet. Ein wichtiger Aspekt, „was der Bevölkerung bewusst sein muss [ist], dass man so [einen Dorfladen]

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -
nicht nur im Notfall nutzt, sondern regelmäßig, um solche Läden überhaupt zu erhalten
und damit vor allem älteren Menschen [das Einkaufen] zu ermöglichen“ (Interview mit
Kreistagsabgeordneter). Die hier beschriebenen handelsexogenen Faktoren tragen
maßgeblich zu den Veränderungen der Einzelhandelslandschaft bei. Es werden aber
auch positive Beispiele genannt, die das Gelingen der Initiierung eines Dorfladens
unterstreichen und den Willen einer Dorfgemeinschaft zur Eigeninitiative hervorheben.

„Da gibt es Orte, da haben sich Leute aufgemacht und haben gesagt: Wir
wollen einen Bürgerladen haben, den betreiben wir dann auch selbst. Der
Lebensmittelladen ist das Zentrum, alles andere kommt dann drum herum.
Bank, Post und solche Sachen, das ist auch wichtig, aber der
Lebensmittelladen, das ist das, was wirklich zählt im Dorf“ (Interview mit
Vertreter des Amtes für den ländlichen Raum des Landkreises Kassel).

Jedoch „so richtig gut laufende Dorfläden, die auf ehrenamtlicher Basis funktionieren,
sind hier als langfristig erfolgreich nicht bekannt“ (Interview mit Vertreter des
Einzelhandelsverbandes Hessen-Nord e.V.). „Wir haben einen ehrenamtlich geführten
Dorfladen in 190 Orten“, führt der Vertreter der Stabsstelle Ländlicher Raum des
Landkreises Waldeck-Frankeberg an und unterstreicht damit das bisher geringe
Vorkommen dieser Form der Nahversorgung. Nachdem der letzte Lebensmittelladen
2003 aufgrund des Alters der Inhaber sowie fehlender Nachfolge schließen musste,
„wurde das Defizit bei der Versorgung der Menschen in der Kerngemeinde mit Gütern
des täglichen Bedarfs“ erkannt (Interview mit Vereinsvorsitzendem Dorfladen
Bromskirchen e.V.). Der 2007 gegründete Dorfladenverein bekam von der Kommune
ein zinsloses Darlehen, um den Umbau zu einem Lebensmittelgeschäft mit
angeschlossenem Getränkemarkt zu realisieren. Das Einzugsgebiet des Ladens umfasst
die Kerngemeinde mit ca. 1.400 Einwohnern und zwei zur Kommune zugehörige
Nachbarorte, wobei vorrangig ältere Menschen und in Teilen jüngere Familien dort
regelmäßig einkaufen. Auf einer Fläche von 80m² wird ein übersichtliches Sortiment an
Waren angeboten. Mit einem Umsatz von 290.000 € (2009) wird eine geringe
Flächenproduktivität von 3.625 € erzielt. Nach Abzügen bleibt jedoch ein kleiner
Gewinn übrig, aber nur aufgrund der Tatsache, dass die Arbeit von fünf bis sechs
ehrenamtlichen Helfern erledigt wird. „Das Ziel ist immer die schwarze Null“, betont
der Vereinsvorsitzende des Dorfladenvereins und gleichzeitige Bürgermeister der
Kommune. Dass nicht in jedem Ort ein Dorfladen existieren kann oder wirtschaftlich
überlebensfähig bleibt, ist den Interviewpartnern durchaus bewusst. Doch wird auch

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -
thematisiert und betont, dass gerade der Konsument durch ein „bewussteres
Einkaufsverhalten“ die Entwicklungen im nahen Umfeld dahingehend beeinflussen
kann, dass ein kleiner Lebensmittelladen fortbesteht oder neue Konzepte Anklang
finden (Interview mit Handwerkskammer Kassel). Es zeigt sich, dass dieses Konzept
zwar eine Alternative darstellt, um die Nahversorgung zu sichern, die Bevölkerung
muss jedoch derartige Vorhaben aktiv unterstützen.

5.3.2. Aktive Nachbarschaftshilfe und weitere Alternativen

Auf Grundlage der Interviews mit den Akteuren aus der Region konnten verschiedene
Ansätze zur Verbesserung der Nahversorgung identifiziert werden, welche auf der Basis
bürgerschaftlichen Engagements beruhen. Eine weit verbreitete, aber selten beachtete
bzw. kaum in Statistiken erfasste Maßnahme ist die aktive Nachbarschaftshilfe. Obwohl
diese Form der Unterstützung eher informell stattfindet, gibt es bereits vereinzelt
Zusammenschlüsse, „aber das ist noch nicht koordiniert oder vernetzt. Das ist das Ziel
der neuen Koordinierungsstelle“, berichtet die Bürgerbeauftragte des Landkreises
Kassel. Aufgrund der oft engen sozialen Beziehungen zu Menschen im näheren
Wohnumfeld besteht gerade für die oft ältere und weniger mobile Bevölkerung ein guter
Zugang zu Waren und einfachen Dienstleistungen. So werden die Nachbarn zum Helfer
und Nahversorger gleichermaßen. Dabei ist das Aufgabenfeld facettenreich und kann
das Einkaufen von Lebensmitteln, die Erledigung von Post- und teilweise
Bankdienstleistungen, Fahrdienste zu Ärzten, einfache Koch- oder Reinigungsdienste
sowie einfach nur Gespräche umfassen. All diese Aktivitäten, die derzeit keiner
übergeordneten Organisation unterstehen, tragen einerseits zur Versorgung der
weniger oder nicht mobilen Bevölkerung bei und schaffen auf der anderen Seite stärkere
soziale Bindungen. Dies scheint auch Normalität auf dem Dorf zu sein, denn, „was
selbstverständlich ist, ist die direkte Nachbarschaftshilfe“ (Interview mit
Kreistagsabgeordneter). Jedoch sind sich die Interviewpartner nahezu einig darüber,
dass die Versorgung mit Waren und Dienstleistungen in der Fläche mithilfe des
Ehrenamtes nicht vorstellbar ist, denn „das überfordert auch das Ehrenamt“ schlichtweg
(Interview mit Kreistagsabgeordneter). So besteht zwar heute eine größere Flexibilität
und Kreativität im Bereich des Ehrenamtes, jedoch ist „der Wunsch, Freizeit für sich
alleine zu verbringen“ vorhanden (Interview mit Vertreterin Regierungspräsidium
Kassel), und der „Trend geht dahin, [...] sich punktuell zu engagieren“ (Interview mit
Leiterin des Mehrgenerationenhauses des Landkreises Kassel). Zudem wird angemerkt,
dass sich die Dörfer hochgradig unterscheiden, was die Initiierung oder das Anstoßen

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -
neuer und kreativer Ideen sowie das Zusammengehörigkeitsgefühl per se betrifft, denn dies hängt sehr stark von Personen, wie Vereinsvorsitzenden, Ortsvorstehern oder Bürgermeistern, ab.

„Es ist die Frage, wie stark der Gemeinsinn ist und da unterscheiden sich die Dörfer unglaublich voneinander. Und [die Dörfer] können auch umkippen, wenn sie einen neuen Ortsbeirat bekommen. [...] Das habe ich mehrfach erlebt in Orten, die zehn oder 15 Jahre inaktiv waren, und mit einem neuen Ortsvorsteher plötzlich in die ‚Puschen‘ kamen. Und es gab ein Wir-Gefühl und eine dörfliche Identität, weil Ansätze plötzlich öffentlich vorgestellt und diskutiert worden sind, [...] und nicht parteipolitisch dominant Entscheidungen getroffen wurden“ (Interview mit Vertreterin Regierungspräsidium Kassel).

Darüber hinaus gibt es gleichwohl auch von Seiten der Kommune initiierte Projekte, die zur Verbesserung der Versorgungsmöglichkeiten beitragen. So werden positive Beispiele aus der Region genannt, bei denen ältere oder körperlich eingeschränkte Menschen mittels organisierter Fahrdienste zur nächsten Einkaufsstätte transportiert werden oder aber via Fahrradkurier Lebensmittel nach Hause geliefert bekommen. Dabei stellt sich jedoch immer die Frage nach der Wirtschaftlichkeit und langfristigen Tragfähigkeit solcher Projekte (Interview mit Vertreterin von Region Kassel-Land e.V.). „Ob dieses Wir-Gefühl so weit geht, dass ehrenamtliche Arbeit machbar ist in gewerblichen Strukturen, das ist eine der spannendsten Fragen derzeit“ (Interview mit Vertreter des Einzelhandelsverbandes Hessen-Nord e.V.). Die Möglichkeit zur Versorgung der Bevölkerung im ländlichen Raum mithilfe des bürgerschaftlichen Engagements findet derzeit auf der Ebene der aktiven Nachbarschaftshilfe und weniger auf einer professionell organisierten und auf die Gesamtkommune ausgeweiteten Dimension statt. Grenzen sowie Möglichkeiten der dargelegten Optionen, eben diese auf andere ländliche Raumtypen zu übertragen, werden im Folgenden aufgezeigt und zusammengefasst.

5.4. Fazit

Aufgrund der geschilderten demographischen und ökonomischen Veränderungen, dargelegt an dem Beispiel Nordhessen, ergeben sich neue Herausforderungen für ländliche Räume in ganz Europa. Die aus der Beispielregion abgeleiteten Erkenntnisse können auf andere Regionen übertragbar sein, wenn deren innere Struktur, z.B. Lage

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

der zentralen Orte und Distanzen zwischen diesen, sowie deren Funktionen ähnlich ausgeprägt sind. Der Formatwandel, die Konsolidierung sowie die Konzentration der Einzelhandelsbetriebe auf die Grund-, Mittel- und Oberzentren haben zur Folge, dass große Bereiche in ländlichen Räumen unterversorgt sein werden. Dies hat Auswirkungen auf die Wohn- und Lebensqualität dieser Regionen, welche die Effekte des demographischen Wandels deutlicher zu spüren bekommen als beispielsweise Städte. Sowohl die Kommunen, die Bürgerinnen und Bürger als auch die Einzelhändler müssen auf die Veränderungen reagieren und versuchen dies längst, mehr oder weniger erfolgreich. Als Fazit zu ziehen ist, dass die Errichtung ehrenamtlich geführter Dorfläden stark von engagierten Personen und der Unterstützung seitens der Gesellschaft abhängig ist. Nach Ansicht der Experten ist der stationäre, mit ökonomischen Motiven betriebene Lebensmittelladen mittel- und langfristig die bessere Variante. Dies zeigt sich daran, dass es bisher im Untersuchungsraum kaum Beispiele für gut funktionierende, ehrenamtlich geführte Dorfläden gibt. Eine Gefahr für solche Projekte stellt das sich verändernde Konsumverhalten der Bevölkerung dar. Zudem sind die Aspekte Kaufkraft und letztendlich der generierte Umsatz der Dorfladenbetreiber bedeutungsvoll. Die diskutierte Alternative leistet zwar einen Beitrag zur Nahversorgung, kann jedoch die privatwirtschaftlich betriebenen Versorgungseinrichtungen in keinem Fall vollständig ersetzen. Schlussendlich muss den Einwohnern bewusst sein oder gemacht werden, dass sie durch ihr Konsumverhalten bei jedem Einkauf über das Fortbestehen oder die Aufgabe eines Nahversorgers entscheiden. Die aktive Nachbarschaftshilfe ist dagegen eine über die Nahversorgung hinausreichende Variante zur Sicherung des ‚Dorflebens‘. Diese bietet große Chancen und Potenziale, welche noch ausbaufähig sind, damit die weniger mobile Bevölkerung am Konsum und am sozialen Leben partizipieren kann. Es fehlt jedoch weitestgehend die Datengrundlage für eine Koordinierung und Konzeptionalisierung, was als Schwäche dieser Option gesehen werden muss. Die dargestellten Optionen stellen bisher lediglich ergänzende Möglichkeiten dar, um die Bevölkerung in geringem aber ausreichendem Maße mit Waren und Dienstleistungen zu versorgen. Bürgerschaftliches Engagement im Rahmen der Nahversorgung sollte als Chance verstanden werden, um die entstehenden Versorgungslücken zu schließen, jedoch nicht als Patentrezept betrachtet werden.

5.5. Literatur

- AOYAMA, Y. (2007): Oligopoly and the structural paradox of retail TNCs: an assessment of Carrefour and Wal-Mart in Japan. – In: *Journal of Economic Geography* 7/4: 471-490.
- BORN, K. M. (2011): Ländliche Räume in Deutschland. Differenzierungen, Entwicklungspfade und -brüche. In: *Geographische Rundschau* 63/2: 4-10.
- BURT, S., SPARKS, L. & C. TELLER (2009): Retailing in the United Kingdom - a Synopsis. – In: *European Retail Research* 24/1: 173-194.
- CIRKEL, M. & R. JUCHELKA (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. *Public Health Forum* 15/3: 24-26.
- DAWSON, J. (2010): Global Trends. Retail Trends in Europe. – In: Krafft, M. & Mantrala, M. K. (Hrsg.): *Retailing in the 21st Century: Current and Future Trends*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- HAHNE, U. (2009): Zukunftskonzepte für schrumpfende ländliche Räume. Von dezentralen und eigenständigen Lösungen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und zur Stabilisierung der Erwerbsgesellschaft. – In: *Neues Archiv für Niedersachsen. Zeitschrift für Stadt-, Regional- und Landesentwicklung* 1/2009: 2-25.
- HEINRITZ, G., KLEIN, K.E. & M. POPP (2003): *Geographische Handelsforschung*. – Berlin: Borntraeger.
- HESSISCHES STATISTISCHES LANDESAMT (2010): *Statistische Berichte. Bevölkerungsvorgänge in Hessen im Jahr 2008*. – Wiesbaden: Hessisches Statistisches Landesamt.
- HILLIGARDT, J. (2010): Standortfaktor „Ambulante ärztliche Versorgung“: Debatten und Strategien im Bundesland Hessen. – In: *Raumforschung und Raumordnung* 68/3: 219-229.
- INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER FULDA (2009): *Wirtschaftsdaten Region Fulda 2009*. – <http://www.ihk-fulda.de/inhalt/att/WDB.pdf> 12.08.2010.
- INDUSTRIE- UND HANDELSKAMMER KASSEL (2009): *Statistik auf den Punkt. Einzelhandel in Nordhessen*. – http://www.ihk.kassel.de/solva_docs/einzelhandel_in_nordhessen_2009.pdf 10.08.2010.

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

KERTZER, D.I., WHITE, M.J., BERNADI, L. & G. GABRIELLI (2009): Italy's Path to Very Low Fertility: The Adequacy of Economic and Second Demographic Transition Theories. – In: *European Journal of Population* 25: 89-115.

KUHLICKE, C., PETSCHOW, U. & H. ZORN (2005): Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfs im ländlichen Raum. Studie für den Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.. Institut für ökologische Wirtschaftsforschung gGmbH (Hrsg.). – Berlin.

KUHLICKE, C. & U. PETSCHOW (2005): Sozialräumliche Disparitäten in Deutschland. Vom schleichenden Ende der Nahversorgung. – In: *Ökologisches Wirtschaften* 4: 2-10.

KULKE, E. (1992): Structural Change and Spatial Response in the Retail Sector in Germany. – In: *Urban Studies* 29/6: 965-977.

KÜNEMUND, H. & J. SCHUPP (2008): Konjunktur des Ehrenamts – Diskurse und Empirie. – In: ERLINGHAGEN, M. & K. HANK (Hrsg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Theoretische Perspektiven und empirische Befunde. – = Wiesbaden: 145-163.

KÜPPER, P. (2010): Regionale Reaktionen auf den demographischen Wandel in dünn besiedelten, peripheren Räumen: Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. – In: *Raumforschung und Raumordnung* 68/3: 169-180.

LESTHAEGHE, R. J. & L. NEIDERT (2006): The Second Demographic Transition in the United States: Exception or Textbook Example? – In: *Population and Development Review* 32/4: 669-698.

MAI, R. & F. SWIACZNY (2008): Demographische Entwicklung. Potenziale für bürgerschaftliches Engagement. – = Bericht des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Heft 126

MATUSCHEWSKI, A. (2010): Stabilisierung der Regionalentwicklung durch Rückwanderung? Theoretische Konzeptionalisierung und empirische Umsetzung am Beispiel von Ostdeutschland. – In: *Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie* 54/1: 81-95.

MAYRING, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. – 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz.

METZGER, C. (2008): Nah(!)versorgung im ländlichen Raum – Herausforderungen der Zukunft. Ergebnisse einer Untersuchung im nördlichen Landkreis Donau-Ries. – In: *Geographische Handelsforschung* 23: 10-13.

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

NEU, C. (2011): Daseinsvorsorge und Bürgerpartizipation. In: Geographische Rundschau 63/2: 44-49.

PINILLA, V., AYUDA, M.A. & L.A. SÁEZ (2008): Rural Depopulation and the Migration Turnaround In Mediterranean Western Europe: A Case Study of Aragon. – In: Journal of Rural and Community Development 3: 1-22.

PURPER, G. (2007): Die Betriebsformen des Einzelhandels aus Konsumentenperspektive. – Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

SIEDHOFF, M. (2008): Demographischer Wandel – Zum Begriff und Wesen eines Megatrends. – In: Dresdner Geographische Beiträge 13: 3-14.

VERBAND REGION STUTTGART (2001): Das Ende der Nahversorgung? Studie zur wohnungsnahen Versorgung. – http://www.weeberundpartner.de/files/401_Nahversorgung_Bericht.pdf 24.08.2010.

WALFORD, N. S. & S. KUREK (2008): A Comparative Analysis of Population Ageing in Urban and Rural Areas of England, Wales, and Poland Over the Last Three Census Intervals. – In: Population, Space and Place 14: 365-386.

WORTMANN, M. (2003): Strukturwandel und Globalisierung des deutschen Einzelhandels. Berlin: Discussion Paper SP III 2003-202 des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung.

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -

Zusammenfassung: Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum: Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen

Sowohl die Entwicklung der Bevölkerungszahl und -zusammensetzung als auch die Konsolidierung im Lebensmitteleinzelhandel haben starken Einfluss auf die ländlichen Räume. Gerade in diesen Gebieten ist es deshalb umso wichtiger, die Nahversorgung sicherzustellen. Ziel dieses Beitrages ist die Darlegung von Nahversorgungsrealitäten in ländlichen Regionen in Westdeutschland anhand der Ergebnisse einer Untersuchung in der Beispielregion Nordhessen. Die Aussagen der Akteure aus den Bereichen Planung, Förderung, Politik und Ehrenamt einerseits sowie die betriebswirtschaftliche Seite der Nahversorger stellen die Grundlage für die diskutierten alternativen Möglichkeiten zur Sicherung der Nahversorgung dar. Ob und inwieweit diese zur langfristigen Aufrechterhaltung der Versorgung mit Waren des täglichen Bedarfes beitragen können, ist die zentrale Frage des vorliegenden Beitrages.

Schlüsselwörter: Demographischer Wandel, ländliche Räume, bürgerschaftliches Engagement, Nahversorgung

Summary: Demographic transition and its impacts on rural areas: Alternative approaches for local supply using the case study of northern Hesse

Both, the changes in number and structure of the population, and the consolidation of the food retail market affect rural areas. Especially for those regions, securing local supply is a critical issue. This article investigates local supply realities in northern Hesse to illustrate the general supply situation in rural areas in western Germany. The statements of regional and local players from the fields of spatial planning, promotion, politics and citizens' involvement as well as local suppliers are the basis for discussion about alternative strategies for the provision of local supply. The main question followed in this paper is, whether those are workable concepts in the long run, and if so, how.

Keywords: demographic transition, rural areas, citizens' involvement, local supply

Résumé: Conséquences de la transformation démographique aux milieux ruraux: Approches alternatives pour l'approvisionnement local illustré par la région Hesse du Nord

Non seulement les transformations en nombre et structure de population, mais encore la consolidation en commerce de produits alimentaires ont des effets forts sur les milieux ruraux. Dans ces régions, en particulier, assurer l'approvisionnement de biens de

- Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen Raum:
Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen -
consommation courante est crucial. C'est le but de cette contribution de décrire les
réalités des commerces de proximité dans les milieux rurales en Allemagne de l'Ouest
en consultant les résultats d'une investigation d'une région exemplaire en Hesse du
Nord. Les déclarations des acteurs d'aménagement du territoire, d'encouragement, de
politique et de l'engagement citoyen, ainsi que des aspects gestionnaires constituent la
base de discussion sur des modèles alternatives d'assurance des commerces de
proximité. La question centrale de cette contribution est comment et jusqu'à quel point
ces modèles alternatives peuvent contribuer au maintien long-terme
d'approvisionnement de biens de consommation courante.

Mots-clés: transformation démographique, milieux rurales, engagement citoyen,
commerce de proximité

Veröffentlicht:

*Warburg, F. (2011): Konsequenzen des demographischen Wandels für den ländlichen
Raum: Alternative Konzepte zur Nahversorgung aufgezeigt an der Region Nordhessen.*

In: Geographica Helvetica Jg. 66 (2): 132-139.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

**6. Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa**

Dipl.-Geogr. Florian Warburg

Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Geographie

Deutschhausstraße 10

35032 Marburg

Tel.: 06421-2824410

Fax: 06421-2828950

florian.warburg@geo.uni-marburg.de

Prof. Dr. Markus Hassler

Philipps-Universität Marburg

Fachbereich Geographie

Deutschhausstraße 10

35032 Marburg

Tel.: 06421-2824285

Fax: 06421-2828950

markus.hassler@staff.uni-marburg.de

6.1. Einleitung

Die Regierungen und Bevölkerungen Europas stehen den Herausforderungen der gegenwärtigen Bevölkerungsentwicklung gegenüber. Seit den 1970er Jahren durchlaufen die postindustriellen Gesellschaften einen Normen- und Wertewandel, der als zweiter demographischer Übergang bezeichnet wird und als globales Phänomen in Erscheinung tritt (SIEDHOFF 2008; LESTHAEGHE & NEIDERT 2006). Der demographische Wandel tritt vor allem in ländlichen Räumen in stark raum-zeitlicher Differenzierung auf (REICHERT-SCHICK 2010). Veränderungen der Bevölkerungszahl und -zusammensetzung haben Auswirkungen auf die Nachfrage nach Waren und Diensten des täglichen Bedarfs, wozu auch Pflege- und Betreuungsdienste zu zählen sind (STRÜVER 2011; KUHLCHE & PETSCHOW 2005).

Diese Entwicklung sorgt dafür, dass eine zunehmende Anzahl an älteren Personen einer abnehmenden Anzahl an jüngeren Personen gegenübersteht. Die bereits heute hohe und noch steigende Lebenserwartung, zusammen mit einer mit zunehmenden Alter erhöhten Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität, dem „zeitgleichen Nebeneinander mehrerer Krankheiten“, führen zu Fragen der Versorgungssicherung älterer hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (DIETZ 2002, 309). Auf der anderen Seite sinken die Anzahl der inländischen Pflege- und Betreuungskräfte sowie das informelle Pflegepotenzial im häuslichen Umfeld aufgrund von wirtschaftlichen und sozialen Veränderungen. Es entsteht demnach eine Lücke zwischen Angebot und Nachfrage. Besonders auffällig wird diese Lücke im Bereich der haushaltsnahen sowie Pflege- und Betreuungsdienstleistungen (STRÜVER 2011; LANGER 2010), da es der Wunsch eines Großteils älterer und pflegebedürftiger Personen ist, in häuslicher Umgebung versorgt zu werden (STRUBE 2011). Wie BLINKERT & KLIE (2008, 238) feststellen, gehört „die Sicherung der Pflege in der Zukunft zu den großen gesellschafts- und sozialpolitischen Themen der nächsten Jahrzehnte.“

Gerade in ländlichen Räumen ist das Thema Versorgung wenig erforscht, und auch FARMER et al. (2012, 1903) argumentieren: “[r]ural health is a relatively new field of study” und zeigen vielfältige Ansätze der methodischen und konzeptionellen Herangehensweise auf. Die zentrale Fragestellung des vorliegenden Beitrages leitet sich aus der bisherigen wissenschaftlichen Debatte um die Sicherung der Pflege- und Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen ab und kann im europäischen und deutschen Kontext als defizitär untersucht herausgestellt werden (TREBBIN et al. 2013). Ziel dieses Beitrages ist es, Pflegevermittlungsagenturen als Lösungsansatz im Rahmen

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

der Versorgung deutscher Pflegehaushalte zu untersuchen und in den theoretischen Diskurs eines Zugangskonzeptes zu Dienstleistungen zu integrieren. Die zentrale Fragestellung lautet: Welche Rolle kommt den Agenturen der Pflegevermittlung vor dem Hintergrund einer sich verändernden, vorrangig demographisch beeinflussten, Nachfrageentwicklung zu?

Die theoretische Einordnung in die Debatte um den Zugang zu Dienstleistungen (Abschnitt 2) sowie die Darstellung der raum-zeitlichen Veränderungen der Bevölkerungsstrukturen in Deutschland dient der Kontextualisierung der Fallstudie (Abschnitt 3). Der Beitrag basiert auf einer 2011 durchgeführten qualitativen Erhebung. Dabei wurde eine Akteursanalyse durchgeführt, um Schlüsselpersonen aus dem Bereich der Pflegevermittlungsagenturen zu erfassen. Unter Zuhilfenahme des *theoretical sampling* (STRAUSS 1987) konnten die Interviewpartner identifiziert werden. Unter den angefragten potenziellen Interviewpartnern wurden sechs Agenturen herausgefiltert, deren Geschäftsführer/innen zu einem Leitfaden-gestützten Experteninterview zur Verfügung standen. Zudem wurden drei polnische Betreuungsdienstleisterinnen mithilfe von Tiefeninterviews befragt. Um die räumlichen, rechtlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu untersuchen sowie die Konkurrenzsituation und Entwicklungen im Bereich der Pflege und Betreuung erfassen zu können, wurden zusätzlich Experten aus der kommunalen Verwaltung und Planung im Bereich der Pflegeversorgung sowie Pflegedienste und Interessensverbände interviewt. Im Rahmen dieses Beitrages wird bewusst nur die Angebotsseite untersucht, da die Akquise von Interviewpartnern auf der Nachfrageseite aufgrund der gesellschaftlichen und rechtlichen Brisanz sowie der äußerst sensiblen und privaten Thematik nicht möglich war. Im Anschluss wurden die Interviews mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach MAYRING (2002) ausgewertet. Die Ergebnisse werden in Abschnitt 4 analysiert. Die zentrale Fragestellung wird beantwortet und die Erkenntnisse in einem Fazit subsumiert (Abschnitt 5).

6.2. Wandel der Angebots- und Nachfragestrukturen in der Pflegeversorgung

Der demographische Wandel ist als wesentlicher Einflussfaktor auf die veränderten Rahmenbedingungen der Pflegearrangements¹¹ zu sehen (BELL & RUTHERFORD 2013).

¹¹ Grundlegend sind „drei Pflegearrangements möglich: ein informelles bzw. familiales, ein professionelles sowie ein kooperatives Pflegearrangement. Im informellen Pflegearrangement erfolgt die Pflege ausschließlich durch Privatpersonen, meist Angehörige. Das professionelle Pflegearrangement zeichnet sich hingegen durch die alleinige Versorgung durch professionelle Pflegekräfte aus. Schließlich greifen die informelle und professionelle Pflege ineinander, Angehörige und Pflegedienste kooperieren – was [...] als kooperatives Pflegearrangement bezeichnet wird“ (HABERKERN 2009, 134).

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Daneben spielen andere sogenannten treibenden Kräfte des Wandels (*drivers of change*) eine zentrale Rolle, die in Anlehnung an MOSELEY & OWEN (2008) die Veränderungen der Nachfragesituation der Bewohner ländlicher Räume hervorrufen. Ein sozialer und kultureller Wandel, der sich u.a. in der Individualisierung der Gesellschaft niederschlägt (SIEDHOFF 2008) oder neue Formen des Zusammenlebens entstehen lässt (LESTHAEGHE & NEIDERT 2006). Veränderungen der Einkommensverhältnisse, gerade von Frauen, spielen im Bereich der Pflegeversorgung eine wesentliche Rolle (SARACENO 2008). Pflegende Personen sind auch heute noch meist weiblich, auch wenn es hinsichtlich des Geschlechterverhältnisses zu Verschiebungen gekommen ist (SCHNEEKLOTH 2006).

Auch JOHNSTON et al. (2002) definieren sogenannte Einflussphären auf ländliche Versorgungsstrukturen, die als treibende Kräfte angesehen werden. Hierbei spielen die erweiterten Kommunikationsmöglichkeiten sowie eine erleichterte und an Intensität zunehmende räumliche Mobilität bei gleichzeitiger Reduzierung der Reise- oder Transportkosten zur Überwindung größerer Distanzen eine zentrale Rolle. Diese besitzen sowohl für Nachfrager als auch Anbieter von Dienstleistungen immense Bedeutung (FASSMANN 2003). Schließlich werden vor allem die regulatorischen Rahmenbedingungen als bedeutsame Einflüsse auf die Veränderungen der Nachfrage nach Versorgungsinfrastruktur bewertet (MOSELEY & OWEN 2008).

Deutschland wird also „weniger, grauer und vereinzelter“ (GANS 2008, 53)? Und nicht nur das: es treten Probleme hinsichtlich der Versorgungsrealitäten auf, und es müssen Lösungen her, um mit diesen Prozessen umzugehen. Es fehlt an Pflegearrangements, die verfügbar, kompatibel, den Ansprüchen der Nachfrager gerecht werdend, erreichbar und schließlich bezahlbar sind. Hinzu kommt der Aspekt, dass die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige mit der Vielzahl von gesetzlichen Bestimmungen (GREUTER & SCHILLIGER 2009) und Pflegeversorgungsoptionen überfordert sind, aus denen sie schlussendlich ein geeignetes Pflegearrangement wählen.

Seit den 1970er Jahren haben sich vorrangig zwei Konzepte des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen herauskristallisiert. Zum einen handelt es sich um den von ADAY & ANDERSEN (1974) Analyserahmen für Studien über den Zugang zu medizinischer Versorgung, der Charakteristika der Bevölkerung und des Gesundheitssystems sowie Nutzerzufriedenheit als Output zugrunde legt. Dieses Konzept wurde von KHAN & BHARDWAJ (1994) durch die Ergänzung räumlicher und sozialer Aspekte weiterentwickelt. Auch wenn diese betont werden, und zudem

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Barrieren und Anreize eingeführt werden, bleibt das Konzept grundlegend auf der Ebene der Planung und Ausgestaltung von Gesundheitspolitik lokalisiert.

Zum anderen wurde das Zugangskonzept in Bezug auf die Anpassungen des Gesundheitssystems durch verschiedene Dimensionen von PENCHANSKY & THOMAS (1981) weiterentwickelt. Diese kritisieren die Definition des Zugangsbegriffs durch ADAY & ANDERSEN (1974) und definieren Zugang folgendermaßen: „Access is defined here as a concept representing the degree of ‚fit‘ between the clients and the system“ (PENCHANSKY & THOMAS 1981, 128). Demnach ist der „Grad der Kompatibilität“ zwischen Patienten und dem Gesundheitssystem entscheidend und wird durch Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Kompatibilität, Bezahlbarkeit und Akzeptanz bestimmt. Bis heute wird die grundlegende Konzeption des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen verwendet, stets angepasst und durch Informiertheit als sechste Dimension weiterentwickelt (BUTSCH 2011; MCINTYRE et al. 2009; GODDARD & SMITH 2001; KHAN & BHARDWAJ 1994). Von zentraler Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind Barrieren und Anreize zu den Dimensionen der Verfügbarkeit, Bezahlbarkeit und der Kompatibilität zwischen Angebot und Nachfrage (siehe Abb. 8). Die anderen drei Dimensionen sind nicht weniger wichtig und sollen daher auch eine Erwähnung erfahren, werden aber nicht tiefergehend analysiert.

Anschauungen oder Einstellungen dem System, den Anbietern oder Leistungserbringern gegenüber, sind stark mit sozialen und kulturellen Faktoren behaftet. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein Beispiel für diese Dimension. Ebenso können Voreingenommenheit, schlechte Erfahrungen und negative Äußerungen dazu führen, dass potenzielle Nutzer die Angebote nicht annehmen (PENCHANSKY & THOMAS 1981).

Die zweite Dimension bezieht sich auf die Erreichbarkeit. Diese ist vor allem geographisch konnotiert, schließt aber auch die zur Verfügung stehenden Optionen zur Überwindung von Distanzen und deren Zeit- sowie Kostenaufwand mit ein (PENCHANSKY & THOMAS 1981). Schließlich bildet die Informiertheit (BUTSCH 2011) die dritte Dimension bei der Betrachtung von Barrieren und Anreizen in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsdienstleistungen. Fehlende oder schlechte Informationen führen dazu, dass die Pflegebedürftigen oder deren Angehörige nicht wissen, welche Dienste es wo, zu welchen Bedingungen, in welchem Umfang zu welchem Preis gibt.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

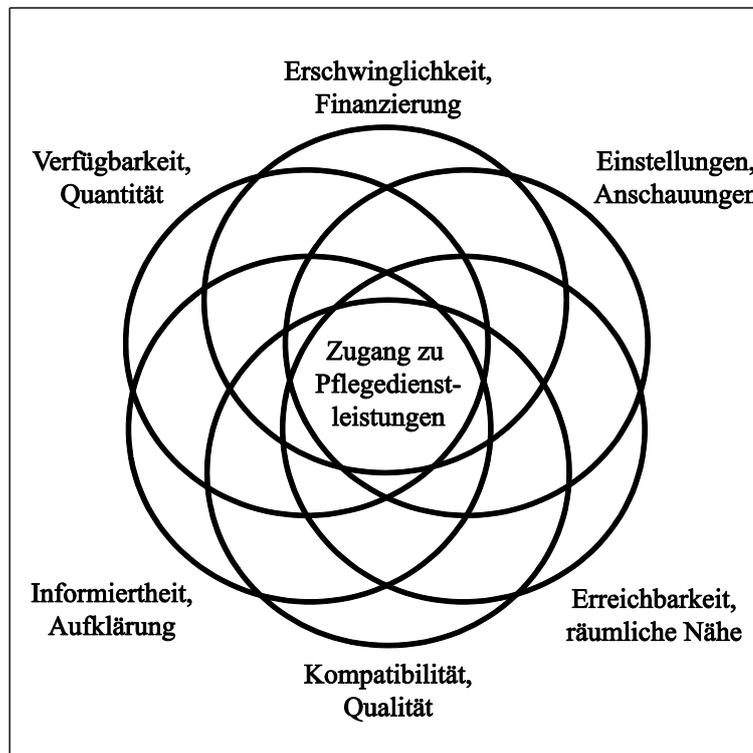


Abbildung 8: Dimensionen zur Bestimmung der Art der Pflegearrangements (eigene Darstellung in Anlehnung an: ADAY & ANDERSEN 1974; PENCHANSKY & THOMAS 1981; GODDARD & SMITH 2001)

Unter der Verfügbarkeit werden vorrangig angebotsrelevante Aspekte verstanden. Diese vierte Dimension nimmt Bezug auf die Art und den Umfang der Angebote und spielt damit auf die Fachrichtungen und spezialisierten Bereiche der Gesundheitsdienstleistungen an. Auch die Unterteilung in private und öffentliche Anbieter gesundheits- und pflegerelevanter Dienste wird hierunter gefasst (MCINTYRE et al. 2009).

„Characteristics of the system and of the population may influence whether entry is gained, but the proof of access per se is not the availability of services and resources but whether they are actually utilized by the people who need them“ (ADAY & ANDERSEN 1974).

Daneben stellt die Erschwinglichkeit die fünfte Dimension dar, welche auf die Anbieter und deren ökonomisches Risiko einerseits und die finanzielle Situation der Nutzer auf der anderen Seite abzielt (KUHLLICKE & PETSCHOW 2005; PENCHANSKY & THOMAS 1981). Dieses ökonomische Verhältnis zwischen Angebot und Nachfrage kann als limitierender Faktor oder Barriere gesehen werden, selbst wenn Leistungserbringer vorhanden und erreichbar und die potenziellen Nutzer informiert sind. Anreize in dieser Dimension in Bezug auf die Gesundheitsversorgung können das Herabsetzen von Zuzahlungen, Wegfall der Praxisgebühren oder die Senkung der Kassenbeiträge sein

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

(MCINTYRE et al. 2009). Kompatibilität als letzte Dimension zielt auf die Organisation und Ausgestaltung der Dienstleistungen ab. Hierunter werden beispielsweise Öffnungszeiten, Wartezeiten, Terminvergabe und bürokratische Bestandteile der Anbieter zusammengefasst, welche sich bei 24/7-Leistungsanbietern als Anreiz, bei stark eingeschränkten Öffnungszeiten einer Beratungsstelle als eine Barriere darstellen (PENCHANSKY & THOMAS 1981). Das bedeutet auch, dass der tatsächliche Zugang unterbleiben kann, auch wenn ein potenzieller Zugang zu einer Versorgungseinrichtung gegeben ist, da Angebot und Nachfrage nicht kompatibel sind und die Qualität nicht angemessen ist (KHAN & BHARDWAJ 1994). Diese sechs Dimensionen werden herangezogen und operationalisiert, um sie als Analysekatoren für die durchgeführte Fallstudie nutzen zu können.

6.3. Diskrepanzen zwischen Angebot und Nachfrage bei der Pflegeversorgung

6.3.1. Gesellschaftlicher Wandel, Bevölkerungsdynamik und Pflegebedarf

„Europas zweiter demographischer Übergang“, wie er von VAN DE KAA (1987) genannt wurde, resultiert aus einem Wandel von Normen und Werten, der sich in einem veränderten generativen Verhalten äußert und sich als „demographisch-ökonomisches Paradoxon“ (BIRG 2003, 42) manifestiert. In Deutschland ist seit 1950 die Bevölkerungszahl von 69,3 Mio. bis in das Jahr 2002 kontinuierlich auf 82,5 Mio. Einwohner gestiegen. Seitdem nahm die Anzahl bis zum Jahr 2012 stetig ab. Dies liegt zum einen an einem starken Rückgang der Geburtenzahlen seit Mitte der 1960er Jahre, da das Verhältnis von Geburten und Sterbefällen seit 1971 stets negativ ausgefallen ist. Die zusammengefasste Geburtenziffer liegt bei unter 1,4 Kindern pro Frau und somit unter dem Bestandserhaltungsniveau von 2,1 (STATISTISCHES BUNDESAMT 2012a, 15). Somit wird jede Elterngeneration nur zu zwei Dritteln durch die nächste Generation ersetzt (RAGNITZ 2008). Derzeit ist davon auszugehen, dass ein neugeborener Junge durchschnittlich bis zu 79 Jahre alt und ein neugeborenes Mädchen sogar im Durchschnitt 83 Jahre alt werden wird (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014). Dabei ist nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums das Risiko der Pflegebedürftigkeit laut §14 SGB XI¹² umso höher, je älter eine Person ist. In Zahlen ausgedrückt heißt dies, dass das Risiko der Pflegebedürftigkeit in der Altersgruppe der 60- bis 80-jährigen

¹² Pflegbedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung, für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§14 SGB XI).

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
bei 4,2 Prozent und der ab 80-jährigen sogar bei annähernd 29 Prozent liegt
(BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2014, o.S.).

Bezugnehmend auf den sozialen Wandel in der Gesellschaft, sind Verschiebungen der Haushaltsstrukturen erkennbar. Gab es 1970 noch rund 22 Mio. Haushalte, von denen etwa ein Viertel Singlehaushalte waren, so stieg die Anzahl bis 2014 auf etwa 40 Mio. Haushalte, welche zu rund 40 Prozent von nur einer Person bewohnt werden (STATISTISCHES BUNDESAMT 2014). Dieser Anstieg wird nicht nur durch die Individualisierung der jüngeren Bevölkerung hervorgerufen, denn auch ältere Menschen leben immer öfter allein. Der Anteil der älteren Bevölkerungsgruppe (ab 60 Jahre) ist seit 1950 bis 2010 von ca. 15 auf über 25 Prozent angestiegen. Der Anteil der über 80-Jährigen vergrößerte sich im genannten Zeitraum sogar von 1 auf ca. 5 Prozent (STATISTISCHES BUNDESAMT 2011). Laut STATISTISCHEM BUNDESAMT (2012b, o.S.) leben sogar in gut 24 Prozent aller Haushalte ausschließlich Menschen im Seniorenalter ab 65 Jahren. Die genannten Prozesse führen dazu, dass sich in Deutschland die Anzahl der Hilfe- und Pflegebedürftigen erhöhen wird. VON KONDRATOWITZ (2005, 418) meint dazu, dass „die Entwicklungsmuster der Langlebigkeit und die Prävalenz chronischer Krankheiten in den hochaltrigen Gruppen die bedeutendste Herausforderung für die nationalen Gesundheits- und Pflegesysteme darstellen“ werden. Demographisch und sozio-ökonomisch bedingt, sinkt das informelle Pflegepotenzial. DÖHNER & ROTHGANG (2006) gehen von einer Reduktion um 50 Prozent in den nächsten 30 bis 40 Jahren aus. DIENEL (2007, 298) fasst zusammen, dass schon heute, aber gerade in Zukunft

„immer mehr Ältere durch immer weniger Jüngere betreut werden [müssen und dass] angesichts sich wandelnder Familienformen und einer schmaler werdenden Basis der nachwachsenden Generation [...] es nicht vorstellbar [ist], dass die bisher noch große Rolle der Familien in der Versorgung älterer Menschen flächendeckend aufrecht erhalten werden kann“.

Demgegenüber steht eine steigende Zahl an Menschen mit Pflegebedarf. Im Zeitraum 1999 bis 2009 stieg die Anzahl an Pflegebedürftigen von 2,02 auf 2,34 Mio. Menschen. Dies ist eine Zunahme von etwa 16 Prozent in der genannten Dekade. Nahezu 70 Prozent der Pflegebedürftigen werden zu Hause, die restlichen 30 Prozent in stationären Pflegeeinrichtungen respektive Pflegeheimen versorgt. Zwei Drittel aller zu Hause gepflegten und betreuten Personen greifen ausschließlich auf die Hilfe und Unterstützung durch Familienangehörige zurück, wohingegen ein Drittel teilweise ausschließlich von Pflegediensten, teilweise mit Hilfe der Angehörigen und mobilen

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
Pflegediensten unterstützt wird (siehe Abb. 9). Zusammenfassend heißt dies, dass „der private Haushalt [...] der zentrale Ort der Betreuung und Versorgung und damit die grundlegende Versorgungsform Hilfe- und Pflegebedürftiger in Deutschland [ist]“ (DAMMERT 2009, 100).

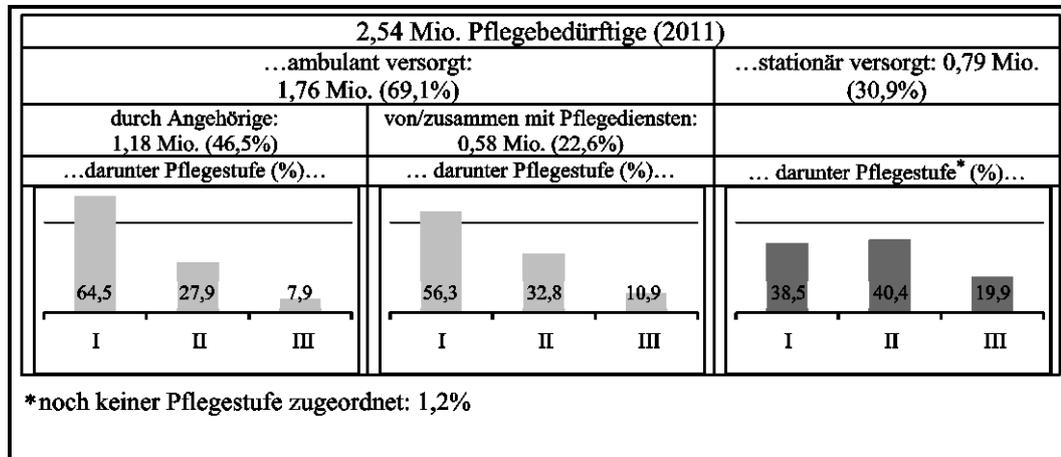


Abbildung 9: Pflegebedürftige nach Art der Unterbringung und Einordnung nach Pflegestufen (eigene Darstellung nach GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES 2014)

Daraus folgt, dass die Zahl an professionellen Fachkräften im Pflegebereich um 35 Prozent zunehmen müsste, wenn die Vorausberechnungen der Pflegebedürftigkeit sowie die konstant hohe Arbeitsintensivität des Pflegeberufs zugrunde gelegt werden. Eine der Möglichkeiten, um den steigenden Bedarf zu decken, ist die Akquise von inländischen Nachwuchskräften im Bereich der Pflege und Betreuung. Gerade der demographische, aber auch der soziale Wandel haben starken Einfluss auf das vorhandene informelle Pflegepotenzial, also den „zur Versorgung ohne professionelle Hilfe abrufbaren gesellschaftlichen Ressourcen“ (BLINKERT & KLIE 2008, 242). Durch die sich ändernde Bevölkerungsstruktur, eine Zunahme des Anteils älterer Menschen, die aufgrund sozialer Individualisierungsprozesse immer öfter alleine leben, und durch eine Abnahme von räumlicher Nähe zwischen Eltern und Kindern, ist das informelle Potenzial auf lange Sicht nicht ausreichend oder tragbar. Zu diesem Ergebnis kommen auch ENSTE & PIMPERTZ (2008) in ihrer Studie über das Beschäftigungspotenzial auf dem Pflegemarkt in Deutschland (siehe Tab. 7).

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Tabelle 7: Entwicklung der Pflegebedürftigen nach Art der Pflege (*Eigene Berechnung, ergänzt nach: ENSTE & PIMPERTZ 2008, 4)

	Pflegebedürftige in 1.000	Stationäre Pflege in 1.000	Ambulante Pflege (Sachleistungen) in 1.000	Pflege durch Angehörige (Geldleistungen) in 1.000	Anteil der Pflege durch Angehörige an allen Pflegebedürftigen*
2005	2.128	677	472	979	46 %
2010	2.404	841	553	1.010	42 %
2020	2.911	1.135	728	1.048	36 %
2030	3.360	1.411	907	1.042	31 %
2040	3.641	1.602	1.056	983	27 %
2050	4.100	1.968	1.230	902	22 %

Die Prognosen von DÖHNER & ROTHGANG (2006) annehmend und den Aussagen von DIENEL (2007) sowie ENSTE & PIMPERTZ (2008) folgend, gibt es eine starke Diskrepanz zwischen Nachfrage und informellem Angebot, denn im Gegensatz zur heutigen Situation, bei der annähernd die Hälfte aller Pflegebedürftigen durch Angehörige versorgt wird, so werden 2050 nur etwa 22% aller Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld durch pflegende Angehörige versorgt sein. Hinzu kommt der Aspekt der Abnahme der Bevölkerung, welcher sich in einem Mangel an qualifiziertem Personal im Pflegebereich äußert.

6.3.2. Politische und rechtliche Einflüsse

Tatsächlich wird auch das Gros an Pflegebedürftigen zu Hause versorgt. Nicht allein in Deutschland sondern auch im europäischen Kontext ist dies zu beobachten (DIENEL 2007). Grundsätzlich kann jedoch auch festgestellt werden, dass die Betreuung und Pflege zu Hause bis zu einem bestimmten gesundheitlichen Grad möglich ist und der Grad professioneller Hilfe mit zunehmendem Krankheitsverlauf zunimmt (HUGMAN 1994). GREUTER & SCHILLIGER (2009, 155) sprechen in diesem Zusammenhang auch von der Ausbildung eines *Care-Patchworks*,

„einer Kombination von ergänzender Betreuung durch Angehörige, medizinischer und körperlicher Pflege [...] und stundenweiser ›alltäglicher Umsorgung‹ (u.a. Haushalts-Dienstleistungen) durch privatwirtschaftliche Angebote“.

Ein möglicher alternativer, aber nicht unumstrittener Lösungsansatz, um die entstandenen und noch voranschreitenden Versorgungsdefizite in Privathaushalten zu schließen, wird in der Beschäftigung von ausländischem Pflegepersonal gesehen. Dabei gilt es zwei verschiedene rechtliche Grundsätze zu beachten. Dies sind einerseits arbeitsrechtliche, auf der anderen Seite aufenthaltsrechtliche Bestimmungen. Die

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Dienstleistungsfreiheit (Art. 56ff. AEUV) und das Arbeitnehmer-Entsendegesetz (AEntG) ermöglichen ausländischen Unternehmen aus den neuen EU-Mitgliedsstaaten bereits vor der vollumfänglichen Arbeitnehmerfreizügigkeit Dienstleistungen anzubieten und ihre Mitarbeiter nach Deutschland zu entsenden. Die Beschäftigung von Selbständigen durch die EU-Dienstleistungsrichtlinie sowie die Entsendung von Leiharbeitern sind Varianten, die gerade im Bereich der Pflege- und Betreuungskräfte auch derzeit noch gängig sind und sich „im Dschungel von unterschiedlichen Formen der formellen und informellen Arbeit“ in einer Grauzone bewegen (GREUTER & SCHILLIGER 2009, 158). Die formalen Rahmenbedingungen für Arbeitnehmer aus EU-Mitgliedstaaten schafft der Artikel 45 des Vertrages über die Arbeitsweise der Europäischen Union (AEUV), der „die Abschaffung jeder auf der Staatsangehörigkeit beruhenden unterschiedlichen Behandlung der Arbeitnehmer der Mitgliedstaaten in Bezug auf Beschäftigung, Entlohnung und sonstige Arbeitsbedingungen [umfasst]“ (Art. 45 (2) AEUV). Die von Deutschland ausgehenden Restriktionen in Bezug auf die Arbeitnehmerfreizügigkeit für die 2004 bzw. 2007 neu in die Europäische Union aufgenommenen Mitgliedsstaaten sorgten dafür, dass das vollumfängliche Recht auf Beschäftigung mit einer Verzögerung von sieben Jahren eingeführt wurde (zuletzt: Rumänien und Bulgarien 2014) (STRÜVER 2011). Seit 2011 können demnach Arbeitnehmer aus den mittel- und osteuropäischen Staaten wie Polen, Tschechien, der Slowakei, Slowenien sowie aus den Staaten des Baltikums

„sich um tatsächlich angebotene Stellen [...] bewerben, sich zu diesem Zweck im Hoheitsgebiet der Mitgliedstaaten frei [...] bewegen, sich in einem Mitgliedstaat [aufhalten], um dort nach den für die Arbeitnehmer dieses Staates geltenden Rechts- und Verwaltungsvorschriften eine Beschäftigung auszuüben [und] nach Beendigung einer Beschäftigung im Hoheitsgebiet eines Mitgliedstaats unter Bedingungen [...] verbleiben, welche die Kommission durch Verordnungen festlegt“ (Art. 45 (3) AEUV).

6.4. Zugang zur Pflegeversorgung mithilfe der Betreuungsdienstleisterinnen

6.4.1. Zunehmende Mobilität, Transmigration und Kommunikation

Betreuungsdienstleisterinnen kommen als „Dienstmädchen der Globalisierung“ (LUTZ 2008) in die privaten Haushalte der Pflegebedürftigen. Als Betreuungsdienstleisterinnen oder auch ‚Live-ins‘ werden Pflegekräfte bezeichnet, die 24 Stunden, sieben Tage die Woche im Haushalt der Pflegebedürftigen leben. Es besteht eine große Heterogenität

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

innerhalb dieser Berufsgruppe in Bezug auf die Herkunft, das Alter, die Qualifikation und das Leistungsangebot, die Dauer und die Lokalität des Aufenthaltes in Deutschland sowie familiäre und soziale Beziehungen in den Herkunftsländern. Sie kommen aus Polen, Tschechien, der Slowakei, Ungarn und auch immer stärker aus Rumänien oder den baltischen Ländern. Dies hängt zu großen Teilen von den persönlichen und geschäftlichen Kontakten der Geschäftsführer der Vermittlungsagenturen ab. Aus geographischer Sicht scheint es ebenso einen Zusammenhang zwischen dem Standort der deutschen Vermittlungsagentur und dem Einsatzgebiet der Betreuungskräfte zu geben. So sind beispielsweise Vermittlungsagenturen aus Norddeutschland auch eher in dieser Region aktiv und distribuieren ihre Betreuungskräfte dort, da die Kontakte zu Kunden einerseits, die Organisation der An- bzw. Abreise der Anbieterinnen andererseits eine Rolle spielen. Grundsätzlich jedoch werden die über die Vermittlungsagenturen organisierten ausländischen Kräfte über das gesamte Bundesgebiet verteilt und es konnte aus den Interviews keine Aussage getroffen werden, die eine stärkere Tendenz bezüglich des Auftretens in städtischen oder ländlichen Regionen belegen würde.

Die Aufenthalts- und damit gleichzeitig verbundene Arbeitszeit in Deutschland ist stark variabel, sodass die *Live-ins* von vierzehn Tagen bis hin zu einem Jahr vor Ort sind. In der Regel, und das bestätigen die Aussagen der Interviewpartner durchgängig, liegt die Dauer des Aufenthaltes bei zwei bis drei Monaten. Die räumliche Nähe Deutschlands oder beispielsweise auch Österreichs oder der Schweiz zu den teils angrenzenden mittel- und osteuropäischen Herkunftsländern begünstigt zudem die starke transnationale Migration. Die sozialen und familiären Bindungen der Pflegekräfte zur Heimat spielen eine wichtige Rolle und können sogar Auslöser für die Aufnahme einer solchen Tätigkeit sein, wenn Ehepartner arbeitslos werden oder Kinder versorgt werden müssen. Das Nicht-Vorhandensein dieser Bindungen kann jedoch gleichermaßen zur Aufnahme einer Tätigkeit im Ausland führen, und dies sogar für längere Zeiträume, als dies bei familiär gebundenen Kräften der Fall ist. Ein Geschäftsführer einer Vermittlungsagentur zieht einen Vergleich, der die Isolation, Anstrengung und Genügsamkeit der ausländischen Pflegekräfte verdeutlicht, und meint: „stellen sie sich vor, sie gehen auf eine Bohrinself. Das ist eine bewusste Entscheidung“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsentur). Diese Aussage scheint gleichzeitig eine Rechtfertigung dafür zu sein, dass den Pflegekräften stets das Ausmaß ihrer Entscheidung bewusst ist. Dies ist generell zu bezweifeln, wenn man die persönlichen

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
Geschichten sowie familiäre und ökonomische Situation der Pflegekräfte bedenkt, da
diese durchaus auch Zwangslagen konstituieren. Wenn sich die Pflegekräfte entschieden
haben,

„dann muss organisiert werden. [...] Viele haben natürlich Kinder. Wir haben Mitarbeiterinnen, die durch ihren Job ihre ganzen Familien ernähren; sei es, wenn die Familie noch intakt ist, dass sich der Mann dann um die Kinder kümmert; sei es, dass die Mutter sich um die Kinder kümmert. Und der soziale Kontakt, die Verbindung, wird telefonisch oder via Skype aufrechterhalten. Ja, das sind ganz wichtige Kommunikationsmittel für die Mitarbeiterinnen, damit diese den Kontakt [zu ihrem] Zuhause nicht verlieren“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).

Auch aus den Aussagen der Interviewpartner konnte stringent herausgehört werden, dass Hunderttausende Mittel- und Osteuropäerinnen in Deutschland einer illegalen Arbeit nachgehen, ob nun aufenthalts- oder arbeitsrechtlicher Art. Einige der Interviewten sprechen von 90 Prozent irregulär Beschäftigter im Bereich haushaltsnaher Dienstleistungen oder in Zahlen ausgedrückt einer Million, laut „Informationen, die wir von den Partneragenturen [haben]; 100 Tsd. Damen aus Osteuropa [...], diese Zahl stimmt schon lange nicht mehr“ (Interview mit Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsagentur). Im Interview mit einem Leiter einer Pflegevermittlungsagentur wurde ein konkretes Beispiel genannt, welches das Ausmaß der transnationalen Pendelmigration belegt:

„Jeden Tag kommen in Hamburg sechs Busse [...] nur aus Polen an, voll mit polnischen Mitarbeitern, die von Hamburg aus dann wieder verteilt werden. Ein Bus fährt nach Norden, einer nach Hannover, einer nach Bremen und so weiter. Das ist ein reger Wechsel. Und ich würde mal sagen, von denen [ist] nur ein Bruchteil legal [beschäftigt]“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).

6.4.2. Verfügbarkeit von Pflege und Betreuung

Eine Möglichkeit für die Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ist es über die Zentrale Auslands- und Fachvermittlung (ZAV) der Bundesagentur für Arbeit eine osteuropäische Haushaltshilfe zu engagieren. Seit dem ersten Mai 2011 benötigten Arbeitnehmer aus den 2004 der EU beigetretenen Staaten keine Arbeitsgenehmigung

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
mehr, um einer sozialversicherungspflichtigen Vollzeitbeschäftigung nachzugehen.
Lediglich in den beiden südosteuropäischen Ländern Bulgarien und Rumänien blieb die
Arbeitserlaubnispflicht vorerst bestehen. Die Vermittlungen über die ZAV in den Jahren
2008 bis 2010 fielen mit 1.500 bis 2.000 verschwindend gering aus. Hierbei konnte
festgestellt werden, dass das Gros der Arbeitnehmer aus Polen kam, gefolgt von
Rumänien, Bulgarien und Ungarn (ZAV 2011). Diese Variante wurde und wird kaum
genutzt. „Da sehen sie wieder, wie viele diesen bürokratischen Wahnsinn auf sich
nehmen“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur), meint ein
Interviewpartner zu dem Thema und verdeutlicht damit die Ablehnung von allen
Akteuren gegenüber dieser finanziell und bürokratisch aufwendigen und viel Zeit in
Anspruch nehmenden Möglichkeit der Beschaffung von adäquatem Personal.

*„Diese Variante [ist] von den Familien nicht mehr so gerne erwünscht, weil
die Damen nicht so lange in Deutschland bleiben oder nicht so lange
bleiben können“ (Interview mit Geschäftsführerin einer
Pflegevermittlungsagentur).*

Aber auch für die Pflegekräfte per se ist es „ein bisschen schwierig, weil keine [Frau
bzw. Mutter] für ein Jahr von zu Hause [wegbleiben] kann“ (Interview mit
Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsagentur).

Eine der verbreitetsten Varianten bei der Versorgung von Pflegebedürftigen zu Hause
ist die Unterstützung durch Pflegedienste (siehe Abschnitt 3). Die Anzahl der
Pflegedienste, seien es private oder karitative, kirchliche sowie staatliche
Organisationen, ist seit Einführung der Pflegeversicherung stark gestiegen. Am Beispiel
eines hessischen Landkreises konnte eine Zunahme von 350% konstatiert werden. So
resümiert eine Vertreterin der Stabstelle Altenplanung des Landkreises Marburg-
Biedenkopf, dass die Entwicklung

*„seit Einführung der Pflegeversicherung rasant [verläuft]. Im Jahre 1989,
da hatten wir - ich sage mal so Pi mal Daumen 12 bis 15 Pflegedienste; die
waren ja auch noch zum großen Teil öffentlich gefördert. Das waren
meistens frei gemeinnützige, also in Diakonie- oder Caritas-Trägerschaft.
Heute haben wir 50 Pflegedienste“ (Interview mit Vertreterin der Stabstelle
Altenplanung im Landkreis Marburg-Biedenkopf).*

Neben der legalen und aus genannten Gründen eher wenig frequentierten Möglichkeit
der Anstellung einer Betreuungskraft bzw. Haushaltshilfe über die ZAV, und der

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Unterstützung durch heimische Pflegedienste sowie der Akquise einer illegal beschäftigten Pflege- und Betreuungskraft, gibt es in Deutschland eine florierende Vermittlungsbranche. Nicht die Unternehmen, jedoch aber die Beschäftigten bewegen sich hierbei oft zwischen Selbständigkeit und Scheinselbständigkeit sowie zwischen Weisungs- bzw. Direktionsrecht und Arbeitnehmerüberlassung, also in rechtlichen Grauzonen.

Das Alter der Pflege- und Betreuungskräfte liegt zwischen Anfang zwanzig und Mitte siebzig, in den meisten Fällen sind sie aber zwischen 35 und 50 Jahre alt. Zur Qualifikation der *Live-ins* ist zu sagen, dass auch hierbei eine starke Heterogenität vorzufinden ist. Einige haben in ihren Herkunftsländern eine komplette Berufsausbildung im Bereich Medizin oder Pflege absolviert,

„wobei man bedenken muss, dass egal welchen Abschluss die [Betreuungskräfte] haben, auch wenn es jetzt ein Arzt oder eine Ärztin wäre, behandlungsfähige oder medizinische Versorgung oder dergleichen darf von diesem Personal [in keinem Falle] übernommen werden. Also die Ausbildung spielt hier eine weniger große Rolle“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).

Hier wird ein großes Problem angesprochen, denn die Anerkennung von ausländischen Qualifikationen in Deutschland ist bislang wenig forciert worden, was u.a. auf einen protektionistischen Hintergrund des Staates zurückzuführen sein kann. Wenn diese Ausbildungsqualifikationen eine formalrechtliche Anerkennung erhielten, so könnten die Personen auch ihrer Ausbildung und Qualifikation entsprechend eine Tätigkeit aufnehmen und fielen so für den Pflegemarkt weg. Es sind aber auch Verkäuferinnen, Bürokauffrauen oder Hausfrauen, die gegebenenfalls ihre Kinder erziehen oder schon die eigenen Eltern gepflegt haben. Das heißt, die Erfahrung im Umgang mit Menschen spielt hierbei eine wesentlich wichtigere Rolle als die erworbene Qualifikation im eigenen Land.

Auch die Möglichkeit der Entsendung von Arbeitskräften, beispielsweise aus Polen, besteht als Pflegelösung für private Haushalte. Hierbei nehmen die Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörige Kontakt zu einer Vermittlungsagentur in Deutschland auf. Sie teilen der Firma mit, „worum es geht, welche Wünsche sie bezüglich des Personals haben und wie die Situation vor Ort ist“ (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur). Dann geht die Arbeit der Vermittlungsagentur los, indem

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
sie den Wünschen der Kunden entsprechend Kontakt zu den ausländischen (hier:
polnischen) Partneragenturen sucht, um geeignete Pflege- und Betreuungskräfte zu
ermitteln. Dieser Ablauf konnte bei allen Vermittlungsagenturen in ähnlicher Weise
festgestellt werden, wobei sich Intensität und Umfang der Services seitens der
Agenturen unterscheiden.

6.4.3. Kompatibilität, Organisation und Ausgestaltung

Es sind zu je einem Drittel entweder die Pflegebedürftigen, der/die Partner/in oder die
Kinder bzw. Angehörigen der Betroffenen, die Kontakt zu den Agenturen herstellen. Es
wird zunächst festgestellt, dass Pflege und Betreuung nicht mehr allein durch die
informellen Arrangements abgedeckt werden können und auch die Unterstützung durch
professionelle Pflegedienste nicht ausreicht oder aber eine Rundumversorgung zu
kostenintensiv ist. Es werden dann die benötigten Anforderungen aufgelistet und der
tatsächliche Pflege- und Betreuungsaufwand konstatiert. „Dann bekommen [die
Kunden] ein Angebot und entscheiden sich für eine Zusammenarbeit, oder nicht“
(Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur). Wenn sich die beiden
Parteien einigen können, kommt also rein rechtlich gesehen ein Arbeitsvertrag zwischen
der ausländischen Agentur und der ausländischen Betreuungskraft zustande. Zudem
entsteht ein Dienstleistungsvertrag zwischen den deutschen Betreuungsbedürftigen und
den ausländischen Agenturen. Die deutsche Vermittlungsagentur tritt zunächst nur als
Vermittler auf. Es wird in den Verträgen detailliert festgelegt, welche Aufgaben genau
die Pflegekraft zu erbringen oder nicht durchzuführen hat. Sie ist demnach nicht an
Weisungen der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen gebunden. Faktisch ist dies
allerdings unrealistisch und erfährt von Seiten einer der Interviewpartner nur ironisch-
sarkastische Reaktionen. Konstatieren lässt sich, dass Verträge gemacht werden, in
denen festgehalten wird, dass die

*„Betreuungskraft aus Polen nicht putzen [darf], das steht ja in den
Verträgen drin, [auch] keine Reinigungsarbeiten [durchführt]: sie soll nur
betreuen. Wenn ich [ihn/sie] aber nicht kämmen kann, kein Essen
zubereiten kann, das Essen nicht verabreichen kann, nicht Körperpflege
machen kann, [die Pflegebedürftigen] nicht beim Toilettengang begleiten,
[sie/ihn] nicht anziehe oder ausziehe, was mache ich dann den ganzen
Tag?“ (Interview mit BEBP).*

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Zwischen den deutschen Vermittlungsagenturen und den polnischen Entsendeunternehmen wurden über Jahre Kontakte geknüpft, Kooperationen vereinbart und dieses Vermittlungssystem sehr erfolgreich ausgebaut. Teilweise bestehen langjährige Verbindungen von deutscher Seite mit bis zu 40 Partneragenturen nur alleine in Polen. Bei der Kooperation geht es dann um ein Vertrauensverhältnis, das aber durch monetäre Gegenleistungen zum Ausdruck kommt.

„Ich habe mir Partneragenturen aufgebaut. Also ich habe zwölf Jahre lang Au-pair-Mädchen nach Deutschland vermittelt, über 500 Au-pair-Mädchen. Und dadurch, dass ich rumänisch, ungarisch und englisch spreche, habe ich die Möglichkeit auch drüben im Land mit den Partneragenturen am Ort [zu sprechen und] mir auch die Damen anzuschauen. Das heißt, ich fliege regelmäßig nach Rumänien, nach Ungarn bin ich auch geflogen und dann schaue ich mir selber die Damen an“ (Interview mit Geschäftsführerin einer Pflegevermittlungsagentur).

Auch ein weiterer Inhaber einer Vermittlungsagentur stellt im Hinblick auf die Organisation und Kontakte in die Herkunftsländer der Pflegedienstleisterinnen fest:

„Wir haben als fest angestellt hier in Deutschland [...] acht Leute. Die Mitarbeiterinnen, die wir über die Agenturen bei den zu betreuenden Menschen einsetzen sind ja nicht meine Mitarbeiter wie gesagt, sondern die Mitarbeiter der Kooperationspartner in Polen, in der Slowakei, in Ungarn oder in Rumänien. Und da kommen wir zurzeit auf eine Zahl von 150. [Und wir kooperieren] mit drei Agenturen in Polen, einer in der Slowakei, einer in Ungarn und einer in Rumänien“ (Interview mit Inhaber einer Vermittlungsagentur).

Es wird von Seiten der Entsendeunternehmen ein Betrag von „100 bis 150 Euro an eine Vermittlungsagentur in Deutschland [gezahlt], damit sie diese Familie betreut“ (Interview mit BEBP), sodass also das polnische Entsendeunternehmen die Arbeitskräfte zur Verfügung stellt und die Vermittlungsagentur in Deutschland die Familien vor Ort berät, die Arbeitskräfte vermittelt und auch selbige betreut. Problematisch wird jedoch die Gesetzeslage im Hinblick auf Arbeitsverhältnisse, Mindestlohnansforderungen und die Prekarität gesehen. Aus einem Beispiel lässt sich klar ableiten, wie komplex, facettenreich und juristisch-fragil diese Arbeitsverhältnisse sind.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
„Rechtlich gesehen kommt zwischen der Familie und dieser Frau ein faktisches Arbeitsverhältnis dadurch zustande, dass diese Frau ja mehr leistet als ihr eigentlicher Arbeitgeber ihr erlaubt hat. Das bedeutet also, hier werden dann auch Sozialabgaben fällig. [...] Und in diesen Verträgen [steht] drin, dass immer polnisches Recht Anwendung findet“ (Interview mit BEBP).

Die Auseinandersetzung mit rechtlichen Fragen führt zu einer weiteren Möglichkeit für die Vermittlung von *Live-ins* durch die Agenturen. Die Betreuungsdienstleisterinnen haben in Deutschland die Möglichkeit sich selbständig zu machen. Dies bedingt ein unternehmerisches Risiko, eine freie Einteilung der Arbeitszeit sowie die Tatsache, dass für mehrere Auftraggeber gearbeitet werden muss und führt dazu, dass eine weisungsfreie Tätigkeit ausgeführt werden kann. Hierzu soll ein Unternehmen herangezogen werden, welches im Rahmen der Recherche und der empirischen Datenakquise besonders kontrastierend wahrgenommen wurde.

Die Betreuungsdienstleisterinnen kommen meist auf Empfehlung zum Unternehmen und werden deutschlandweit eingesetzt. Die Organisation übernehmen die Mitarbeiter aus den zuständigen Abteilungen der Firma, sodass die Franchisenehmer sich vollständig auf die Arbeit, d.h. die Betreuung und Pflege der Pflegebedürftigen, konzentrieren können. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren etwa 800 deutsche Familien simultan durch das Unternehmen in einem durch *Live-Ins* unterstütztes Pflegearrangement situiert. Über die letzten Jahre sind nach Schätzungen eines Geschäftsführers einer Vermittlungsagentur insgesamt etwa 2.000 bis 3.000 Pflegebedürftige durch ausländische Pflegekräfte versorgt worden. Die Familien müssen für die Leistungen der Betreuungsdienstleisterinnen zwischen 1.600 und 2.000 Euro pro Monat bezahlen. Dies scheint auf den ersten Blick ein teures Pflegearrangement zu sein, jedoch müssen diesem die Optionen des Pflegeheimes sowie eine zeitintensive Pflege und Betreuungsleistung durch Pflegedienste gegenübergestellt werden, welche wesentlich kostenintensiver ausfällt.

„Und wenn die Entscheidung klar ist, ich gehe nicht ins Heim, wird [die Versorgung zu Hause] eine gewisse Zeit über einen Pflegedienst abgedeckt werden können. Spätestens bei einer starken dementiellen Erkrankung kommt irgendwann der Punkt, wo die Entscheidung ansteht: entweder gerontopsychiatrische Einrichtung oder aber hier ist immer jemand [zu

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa - Hause]. Und dann kommen wir an den Punkt der Bezahlbarkeit. Natürlich kann ich dem Kunden auch deutsches Personal anbieten. Aber es ist nahezu unbezahlbar“ (Interview mit Inhaber einer Vermittlungsagentur).

6.4.4. Erschwinglichkeit von Pflegeleistungen

Eine Vollversorgung zu Hause mit 24/7 Pflege und Betreuung durch deutsche Personal ist im Vergleich zu einer Lösung mit ausländischem Personal immens teuer, denn diese Pflegekräfte

„verdienen ein bisschen mehr als im Krankenhaus oder im ambulanten Pflegedienst. [Man braucht] zwei Mitarbeiterinnen, die ihre 1.500 € netto haben wollen, also brutto 2.500 € pro Person. Dann sind wir bei 5.000 € [pro Monat], und Pflegedienst „T“ will auch noch was verdienen. Also 5.000 € ist die absolute Untergrenze. Das geht hin bis im Bereich der Pflegestufe III bis 10.000 € monatlich. Dieser [besagte] Pflegedienst hat eine Kundenschicht aus der High Society, die Superreichen. Ich habe die nicht. Wir haben als Zielgruppe den gesunden Mittelstand und aufwärts. Und wenn ich sage: Leute, so eine [polnische Betreuungskraft] kostet legal um die 2.000 € [im Monat]!, dann wird es manchmal schon ganz schön still am anderen Ende der Telefonleitung, weil das viel Geld ist. Aber es kostet ungefähr genauso viel wie ein Pflegedienst, eher wie ein Pflegeheimplatz. Ich sage mal, es gibt auch billigere [Angebote], aber dann liegt die Mutter im 3-Bettzimmer und, und, und... Das wollen wir nicht. Aber nehmen wir mal an, die [pflegebedürftige Mutter] soll in ein nettes Altenheim mit Blick ins Grüne, dann liegen die Angebote auch irgendwo bei 1.600, 1.800 €, nach oben hin keine Grenze. So, und dann wägen die [Angehörigen] natürlich ab und sagen: okay, dann hole ich mir doch legal für fast das gleiche Geld eine Polin und Mutter ist auch gut versorgt. Betonung liegt auf legal. Illegal, auf dem Schwarzmarkt, da ist es deutlich billiger. Da kriegt man die zwischen 1.000 und 1.500 € monatlich. Gut, wer das Risiko eingehen will: muss jeder selbst entscheiden. Ich halte es für zu gefährlich und ich kann meine Existenz nicht darauf gründen“ (Interview mit Inhaber einer Vermittlungsagentur).

Einer der Inhaber einer Pflegevermittlungsagentur konkretisiert die Tatsachen in Bezug auf die Pflegebedürftigen und subsumiert,

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
„dass die Menschen irgendwann an den Punkt kommen: Es geht nicht mehr so, wie früher, ich muss es jetzt akzeptieren, dass ich Hilfe brauche. Und wenn die Entscheidung klar ist, ich gehe nicht ins Heim, wird [Pflege] eine gewisse Zeit lang über einen Pflegedienst abgedeckt werden können. Spätestens aber bei einer starken dementiellen Erkrankung kommt irgendwann der Punkt, wo die Entscheidung ansteht, entweder gerontopsychiatrische Einrichtung oder aber hier ist immer jemand. Und dann kommen wir an den Punkt der Bezahlbarkeit (Interview mit Geschäftsführer einer Pflegevermittlungsagentur).“

Dieses exemplarische Zitat bezieht sich auf zwei Dimensionen, die in Bezug auf den Zugang zu Dienstleistungen im Bereich der Pflege und Betreuung relevant sind. Einerseits werden hier die Anschauungen und Einstellungen der Gesellschaft und vor allem der Pflegebedürftigen gegenüber der eigenen Situation und den möglichen Lösungen thematisiert. Auf der anderen Seite wird hier die Dimension der Erschwinglichkeit im Rahmen des Zugangskonzeptes angesprochen. Hierbei zeigt sich, dass die Entscheidung für ein passendes Pflegearrangement sehr stark mit den monetären Kapazitäten der Pflegebedürftigen einerseits sowie deren Angehörigen auf der anderen Seite in Zusammenhang steht. Denn eines muss bei der Betrachtung der angebotenen Dienste bedacht werden:

„Derjenige, der so viel Geld hat, dass er sich eine ambulante Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst in der Form, wie man sie vielleicht bräuchte, leistet, der nimmt sich keine osteuropäische Betreuungskraft“ (Interview mit BEBP).

Der finanzielle Aspekt stellt demnach eine wichtige Komponente für die Auswahl der Pflege- und Betreuungsleistungen dar. Das dargestellte Beispiel einer Pflegevermittlungsagentur zeigt neben den vermeintlich positiven Effekten, wie die Unterstützung im Bereich der Administration, die freie Einteilung der Arbeitszeit oder die weisungsfreie Tätigkeit, auch negative Aspekte. Mithilfe dieses Geschäftsmodelles werden die Gesetze so umfahren, dass die mittel- und osteuropäischen Betreuungsdienstleister einen formal-rechtlichen Weg begehen können, um ihre Dienstleistungen in Deutschland erbringen zu dürfen. Zudem können günstigere Konditionen ausgehandelt werden, sodass die Dienste wesentlich günstiger angeboten werden können, als hiesige Pflegedienste kosten würden. Schließlich übernehmen die

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -
Betreuungsdienstleisterinnen in diesem Modell ein unternehmerisches Risiko, für das
sie letzten Endes die Verantwortung tragen.

6.5. Fazit

Die Frage nach der Rolle der Pflegevermittlungsagenturen im Kontext der veränderten, vorrangig demographisch beeinflussten Nachfrageentwicklung stellt sich als komplex und mehrdimensional dar. Der zweite demographische Transformationsprozess sorgt also auf der einen Seite für eine höhere Nachfrage nach Pflege- und Betreuungsdiensten in deutschen Pflegehaushalten. Die abnehmende Bevölkerungszahl führt auf der anderen Seite dazu, dass die Pflegeversorgung und Betreuung langfristig weder durch das informelle, familiäre Umfeld der Pflegebedürftigen noch durch einheimische Pflegekräfte aufrechterhalten werden kann. Dadurch entstehen Versorgungslücken und Pflegelösungen, die jedoch stets kritisch hinterfragt werden müssen. Die rechtliche und ökonomische Öffnung der Bundesrepublik Deutschland zu ihren östlichen Nachbarländern stellt eine Chance dar, den Versorgungsdefiziten im Bereich der Pflege und Betreuung entgegenzuwirken.

Eine wesentliche Rolle im Pflegesystem spielen die Pflege- und Betreuungskräfte, „Dienstmädchen der Globalisierung“, *Live-ins* oder Betreuungsdienstleisterinnen. Die Komplexität der Beweggründe reduziert sich im Falle der mittel- und osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte stark auf ökonomische Faktoren. Vermittlungsagenturen für mittel- und osteuropäische Betreuungsdienstleisterinnen können aber die Lücken der Versorgung schließen, die sich aus den demographischen und sozialen Veränderungen in Deutschland ergeben haben, und eine wichtige Rolle für die Sicherstellung von Versorgung deutscher Pflegehaushalte einnehmen. Sie können Zugangswege zu den Dienstleistungen ermöglichen und sind im Vergleich zu deutschen Pflegelösungen meist erschwinglicher. Sie übernehmen aber auch Vermittlungs- und Überwachungsfunktionen, sind in Bezug auf Verträge und Leistungen zu hinterfragen, sollten stärker im Fokus der Forschung von Transmigrationsprozessen und Versorgungskonzepten gerückt und differenzierter betrachtet werden.

In Bezug auf die konzeptionelle Einbettung, stellte sich heraus, dass die Erschwinglichkeit bei der Wahl der Pflegearrangements durch Pflegebedürftige bzw. deren Angehörigen in der Regel der limitierende Faktor ist. Die Erschwinglichkeit determiniert neben den gesundheitlichen Aspekten die Art und den Umfang der Inanspruchnahme von Pflege- und Betreuungsleistungen. Bürokratischer Aufwand und

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

die Vielzahl an Optionen ist ein limitierender Faktor in der Dimension der Verfügbarkeit. Das Vorhandensein oder Fehlen eines informellen, meist familiären Umfeldes, beeinflusst zudem die Möglichkeiten der Pflegearrangements durch *Live-ins*. Dem hinzuzufügen sind die analysierten Dimensionen der Einstellung hiesiger Pflegehaushalte den neuen und alternativen Möglichkeiten der Versorgung gegenüber sowie die Erreichbarkeit der Nachfrage durch die Pflegekräfte.

Sowohl die volkswirtschaftliche Betrachtung des demographischen Alterungsprozesses aber auch die Suche nach individuellen Lösungen für eine bedarfsgerechte Versorgung einer alternden Gesellschaft in bekannter Umgebung sind derzeit in der Wissenschaft viel diskutierte Probleme. Interessant dabei zu beobachten ist eine Verschiebung der Pflege und Betreuung von individueller und lokaler Ebene in Richtung *Care-Patchwork* sowie stärkerer Internationalisierung. Die Asymmetrie von nachgefragten und angebotenen Pflegelösungen bzw. -arrangements ist Grund zur Annahme, dass sich künftig das Spektrum von Pflege- und Betreuungsleistungen erweitern und die Bedeutung von Vermittlungsagenturen zunehmen wird.

6.6. Literatur

- ADAY, L. A. u. R. ANDERSEN 1974: A framework for the study of access to medical care. In: Health services research, 9(3), S. 208-220.
- BELL, D. u. A. RUTHERFORD 2013: Individual and Geographic Factors in the Formation of Care Networks in the UK. In: Population, Space and Place, 19(6), S. 727-737.
- BIRG, H. 2001: Die demographische Zeitenwende: Der Bevölkerungsrückgang in Deutschland und Europa (Vol. 1426). CH Beck.
- BLINKERT, B. u. T. KLIE, 2008: Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chance. In: Bauer, U. u. A. Büsche (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden, S. 238-255.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT 2014: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung (Stand 05/2014). Online: www.bmg.bund.de/pflege/zahlen-und-fakten-zur-pflegeversicherung.html [25.11.2014].
- BUTSCH, C. 2011: Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Barrieren und Anreize in Pune, Indien (Vol. 2). Steiner Verlag.
- DAMMERT, M. 2009: Angehörige im Visier der Pflegepolitik. Wie zukunftsfähig ist die subsidiäre Logik der deutschen Pflegeversicherung? Wiesbaden.
- DIENEL, C. 2007: Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich – Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. In: Berliner Journal für Soziologie, (17)3, S. 281-300.
- DIETZ, B. 2002: Lebenserwartung, Morbidität und Mortalität im Alter. In: Sozialer Fortschritt, 51(12), S. 307-314.
- DÖHNER, H. u. H. ROTHGANG 2006: Pflegebedürftigkeit. Zur Bedeutung der familialen Pflege zur Sicherung der Langzeitpflege. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, (49)6, S. 583-594.
- ENSTE, D. u. J. PIMPERTZ 2008: Wertschöpfungs- und Beschäftigungspotenziale auf dem Pflegemarkt in Deutschland bis 2050. In: IW-Trends – Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung aus dem Institut der deutschen Wirtschaft Köln, (35)4, S. 1-16.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

- FARMER, J., PRIOR, M. u. J. TAYLOR 2012: A theory of how rural health services contribute to community sustainability. In: *Social Science & Medicine*, 75(10), S. 1903-1911.
- FASSMANN, H. 2003: Transnationale Mobilität. Konzeption und Fallbeispiel. In: *SWS-Rundschau*, (43)4, S. 429-449.
- GANS, P. 2008: Demographischer Wandel in Europa. In: *Dresdner Geographische Beiträge*, 13, S. 43-56.
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES 2014: Gesundheitsversorgung. Online: www.gbe-bund.de [13.09.2014].
- GODDARD, M. u. P. SMITH 2001: Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. In: *Social Science & Medicine*, 53(9), S. 1149-1162.
- GREUTER, S. u. S. SCHILLIGER 2009: Ein Engel aus Polen. In: *Denknetz-Jahrbuch 2009*, Edition 8, Zürich.
- HABERKERN, K. 2009: *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden.
- HUGMAN, R. 1994: *Aging and the Care of Older People in Europe*. New York.
- JOHNSTON, R. J., SWALLOW, S. K. u. D. M. BAUER 2002: Spatial factors and stated preference values for public goods: considerations for rural land use. In: *Land Economics*, 78(4), S. 481-500.
- KHAN, A. A. u. S. M. BHARDWAJ 1994: Access to Health Care A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. In: *Evaluation & the Health Professions*, 17(1), S. 60-76.
- KUHLICKE, C. u. U. PETSCHOW 2005: Vom schleichenden Ende der Nahversorgung. In: *Ökologisches Wirtschaften-Fachzeitschrift*, 20(4).
- LANGER, R. 2010: Mindestlöhne für in Deutschland beschäftigte Pflegekräfte – neue Verfahren zur Feststellung von Mindestlöhnen und ihre Bedeutung für Beschäftigte im Pflegebereich. In: SCHEIWE, K. u. KRAWIETZ, J. (Hrsg.): *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Wiesbaden, S. 81-93.
- LESTHAEGHE, R. J. u. L. NEIDERT 2006: The second demographic transition in the United States: exception or textbook example? In: *Population and Development Review*, (32)4, S. 669-698.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

- LUTZ, H. 2008: Unsichtbar und unproduktiv? Haushaltsarbeit und Care Work – die Rückseite der Arbeitsgesellschaft. In: Österreichische Zeitschrift für Soziologie, (35)2, S. 23-37.
- MAYRING, P. 2002: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. – 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz.
- MCINTYRE, D. I., THIEDE, M. u. S. BIRCH 2009: Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. In: Health Economics, Policy and Law, 4(02), S. 179-193.
- MOSELEY, M. J. u. S. OWEN 2008: The future of services in rural England: The drivers of change and a scenario for 2015. In: Progress in Planning, 69(3), S. 93-130.
- PENCHANSKY, R. u. J. W. THOMAS 1981: The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: Medical Care, 19(2), S. 127-140.
- RAGNITZ, J. 2008: Wirtschaftliche Implikationen des demographischen Wandels. In: Dresdner Geographische Beiträge, 13, S. 57-70.
- REICHERT-SCHICK, A. 2010: Auswirkungen des demographischen Wandels in regionaler Differenzierung: Gemeinsamkeiten und Gegensätze ländlich-peripherer Entleerungsregionen in Deutschland – die Beispiele Vorpommern und Westeifel. In: Raumforschung und Raumordnung, 68(3), S. 153-168.
- SARACENO, C. 2008: „Care “leisten und „Care “erhalten zwischen Individualisierung und Refamilialisierung. In: Berliner Journal für Soziologie, 18(2), S. 244-256.
- SCHNEEKLOTH, U. 2006: Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. Zentrale Ergebnisse der Studie Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung (MuG III). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (39)6, S. 405-412.
- SGB XI (Sozialgesetzbuch - Elftes Buch): Soziale Pflegeversicherung. Gesetz vom 26.05.1994.
- SIEDHOFF, M. 2008: Demographischer Wandel – Zum Begriff und Wesen eines Megatrends. In: Dresdner Geographische Beiträge, 13, S. 3-14.
- STATISTISCHES BUNDESAMT 2011: Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Natürliche Bevölkerungsbewegung. Wiesbaden.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

STATISTISCHES BUNDESAMT 2012a: Geburten in Deutschland. Ausgabe 2012. Wiesbaden.

STATISTISCHES BUNDESAMT 2012b: Die Zahl der Haushalte steigt auf 40,3 Millionen. Online:

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/HaushalteFamilien/Aktuell.html?nn=50740> [11.10.2014].

STATISTISCHES BUNDESAMT 2014: Bevölkerung. Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bevoelkerung/lrbev05.html?nn=50740> [24.10.2014].

STRAUSS, A. L. 1987: Qualitative analysis for social scientists. Cambridge University Press.

STRUBE, A. 2011: Ich würde gerne hier bleiben.... In: Sozial Extra, 35(3-4), S. 25-29.

STRÜVER, A. 2011: Zwischen Care und Career. Haushaltsnahe Dienstleistungen von transnational mobilen Migrantinnen als strategische Ressourcen. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, (55)4, S. 193-206.

TREBBIN, A., FRANZ, M. u. M. HASSLER 2013: Großhandelskooperationen für den kleinflächigen Einzelhandel in ländlichen Räumen am Beispiel Mittelhessen. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, 57(3), S. 139-154.

VAN DE KAA, D. J. 1987: Europe's second demographic transition. In: Population Bulletin, 42(1).

VON KONDRATOWITZ, H.-J. 2005: Die Beschäftigung von Migranten/innen in der Pflege. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, (38)6, S. 417-423.

ZAV – Zentrale Auslands- und Fachvermittlung 2011: Arbeitsmarktzulassungen europäischer Haushaltshilfen (2008-2010). Statistik der ZAV.

- Polen, Deutschland und zurück – transnationale Pflegelösungen
als Reaktion auf die Konsequenzen des demographischen Wandels in Europa -

Summary: Poland, Germany and back - transnational care arrangements in response to European demographic ageing processes

Population changes, both in numbers and structure lead to shifts in demand for adequate care arrangements for the elderly. Structures and dynamics in terms of demographic ageing and the lacking familiar care arrangements in line with an increasing shortage of qualified staff within the health care sector in Germany, lead to a growing need of accessible, affordable, acceptable, and appropriate opportunities for the people in need of care. This article investigates the role of transnational acting care agencies in a German context. The main question followed in this paper is whether transnational care arrangements can contribute to deal with a sustainable care situation in Germany.

Keywords: second demographic transition, health care and assistance, transnational care agencies, access to care arrangements

Eingereicht

7. Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland

Exploring dynamics in rural health care using the example of South Savo, Finland

FLORIAN WARBURG, Marburg

MARKUS HASSLER, Marburg

Zusammenfassung

Der Beitrag befasst sich mit dem demographischen Wandel und dessen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen. Ziel des Beitrages ist, bestehende Konzepte zu Einflüssen auf Nachfrage und Zugang zur Gesundheitsversorgung auf ländliche Räume in Europa zu übertragen. Untersuchungsregion ist die stark vom demographischen Wandel betroffene Region Süd-Savo in Finnland. Mithilfe qualitativer Interviews wird die Bedeutung der Bevölkerungsdynamiken, die gesellschaftlichen sowie ökonomischen Einflüssen auf die Nachfrage nach Gesundheitsversorgung analysiert. Zudem werden im ländlichen Versorgungskontext verschiedene Zugangsdimensionen zu Angeboten des Gesundheitssystems und deren Gewichtung untersucht. Es wird festgestellt, dass vor allem demographische, gesellschaftliche und ökonomische Veränderungen Einfluss auf die Nachfrage haben. Die Regulierung des Gesundheitssystems sorgt in Finnland für die Vergrößerung von Raumbezügen sowie Änderungen der Verantwortlichkeiten und Finanzierung von Versorgungsangeboten zwischen Staat und Kommune. Der Zugang der ländlichen Bevölkerung zu den Versorgungsangeboten differiert stark in Abhängigkeit von Distanz, Bezahlbarkeit, Quantität und Qualität.

Schlagwörter: Zugang, Gesundheitsversorgung, ländliche Räume, Bevölkerungsgeographie, Finnland

Summary

This paper investigates the demographic transition and its impacts on rural health care. For this purpose, we used a concept of access and transfer its dimensions to European rural areas. The relevance of those dimensions will be analyzed using the example of South Savo, Finland. In order to better understand the underlying processes of demographic transition, its impacts on demand as well as stakeholder's scope of action we used in-depth-interviews and qualitative content analysis to compile data on relevant stakeholders and representatives of the health care system. The demand for health care

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

is changing due to demographic, social and economic transition processes. Regulating influences in terms of changing spatial distribution, responsibilities and financing of rural health care services are investigated. Moreover, patients' access to rural health care services is dependent on distances to, as well as affordability, quantity and quality of those services.

Key words: access, health care, rural areas, population geography, Finland

7.1. Einleitung

Die ländlichen Räume Europas sind ständigen Veränderungen unterworfen. In gegenwärtigen wissenschaftlichen Debatten spielen vor allem soziale und demographische Dynamiken sowie die Sicherung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle bei der Untersuchung ländlicher Entwicklung (Woods 2012; Brereton et al. 2011). Die teils temporären, vor allem aber graduellen Veränderungen führen zu Herausforderungen für die postindustriellen Gesellschaften. Die Veränderungen äußern sich u.a. in einer zunehmenden Alterung der Bevölkerung, niedrigen Fertilitätsraten und vielfältigen Wanderungsphänomenen in Europa und anderen Staaten der westlichen Hemisphäre. Zudem sorgt das Zusammenspiel dieser Prozesse zu sozio-ökonomischen Veränderungen (Reher 2011) und beeinflusst die Bevölkerungen in ländlichen Räumen in besonderem Maß (Walford/Kurek 2008). Die zunehmende räumliche Mobilität führt zu einer höheren Quantität an interregionalen Ein- und Auswanderungen, deren Qualität einen starken Einfluss auf die Zusammensetzung der Bevölkerungsstrukturen der ländlichen Räume aufweist (Muilu/Rusanen 2003). Vor allem junge Menschen verlassen die ländlichen Räume, um geeignete Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten wahrnehmen zu können. Gleichzeitig zeichnet sich eine tendenziell höhere Ein- oder Rückwanderungsbewegung der älteren Bevölkerungsgruppen, vorrangig im Renteneintrittsalter, in Richtung der ländlichen Räume ab (Terluin 2003).

Die lokalen und regionalen Regierungen und Verwaltungen sehen sich großen Anforderungen gegenübergestellt, Versorgungsangebote für eine alternde Gesellschaft her- oder sicherzustellen. Dies ist vor dem Hintergrund einer sinkenden Zahl an Steuerzahlern und einer steigenden Anzahl an Menschen im Vorruhe- und Ruhestand zu sehen (Stockdale/MacLeod 2013; Muilu/Rusanen 2003). Diese strukturellen und quantitativen Veränderungen der Bevölkerung können zu Einsamkeit und Isolation der älteren Menschen führen. Zudem kommt es zu einem schleichenden Verlust an Versorgungseinrichtungen, vor allem in Bezug auf den Zugang zu Dienstleistungen und

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Einrichtungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen und peripheren Räumen (Milbourne/Doheny 2012).

Die aktuellen Debatten über die Auswirkungen demographischer Transformationsprozesse beziehen sich einerseits auf unterschiedliche Themenbereiche, die den Arbeitsmarkt und die wirtschaftliche Entwicklung (Lee/ Mason 2010), die Gesundheits- und Pflegeversorgung (Cirkel/Juchelka 2007) oder die Sicherung der Sozial- und Rentensysteme betreffen (Walker/Meltby 2012). Ein Großteil der Debatte berücksichtigt dabei jedoch nicht die räumlichen Implikationen dieser Prozesse (Prettner 2013). Insbesondere die demographischen Besonderheiten ländlicher Regionen bleiben unbeachtet (Terluin 2003). Darüber hinaus gibt es eine Vielzahl von wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu einem speziellen Versorgungsbereich, die die theoretischen Diskurse aufgreifen (Obrist et al. 2007) oder empirisch-regionsspezifisch zur Gesundheitsversorgung (Farmer et al. 2010) dargestellt sind, jedoch einen synthetischen Ansatz zur Untersuchung von Einflüssen auf Angebots- und Nachfrageveränderungen vermissen lassen. Deshalb wird in diesem Beitrag die Einbeziehung demographischer Einflüsse auf die Veränderung der Nachfrage in ländlich geprägten Räumen vorgenommen. Zudem verändern gesellschaftliche Prozesse die Anschauungen der Bevölkerung in Bezug auf die Nachfrage nach Angeboten der Gesundheits- und Pflegeversorgung. Eine Integration von Barrieren und fördernden Faktoren wird vorgenommen, um eine differenzierte Analyse der Zugangsmöglichkeiten für die ländliche und alternde Bevölkerung durchführen zu können. Die zentrale Fragestellung dieses Beitrages ergeben sich aus den Forschungsdefiziten, die sich aus der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit Fragen der ländlichen Versorgung ableiten lassen: Welche Rolle spielt der demographische Wandel bei der Betrachtung der Dynamiken ländlicher Gesundheitsversorgung? Welchen Zugangsdimensionen zur Gesundheitsversorgung kommt in den ländlich-peripheren Räumen eine besondere Bedeutung zu?

Um diese Forschungsfragen beantworten zu können, wurde eine Erhebung in einem ländlich geprägten Raum Ostfinnlands durchgeführt. Die Region Süd-Savo als Untersuchungsgebiet weist eine sehr geringe Bevölkerungsdichte auf. Auch im Vergleich zu Finnland wird die Region als ländlich-peripher eingestuft und sorgt deshalb für eine Kontrastierung zum europäischen Verständnis von ländlichen Räumen. Eine sehr disperse Siedlungsverteilung und die Vielzahl von sehr kleinen Siedlungsgebieten führen zu Fragen der Erreichbarkeit von Dienstleistungen. Diese

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

befinden sich vorrangig in den größeren Zentren der Region. Die Untersuchungsregion ist zudem sehr stark von der demographischen Alterung und einer Abwanderung betroffen, weshalb Süd-Savo als Beispielregion für die Analyse sehr geeignet ist. Insgesamt wurden 18 offene Tiefeninterviews mit Vertretern öffentlicher Verwaltungen, regionaler und nationaler medizinischer Organisationen sowie Forschungseinrichtungen in der Region Süd-Savo innerhalb eines 3-wöchentlichen Aufenthalts im Jahr 2012 durchgeführt. Zudem wurde ein Gruppeninterview mit Vertretern einer Dorfgemeinschaft in Siikamäki/Peiposjärvi durchgeführt. Nach der Einleitung (Abschnitt 1) erfolgt die konzeptionelle Einbettung in die Debatten über die Veränderungen der Angebote und der Nachfrage in der Gesundheitsversorgung (Abschnitt 2). Mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2002) werden die Interviewdaten in Abschnitt 3 analysiert. Im Fazit (Abschnitt 4) werden die zentralen Ergebnisse zusammengefasst.

7.2. Veränderungen der Gesundheitsversorgung – Einflüsse und Reaktionen

Bezogen auf den demographischen Wandel und dessen Auswirkungen auf die Gesundheitsversorgung gibt es dynamische Prozesse, die sich sowohl auf die Angebots- als auch auf die Nachfrageseite beziehen. Die räumliche Verteilung von Angeboten und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung ist gekennzeichnet durch eine Konzentration auf die zentralen Orte und urbanen Siedlungen. Das führt dazu, dass die ländlichen und peripheren Räume hinsichtlich der Qualität und Quantität der Dienste tendenziell benachteiligt sind (Johnson et al. 2006) und die Anzahl der Einrichtungen entlang eines ländlich-urbanen Kontinuums abnimmt (Born 2011). Bei der Analyse der Veränderungen des Angebots und der Nachfrage von Gesundheitsdiensten und -einrichtungen haben Moseley/Owen (2008) ‚*drivers of change*‘ beschrieben. Auch Johnston et al. (2002) definieren Einflussphären auf ländliche Versorgungsstrukturen, die als treibende Kräfte angesehen werden können. Hierbei spielen neben den demographischen und sozialen Veränderungen, kulturelle Umgestaltungen innerhalb der Gesellschaft, deren Einkommensverhältnisse, die Faktoren Mobilität und Kommunikationstechnik und politische Einflüsse eine wesentliche Rolle (Moseley/Owen 2008). Bessere Gesundheits- und Hygienestandards sowie eine insgesamt wirkungsvollere und schnellere medizinische Versorgung führen auf der einen Seite zu einer äußerst geringen Kinder- und Säuglingssterblichkeit und gleichzeitig zu einer höheren Lebenserwartung auf der anderen Seite. Vor diesem Hintergrund sind eine steigende Multimorbidität und die Zunahme an Pflegebedarf im

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

höheren und hohen Alter Ausdruck dieser Entwicklung (Coleman 2006; Lesthaeghe/Neels 2002). Darüber hinaus kommt es zu einer Zunahme an zivilisationsbedingten und degenerativen Erkrankungen und Prävalenzen bestimmter Krankheitsmuster, die präventiv, kurativ, rehabilitativ oder auch palliativ behandelt werden müssen (Omran 1971).

Neben den natürlichen Bevölkerungsdynamiken spielt die gestiegene und weiterhin zunehmende räumliche Mobilität eine zentrale Rolle bei der Untersuchung von raumzeitlichen Entwicklungen (Reichert-Schick 2010; Coleman 2006). Diese verlaufen dabei jedoch nicht gleichmäßig sondern vielmehr stark fragmentiert in Hinblick auf die Verteilung der Zu- und Abwanderung. Auf kleinräumlicher Ebene stellen sich die Prozesse verschiedenartig dar, und interregionale Wanderungen sowie der demographische Wandel gehen mit einem starken raumzeitlichen Differenzierungsgrad einher (Reichert-Schick 2010). Mit Blick auf die ländlichen und peripheren Räume innerhalb von Staaten oder Großregionen können gegenwärtig vorherrschende Muster aufgezeigt werden. Tendenzen der stärkeren Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen aus den ländlichen Räumen in die Zentren und urbanen Räume u.a. aufgrund von Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche sind zu erkennen (Muilu/Rusanen 2003). Gleichzeitig können Wanderungsbewegungen älterer Bevölkerungsgruppen in die ländlichen Räume festgestellt werden. Diese sind auf Rückwanderung und Ruhestandswanderungen zurückzuführen (Farmer et al. 2010). Die räumliche Mobilität trägt demnach ebenso zu Veränderungen der Bevölkerungszusammensetzung bei und sorgt somit für eine veränderte Nachfrage.

In Bezug auf die gesellschaftlichen Einstellungen können ebenfalls Wandlungsprozesse aufgezeigt werden. Ein Wandel vom Familismus zur Selbstrealisation, auch in Verbindung mit einer fortschreitenden Säkularisierung, beschleunigt die Prozesse der Individualisierung der Gesellschaft und damit auch die der demographischen Alterung. Bezugnehmend auf das gesellschaftliche Miteinander ist festzustellen, dass eine Loslösung aus zivilgesellschaftlichen Netzwerken stattfindet und eine Abnahme des sozialen Zusammenhalts zu beobachten ist, was auch auf diesen Wandel zurückgeführt werden kann (Kertzer et al. 2009). Vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die eine wesentliche Rolle im Rahmen der sozio-demographischen Dynamiken einnehmen, zeigt sich die zunehmende Annäherung der Geschlechterrollen auf individueller/familiärer und gleichzeitig auf gesamtgesellschaftlicher Ebene. Die ökonomische und damit finanzielle Unabhängigkeit innerhalb von Partnerschaften, eine

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

flexiblere Lebenslaufgestaltung und vielfältige Lebensstile führen zu einer offenen, aber auch unsicheren Zukunft der Menschen (Coleman 2006; Lesthaeghe/Neels 2002). Dieser zweite demographische Übergang umfasst demnach vorrangig sozio-kulturelle, ökonomische und politische Einflüsse, die sich u.a. in einem veränderten generativen Verhalten und dem „demographisch-ökonomischen Paradoxon“ (Birg 2003, 42) äußert, und dieser Wandel sogar als „Revolution“ bezeichnet wird (Coleman 2006, 402). Hierbei treffen diese gesellschaftlichen Veränderungen auf ohnehin niedrige Fertilitätsraten und eine zunehmende Alterung der Bevölkerung aufgrund der höheren und weiterhin steigenden Lebenserwartung (Leon 2011).

Die Nachfrage nach Infrastrukturgütern und Versorgungsdienstleistungen im Allgemeinen sowie die Anforderungen an technische und soziale Infrastruktur¹³ unterliegen den dynamischen gesellschaftlichen und demographischen Veränderungen (Jakubowski 2006; Kuhlicke/Petschow 2005). Um die Bedürfnisse, und daraus folgend die finanzielle Umsetzung in Form der Bedarfe zu befriedigen, benötigen die Einwohner monetäre Mittel. Gestiegene Einkommensverhältnisse erleichtern demnach den Zugang zu Gütern und Dienstleistungen, sorgen aber auch durch Asymmetrien der Einkommensverteilung für ein Ungleichgewicht innerhalb der Bevölkerung. Um dem Wandel der Konsummuster und steigenden Bedarfe an Gesundheitsversorgung sowie den sich wandelnden persönlichen Ansprüchen der Patienten gerecht zu werden (Montén/Thum 2010), erfordern diese Entwicklungen Anpassungsstrategien im Hinblick auf die Versorgung und die Anforderungen an die Grunddaseinsfunktionen. Diese werden bei Neu (2009) als Daseinsvorsorge bezeichnet, wobei hier im „Mittelpunkt der Daseinsvorsorge [...] üblicherweise die Versorgung mit Infrastrukturgütern“ vorrangig durch den Staat gemeint ist (Neu 2009, 10). Gerade aus Perspektive der verantwortlichen Regierungen auf staatlicher und kommunaler Ebene müssen Konzepte, Finanzierungsmodelle und Lösungsansätze im Hinblick auf die Auswirkungen des demographischen Wandels entwickelt und implementiert werden (Asthana/Halliday 2004).

Auch die Angebotsseite unterliegt raum-zeitlichen Dynamiken, die von Bedeutung sind, um die Entwicklungen des Gesundheitssystems und der Dienstleister im Bereich der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Hanlon et al. (2007, 466) argumentieren, „*social*

¹³ Dabei wird unter dem Begriff Infrastruktur folgendes verstanden: „Infrastruktur im engeren Sinne umfasst die Gesamtheit der staatlichen und privaten Einrichtungen, die für eine ausreichende Daseinsvorsorge und die wirtschaftliche Entwicklung eines Raumes erforderlich sind“ (Jakubowski 2006, 238).

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

care is embedded in place“ und beziehen sich in ihren Studien im ländlichen Kanada auf die Relevanz der Einbettung in räumlicher, gesellschaftlicher und politisch-organisationaler Dimension. Zudem spielt diese Einbettung eine wichtige Rolle bei der ökonomischen und gesellschaftlichen Betrachtung von Angebot und Nachfrage und ist letztlich raumwirksam im Hinblick auf die Verortung von Gesundheitseinrichtungen und -diensten sowie deren Konsumenten bzw. Patienten. Vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen unterstreichen Farmer et al. (2010) die Bedeutung älterer Menschen, und dass deren Bedürfnisse im Planungsprozess Berücksichtigung finden müssen. Dabei gibt es keine Blaupause für die Aufrechterhaltung und Einrichtung ländlicher Infrastrukturen (z.B. Asthana/Halliday 2004). Aus den bestehenden konzeptionell-theoretischen Ansätzen in Bezug auf den Zugang zu Dienstleistungen, können im Wesentlichen sechs Dimensionen als Analyserahmen herangezogen werden. Diese sind vor allem auf zwei konzeptionelle Herangehensweisen zurückzuführen, die Eingang in die geographische und sozialwissenschaftliche Debatte um den Zugang zu Gesundheitsdiensten fanden. In Form von Dimensionen, die einerseits auf die Arbeiten von Aday/Andersen (1974) zurückgehen, welche einen Analyserahmen für Studien über den Zugang zu medizinischer Versorgung im nordamerikanischen Kontext entwickelten, andererseits auf das Zugangskonzept in Bezug auf die Anpassungen des Gesundheitssystems durch bestimmte Dimensionen (Penchansky/Thomas 1981), können Dienstleistungen im nationalen Rahmen analysiert und für die empirische Herangehensweise operationalisiert werden.

Zunächst ist anzumerken, dass Anschauungen dem Gesundheitssystem, den Dienstleistern oder Leistungserbringern gegenüber in hohem Maße sozialen und kulturellen Faktoren unterliegen. Das Vertrauen, welches der Patient dem Arzt entgegenbringt, ist ein Ausdruck dieser Dimension. Ebenso spielen Vorurteile und Befangenheiten oder negative Erlebnisse eine wesentliche Rolle, weshalb die Nachfrager nach Diensten respektive die Patienten die Angebote nicht annehmen (Penchansky/Thomas 1981). Ebenso kann sich die finanzielle Situation der Patienten und Nutzer gesundheitsrelevanter und -bezogener Dienste, welche einen starken Zusammenhang zu gesellschaftlichen und ökonomischen Entwicklung besitzen, als Hürde in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsleistungen äußern (Kuhlicke/Petschow 2005). Die ökonomische Situation sowie das verbundene ökonomische Risiko der Leistungserbringer respektive des Gesundheitssystems per se verändern zudem die

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Erschwinglichkeit, welche die zweite Dimension des Zugangskonzeptes darstellt. Dieses Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Patient kann als limitierender Faktor angesehen werden, selbst wenn Angebote und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung vorhanden und erreichbar sind. Anreize oder fördernde Faktoren in dieser Dimension können das Herabsetzen von Zuzahlungen, Wegfall der Praxisgebühren oder die Senkung der Kassenbeiträge darstellen (McIntyre et al. 2009; Goddard/Smith 2001). So argumentieren Aday/Andersen (1974, 216):

„Characteristics of the system and of the population may influence whether entry is gained, but the proof of access per se is not the availability of services and resources but whether they are actually utilized by the people who need them.“

Dies führt zu der nächsten Dimension, welche unter Berücksichtigung angebotsrelevanter Aspekte des Gesundheitssystems zu sehen ist. Die Verfügbarkeit meint hierbei die Art und Weise sowie den Umfang der Leistungen, die Quantität und Verteilung der Einrichtungen und die zur Verfügung stehenden Fachrichtungen und spezialisierten Bereiche der Gesundheitsdienste. Zudem spielt die Aufteilung in private und öffentliche Anbieter gesundheits- und pflegerelevanter Dienstleistungen in diese Dimension hinein (McIntyre et al. 2009; Penchansky/Thomas 1981). Die vierte Dimension bezieht sich auf Entfernungen zu Dienstleistungen, schließt aber auch die zur Verfügung stehenden Optionen zur Überwindung von Distanzen und deren Zeit- sowie Kostenaufwand mit ein (Penchansky/Thomas 1981; Butsch 2011). Hierbei bezieht sich die Erreichbarkeit auch auf Aspekte, inwiefern mobile Versorgungsangebote sowie Informations- und Kommunikations-gestützte Dienste und die Verlagerung der Anbieter in Richtung der Pflegebedürftigen die Dimension der Erreichbarkeit verändern oder gar wegfallen lassen (Ricketts/Goldsmith 2005). In Bezug auf die Ausgestaltung und die Organisation der Dienste wird eine weitere Dimension angeführt, die beispielsweise Öffnungszeiten, Wartezeiten, Terminvergabe und bürokratische Bestandteile der Anbieter zusammenfasst: die Kompatibilität. So können 24/7-Leistungsanbieter einerseits als fördernder Aspekt, und andererseits stark eingeschränkte Öffnungszeiten einer Beratungsstelle als Barriere fungieren (Penchansky/Thomas 1981). Das bedeutet auch, dass selbst wenn theoretisch der Zugang zu einer Einrichtung gegeben ist, die Realisierung dessen unterbleiben kann, wenn Leistungserbringer und Patienten nicht kompatibel sind und die Qualität der Einrichtung nicht angemessen ist (Khan/Bhardwaj 1994). Die sechste Dimension bei der Betrachtung von Barrieren und Anreizen in Bezug auf den Zugang zu

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Versorgungsdienstleistungen bildet die Informiertheit (Butsch 2011; Goddard/Smith 2001). Die Pflegebedürftigen und/oder deren Angehörige müssen wissen, welche Dienste es wo, zu welchen Bedingungen, in welchem Umfang und zu welchem Preis gibt. Fehlen diese Informationen oder sind schlecht kommuniziert, kann dies zur Hürde für den Zugang zu Gesundheitsdiensten führen. Diese aufgezeigten Dimensionen werden operationalisiert, um sie als Analysekategorien nutzbar zu machen. Anhand des Fallbeispiels Süd-Savo wird im Folgenden dargelegt, welche Einflüsse auf die Nachfrage von größerer und geringerer Bedeutung sind und welche Zugangsdimensionen im finnischen Kontext eine stärkere oder geringere Rolle einnehmen.

7.3. Dynamiken der Gesundheitsversorgung aufgezeigt am Fallbeispiel Süd-Savo

Die Entwicklung des finnischen Gesundheitssystems geht im Wesentlichen auf die Bestrebungen in den 1950er Jahren zurück, einen Wohlfahrtsstaat zu implementieren. Dieses System, welches sich in ähnlicher Weise auch in den anderen skandinavischen Staaten entwickelt hat, beinhaltet die Grundsätze der Gleichheit, also gleiche Zugangschancen, niedrige finanzielle Einstiegshürden der Nutzer aufgrund der höheren Steuerabgaben aller, das Vorhalten der Angebote und der Einrichtungen durch die öffentliche Hand und schließlich die dezentralisierte Verteilung von Angeboten und Verantwortlichkeiten (Vuorenkoski 2008). Seit den frühen 1970er Jahren und mit Einführung des *Primary Health Care Act* sind grundsätzlich die Gemeinden für die Bereitstellung der medizinischen Grundversorgung verantwortlich. Diese Dienste werden in den Ärzte- bzw. Gesundheitszentren der derzeit 320 Gemeinden vorgehalten, können von den gemeindeeigenen Ärzten selbst oder durch den Einkauf von Ärzten aus anderen Einrichtungen angeboten werden. Kleinere Gemeinden stellen durch Kooperationen mit anderen Gemeinden im Verbund die Grundversorgung sicher, denn im Jahr 2007 gab es in den 415 Gemeinden 237 Gesundheitszentren. Diese Dienstleistungen werden durch kommunale Steuern, staatliche Subventionen und Nutzerbeiträge finanziert. Die fachärztliche Versorgung wird in Form von spezialisierten Krankenhäusern in den 20 Krankenhausdistrikten gewährleistet, wobei jede Gemeinde einem Krankenhausdistrikt angehören muss (*Act on Specialized Medical Care*) (Vuorenkoski 2008).

Finnlands Regierung hatte nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges ein wohlfahrtsstaatliches System implementiert, welches sich bis in die 1980er Jahre als

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

ziel- und gleichzeitig verbraucherorientiert darstellte. In diesem Zeitraum entstand gleichzeitig eine prosperierende Wirtschaft, und gesellschaftliche Veränderungen sowie ein Wandel der politischen Ausrichtung gingen einher. Gerade die ländlichen Regionen sind stärker vom gesellschaftlichen und demographischen Wandel betroffen. Die Abnahme der Einwohnerzahlen der ländlichen Räume sorgt jedoch dafür, dass der Staat Schwierigkeiten hat, die nötige Infrastruktur aufrecht zu erhalten, wenn sich die monetäre Situation der Kommunen verschlechtert. Denn das gesamte wohlfahrtsstaatliche System ist auf die Beiträge, also die Steuern und Abgaben der Bürgerinnen und Bürger an die Kommune bzw. den Staat angewiesen, um soziale Sicherung, gesundheitsrelevante Dienste und finanzielle Unterstützung in ökonomisch-schwierigen Lebenslagen vorzuhalten. Seit den 1990er Jahren wurden vermehrt Reformen verabschiedet, bei denen ein Wandel von dezentralen Strukturen hin zur Zentralisierung von Angeboten und Verantwortlichkeiten forciert wird. Die Entwicklung von privaten Anbietern und der Privatisierung von Einrichtungen wurde gefördert. Auch kam es zur veränderten Rolle der Patienten im Gesundheitssystem vom passiven Empfänger von Gesundheitsdiensten zum aktiven (informierten) Nachfrager. So führte die staatlich gewollte Privatisierungsinitiative zu einer Diversifizierung des Angebots. Die Rolle des privaten Sektors spielt jedoch in Finnland heute noch eine untergeordnete Rolle. Neuere Entwicklungen in den 2010er Jahren lassen die grundsätzlich sehr starke Position der Kommunen im nationalstaatlich-administrativen System Finnlands schmälern. Das PARAS-Programm, dem der *Act on Restructuring Local Government and Services* von 2007 zugrunde liegt, soll die Gemeinden handlungsfähiger gestalten. Die Gesundheitsversorgung in den ländlichen Räumen Finnlands ist von einer veränderten Nachfrage, Konzentrationsprozessen der Einrichtungen und der Deregulierung durch den Staat beeinflusst worden. So hatten auch die kommunalen Gebietsreformen Einfluss auf die Versorgungsstruktur. Diese hatten zum Ziel, die Kommunen in ihrer Wirtschaftlichkeit und Effizienz vor dem Hintergrund der Aufrechterhaltung öffentlicher Dienstleistungen zu stärken. Da der kommunale Haushalt und damit das zur Verfügung stehende Budget von den Einwohnerzahlen abhängig sind, wurden kleinere Gemeinden mit größeren Städten oder anderen Gemeinden zusammengelegt. Es war offensichtlich, dass in den kleineren und peripheren Kommunen einerseits immer weniger Steuerzahler leben und gleichzeitig die Altersstruktur dafür sorgt, dass die Einnahmen durch Steuern geringer ausfielen, sodass es zu diesen Zusammenlegungsprozessen kam. Gewöhnlich trug die Eingemeindung dazu bei, dass kleinere Gemeinden mit 2.000 Einwohnern aus wirtschaftlicher Perspektive überleben

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

konnten. Zwei große Wellen der Eingemeindungen seit den 1950er Jahren (1967-77 und 2005-13) haben dafür gesorgt, dass die Anzahl der Gemeinden gesunken ist. Allein zwischen 2008 und 2013 reduzierte sich die Anzahl von 432 auf 320 Gemeinden (Meklin/Pekola-Sjöblom 2013, 13).

Dieser radikale Eingemeindungsprozess führt dazu, dass auch die Infrastrukturen zusammengelegt werden und Einsparungen vorgenommen werden. Auf lokaler Ebene bedeutet dies den Wegfall oder die Reduzierung von öffentlichen Versorgungsstrukturen. Bei der Betrachtung von kommunalen Zusammenlegungsprozessen spielen sowohl Geld als auch Macht eine wesentliche Rolle. Bei Eingemeindungen erhält die Attraktivität der aufzunehmenden Gemeinde eine besondere Relevanz. Bei den teils freiwilligen Eingemeindungsprozessen werden Gunsträume bevorzugt, die zum Beispiel durch landschaftliche und attraktive Ferien- und Zweitwohnsitzdomizile gekennzeichnet sind. Die aufnehmende Stadt kann durch ökonomische Prosperität von den aufzunehmenden Gemeinden bevorzugt werden. So kommt es zwischen den städtischen Kommunen und den regionalen Zentren, beispielsweise Mikkeli und Savonlinna, zu einer fortwährenden Konkurrenz. Die Stadt Pieksämäki kommt in Bedrängnis, da demographische und ökonomische Dynamiken für finanzielle Herausforderungen sorgen.

Aus den Ergebnissen der Feldforschung lassen sich Bedenken in Bezug auf die Zusammenlegung von Gemeinden und dem Abbau von öffentlichen Dienstleistungen und sozialer Infrastruktur feststellen. Ein Wandel im politischen und administrativen System Finnlands äußert sich darin, dass die Kommunen ihre Kompetenzen im Bereich der Selbstverwaltung einbüßen. Die entstehenden Asymmetrien ergeben sich aus den räumlichen Veränderungen und Skalenverschiebungen sowie den Konzentrationsprozessen im kommunalen Dienstleistungs- bzw. Gesundheitsbereich. Diese werden durch weitere Prozesse verstärkt, zu denen der demographische Wandel einen erheblichen Beitrag leistet.

Die Bevölkerungsentwicklung in Finnland stellt sich grundsätzlich positiv dar, sowohl in Bezug auf die natürliche Bevölkerungsbewegung, als auch auf das Wanderungssaldo. Die weitaus stärkere Zuwanderungsrate im Gegensatz zu einer geringer ausfallenden Abwanderungsrate, ließ Finnland seit den 1970er und 80er Jahren zu einem Einwanderungsland werden. Dies sorgt im Zusammenspiel mit dem positiven Geburtenüberschuss für die seit den 1950er Jahren wachsende Bevölkerungszahl. Aber auch in Finnland führt eine sinkende Fertilität zu geringeren Geburtenraten. Jedoch

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

werden für das gesamte Land durchweg positive Nettowanderungsgewinne prognostiziert, welche die natürliche Bevölkerungsbewegung ausgleichen können (Statistical Yearbook of Finland 2013). Laut Prognosen, die dem Statistischen Jahrbuch Finnland 2013 zu entnehmen sind, wird diese positive Entwicklung der Bevölkerungszahlen bis 2060 anhalten, jedoch ist die Gesellschaft der demographischen Alterung unterworfen. In Bezug auf die natürliche Bevölkerungsbewegung, wird ab den 2030er Jahren ein Wendepunkt erwartet, sodass die Zahl der Sterbefälle die Anzahl der Geburten übersteigen wird.

In den ländlichen und peripheren Kommunen stellt sich die demographische Situation räumlich heterogen und in seiner Entwicklung fragmentiert dar. Untersuchungsraum ist die Region Süd-Savo im östlichen Teil Finnlands (siehe Abbildung 10). Mit einer Einwohnerzahl von etwa 150.000 Einwohnern und einer sehr geringen Bevölkerungsdichte von etwa zehn Einwohnern pro Quadratkilometer (Finnland: 18 EW/km²) (Statistical Yearbook of Finland 2013), kann Süd-Savo vor dem Hintergrund des demographischen Wandels als eine Schrumpfungs- und alternde Region charakterisiert werden. Aufgrund der großen Distanzen zwischen den regionalen Zentren Mikkeli, Savonlinna und Pieksämäki sowie einer sehr dispersen Siedlungsverteilung ist der Zugang zu Waren und Dienstleistungen – vor allem der Gesundheitsdienstleistungen – ein zentrales Thema in politischer, wirtschaftlicher und gesellschaftlicher Dimension (siehe Abbildung 10). Süd-Savo ist keine besonders wohlhabende Region und hat seit den 1990er Jahren mit ökonomischen Herausforderungen im Hinblick auf eine hohe Arbeitslosigkeit und einen wenig diversifizierten Arbeitsmarkt zu kämpfen. Die Region hat einen Beschäftigtenanteil in der Land- und Forstwirtschaft von 8,2% (Finnland: 3,5%) und weist eine Arbeitslosenquote von 11,4% auf (Finnland: 9,7%). Hinzu kommt der sehr geringe Anteil der Bruttowertschöpfung Süd-Savos im Vergleich zu anderen Regionen Finnlands (Statistical Yearbook of Finland 2013).

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

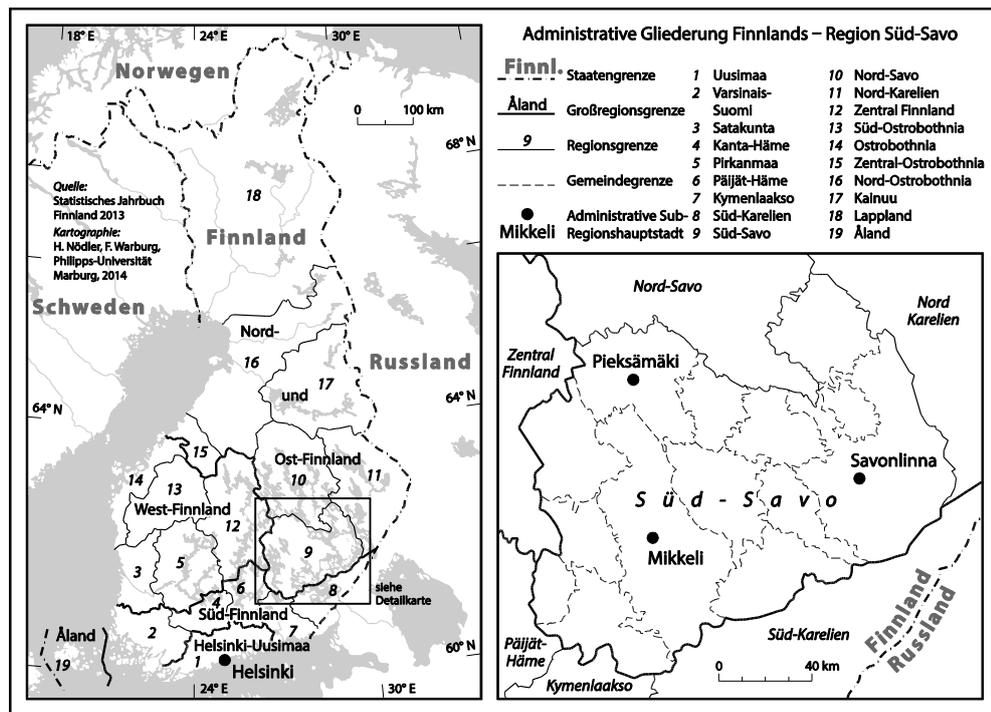


Abbildung 10: Administrative Gliederung Finnlands – Untersuchungsregion Süd-Savo (Quelle: Statistical Yearbook of Finland 2013)

Aus den Ergebnissen der Analyse der Bevölkerungsstrukturen zeigt sich, dass die Entwicklung in Süd-Savo in starkem Kontrast zur generellen Bevölkerungsdynamik Finnlands steht. Noch in den 1950er Jahren gab es viele Kinder und es war eine Herausforderung, diese Massen in den Bildungseinrichtungen zu beschulen, gleichzeitig bildete die Familie das Zentrum im Alltag. Kinder waren für die Versorgung der älteren Familienmitglieder verantwortlich und lebten in einem Haus zusammen. Auch war das tägliche Leben von der Land- und Forstwirtschaft sowie der Fischerei dominiert. Die Wirtschaft in Finnland begann zu prosperieren und gerade die größeren Städte waren für ihr Wachstum im industriellen Sektor bekannt. Seit den 1970er Jahren stiegen jedoch die Ansprüche an Arbeitsplätze und Gehälter. Deshalb zog es viele junge und gut ausgebildete Finnen in die Städte und den Agglomerationsraum Helsinki im Süden des Landes, nach Schweden oder in andere europäische Staaten. Die Rezessions- und Depressionsphase der 1990er Jahre, sorgte für einen enormen wirtschaftlichen Rückgang und den Abbau von Arbeitsplätzen. Gerade die urbanen Zentren Pieksämäki, Savonlinna und Varkaus, die einst sehr florierende, lebendige und von der Industrie geprägte Städte waren, verloren ihre Attraktivität aufgrund des Strukturwandels und der Deindustrialisierung. All diese Städte boten bis zu Beginn der 1990er Jahre Arbeitsplätze im Industriesektor, vor allem im Bereich der Holzverarbeitung,

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Papierherstellung und Metallverarbeitung wie in Pieksämäki. Diese negative ökonomische Situation wird durch die Aussagen der Interviewpartner untermauert. Gerade die Regionen Varkaus und Pieksämäki sind demnach seit den 1990er Jahren wirtschaftlich in Bedrängnis geraten und waren von der ökonomischen Depression besonders betroffen. Sowohl die mangelnden Angebote einen Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu finden, als auch die grundsätzlich höhere Arbeitslosigkeit in der Region, gestiegene persönliche Ansprüche an Jobs und Verdienst zwingen die jungen und qualifizierten Menschen zum Wegzug.

Die Lebensführung jüngerer Menschen ist durch verschiedene Faktoren geprägt. Sie studieren länger, streben eine flexible Lebenslaufgestaltung an und verfolgen eine Vielzahl von Lebensstilen. Wichtige Ziele sind zudem ihre Bedürfnisse höherer Ordnung, wie die individuelle Selbstbestimmung, Selbstverwirklichung und Anerkennung durch die Gesellschaft, zu befriedigen. Auch die Einstellung zu Familie und Kindern unterliegt dem Wandel vom Familismus zur Selbstverwirklichung (vgl. Abschnitt 2). Die sozialen Veränderungen und die wirtschaftliche Situation in der Region sorgen für eine Abwanderung der jüngeren Menschen. Dieser selbstverstärkende Prozess hat zur Konsequenz, dass die Geburtenraten in der Region sukzessive abnehmen. Seit den 1980er Jahren haben etwa 10% der einheimischen Bevölkerung die Region verlassen (Statistical Yearbook of Finland 2013).

Gerade die interregionale Wanderung spielt eine wichtige Rolle bei der Veränderung der Bevölkerungszahl und -struktur. Die Abwanderung aus der Region Süd-Savo ist langfristig gesehen der Hauptgrund für die sinkende Bevölkerungszahl. Darüber hinaus führt diese Entwicklung dazu, dass es in der Region weniger potenzielle Steuerzahler gibt, die wiederum wichtig für die Finanzierung öffentlicher Infrastruktur sind. Aufgrund der höheren Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen aus der Region, nimmt die Anzahl der potenziellen Eltern ab. In der Region unterschritten die Geburtenraten die Sterberaten bereits Anfang der 1980er Jahre, wobei letztere bei etwa 2.000 Sterbefällen im Jahresmittel einzustufen sind und sich die Anzahl der Lebendgeburten von ca. 2.000 bis auf unter 1.200 (2012) reduzierte. Etwa 800 Einwohner pro Jahr verliert die Region demnach durch eine negative natürliche Bevölkerungsveränderung. Durchschnittlich 250 Einwohner entfielen auf ein negatives Wanderungssaldo. In den Jahren 2008 bis 2012 verlor die Region damit etwa 1.000 Einwohner jährlich. (Statistical Yearbook of Finland 2013).

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

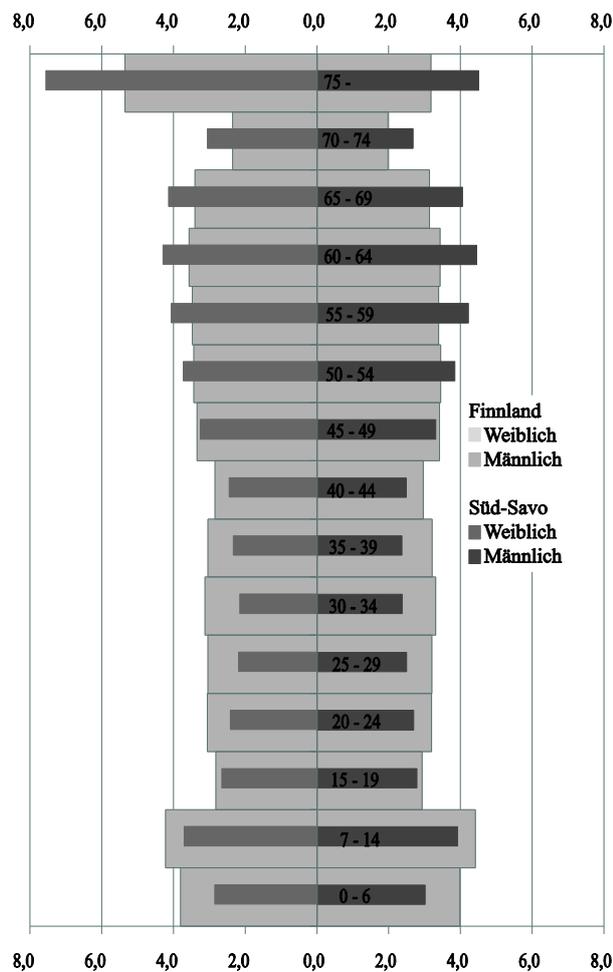


Abbildung 11: Altersstruktur der Bevölkerung in Finnland und Süd-Savo (%) im Jahr 2013 (Quelle: Statistics Finland 2014)

Die Altersstruktur der Region steht im Kontrast zu Finnland (siehe Abbildung 11). Hierbei sticht hervor, dass sowohl die Kinder und Jugendlichen als auch die Erwerbstätigen bis 49 Jahre in der Region unterrepräsentiert sind. Ab der Altersstufe 50 Jahre und älter, welche die Gruppen der älteren Erwerbstätigen, der Rentner und Hochaltrigen einschließt, sind hingegen die prozentualen Anteile bei den Männern und mehr noch bei den Frauen übermäßig stark vertreten. Dies zeigt sich in der Alterung der Bevölkerung in der Region sehr eindeutig. In Ostfinnland ist der Anteil der älteren Menschen an der Gesamtbevölkerung im nationalen Vergleich einer der höchsten. Gleiches gilt für die Bevölkerungsstruktur in Süd-Savo. Auch hier ist der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung im nationalen Vergleich sehr hoch. Kleinere und sehr ländliche Gemeinden wie Virtasalmi oder Jäppilä weisen laut Interviewpartnern die höchsten Anteile an Menschen über 75 Jahre auf. Dies wird zudem durch die Sekundärdaten untermauert. So liegt der Anteil der ab 65-Jährigen bei 25,1% der gesamten Bevölkerung in Süd-Savo. Die Region weist damit im Vergleich zu

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Finnland (18,8%) den höchsten Anteil an Menschen in dieser Altersgruppe auf (Statistical Yearbook of Finland 2013). Eine steigende Lebenserwartung aufgrund von besserer medizinischer und pflegerischer Versorgung sowie technologischen Fortschritts führt dazu, dass bereits heute die Alterung der Gesellschaft augenscheinlich wird. Die älteren Menschen besitzen jedoch gleichzeitig ein gestiegenes Interesse an einer besseren Lebensweise und gesünderem Essen. Auch führen eine höhere Bildung und der Zugang zu Informationen dazu, dass die älteren Bevölkerungsgruppen zwar länger, aber gleichzeitig auch länger gesünder leben.

Was jedoch auch aus den Interviews mit Ärzten und Krankenschwestern der Region zu verzeichnen ist, sind steigende Prävalenzen zivilisations- und altersbedingter Erkrankungen. Einerseits treten vermehrt kardiovaskuläre Erkrankungen in der Region auf, die auch in ganz Finnland sehr stark verbreitet sind. Die Entwicklung der Krankheitsmuster bei steigendem Alter verlagert sich auf der anderen Seite in Richtung der mentalen und psychischen Erkrankungen wie Demenz oder Alzheimer, aber auch der Alkoholmissbrauch älterer Menschen ist ein großes Problem in Finnland. Speziell der Alkoholismus ist in der Region Süd-Savo weit verbreitet, was zu weiteren Problemen führt. Auch gesellschaftliche Phänomene können zu bestimmten Krankheitsmustern führen. So können Arbeitslosigkeit, lange Dunkelheit in den Wintermonaten oder soziale Ausgrenzung zu Psychosen und Suchterkrankungen führen.

Die Entwicklungen der steigenden Lebenserwartung im Zusammenspiel mit der Zunahme bestimmter Krankheitsmuster und der hohen Abwanderung junger Menschen aus der Region führen zu einer Verschiebung der Bevölkerungsstruktur. Dies wiederum sorgt für eine Veränderung der Nachfrage nach Waren und Dienstleistungen allgemein, aber auch nach Angeboten der Gesundheitsversorgung im Speziellen. Im Alter brauchen die Menschen immer häufiger Gesundheitsdienste, welche laut Aussagen der Interviewpartner jedoch gleichzeitig immer teurer werden. Denn es ist offensichtlich, dass bei sinkenden Einwohnerzahlen und einer Verschiebung der Altersstruktur die Sozial- und Gesundheitssysteme langfristig nicht derart aufrechterhalten werden können, dass die Angebote räumlich gleichmäßig für alle Einwohner vorgehalten werden können. Hierbei soll der Bogen von der höheren Lebenserwartung zur Veränderung der Versorgungsangebote geschlagen werden, denn die Sozial- und Gesundheitssysteme sind auf die Einnahmen der in der jeweiligen Gemeinde lebenden Bevölkerung angewiesen. Aus den Interviews mit Vertretern des Gesundheitswesens wird deutlich, dass die Alterung der Bevölkerung per se nicht negativ wahrgenommen

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

wird. Gleichzeitig werden hierbei jedoch Probleme in Bezug auf die Finanzierung des Gesundheitssystems aufgezeigt. Die Umlagefinanzierung der sozialen Sicherungssysteme bedarf der ausreichenden Einnahmen durch Steuerzahler, um die Sicherung der kommunalen Dienstleistungen für ältere Bevölkerungsgruppen zu gewährleisten. Ein Resultat ist zudem die Zunahme der Kosten für bestimmte Dienste.

Bei der Betrachtung der angebotsrelevanten Aspekte der Gesundheitsversorgung spielen die Art und Anzahl von Gesundheitsdienstleistungen und -einrichtungen sowie die zur Verfügung stehenden Ressourcen in Form der Leistungserbringer, die strukturelle und räumliche Organisation der Dienstleistungen, sowie Kosten und Finanzierung der Gesundheitsdienste eine wichtige Rolle. Das finnische Gesundheitssystem basiert auf der staatlichen Grundsicherung, sieht aber eine Dreiteilung der möglichen Zugänge zur Gesundheitsversorgung vor. Neben den kommunalen bzw. staatlichen Versorgungsangeboten, gibt es die betriebliche und die private Gesundheitsversorgung. Auch wenn es diese Alternativen im Gesundheitssystem Finnlands gibt, spielt die private Versorgung eine eher untergeordnete Rolle und wird in diesem Kontext lediglich erwähnt.

Es bestehen Asymmetrien der Macht und Verantwortlichkeit zwischen dem Staat und den Kommunen. Deswegen entstehen Konflikte, denn die Verantwortlichkeiten hinsichtlich der Versorgungsstrukturen und deren Finanzierung sind an bestimmte Institutionen geknüpft. Öffentliche Versorgung findet in der Regel in den Gesundheitszentren der Kommunen statt. Dabei müssen die Einwohner einer Kommune auch das hiesige Gesundheitszentrum aufsuchen und können dies nicht frei auswählen. Bei der öffentlichen Gesundheitsversorgung stehen den Patienten die medizinische Grundversorgung und eine fachärztliche Versorgung zur Verfügung. In den Gesundheitszentren der Kommunen arbeiten Allgemeinmediziner, aber auch eine Reihe von Fachärzten. In den Regionalkrankenhäusern arbeiten ebenfalls Allgemeinmediziner und Fachärzte. In der Region kann festgestellt werden, dass gerade im Bereich der Notaufnahme ein Mangel an Ärzten besteht. Um diesem entgegenzuwirken, wird die Internationalisierung der Ärzteschaft vorangetrieben. Laut Aussagen einer Ärztin aus Pieksämäki, kommen die Ärzte der privaten Gesundheitsversorgung etwa zu einem Viertel aus dem Ausland. Das staatliche Gesundheitswesen in Bezug auf die Versorgung mit Ärzten stellt sich in Finnland und in der Region als positiv dar. Trotzdem zeigt sich eine Entwicklung des Mangels an Fachkräften in bestimmten Bereichen der Gesundheitsversorgung und ebenfalls in der räumlichen Verteilung.

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Sowohl in Mikkeli, einer Stadt mit etwa 50.000 Einwohnern, als auch in Savonlinna (weniger als 40.000 Einwohner) gibt es Zentralkrankenhäuser und mehrere Gesundheitszentren. Auch die Stadt Pieksämäki unterhält ein Regionalkrankenhaus, sodass innerhalb der vergleichsweise kleinen Region Süd-Savo viele Krankenhausstandorte bestehen. Das führt dazu, dass es innerhalb der Region eine starke Konkurrenz zwischen den Krankenhausstandorten in Bezug auf die Fachärzte bzw. Fachrichtungen gibt. Wenn die Nachfrage zu gering ist, dann hat ein kleineres Krankenhaus jedoch nicht genügend Ressourcen im Hinblick auf Finanzen und Personal. Eine höhere Effizienz und geringere Kostenstruktur der größeren Standorte erhöhen den Druck auf die kleineren Einrichtungen. Demgegenüber stehen die Einstellungen der Patienten über die Krankenhausstandorte. Die guten Hygienebedingungen und der hohe Anteil an finnischen Ärzten in der Einrichtung sorgen für eine positive Wahrnehmung der Patienten in Bezug auf die Situation im Regionalkrankenhaus in Pieksämäki. Die Patienten begeben sich laut Aussagen der Vertreter des Gesundheitswesens lieber in ein kleineres Krankenhaus und hadern mit der Vorstellung, in ein riesiges Krankenhaus zu kommen. Diese Tatsache ist mit den Einstellungen der Bevölkerung stark verknüpft. Es werden Beispiele angeführt, dass es in großen Einrichtungen öfter Probleme mit Bakterien und Keimen gibt. Laut Aussagen einer Vertreterin des Gesundheitswesens ist den Patienten die Nähe zu den Versorgern und Einrichtungen ein wichtiges Bedürfnis. Eine überschaubare Größe der Einrichtung sowie die Qualität in Bezug auf Personal sind wichtige Faktoren für die Patienten. Die Anzahl der Krankenhäuser in Süd-Savo ist laut Aussagen der Interviewpartner sehr hoch in Bezug auf die Fläche der Region. Die hohe Kostenstruktur und das wahrgenommene Überangebot an großen Gesundheitseinrichtungen lässt die Ausgaben der Kommunen steigen. Eine Kostenersparnis wird in der Reduktion der Krankenhausstandorte gesehen. Gleichzeitig entsteht der Bedarf an kleineren Einrichtungen in geringer Entfernung zu den dispers verteilten Siedlungen. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass die Abnahme der großen Einrichtungen bei gleichzeitigem Aufkommen vieler kleiner Einrichtungen zu einer Kostenreduzierung der Kommunen führt.

In Finnland haben die Kommunen eine sehr starke Rolle bei der Organisation und der Verwaltung lokaler Dienstleistungen. Die Verteilung von Verantwortlichkeiten und Arbeit zwischen staatlicher und lokaler Ebene ist eine Herausforderung, wenn das Gesundheitssystem in radikaler Weise geändert wird. Die kleineren Anbieter können

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

weniger effizient arbeiten und haben im Verhältnis einen enormen Aufwand beispielsweise in der Dokumentation und im Verwaltungsbereich und müssen aufgrund dessen teilweise schließen. Die Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesse finden jedoch nicht nur im Gesundheitssektor statt, sondern sind symptomatisch für Ostfinnland. Bei den Umstrukturierungen im Gesundheitsbereich stellt sich oft die Frage, was auf der lokalen Ebene passiert. So gibt es derzeit in den kleineren Ortschaften Neben- oder Zweigstellen der Gesundheitszentren. In diesen Zweigstellen arbeiten vorrangig Krankenschwestern und nur selten Ärzte. Dies funktioniert, da die Kompetenzen der Krankenschwestern in Finnland umfangreich sind. Die Aufgaben beschränken sich zwar in den Krankenhäusern auf rein pflegerische Maßnahmen. In Polikliniken und Nebenstellen der Gesundheitszentren hingegen dürfen Krankenschwestern weitergehende Aufgaben ausüben. Beispiele der Interviewpartner zeigen, dass die Mengenanpassung bei Insulin im Falle einer Diabetes-Erkrankung und die Medikamentierung im Allgemeinen durch Krankenschwestern übernommen werden. Auch das Ausstellen von Medikamentenrezepten ist eine Tätigkeit, die die Krankenschwestern vom Gesetz her ausüben dürfen.

Es gab eine starke Tradition in Finnland, dass Langzeitpflegemaßnahmen in Krankenhäusern stattfanden. Das ist etwas, das man in wenigen anderen Ländern wiederfinden würde, so eine Interviewpartnerin. In den finnischen Krankenhäusern gibt es einerseits zu wenige Betten für die Langzeitpflege oder Reha-Maßnahmen. Andererseits sind die Kosten der Langzeitpflegemaßnahmen für den Staat sehr hoch. Noch vor einigen Jahren gab es das Problem der überflüssigen Aufenthalte in Krankenhäusern nach Operationen. Problematisch für die Patienten war die Situation nach den eigentlichen Eingriffen. Die rehabilitative Phase der Patienten wurde in den Krankenhäusern länger als nötig durchgeführt, da es keine geeignete Unterbringung gab. Die Patienten konnten entweder im eigenen Haus oder im Pflegeheim untergebracht werden. Wenn diese Optionen aus finanziellen oder organisatorischen Gründen nicht infrage kamen, blieben die Patienten wesentlich länger im Krankenhaus als notwendig. Der längere Aufenthalt im Krankenhaus ging mit erheblichen Kosten für die Einrichtung einher. In Mikkeli kamen laut Aussagen der Interviewpartner im Jahr etwa 100.000 € Mehrkosten für unnötige Tage der rehabilitativ zu behandelnden Patienten im Krankenhaus zustande. Die Kosten für die öffentliche Hand waren sehr groß. Dann wurde ein neues System eingeführt, bei denen die Krankenschwestern direkt im Krankenhaus mit der rehabilitativen Planung begonnen haben. Gleichzeitig wird

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

jedoch versucht, die Patienten schnell aus dem Krankenhaus zu bekommen und anschließend in ein Service-Heim zu verlegen. Hierbei werden Kosten seitens der öffentlichen Hand eingespart. Bei der Langzeitpflege im Krankenhaus oder Gesundheitszentrum fallen Kosten an, die bei etwa 150 € pro Tag liegen. Im Pflegeheim liegen die Kosten in Abhängigkeit von den Bedürfnissen und der zusammengestellten Leistungsangebote zwischen 100 € und 120 € pro Tag. Die Vollversorgung mit medizinischen und sozialen Diensten im eigenen Haus, wenn beispielsweise dreimal täglich der Pflegedienst kommen muss, ist weitaus teurer für die Patienten als in den vollstationären Einrichtungen. Die teils großen Entfernungen der Versorger zu den Wohnorten sorgen für einen zusätzlichen Kostenaufwand für die Patienten. Gleichzeitig bekommen pflegende Angehörige im Vergleich eine viel geringere Vergütung durch die öffentliche Hand als eine professionelle häusliche Versorgung kosten würde. Deshalb steigt die Nachfrage nach Service-Heimplätzen. Es ist rechtlich geregelt, dass ältere Menschen ab einem bestimmten Alter durch Dienstleistungen der öffentlichen Hand versorgt werden müssen. Diese Dienste beschränken sich jedoch auf einfache Gesundheitsdienste und soziale Dienstleistungen. Einige dieser Dienste werden von Seiten der Kommune ausgelagert und an private Anbieter vergeben. In Pieksämäki gibt es nur wenige private Anbieter im Bereich der Tagespflege, wohingegen die Rehabilitationsangebote stärker vertreten sind. Physiotherapeuten arbeiten sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. So werden ältere Menschen, die in der Rehabilitationsphase sind sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus behandelt. Die Kommune bezahlt für die Therapiesitzung, welche zum Beispiel beim Physiotherapeuten etwa 7 € pro Anwendung kostet. Etwa ein Viertel der Patienten werden im Bereich der Physiotherapie zu Hause behandelt, etwa drei Viertel der älteren Menschen kommen zur Physiotherapiepraxis. Die Tagespflege kostet die Patienten 12 € pro Tag inklusive Transport. In der Region gibt es viele Menschen, denen diese Angebote bereits jetzt zu teuer sind. Es gibt viele ältere Menschen, die finanziell schlechter gestellt sind, was mit den wirtschaftlichen Entwicklungen und den teils geringen Renten zusammenhängt und den Zugang zu Gesundheitsdiensten einschränkt. Es gibt zudem auch die Fälle, in denen Patienten, welche finanziell gut situiert sind, trotzdem nicht von privaten Anbietern behandeln lassen. Die Kosten für Gesundheits- und Pflegeleistungen werden sowohl vom Staat, von der Kommune und den Patienten selber aufgebracht. Die eigenen Kosten für bestimmte Dienste richten sich nach dem Einkommen der Patienten. Weitergehende Versorgung muss von den Patienten durch Zuzahlungen aufgebracht werden.

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Es war ein nationales Phänomen, dass die finnische Gesellschaft ihre älteren Menschen in Alten- und Pflegeheime drängte. In der Vergangenheit gab es einen sehr großen Anteil an alten Menschen, die in Institutionen wie Alten- und Pflegeheimen untergebracht wurde. So wurden traditionelle Pflegeheime in Serviceheime umgewandelt. Diese Entwicklung ging einher mit einer strukturellen Veränderung, dass sich nunmehr die Bewohner in einer Einrichtung einmieten und sie selbst oder deren Angehörigen zusätzliche Leistungen und Servicepakete hinzubuchen können. Es kam jedoch zur Widerentdeckung der häuslichen bzw. ambulanten Pflegeversorgung. Zu Beginn der 1990er Jahre gab es eine starke Bewegung, dass die häusliche Pflege durch Angehörige vorangetrieben werden sollte. Werbung und Förderung für die Pflege zu Hause oder Care-Patchwork wurden von Seiten des Staates vorgenommen. Grund für die Förderung von und Bestrebung nach häuslicher Pflegeversorgung sollte den Anteil der zu Hause versorgten Personen erhöhen, was auch mit finanziellen Aspekten einherging. Die Angehörigen sollten stärker in die Verantwortung genommen werden. Die Angehörigen der Pflegepersonen sollten eine Rolle im System der kommunalen Versorgung spielen. Diese Entwicklung trat jedoch nicht so ein, wie erhofft, denn wenn die potenziellen pflegenden Angehörigen nicht im Umfeld der alten Menschen leben, können diese kaum die kontinuierliche Pflege und Betreuung übernehmen. Nur etwa ein Sechstel der alten und pflegebedürftigen Menschen wird laut Aussagen der Interviewpartner zu Hause versorgt. Es gibt spezielle Arrangements für die pflegenden Angehörigen, die einem bewilligten Pflegeplan unterliegen. Bei der Pflege der Angehörigen muss eine gewisse permanente Versorgung und Kontinuität vorherrschen. Die Entscheidung, ob Familienangehörige Pflege und Betreuung übernehmen, hängt von der Beziehung zwischen dem Pflegebedürftigen und der Pflegeperson ab. Die pflegenden Angehörigen bekommen Steuererleichterungen von 2.000 bis 3.000 € im Jahr, wenn die Pflege zu Hause stattfindet. Diese Regelung ist ein Teil des Paketes, um die illegale Beschäftigung im Land einzudämmen. In Finnland ist die häusliche Versorgung noch sehr unterrepräsentiert. Laut Aussagen einer Repräsentantin des Gesundheitswesens werden nur wenige Pflegebedürftige durch Angehörige zu Hause versorgt. Viele der zu Hause versorgten Personen werden statistisch nicht erfasst, da deren Pflegepersonen bzw. Angehörigen keinerlei finanziellen Ausgleich beantragen oder bekommen. Viele ältere Menschen werden zwar heute durch ambulante Pflegedienste versorgt, sofern der Gesundheitszustand und der finanzielle Rahmen es zulassen. Die älteren Menschen werden auch in Tagespflegeeinrichtungen aufgenommen. Dort erscheinen sie morgens, verbringen den Tag mit gemeinsamen

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Aktivitäten, nehmen gemeinsam Essen ein und werden schließlich abends mit dem Bus wieder nach Hause gebracht. In den Tagespflegeeinrichtungen gibt es Krankenschwestern, die sich um die medizinische Grundversorgung kümmern können. Die soziale Komponente spielt in diesen Einrichtungen eine wesentliche Rolle. Oft leben die älteren Menschen allein zu Hause und haben zudem gesundheitliche Probleme. In der Region zeigt sich eine wachsende Zahl an ambulanten Pflegediensten bei gleichzeitigem Aufkommen von großen Pflege- oder Service-Heimen, die teils durch ausländische Unternehmen betrieben werden. Diese neuen Einrichtungen werden sowohl von der Kommune als auch von privaten Anbietern errichtet, was zu einer stärkeren Konkurrenzsituation führt. Die Entwicklung der Pflegeversorgung in Alten- und Pflegeheimen ist stark steigend aufgrund der Alterung der Gesellschaft. Der Hauptunterschied zwischen den Versorgungsoptionen des Krankenhauses, der Pflegeheime und der häuslichen bzw. ambulanten Versorgung sind die Kosten. Dabei haben viele der über 75-Jährigen, die zu Hause leben, nur schwer Zugang zu den erforderlichen Dienstleistungen. Distanzen zu Einrichtungen, Probleme der Finanzierung sowie die eingeschränkte Mobilität und die Abwesenheit von Angehörigen stellen große Hürden für diese dar. In Bezug auf die Dimension der Erreichbarkeit wird von Seiten eines Interviewpartners prognostiziert, dass es künftig weniger Gesundheitszentren in Finnland geben wird. Aufgrund der hohen Kostenstruktur, der Konkurrenzsituation und der Eingemeindungsprozesse ist eine Konsolidierung der Einrichtungen zu erwarten. Dies ist vorrangig auf rationale und finanzielle Aspekte zurückzuführen. Da das Finanzministerium starken Einfluss auf die Regulierung des Gesundheitssystems besitzt, wurden in dessen Auftrag bereits Untersuchungen zur Optimierung der Standorte von Gesundheitseinrichtungen durchgeführt. Studien des Finanzministeriums berechneten mithilfe von Geographischen Informationssystemen eine Optimierung der Standorte der Gesundheitszentren, die als Grundlage eine Entfernung von 20 km zu den Wohnorten nutzen. Diese Studien stützen sich vorrangig auf die Bevölkerungsdichte, was zum Nachteil der ländlichen und peripheren Kommunen sein wird. Es gibt bereits heute eine finanzielle Ungleichheit im Gesundheitssektor aufgrund der Entfernungen zu Dienstleistungen und der Erreichbarkeit von Angeboten. Diese Planung geht mit einem Abbau von Dienstleistungsangeboten in den dünn-besiedelten Regionen einher. Dienstleistungen werden künftig in größeren Regionen organisiert. Es kommt also zu Skalenschiebungen bei der räumlichen und verwaltungstechnischen Organisation der Einrichtungen bzw. Angebote. Durch die Eingemeindungsprozesse und damit einhergehend die Zusammenlegung der Angebote führen zu einer Vergrößerung der

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

Distanzen für die Patienten. Nachfrage und Angebot passen räumlich oft nicht zueinander. Die Angebotssituation im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung in der Region Süd-Savo ist derzeit als gut zu beurteilen. Es gibt die Gesundheitszentren der Kommunen, Krankenhäuser in den Kleinstädten und Zentralkrankenhäuser in größeren Städten, wie Savonlinna oder Varkaus. Zudem gibt es einige wenige Universitätskliniken. In der Kommune Pieksämäki sind die Ärzte im Stadtzentrum anzutreffen, doch stellt sich die Frage der Erreichbarkeit, wenn die alten Menschen und Patienten auf den vielen Dörfern ringsumher leben. Für die Stadt Pieksämäki werden aber auch trotz der demographischen Alterung Chancen wahrgenommen. Die Attraktivität könnte gesteigert werden, wenn die älteren Bewohner der umliegenden Siedlungen in den Stadtkern umziehen, um die Dienste und Angebote einfacher zu erreichen. Gleichzeitig könnte hiermit eine Nachfrage gesteigert werden, wenn sich die Zahl der Alten, Hilfe- und Pflegebedürftigen erhöht. Dies kann mittelfristig zu einer Schaffung von neuen Arbeitsplätzen im Gesundheitssektor führen. Die Patienten der entfernten Dörfer müssen jedoch weiterhin große Distanzen überwinden, um die Dienste der Gesundheitsversorgung nutzen zu können. Auch wenn die Versorgungssituation in der Region grundsätzlich als gut zu beurteilen ist, kommt der eigenen Mobilität eine große Bedeutung zu, um die großen Entfernungen zu überwinden. Für die Bewohner ländlicher und peripherer Ortschaften ist der Zugang zu Dienstleistungen durch größere Distanzen erschwert. Die Anbieter und die Verantwortlichen für die Organisation von Diensten sollten berücksichtigen, dass die Kosten mit zunehmender Entfernung zu Einrichtungen und Angeboten steigen. Eine Möglichkeit wäre die Subventionierung von Diensten bei großer Entfernung zum Angebotsort.

Das finnische Gesundheitssystem ist auf die Steuereinnahmen der Bewohner angewiesen. Hier ist eben auch die Verbindung zwischen dem demographischen Wandel und der Versorgung mit Dienstleistungen zu sehen. Menschen werden tendenziell immer älter und brauchen vermehrt Gesundheits- und Pflegedienstleistungen auf der einen Seite, können jedoch die notwendigen finanziellen Voraussetzungen für ein funktionierendes Angebotssystem nicht leisten. Diese Entwicklung führt dazu, dass die Dienstleistungen immer teurer werden. Gleichzeitig werden jedoch die Steuern nicht im gleichen Maße angehoben, um diese Leistungen der öffentlichen Hand auch finanzieren zu können. Gerade kommunale Steuern werden jedoch benötigt, um das Sozial- und Gesundheitssystem in der Kommune finanzieren zu können. In Finnland

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

haben die Gemeinden das Recht die Steuersätze festzulegen und eigene Steuern einzutreiben. Diese Steuersätze bewegen sich zwischen 18 und 21% des Einkommens, laut eines Vertreters des Ruralia Institute. Wenn in einer Kommune viele und gut situierte Steuerzahler leben, so hat diese Kommune wenige Probleme Sozialleistungen für alle Bewohner anzubieten. Leben jedoch in der Region immer weniger Menschen, die gleichzeitig älter werden, so hat es diese Kommune schwerer, die Leistungen anbieten zu können. In Bezug auf die Verantwortung und die Organisation wird ein Wandel von top-down zu bottom-up festgestellt. Dieser Wandel ist bedingt durch gesellschaftliche Veränderungen sowie Einstellungen dem System gegenüber. In der Vergangenheit war die Devise: Starker Staat, starke Kommune! Die Gesellschaft glaubte sehr an die Verantwortung des Staates seinen Einwohnern gegenüber. Aber auch wenn die Einstellung der Menschen über die Verantwortung des Staates und seine Rolle als Fürsorger in Finnland sehr stark ist, kann festgestellt werden, dass sich diese Einstellung innerhalb der Gesellschaft verändert. Eine wichtige Erkenntnis war, dass die öffentliche Hand sich künftig immer weniger um ihre Bürgerinnen und Bürger kümmern wird und die Bewohner selber aktiv werden müssen, um die Versorgung und damit die Lebensqualität in den ländlichen Räumen aufrecht zu erhalten.

7.4. Fazit und Ausblick

Das finnische Gesundheitssystem ist eines der besten im europäischen Vergleich. Nichtsdestotrotz sorgen verschiedene Einflüsse für eine Veränderung der Gesundheitsversorgung. Zu diesen Einflüssen zählt auf der Nachfrageseite vor allem der demographische Wandel. Die Bevölkerungsdynamiken in der Untersuchungsregion zeigen, dass die Alterung der Gesellschaft und die Abwanderung aus den ländlichen Gebieten im Wesentlichen für die Veränderungen der Nachfrage verantwortlich sind. So sorgen das Absinken der Geburtenrate und die steigende Lebenserwartung für eine Verschiebung der Altersstruktur in der Region. Die Zunahme von bestimmten Prävalenzen der vorrangig zivilisationsbedingten Krankheitsmuster und die zunehmende Multimorbidität mit zunehmendem Alter führen in der Konsequenz zu einem erhöhten Bedarf an Gesundheits- und Pflegedienstleistungen. Gesellschaftliche Umbrüche und Änderungen der Werte, Ansprüche und Konventionen unterstützen die Entwicklung dahingehend, dass die Familienstrukturen auseinanderbrechen, die Gewohnheiten und Ansprüche an das häusliche Umfeld im Alter einer Veränderung unterliegen und die eigene Rolle der Betroffenen in Bezug auf die Versorgung im Alter sich wandelt. Unterstützt werden diese beiden Entwicklungen durch die Abwanderung

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

vor allem der jüngeren Bevölkerungsgruppen. Aufgrund der ökonomischen Situation und Entwicklung in der Region, einer hohen Arbeitslosigkeit und der steigenden Zahl an älteren Menschen im Rentenalter kommt es zu einem geringeren Steueraufkommen für die Kommunen. Diese Entwicklung ist für die Kommunen kritisch, denn mit diesen Mitteln werden öffentliche Einrichtungen und Dienstleistungen der Gesundheitsversorgung finanziert. Eine räumliche Umstrukturierung in Bezug auf die Einzugsgebiete der Gesundheitszentren und Krankenhäuser und damit einhergehend eine organisationale Änderung von Macht und Verantwortlichkeiten sorgen ihrerseits zu einem Wandel der Angebote.

Die verschiedenen Zugangsdimensionen sind in der Region Süd-Savo unterschiedlich zu bewerten. Die Erreichbarkeit von Angeboten der Gesundheitsversorgung ist vor dem Hintergrund der ohnehin großen Distanzen in Finnland, aber auch aufgrund der veränderten räumlichen Struktur eine sehr wichtige Dimension im Zugangskonzept. Die Finanzierung der Dienste spielt eine ebenso wichtige Rolle bei der Betrachtung des Zugangs der Patienten. Hierbei haben die volkswirtschaftliche, regionale und individuelle Wirtschaftslage direkten Einfluss auf Angebot und Nachfrage. Die zur Verfügung stehenden Angebote müssen seitens der Patienten immer auch mitfinanziert werden und die kommunalen Angebote sind in ökonomisch schlechter gestellten Gemeinden in Qualität und Quantität geringer vorhanden. Die Bedeutung von Qualität und Quantität der Dienstleistungen und Angebote ist unterschiedlich zu beurteilen. Auch wenn die wohnortnahe Versorgung im Gesundheits- und Pflegebereich sehr wichtig ist, was für die Verfügbarkeit der Einrichtungen steht, kommt der Kompatibilität der Dienstleistungen und Einrichtungen eine größere Bedeutung zu. Schließlich differieren die Einstellungen und Anschauungen der Bevölkerung der ländlich geprägten Region. Die Reaktionen der Bevölkerung, sei es der Wegzug jüngerer Kohorten aus der Region oder der Umzug der älteren Menschen in städtische Bereiche aufgrund der besseren Versorgung, verändern zudem die Versorgungsstrukturen. Das Zugangskonzept und die Einflüsse auf die Veränderungen der Angebote der Gesundheitsversorgung und deren Nachfrage haben theoretische Relevanz, zeigen praxisorientierte und für die Planung relevante Implikationen auf und bieten Handlungsempfehlungen für die Politik. Perspektivisch sollte das verwendete Konzept in theoretischer Ausrichtung weiterentwickelt und empirisch auf andere Versorgungsbereiche übertragen werden. Für die Planung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung können die angesprochenen Dimensionen eine Grundlage

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

bilden. Schließlich können die Einflüsse auf die Nachfrage eine Verschiebung der Politikausrichtung bewirken.

7.5. Literatur

- * Asthana, S. und Halliday, J. (2004): What can rural agencies do to address the additional costs of rural services? A typology of rural service innovation. In: *Health & Social Care in the Community* 12(6), 457-465.
- * Aday, L. A. und Andersen, R. (1974): A framework for the study of access to medical care. In: *Health Services Research* 9(3), 208-220.
- * Birg, H. (2003): Dynamik der demographischen Alterung, Bevölkerungsschrumpfung und Zuwanderung in Deutschland: Prognosen und Auswirkungen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 53.
- * Born, K. M. (2011): Ländliche Räume in Deutschland: Differenzierungen, Entwicklungspfade und -brüche. In: *Geographische Rundschau* 2011(2), 4-10.
- * Brereton, F., Bullock, C., Clinch, J. P. und Scott, M. (2011): Rural change and individual well-being the case of Ireland and rural quality of life. In: *European Urban and Regional Studies* 18(2), 203-227.
- * Butsch, C. (2011): Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Barrieren und Anreize in Pune, Indien (Vol. 2). Stuttgart: Steiner Verlag.
- * Coleman, D. (2006): Immigration and Ethnic Change in Low-Fertility Countries: A Third Demographic Transition. In: *Population and Development Review* 32(3), 401-446.
- * Cirkel, M. und Juchelka, R. (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. In: *Public Health Forum* 15(3), 24-26.
- * Farmer, J., Philip, L., King, G., Farrington, J. und MacLeod, M. (2010): Territorial tensions: misaligned management and community perspectives on health services for older people in remote rural areas. In: *Health & Place* 16(2), 275-283.
- * Goddard, M. und Smith, P. (2001): Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. In: *Social Science & Medicine* 53(9), 1149-1162.
- * Hanlon, N., Halseth, G., Clasby, R. und Pow, V. (2007): The place embeddedness of social care: Restructuring work and welfare in Mackenzie, BC. In: *Health & Place* 13(2), 466-481.

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

- * Jakubowski, P. (2006): Stadt ohne Infrastruktur heißt Stadt ohne Zukunft. Zukunft Städtischer Infrastruktur. In: Informationen zur Raumentwicklung (5), 237-248.
- * Johnson, M. E., Brems, C., Warner, T. D. und Roberts, L. W. (2006): Rural–urban health care provider disparities in Alaska and New Mexico. In: Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 33(4), 504-507.
- * Johnston, R. J., Swallow, S. K. und Bauer, D. M. (2002): Spatial factors and stated preference values for public goods: considerations for rural land use. In: Land Economics 78(4), 481-500.
- * Kertzer, D. I., White, M. J., Bernardi, L. und Gabrielli, G. (2009): Italy’s path to very low fertility: The adequacy of economic and second demographic transition theories. In: European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie 25(1), 89-115.
- * Khan, A. A. und Bhardwaj, S. M. (1994): Access to Health Care A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. In: Evaluation & the Health Professions 17(1), 60-76.
- * Kuhlicke, C. und Petschow, U. (2005): Vom schleichenden Ende der Nahversorgung. Ökologisches Wirtschaften-Fachzeitschrift 20(4).
- * Lee, R. und Mason, A. (2010): Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition. In: European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie 26(2), 159-182.
- * Leon, D. A. (2011): Trends in European life expectancy: a salutary view. In: International Journal of Epidemiology 40(2), 271-277.
- * Lesthaeghe, R. und Neels, K. (2002): From the first to the second demographic transition: An interpretation of the spatial continuity of demographic innovation in France, Belgium and Switzerland. In: European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie 18(4), 325-360.
- * Mayring, P. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. – 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz.
- * McIntyre, D. I., Thiede, M. und Birch, S. (2009): Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. In: Health Economics, Policy and Law 4(02), 179-193.

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

- * Meklin, P. und Pekola-Sjöblom, M. (2013): The reform to restructure municipalities and services in Finland: A research perspective. Evaluation Research Programme ARTTU Studies No. 23.
- * Milbourne, P. und Doheny, S. (2012): Older people and poverty in rural Britain: Material hardships, cultural denials and social inclusions. In: *Journal of Rural Studies* 28(4), 389-397.
- * Montén, A. und Thum, M. (2010): Ageing municipalities, gerontocracy and fiscal competition. In: *European Journal of Political Economy* 26(2), 235-247.
- * Moseley, M. J. und Owen, S. (2008): The future of services in rural England: The drivers of change and a scenario for 2015. In: *Progress in Planning* 69(3), 93-130.
- * Muilu, T. und Rusanen, J. (2003): Rural young people in regional development—the case of Finland in 1970–2000. In: *Journal of Rural Studies* 19(3), 295-307.
- * Neu, C. (2009): Daseinsvorsorge - eine Einführung. In: Neu, C. (Hrsg.): *Daseinsvorsorge*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 9-19
- * Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., Alba, S., Dillip, M. W., Mayunama, I., Schulze, A. & Mshinda, H. (2007): Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. In: *PLoS Medicine* 4(10), 1584-1588.
- * Omran, A. R. (1971): The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 49(4), 509-538.
- * Penchansky, R. und Thomas, J. W. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: *Medical Care* 19(2), 127-140.
- * Prettnner, K. (2013): Population aging and endogenous economic growth. In: *Journal of Population Economics* 26(2), 811-834.
- * Reher, D. S. (2011): Economic and social implications of the demographic transition. In: *Population and Development Review* 37(1), 11-33.
- * Reichert-Schick, A. (2010): Auswirkungen des demographischen Wandels in regionaler Differenzierung: Gemeinsamkeiten und Gegensätze ländlich-peripherer Entleerungsregionen in Deutschland—die Beispiele Vorpommern und Westeifel. In: *Raumforschung und Raumordnung* 68(3), 153-168.

- Veränderungen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen
am Beispiel der Region Süd-Savo, Finnland -

- * Ricketts, T. C. und Goldsmith, L. J. (2005). Access in health services research: the battle of the frameworks. *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280.
- * Statistical Yearbook of Finland (2013): Helsinki: Statistics Finland.
- * Statistics Finland (2014): Population Structure by Region.
http://pxweb2.stat.fi/Dialog/varval.asp?ma=045_vaerak_tau_200_en&path=../database/StatFin/vrm/vaerak/&lang=1&multilang=en (12.12.2014).
- * Stockdale, A. und MacLeod, M. (2013): Pre-retirement age migration to remote rural areas. In: *Journal of Rural Studies* 32, 80-92.
- * Terluin, I. J. (2003): Differences in economic development in rural regions of advanced countries: an overview and critical analysis of theories. In: *Journal of Rural Studies* 19(3), 327-344.
- * Vuorenkoski, L. (2008): Health systems in transition: Finland. Health system review. *European Observatory on Health Systems and Policies*, 10(4).
- * Walford, N. S. und Kurek, S. (2008): A comparative analysis of population ageing in urban and rural areas of England and Wales, and Poland over the last three census intervals. In: *Population, Space and Place* 14(5), 365-386.
- * Walker, A. und Meltby, T. (2012): Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. In: *International Journal of Social Welfare* 21, 117-130
- * Woods, M. (2012): Rural geography III Rural futures and the future of rural geography. In: *Progress in Human Geography* 36(1), 125-134.

Dipl.-Geogr. Florian Warburg, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Geographie,
Deutschhausstraße 10, 35032 Marburg, florian.warburg@geo.uni-marburg.de

Prof. Dr. Markus Hassler, Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Geographie,
Deutschhausstraße 10, 35032 Marburg, markus.hassler@staff.uni-marburg.de

Eingereicht

8. Zusammenfassung, Diskussion und Ausblick

Seit den 1970er Jahren sind Bevölkerungsveränderungen in Europa festzustellen, die auf einen Werte- und Normenwandel zurückgeführt werden können und in den postindustriellen Gesellschaften sukzessive zu einer strukturellen Änderung der Bevölkerungszusammensetzung führen. Diese Entwicklungen werden als zweiter demographischer Übergang bezeichnet. Grundsätzlich festzustellen ist, dass die Fertilitätsraten in allen europäischen Staaten unter dem Reproduktionsniveau anzusiedeln sind. Eine steigende Lebenserwartung ist zudem in den postindustriellen Gesellschaften zu beobachten. Trotz dieser Entwicklungen nimmt die Bevölkerungszahl in der Europäischen Union zu, wobei sich aktuelle Bevölkerungsdynamiken sehr heterogen darstellen. Veränderungen müssen demnach vorrangig auf eine höhere Zuwanderung zurückgeführt werden. Dabei variiert die Quantität und Qualität der Zuwanderung in regionaler und zeitlicher Differenzierung.

Auf nationalstaatlicher Ebene sind Strukturen und Prozesse festzustellen, die sich auf kleinräumlicher Ebene erheblich unterscheiden. Vor allem die ländlichen Räume innerhalb der Staaten profitieren nur wenig von den Zuwanderungsgewinnen und weisen gleichzeitig eine zusätzliche Abwanderung bestimmter Bevölkerungsgruppen auf, was ausschlaggebend für die Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung ist. Die Fallstudien zeigen anschaulich die Auswirkungen der negativen Bevölkerungsentwicklung ländlicher Räume sowohl in Nordhessen als auch in Süd-Savo, die die Nachfrage nach Versorgungsstrukturen in erheblichem Maße beeinflussen. Dies stellt vor allem die ältere Bevölkerung vor Fragen der künftigen Versorgungssicherung. Besondere Beachtung fanden dabei die Nahversorgung sowie die Gesundheits- und Pflegeversorgung, die sich als existenzielle Bedürfnisse der Bevölkerung darstellen (Partzsch 1964), gleichzeitig eine erhebliche Raumwirksamkeit aufweisen und von Moseley & Owen (2008) als wesentliche Problemfelder in der Debatte um die Sicherung ländlicher Versorgungsstrukturen in Zukunft identifiziert werden. Unter Einbeziehung der aktuellen Debatten über den demographischen Wandel in Kombination mit sozialen, politischen und ökonomischen Einflüssen werden Veränderungen auf Nachfrage- und Angebotssituation analysiert. Diese stellen sich als zentrale Einflussbereiche dar, wobei der demographische Wandel eine besondere Stellung einnimmt.

Den demographischen Wandel zu integrieren, detailliertes Wissen über die Dynamiken in Bezug auf Angebots- und Nachfrageveränderungen zu generieren und gleichzeitig fördernde und hindernde Faktoren in Bezug auf den Zugang zu bestehenden Versorgungsstrukturen zu identifizieren, waren wesentliche Aspekte bei der Entwicklung des vorliegenden Analyserahmens. Aus den Ergebnissen der ersten Fallstudie wurde der konzeptionelle Analyserahmen für die weiteren Fallstudien angepasst. Auffällig dabei war das Aufkommen verschiedener Hürden und Förderer, welche sich aus den Reaktionen der ländlichen Akteure in Nordhessen herausstellten. Hierbei zeigten sich Charakteristika, die in Bezug auf die Einstellungen der Bevölkerung einerseits, sowie Kostenaspekte, Erreichbarkeit, Qualität und Quantität der Nahversorgungseinrichtungen auf der anderen Seite herausgestellt werden konnten.

Diese Charakteristika aufgreifend, zeigten sich ähnliche Untersuchungsansätze im Bereich der Gesundheitsversorgung. Aus den theoretischen Diskursen über Zugangsmodelle im Gesundheitswesen (vor allem durch Aday & Andersen 1974; Penchansky & Thomas 1981; Goddard & Smith 2001) wurde der Analyserahmen entwickelt, der zudem räumliche Besonderheiten der ländlichen Regionen einbezieht (Trebbin et al. 2013), die Untersuchung verschiedener Versorgungsstrukturen ermöglicht (Moseley & Owen 2008) und gleichzeitig Handlungsspielräume der verschiedenen Akteure zur Verbesserung des Zugangs aufzeigt.

Schließlich wurden die Reaktionen der unterschiedlichen Akteure auf die Veränderungen der Versorgungsstrukturen aufgezeigt. Diese konnten vor allem entlang der Fallstudien und deren thematischer Schwerpunkte identifiziert und diskutiert werden. Es entstehen alternative Versorgungsstrategien, die sich sehr lokal auf ehrenamtlicher Basis entwickeln und durch Initiativen aus der Bevölkerung hervorgehen, und gleichzeitig ausländische Kompetenzen und Arbeitskräfte verfügbar machen und somit die individuellen Versorgungsdefizite auf eine internationale Ebene verlagern. Die Untersuchungsregionen Nordhessen und Süd-Savo wurden in dieser Arbeit als geeignete Beispiele identifiziert, da sich in beiden Regionen der demographische Wandel zwar in unterschiedlicher Ausprägung, aber dennoch stark manifestiert und somit die Auswirkungen der Alterung der Gesellschaft und Abnahme der Bevölkerungszahl vor allem aufgrund der Wanderungsprozesse auf die Versorgungsstrukturen analysierbar machen.

Zudem konnten durch die unterschiedlichen nationalen Kontexte die Anschauungen der Gesellschaft, staatliche Regulierung und die Bedeutung von Distanzen als geographische Dimension näher untersucht werden. Wie Born (2009) als bedeutsam herausstellte, wurde dem Bedarf der Integration demographischer und sozioökonomischer Rahmenbedingungen bei der Analyse ländlicher Versorgung und Anpassungsstrategien Rechnung getragen.

Der Beitrag dieser Arbeit zur Debatte über die Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Versorgungsstrukturen ländlicher Räume Europas hat inhaltliche, konzeptionelle und praktische Relevanz. Zunächst konnten die Dynamiken der Bevölkerungsentwicklung, deren Ursachen und Auswirkungen in unterschiedlichen sozio-kulturellen Räumen aufgegriffen werden, um den demographischen Wandel als Phänomen postindustrieller Gesellschaften des 21. Jahrhunderts besser zu verstehen. Da es sich bei diesen Prozessen um eine individuelle aber gleichzeitig gesamtgesellschaftliche Entwicklung in den ländlichen Räumen handelt, konnten zudem Anpassungsstrategien der verschiedenen Akteure im Rahmen der Versorgungsdebatte aufgezeigt werden. Welche Wege die Akteure dabei beschreiten und in welcher Konstellation sie zusammenarbeiten, konnte die Debatte um die Kommunikation und Kooperation im Rahmen der Versorgungsdebatte ergänzen (Born 2009). Mit der Beantwortung der eingangs definierten Leitfragen konnte ein Beitrag zum Abbau der Forschungsdefizite im Bereich der ländlichen Nahversorgung geleistet werden.

Die inhaltliche Annäherung der verschiedenen, hier dargestellten Versorgungsbereiche erlaubt durch die Einführung eines synthetischen Ansatzes die Analyse von vormals separat untersuchten Versorgungsbereichen. Konzeptionell konnten durch die Analyse der Bedeutungen der einzelnen im Zugangskonzept verwendeten Dimensionen entlang der Fallstudien Forschungsdefizite abgebaut werden. Überdies können diese Erkenntnisse für die weitere Forschung im Bereich des Zugangs zu Versorgungsstrukturen von Nutzen sein und bestehende Diskurse aus konzeptioneller Perspektive ergänzen (Ricketts & Goldsmith 2005; Goddard & Smith 2001). Für die Planung künftiger Versorgungseinrichtungen in ländlichen Räumen kann das aufgezeigte Konzept dienlich sein, wenn die Kompatibilität zwischen Angebot und Nachfrage geschaffen werden soll (vgl. Ricketts & Goldsmith 2005). Dieser konzeptionelle Ansatz kann auch als praxis-orientierter Grundstein im Rahmen der nachhaltigen Regionalentwicklung Anwendung finden.

- 1) Wie wirkt sich der demographischen Wandel in ländlichen Räumen in Bezug auf die sich wandelnden Nachfrage- und Angebotsstrukturen im Bereich der Nahversorgung, Gesundheits- und Pflegeversorgung aus?

Aus den Analysen der empirischen Erhebungen in den einzelnen Fallstudien stellt sich ein Verständnis von den komplexen Vorgängen der Bevölkerungsdynamik in ländlichen Räumen ein. Dabei ist ein Teilaspekt die Abnahme der Fertilität weit unter das Reproduktionsniveau. Gründe dafür werden bei van de Kaa (2006) in einem wirtschaftlichen, kulturellen und technologischen Wandel gesehen. Hinzu kommt ein Wandel von Normen und Werten (Lesthaeghe 2010; van de Kaa 1987), welcher sich als Einfluss auf die Fertilitätsraten darstellt. Anhand der Fallstudien konnte diese Veränderungen aufgezeigt werden. Kinder wurden in den 1950er Jahren noch als Alterssicherung angesehen, waren als Helfer im häuslichen Umfeld und Arbeiter auf den Höfen notwendig, was auch in Wertvorstellungen der Gesellschaft verankert war.

Mit steigendem Wohlstand und einer Absicherung, wie die Einführung der wohlfahrtsstaatlichen Sicherungssysteme, setzt ein Umdenken ein, denn die Elterngeneration ist weniger auf die Kinder angewiesen. Dies ist ein Faktor, der zu einer Abnahme der Fertilität führt. Das von Birg (2003) bezeichnete „demographisch-ökonomischen Paradoxon“, also die Abnahme der Fertilität bei steigendem Wohlstand, sorgt gerade im Bereich der Versorgung im Alter zu Problem für die Elterngeneration. So ist der Trend der Abwanderung jüngerer Bevölkerungsgruppen (Pinilla et al. 2008; Muilu & Rusanen 2003) in zweierlei Hinsicht problematisch für die ländlichen Räume. Einerseits führt die Abwanderung der jüngeren Bevölkerung dazu, dass die Anzahl der potenziellen Eltern abnimmt. Auf der anderen Seite ist die Abwanderung in Kombination mit der ohnehin geringen Anzahl an jüngeren Personen ausschlaggebend dafür, dass das informelle Pflegepotenzial abnimmt und alternative Versorgungsmöglichkeiten im Alter benötigt werden.

Die Lebenserwartung ist der zweite Teilaspekt bei den natürlichen Bevölkerungsdynamiken. Die Fallstudien greifen diesen Aspekt sehr stark auf, denn Pflege und Unterstützung werden mit zunehmendem Alter stärker benötigt, was auch von Kondratowitz (2005) feststellt. Grundsätzlich ist diese Aussage richtig, jedoch konnte auch festgestellt werden, dass das Auftreten von körperlichen Einschränkungen später einsetzt. Dies ist vor allem auf einen Wandel der Einstellungen hin zu besserem Essen, gesünderer Lebensweise und Aktivsein im Alter sowie die bessere medizinische Versorgung zurückzuführen.

Damit verlängert sich die Zeitspanne, in der die Menschen einen guten Gesundheitszustand aufweisen. Gleichzeitig konnte eine Zunahme der degenerativen Erkrankungen in den Fallstudien nachgewiesen werden. Diese Tendenz führt jedoch dazu, dass die Pflege und Betreuung durch Familienangehörige aufgrund der physischen und psychischen Belastung nur schwer durchgeführt werden kann. Eine Versorgung auf professionelle Weise ist im hohen Alter daher meist unumgänglich. Wie und wo die pflegebedürftigen Personen schließlich versorgt werden, hängt stark mit den kulturellen und politischen Rahmenbedingungen zusammen.

Die zunehmende Bedeutung der räumlichen Dynamiken in Bezug auf die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur, wie bei Coleman (2006) herausgestellt, zeigt sich auch bei der Untersuchung im Rahmen dieser Arbeit. Es kann festgestellt werden, dass die Abwanderung junger Bevölkerungsgruppen aufgrund des ökonomischen Druckes sowie der eigenen Ansprüche an Ausbildung und Beruf graduell aber verstärkt die Zusammensetzung der Altersstruktur beeinflusst. Diese sind jedoch in den Fallstudien unterschiedlich stark ausgefallen. So sind die Abwanderungstendenzen durch die Nähe zu Städten und Arbeitsmärkten, wie im Falle von Nordhessen, weniger stark ausgeprägt, wohingegen das Fehlen von adäquaten Arbeitsplätzen und einer hohen Arbeitslosigkeit die Abwanderung verstärken, wie in der Fallstudie aus Finnland dargelegt. Hinzu kommt die Tendenz einer dauerhaften oder partiellen Zu- oder Rückwanderung älterer Bevölkerungsgruppen in die ländlichen Räume (Halfacree 2012; Müller 2007). Dieses Phänomen tritt besonders stark in landschaftlich attraktiven Regionen auf, wie sie in Süd-Savo vorzufinden sind. Im Umkehrschluss hat dies zur Konsequenz, dass Angebote im jahreszeitlichen Verlauf unterschiedlich stark beansprucht werden. Entlang der Fallstudien konnten ebenfalls eine steigende Zirkulation und insgesamt eine gestiegene räumliche Mobilität festgestellt werden, von der jedoch alte, hilfe- und pflegebedürftige oder in ihrer Mobilität eingeschränkte Personen ausgenommen sind. Internationale Wanderungsbewegungen werden durch den Abbau von Einwanderungshürden und eine Öffnung der Staatsgrenzen positiv beeinflusst. Im Falle der mittel- und osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte zeigt sich diese Erleichterung der staatlichen Regulierung in Form einer Zunahme der Anzahl und einem geringeren bürokratischer Aufwand. So konnten auch die Zunahme der Wanderungsbewegungen über Landesgrenzen und deren Auswirkungen, die Coleman (2006) einem dritten demographischen Wandel zuschreibt, ansatzweise nachvollzogen werden.

Hierbei wurde der Aspekt eher in Bezug auf die Zunahme von transnationalen Wanderungsbewegungen durch temporäre Aufenthalte der mittel- und osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte nachgezeichnet.

Gesellschaftliche Veränderungen, bzw. der soziale Wandel, beeinflussen in hohem Maße die demographischen Dynamiken in den ländlichen Räumen und sorgen für Verschiebungen der Haushaltsstrukturen, führen zu Individualisierung und können aufgrund der tendenziell entstehenden Loslösung aus familiären Strukturen Einsamkeit und Isolation alleinlebender Personen hervorrufen (Lesthaeghe & Neidert 2006). Diese Entwicklungen verstärken demnach die Problemlage für ältere Menschen, wenn in deren Umfeld die Versorgungsstrukturen wegbrechen. Eine Tendenz der Verringerung des sozialen Miteinanders lässt sich zwar auch in ländlichen Räumen vorfinden, wenn es keine geeigneten Plattformen zum Austausch und Treffen der Personen gibt, gleichzeitig sind ein soziales Netz, Nachbarschaftshilfe, bürgerschaftliches Engagement und aktive Ehrenamtsstrukturen in den ländlichen Räumen sehr stark vorhanden. Die Schließung bestimmter Einrichtungen und Strukturen resultiert aus dem demographischen und sozialen Wandel und deren Nachfrageveränderungen (Metzger 2008), haben jedoch auch im Zuge der Versorgungsdiskurse eine große Bedeutung.

Diese Formen des Ehrenamtes können den wegbrechenden Familienstrukturen entgegenwirken, um so die Versorgung der alten Menschen aufzufangen oder deren Zugang zu Versorgungseinrichtungen aufrecht zu erhalten, was mithilfe der Fallstudie über Nordhessen dargestellt wurde. Die Befriedigung von Bedürfnissen höherer Ordnung, seien es Selbstverwirklichung oder die Anerkennung im Beruf, ist Teil dieser gesellschaftlichen Wandlungsprozesse (Kertzer et al. 2009). Dies kann im Zusammenhang mit den Abwanderungstendenzen der jüngeren Bevölkerungsgruppen aus den ländlichen Räumen in die attraktiven, urbanen Räume und deren Arbeitsmärkte gesehen und mithilfe der Fallstudie aus Süd-Savo verdeutlicht werden. Zudem wird die Versorgung von Angehörigen von einer familiären auf eine internationale Ebene verlagert und es entstehen Patchwork-Arrangements im Bereich der Pflegeversorgung, also die gemeinsame Umsorgung durch mehrere Akteure.

Die Zunahme des Anteils an alten Menschen lässt die Nachfrage nach adäquaten Pflegearrangements im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit steigen. Auch haushaltsnahe Dienstleistungen werden stärker nachgefragt, da sich die Familienstrukturen im Rahmen der Individualisierung verändern.

Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung sorgt für eine Zunahme an bestimmten zivilisationsbedingten Krankheitsmustern (Omran 1971), wie Demenz oder Alzheimer, was die häusliche Versorgung der Hilfe- und Pflegebedürftigen sehr schwierig gestaltet. Wenn der Krankheitszustand eintritt und damit verbunden der Unterstützungsaufwand im Bereich der Pflege und Betreuung steigt, müssen Versorgungslösungen identifiziert werden, die den Ansprüchen der Personen gerecht werden. Gleichzeitig ist jedoch auch eine zeitliche Verschiebung der altersbedingten Krankheiten erkennbar, sodass die Menschen länger gesund leben können. Die Gesundheitsversorgung in den ländlichen Räumen ist im Bereich der Grundversorgung durch Allgemeinmediziner und Krankenschwestern in der Regel abgedeckt, wohingegen Fachärzte und Krankenhäuser eher in den städtischen Gebieten vorzufinden sind, was mit regulatorischen Rahmenbedingen aber auch mit Privatisierung, Konsolidierung und Effizienz der Standorte zusammenhängt. So konnte im Falle von Süd-Savo gezeigt werden, dass die Umstrukturierung des Gesundheitssystems mit einer Zusammenlegung von Kommunen und Angeboten und damit mit einer Veränderung von Raumeinheiten und vergrößerten Distanzen einhergeht.

Im Bereich der Nahversorgung kann festgestellt werden, dass Konzentrations- und Konsolidierungsprozesse voranschreiten und die Verkaufsflächen im Zuge der Effizienz gesteigert werden. Diese Prozesse äußern sich darin, dass kleinere Siedlungen in ländlichen Räumen von der Versorgung abgeschnitten sind (Trebbin et al. 2013; Metzger 2008). Kleine ehemals inhabergeführte Märkte in den Ortszentren müssen aufgrund von Unrentabilität oder fehlender Nachfolge schließen. Auch das veränderte Konsumentenverhalten trägt dazu bei, dass kleine Geschäfte mit geringer Sortimentstiefe und -breite als unattraktiv wahrgenommen werden. Die Mehrheit der Kunden will aus einem umfangreichen Sortiment auswählen, was in kleinen, beengten Dorfläden nicht geboten werden kann. Zwar entstehen neuere Märkte an nicht integrierten Standorten oder Ortsrandlagen aufgrund des höheren Flächenbedarfes, diese sind jedoch für eine alternde Gesellschaft mit eingeschränkter Mobilität nur schwer erreichbar. Dieser Strukturwandel im Lebensmitteleinzelhandel bereitet demnach vor allem den alten und in ihrer Mobilität eingeschränkten Personen große Schwierigkeiten den täglichen Bedarf im Zuge der Nahversorgung zu befriedigen.

Gleichzeitig verändert sich die Angebotsstruktur aufgrund demographischer und sozialer Dynamiken (Moseley & Owen 2008). Neben den Auswirkungen der Bevölkerungsdynamiken auf die Nachfrage, wirkt sich der demographische Wandel auf die Angebotsseite im Kontext der Versorgungsstrukturen aus.

Die Kehrseite des demographischen Wandels bezieht sich auf das Potenzial der Versorger, Leistungserbringer und Fachkräfte, welche ebenso den direkten Auswirkungen dieses Wandels ausgesetzt sind. Gerade im Bereich der Pflegeversorgung spielt das zur Verfügung stehende Potenzial an pflegenden Angehörigen, Pflegefachkräften und Erbringern von haushaltnahen Diensten eine zentrale Rolle. Der Fachkräftemangel im Bereich der Pflege resultiert vor allem aus der verringerten Zahl an potenziellen Pflegekräften, der veränderten, eher negativ behafteten Einstellung den Pflegeberufen gegenüber und der hohen Arbeitsbelastung bei gleichzeitig schlechter Bezahlung. Diese Abnahme der professionellen Pflegekräfte geht einher mit einer Verringerung der potenziellen Versorgung durch Familienangehörige im häuslichen Umfeld. Diese Entwicklung ist stark mit der Abwanderung aus den ländlichen Räumen und sozialen Veränderungen innerhalb der Gesellschaft verzahnt. Was jedoch auch festgestellt werden konnte, ist der Einfluss der ökonomischen Situation der ländlichen Räume und deren Attraktivität in Bezug auf Arbeitsmärkte und Ausbildungsstätten. Wenn Arbeitsplätze und Ausbildungsmöglichkeiten in Quantität und Diversität vorhanden sind, kann die Abwanderung der jungen Bevölkerungsgruppen gemildert werden.

- 2) Welche Dimensionen fördern oder hindern den Zugang zu ländlichen Versorgungsstrukturen und welche Bedeutung kommt den verschiedenen Zugangsdimensionen zu?

Die Verfügbarkeit von Einrichtungen und Angeboten der Versorgung ist Grundvoraussetzung des Zugangs. Wenn also Nahversorgungseinrichtungen in den ländlichen Räumen schließen und die Versorgung durch medizinische und pflegerische Leistungserbringer nicht vorhanden ist, müssen die Bewohner der ländlichen Räume alternative Wege beschreiten. Was in den Fallstudien gezeigt werden konnte, sind voranschreitende Konsolidierungs- und Konzentrationsprozesse, die die ländliche Versorgung einschränken. Hiervon sind sowohl der Lebensmitteleinzelhandel als auch die Gesundheitsversorgung betroffen.

Fördernde Faktoren in dieser Dimension sind die Herausbildung von alternativen Versorgungsstrukturen, wie dem ehrenamtlich geführten Dorfladen, nachbarschaftlicher Unterstützung zur Mitversorgung oder Fahr- und Lieferdienste im Nahversorgungsbereich. Die Förderung von Aus- und Weiterbildung im Bereich des Gesundheitswesens und der Pflege erhöhen die zur Verfügung stehenden Personalressourcen im Inland. Auch die Akquise von ausländischem Personal verbessert die Verfügbarkeit und hierbei vor allem die Quantität der medizinischen oder pflegerischen Fachkräfte. Der Verfügbarkeit von Angebotsstrukturen aus dem Bereich der Nahversorgung sowie Gesundheits- und Pflegeversorgung kommt aufgrund der veränderten Altersstrukturen, sozialer Umbrüche sowie einer Ausdünnung der Versorgungsnetze (Metzger 2008) eine wachsende Bedeutung zu. Wenn etablierte Versorgungsstrukturen ergänzt oder ersetzt werden, steigert dies die Verfügbarkeit von alternativen Angebotsformen. Wie in den Fallstudien aufgezeigt, ergeben sich neue Angebote, die die Versorgung auffangen können. Hierbei stellt sich jedoch die Frage nach der Dauerhaftigkeit der Angebote, wenn diese auf ehrenamtlichen Strukturen beruhen oder an einzelne Personen oder Initiativen geknüpft sind. Das Fehlen eines informellen und familiären Umfeldes limitiert zudem die Möglichkeiten in Bezug auf die Versorgungsangebote.

Die Dimension der Kompatibilität umfasst die Organisationsformen und die Ausgestaltung der Dienstleistungen. Eine Diversifizierung der Angebote sowohl in der Nahversorgung als auch in der Gesundheits- und Pflegeversorgung konnte mithilfe der Fallstudien gezeigt werden. Zudem entstehen neue Geschäftsmodelle durch innovative Ideen oder dem Druck neue Versorgungsangebote zu schaffen, um damit Geld zu verdienen. Auf die Bedürfnisse der Kunden eingehend, werden Öffnungszeiten von Nahversorgungseinrichtungen verlängert oder im Falle von ehrenamtlich geführten Dorfläden flexibel arrangiert. Im Bereich der Pflegeversorgung entstanden sogar neue Strukturen in Form von Vermittlungsagenturen, um den Bedarf an bezahlbaren Pflegearrangements zu decken. Regulierend greift der Staat zwar in das Geschehen ein, öffnet durch die Arbeitnehmerfreizügigkeit die Märkte für andere EU-Bürger, wobei auch vor dieser legalen Zugangsmöglichkeit Wege gefunden wurden, damit die aufkommenden Geschäftszweige auch umgesetzt werden. Die Versorgung mit 24/7-Diensten oder *Live-ins* ist dieser Dimension zuzuordnen. Es konnten beispielhaft die Schwierigkeiten zwischen Pflegekraft und Patient entlang der Fallstudie über die mittel- und osteuropäischen Pflege- und Betreuungskräfte in Deutschland analysiert werden.

Auch der bürokratische Aufwand zeigt sich in dieser Fallstudie, denn die verschiedenen Pflegeoptionen haben unterschiedliche rechtliche Bestimmungen, die die Patienten, Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen erst intensiv studieren müssen. Aufgrund der Einflussnahme des Staates auf die Kompatibilität, Organisationsformen und Regelungen kommt dieser Dimension eine große Bedeutung zu. Um den Zugang zu Versorgungsstrukturen zu erleichtern, kann die staatliche Regulierung in dieser Dimension sehr konkret ansetzen, um Öffnungszeiten der Nahversorger festzulegen, Gesetze über Pflegeleistungen zu verabschieden oder den Pflegemarkt, wie in Finnland ab 1993, zu deregulieren.

Es konnte gezeigt werden, dass die Anschauungen und Einstellungen der Bevölkerung den Einrichtungen, Anbietern und Diensten gegenüber ein limitierender Faktor des Zugangs sein kann. Im Falle der Nahversorgung mit Waren und Dienstleistungen des täglichen Bedarfes konnte aufgezeigt werden, dass die Konsumenten einen sehr großen Einfluss auf das Bestehen oder die Aufgabe von Einrichtungen der Nahversorgung haben. Konsummuster entwickeln sich dahingehend, dass eine angemessene Angebotsbreite und -tiefe von Produkten gewünscht wird. Wenn die Geschäfte keinen Erlebniseinkauf ermöglichen, die Produktpalette aufgrund von Platzmangel ungenügend ist, die Preise aufgrund kleiner Margen vergleichsweise höher liegen, die zusätzlichen Angebote oder Dienstleistungen wie Bäckerei, Metzgerei oder Postdienste fehlen und der Gesamteindruck eines Lebensmittelgeschäftes nicht den Ansprüchen der Konsumenten entspricht, ändern die Kunden ihr Einkaufsverhalten und meiden diese Einrichtungen. Sie suchen nach Alternativen, die sie in größeren und zentralen Orten oder nicht-integrierten Standorten vorfinden. Die lokale Bevölkerung, die diese Ausweichmöglichkeit aufgrund des Alters, fehlender alternativer Zugangsoptionen oder eingeschränkter Mobilität nicht besitzt, leidet dann unter dieser Entwicklung. Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass die Existenz des Nahversorgers gefährdet ist und die Entwicklung zur Schließung der Nahversorgungseinrichtung führen kann. Fördernde Faktoren in dieser Dimension zielen auf die Gewohnheiten der ländlichen Bevölkerung ab. Persönliche Verbindungen zu den Einzelhändlern, das Aussprechen des Vertrauens ihnen gegenüber und die Einstellung, dass das Dorf als Lebensraum und nicht nur als Wohnraum wahrgenommen wird, sind Beispiele für Faktoren, die sich aus den Fallstudien ergeben haben.

Offene und positive Einstellungen neuen und alternativen Versorgungsmöglichkeiten gegenüber, müssen in das Bewusstsein der ländlichen Bevölkerung aufgenommen werden. In den Fallstudien zur Gesundheits- und Pflegeversorgung konnten klare Einstellungen identifiziert werden, die als hemmende Faktoren dieser Zugangsdimension zuzuordnen sind.

Die meisten älteren Menschen wollen im Pflegefall nicht in einem Pflegeheim untergebracht werden, wohingegen die Pflege und Betreuung durch Pflegedienste oder im besten Fall durch Familienangehörige im häuslichen Umfeld als akzeptabel wahrgenommen wird. Tradition spielt in diese Dimension herein, wenn beispielsweise die (Schwieger-)Tochter in der Vergangenheit immer die Pflege der (Schwieger-)Eltern übernahm, wird dies auch weitergegeben und verlangt. Es konnte aber auch festgestellt werden, dass sich ältere Menschen vor bestimmten Versorgungsangeboten verschließen, da die Angebote nicht den Ansprüchen der Pflegebedürftigen oder deren Angehörigen genügen, sie Vorurteile über bestimmte Einrichtungen, Dienste oder Pflegekräfte vorweisen und in ihrer Kultur bestimmte Meinungen über die Art der Versorgung vorherrschen. Fördernde Faktoren sind hierbei die gute Beziehung zwischen Leistungserbringer und den Patienten bzw. den Pflegebedürftigen. Eigene Erfahrungen mit Pflegeheimen, ausländischen Pflegekräften, positive Berichterstattung durch Freunde, Bekannte und die Medien sorgen für eine bessere Akzeptanz bestimmter Angebote. Schließlich differieren die Einstellungen und Anschauungen der Bewohner in den ländlichen Räumen stark von denen in städtischen Räumen. Diese Dimension hat eine große Bedeutung, wenn es um neue Konzepte/Ideen/Technologien, alternative Versorgungsoptionen und deren Einbettung geht.

Die Erschwinglichkeit von Waren und Diensten bezieht sich auf unterschiedliche Bereiche. Fördernde Faktoren in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsstrukturen sind eine ausreichende Kaufkraft, um sich die Bedarfe zu erfüllen. Zudem werden bestimmte Dienste und Waren durch entstehende Konkurrenz günstiger angeboten, was als fördernder Faktor gesehen werden kann. Für den Bereich der Nahversorgung bedeutet dies, dass kleine Nahversorger größere Schwierigkeiten haben langfristig bestehen zu können, was auch auf das Preisbewusstsein der Kunden im Lebensmittelbereich zurückzuführen ist. Wenn die Umsatzzahlen der Nahversorger zu gering ausfallen, und selbst wenn neue Konzepte wie ehrenamtliche Strukturen greifen, die Nachfrage jedoch insgesamt nachlässt, da die Anzahl der potenziellen Kunden in den ländlichen Räumen sinkt, kann das längerfristig zur Schließung der Einrichtung führen.

Als hindernde Faktoren können Preissteigerungen bei Produkten und Dienstleistungen auftreten. Im Bereich der Pflegeversorgung können steigende Leistungszahlungen durch den Staat, geringere Eigenbeiträge und sinkende Kosten für bestimmte Dienste als Zugangsförderer identifiziert werden.

Gleichzeitig sind die Kosten für stationäre Pflegeplätze, aber eben auch eine Rund-um-die-Uhr-Versorgung zu Hause durch Pflegedienste immens hoch. Am Fallbeispiel der Gesundheits- und Pflegeversorgung in Finnland konnte zudem eine wesentliche Erkenntnis in Bezug auf die Kosten festgestellt werden. So stellte sich heraus, dass die Erschwinglichkeit bei der Wahl der Pflegearrangements in der Regel der limitierende Faktor ist, dieser Dimension demnach eine sehr große Bedeutung zukommt. Die Kosten determinieren neben dem Gesundheitszustand die Art und den Umfang der Pflege- und Betreuungsleistungen. Die Erschwinglichkeit der Dienste nimmt zudem eine sehr große Bedeutung vor allem bei privaten Versorgungseinrichtungen ein. Hierbei haben die volkswirtschaftliche, regionale und individuelle Wirtschaftslage direkten Einfluss auf die Bedeutung dieser Dimension. Es ergibt sich eine Kostensteigerung für die Personen, deren Wohnorte in größerer Entfernung zu den Versorgungszentren liegen, denn indirekte Kosten, wie Fahrtkosten oder Lieferkosten, sowie ein größerer Zeitaufwand müssen ebenfalls aufgebracht werden.

Eine Überwindung von Entfernungen zu Einrichtungen der Versorgung und gleichzeitig die Möglichkeiten und der zeitliche und Kostenaufwand, diese Distanzen zu überwinden, spielen in die Dimension der Erreichbarkeit. Gerade am Fallbeispiel aus Süd-Savo konnten die sehr großen Entfernungen identifiziert werden. Diese sind zwar im finnischen Kontext nicht ungewöhnlich, sorgen aber für einen hohen Aufwand, wenn es um den Zugang zu Versorgungseinrichtungen geht. Im deutschen Kontext fallen diese Entfernungen weniger stark aus, dennoch führen strukturelle Veränderungen innerhalb der Versorgungsbereiche zu einer Vergrößerung der Distanzen. Auch wenn eine Versorgungseinrichtung nur wenige Kilometer außerhalb des erreichbaren Umfeldes liegt, kann der Zugang für die betroffene Bevölkerung verwehrt bleiben. Auch zeigt sich, dass die Möglichkeiten zur Erreichung der Versorgungsstrukturen geringer ausfallen, wenn öffentliche Verkehrssysteme versagen oder der Zugang mithilfe des sozialen Umfeldes wegfällt. Ein angesprochenes Phänomen verändert zudem die Dimension der Erreichbarkeit: kommunale Gebietsreformen können, wie im Falle von Finnland dargelegt, die Distanzen zu Versorgungseinrichtungen vergrößern.

Dies geschieht, wenn Kommunen zusammengelegt werden und aufgrund von Einsparungen die Versorgungsstrukturen geschlossen werden müssen. Auf der anderen Seite bestehen alternative Versorgungsformen im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung dadurch, dass Hausärzte die Patienten zu Hause aufsuchen oder *Live-ins* eine 24/7-Versorgung im eigenen Haus übernehmen können.

Auch die Informations- und Kommunikationssysteme tragen dazu bei, dass der Zugang zu bestimmten Diensten ermöglicht wird. Hier zeigte sich im Falle der Nahversorgung eine steigende Tendenz des *e-commerce* bzw. Online-Handels. Im Gesundheitsbereich gibt es bereits viele Einsatzmöglichkeiten durch neue online-basierte Dienste, die jedoch im Rahmen dieser Arbeit nicht detailliert untersucht wurden. Bei eingeschränkter räumlicher Mobilität bestimmter Bevölkerungsgruppen ist die räumliche Entfernung zu Einrichtungen von großer Bedeutung. Gerade in ländlichen Räumen sind die Entfernungen zu Versorgungseinrichtungen tendenziell größer als in urbanen Räumen. Im Falle von Süd-Savo führen die ohnehin großen Entfernungen zu einer Bedeutungszunahme dieser Dimension im Vergleich zu Nordhessen. Die Überbrückung von Distanzen, aufgrund der Möglichkeit auf familiäre und soziale Netzwerke zurückgreifen zu können, lässt die Bedeutung dieser Dimension schmälern, sofern diese vorhanden sind.

Die Dimension der Informiertheit umfasst im Bereich der Gesundheits- und Pflegeversorgung sowie in der Nahversorgung die Barrieren und Anreize, welche sich in erster Linie mit der Informationsbeschaffung auseinandersetzen. Hierzu kann die Schaffung eines Bewusstseins über das eigene Handeln gehören, wenn die Kunden nicht genügend informiert werden, dass sie mit jedem Einkauf über den Fortbestand oder die Schließung bestimmter Einrichtungen mitentscheiden. Im Falle der ehrenamtlichen Dorfläden ist die Schaffung eines Bewusstseins für die Bedeutung derer sehr wichtig, denn aufgrund von Wirtschaftlichkeit, trotz des hohen Einsatzes von ehrenamtlichen Helfern, sind diese Formate besonders auf die Unterstützung aus den eigenen Reihen angewiesen. In Bezug auf die Gesundheits- und Pflegeversorgung spielen Wissen über rechtliche Fragen, Kompetenzen bei Verträgen und Leistungsansprüchen sowie der Informationsgehalt durch die Behörden, Anbieter und Leistungserbringer in diese Dimension hinein. Die Sammlung und Weitergabe von Informationen über bestehende Angebote und Alternativen im Bereich der Versorgung können hier als fördernde Faktoren bezeichnet werden.

Der Dimension der Informiertheit wird eine untergeordnete Bedeutung zugemessen, da der Zugang zu Informationen auch in ländlichen Räumen Europas wenig problematisch erscheint. Die Entwicklungen der Informations- und Kommunikationstechnologien, Breitbandinternetausbau und die Etablierung von internetfähigen Endgeräten schmälert die Bedeutung für das Zugangskonzept.

Das Zusammenspiel der unterschiedlichen Dimensionen ermöglicht den tatsächlichen Zugang der ländlichen Bevölkerung zu Waren und Diensten der Versorgung. Hierbei haben sich die sechs im Zugangskonzept definierten Dimensionen als Kernelemente herausgestellt. Prozesse der Bevölkerungsentwicklung verändern die Anforderungen der Versorgungsstrukturen und deren Nachfrage und mithilfe der aufgezeigten Dimensionen lässt sich der Zugang zu Versorgungsangeboten analysieren. Die Bedeutung der einzelnen Dimensionen unterscheidet sich jedoch in Abhängigkeit der Versorgungsbereiche und der regionalen Kontexte. Der Analyserahmen, der auf den Arbeiten von Aday & Andersen (1974) und die Integration der Zugangsdimensionen durch Penchansky & Thomas (1981) sowie Goddard & Smith (2001) basiert, fand Anwendung in den ländlichen Räumen Europas. Es stellte sich heraus, dass die unterschiedliche Bedeutung der einzelnen Dimensionen verschieden gewichtet werden muss, um eine Übertragbarkeit des Analyserahmens vorzunehmen. Zudem zeigte sich, dass die Anpassung des Analyserahmens auf einen weiteren Versorgungsbereich möglich ist, da die Prozesse der Nahversorgung ähnlich verlaufen, jedoch vor dem Hintergrund eines überwiegend privatwirtschaftlichen Bereiches die Integration anderer Schwerpunkte benötigen.

3) Wie reagieren Akteure in ländlichen Räumen auf die Veränderungsprozesse der Versorgungsstrukturen?

Die verschiedenen Akteursgruppen reagieren unterschiedlich auf die Veränderung der Versorgungsstrukturen. Wesentliche Akteursgruppen, die auch im Rahmen dieser Arbeit Eingang fanden, sind vor allem Akteure aus dem Bereich der Politik und Verwaltung auf lokaler und regionaler Ebene sowie Vertreter aus den Bereichen der Nahversorgung und der Gesundheitsversorgung (Unternehmer). Eher indirekt konnten Informationen über die Reaktionen der Gesellschaft bzw. der Individuen gewonnen werden. Die Reaktionen der Gesellschaft und Individuen auf die Veränderungen der Versorgungsstrukturen lassen sich in zwei große Bereiche einteilen.

Auf der einen Seite sorgen die Veränderungen dafür, dass die Attraktivität der ländlichen Siedlungen abnimmt, was mit dem schleichenden Prozess des Abbaus von Infrastruktur und sukzessive von Versorgungseinrichtungen einhergeht. So sinkt die Wohn- und Lebensqualität in den nicht versorgten Gebieten und dem sozialen Miteinander und Austausch werden die möglichen Grundlagen in Form der Räumlichkeiten entzogen, wenn Gaststätten, Lebensmittelmärkte und Arztpraxen schließen (Metzger 2008).

Dies führt sowohl bei den jüngeren Bevölkerungsgruppen, aber auch zwangsweise bei älteren Menschen ohne familiäre Anbindung zum Wegzug. Auf der anderen Seite kommt es zu einer Herausbildung von alternativen und Auffanglösungen im Bereich der Versorgung. So entstehen aus eigener Initiative der Dorfgesellschaften heraus ehrenamtliche Dorfläden, die Nachbarschaftshilfe kann zur Sicherung der Versorgung auf einer individuellen Ebene beitragen, und die Mobilität der nicht-mobilen Bevölkerungsgruppen kann durch ehrenamtliche Strukturen ausgebaut werden. Zudem eröffnen sich Versorgungsmöglichkeiten für die ältere Bevölkerung, wenn häusliche Pflege und Betreuung durch die Akquise von ausländischem und kostengünstigerem Personal übernommen werden, wenn Familienangehörige nicht vor Ort oder nicht vorhanden sind.

Die Akteure aus dem Bereich der Wirtschaft versuchen auf die veränderten Bedingungen zu antworten. Einerseits ist festzustellen, dass bestimmte Nahversorger nicht konkurrenzfähig sind und die großen Discounter und Supermärkte die Verdrängung kleiner Märkte forcieren (Burt et al 2010; Aoyama 2007; Kulke 1992). Da die Unternehmen auf dem Markt bestehen wollen, reagieren sie auf die Veränderungen der Nachfrage vor allem mit Anpassungsstrategien. So entstehen im Bereich der Nahversorgung alternative Konzepte, die die Unternehmen für die nicht vor Ort versorgte Bevölkerung anbieten können. Der Onlinehandel, auch im Bereich der Lebensmittel, hat zwar zugenommen, ist aber für die alten und hochaltrigen Bevölkerungsgruppen aufgrund häufig fehlender Technikaffinität, mangelnder Kenntnisse im Umgang mit dem Onlinehandel und der teilweise schlechten Breitbandversorgung oder fehlender Hardware eine Zugangshürde. Der fahrende Handel hingegen trägt zu einer ländlichen Versorgung bei, wird jedoch langfristig nicht als Lösung angesehen. Lieferdienste können als Versorgungslösung erhalten, wenn die entstehenden Mehrkosten von Seiten der Konsumenten getragen werden.

Auch der Gesundheits- und Pflegebereich passt sich an die veränderte Nachfrage an. So entstehen innovative Ideen aus Mangel an verfügbarem Personal, zu hoher Kosten oder dem Bedürfnis die Pflegebedürftigen zu Hause versorgen zu können (Strüver 2011; Langer 2010).

Staatliche Akteure der verschiedenen politischen Ebenen haben ihre bestimmten Handlungsspielräume und Einflussmöglichkeiten. Auf der nationalen Ebene konnte sowohl in Deutschland als auch in Finnland festgestellt werden, dass aufgrund bestimmter demographischer Entwicklungen die Versorgung mit Gesundheitsdiensten und -einrichtungen angepasst wird. So sind im Falle von Finnland in jüngster Vergangenheit kommunale Gebietsreformen durchgeführt worden, die mit einer Kostenersparnis und Effizienzsteigerung der vorhandenen staatlichen Angebote einhergehen. Auch die Deregulierung des Pflegemarktes ist eine Anpassung an die veränderte Nachfrage, denn durch neue Angebote seitens der Privatwirtschaft oder die Privatisierung können staatliche Ausgaben verringert werden. Vor allem in der Fallstudie über die ausländischen Pflegekräfte in Deutschland zeigte sich eine Marktöffnung aufgrund des fehlenden inländischen Arbeitskräftepotenzials als Maßnahme für die Sicherung der Versorgungsstrukturen. Auf lokaler und regionaler Ebene konnten Entwicklungen dahingehend festgestellt werden, dass Versorgungskonzepte im Rahmen der Finanzierung oder Existenzgründung unterstützt werden. Vor allem auf lokaler Ebene ist anzumerken, dass die politischen Akteure auch stark als Teil der Gemeinschaft anzusehen sind. Durch ihre besondere Position, können die lokalen Politiker im Rahmen ihrer Möglichkeiten Kommunikation und Kooperation anstoßen (Born 2009). So kann die Besetzung von politischen Ämtern ausschlaggebend sein, ob die Akteure progressiv agieren oder resigniert reagieren.

Die vorliegende Arbeit zeigt die besondere Bedeutung der Bevölkerungsdynamiken und der gesellschaftlichen Veränderungen für die Entwicklung ländlicher Räume in Europa. Weiterer Forschungsbedarf besteht hierbei in der Analyse anderer Einflussfaktoren auf die Versorgungssituation. Es lässt sich entlang der Fallstudien feststellen, dass die wirtschaftliche Entwicklung in raumzeitlicher Differenzierung weiterer Untersuchung bedarf, die politischen Entscheidungen und deren Auswirkungen auf die ländlichen Räume analysiert werden sollten und neues Wissen über die Möglichkeiten von Informations- und Kommunikationstechnologien im Bereich der Versorgung ältere Menschen generiert werden müsste.

Da die Analyse der Auswirkungen vorrangig aus Perspektive der Unternehmen, der politischen Vertreter und der ausführenden staatlichen Organe erfolgte, könnte mithilfe quantitativer Methoden und statistischer Analysen die Überprüfung der Bedeutung des Zugangskonzeptes aus Nachfrageperspektive erfolgen. Zudem kann das Konzept auf andere Versorgungsstrukturen der ländlichen Räume übertragen werden.

Eine Analyse der Veränderungen im Bereich der sozialen Infrastrukturen wie Bildungseinrichtungen oder kulturelle Angebote, Strukturen der öffentlichen Sicherheit, technische Infrastrukturen wie der Energieversorgung oder weitere nahversorgungsrelevante Strukturen wie Gaststätten, Apotheken oder Drogerien könnten die Forschung über die künftige Versorgung der Bevölkerung und Ausrichtung der Entwicklungen ländlicher Siedlungen fördern. Auch eine Übertragung auf andere Raumtypen, wie Agglomerationen, städtische Zentren oder Stadtrandgebiete, bei Anpassung und Differenzierung der demographischen und sozialen Besonderheiten stellt ein künftiges Forschungsfeld dar und kann so der Analyse der Bedeutung der Zugangsdimensionen helfen. Die Einbettung des vorliegenden Konzeptes in die Debatte über die Widerstandfähigkeit von Regionen ist zudem denkbar, da hierbei die Reaktionen der Regionen als Einheit im Hinblick auf die graduellen Veränderungen oder punktuelle Ereignisse analysiert werden.

9. Summary

Since the early 1970s, European societies are faced with changes in population dynamics which are attributed to shifts in norms and values. These processes are summarised under the term of the “second demographic transition”. Low fertility rates and a higher life expectancy are the main drivers that lead to gradual shifts in age structures. Despite these developments, the population is increasing in the European Union. This is a result of higher immigration which affects the population structure in a spatially and temporally differentiated way. The second demographic transition - as it appears in the European Union - was identified as one of the most relevant issues for post-industrial societies and rural development in the 21st century. On a national level, population dynamics differ strongly compared to the regional and local level. The main regions benefiting from immigration are mainly the urban areas. Rural areas are highly influenced by changing population dynamics due to a lack of immigration and high emigration of younger cohorts (Muilu & Rusanen 2003). This leads to a decrease in population and demographic ageing in rural areas. Especially for shrinking regions, securing local supply is considered a critical issue. Questions of how to ensure local supply and health care services arise.

Especially local supply facilities, health care services and social care services are fulfilling basic needs of ageing societies in rural areas. As underlined by Moseley & Owen (2008) these services have an impact on space (Partzsch 1964) and can be identified as the main challenges in terms of ensuring local supply structures in the future. Current scientific debates concerning rural service provision are focussing on demographic, societal, political and economic influences. However, population dynamics seem to be of the highest importance and urgency due to shifts in demand and supply.

In this thesis, rural depopulation, demographic ageing and changes in local supply structures are analysed by using the examples of Northern Hesse (Germany) and South Savo (Finland). Northern Hesse and South Savo were identified as research areas for analysing the structural change in population and its impacts on supply realities as they are highly influenced by the demographic transition. The conceptual aim of this thesis was the development of an analytical framework in order to capture the influence of the demographic transition in a systematic way. The framework also embraces changes in service demand and supply and helps to explore main fostering and hindering factors to service access.

The conceptualisation of the framework was done by analysing the attitudes and reactions of the main parties and actors involved in rural areas. The main analytical categories of the framework are: acceptance, affordability, accessibility, accommodation, availability and information. The acceptance and attitude of the population towards local supply approaches and alternative concepts are of particular significance. By analysing the access to local supply structures, affordability and costs of the services are determined as important factors. Low quality and quantity of the services are seen as limitations. Using the results of the first case study, the first factors for a concept of access were developed on an explorative way. Since it has the potential to help to gain a deeper understanding and has proven suitable for analysing service structures in rural areas. Other approaches based on the findings of Aday & Andersen (1974), Penchansky & Thomas (1981) and Goddard & Smith (2001) concerning the access to health care services were also integrated.

Therefore, a focus on the special features of rural areas like Trebbin et al. (2013) claimed and the ability for the analysis of cross-cutting themes in rural areas (Moseley & Owen 2008) needed to be incorporated. Being able to deriving policy recommendations as an outcome for spatial planning is of specific relevance. The perspectives and reactions of the various enterprises, local politicians, and society itself were investigated by analysing three case studies embedded in different spatial, political and cultural contexts. The results show that new and alternative supply strategies are developed locally as an answer to the specific needs in line with the findings of Trebbin et al. (2013). At the same time skilled workers from abroad are attracted by actors in rural areas to deal with the domestic shortage of skilled workers (Strüver 2011).

The consequences of demographic ageing and societal changes and the related changing migration patterns could be analysed in different cultural and political frameworks. An integration of context specific demographic and social changes while analysing rural supply and adaptation processes was performed due to the need for analytical frameworks like Born (2009) underlined. The added value of this piece of work on the impacts of the demographic transition on rural services can be seen in three main dimensions. First, knowledge was gained about the different forms of the demographic transition and its influence and impacts in different rural localities. Moreover, the research contributes to a deeper understanding of individuals' reactions and the reactions of the society as a whole towards the cutback of rural infrastructure.

The findings about the strategies and opportunities of the different actor groups concerned contribute to debates on the importance of communication and cooperation between them (Born 2009). Second, using a synthetic approach to analyse the different rural services contributes to the theoretical discussion about conceptual frameworks (Ricketts & Goldsmith 2005; Goddard & Smith 2001). The access to rural services is limited by six main dimensions and their interplay. The investigated dimensions - acceptance, availability, affordability, accessibility, accommodation and information - show differences in relevance depending on the specific service and the geographic context. A specific feature of service supply in Finland for example are long distances that have to be overcome which underlines the importance of accessibility in this context. The use of information and communication technologies or homecare by caregivers from abroad can render this dimension redundant. Third, efforts of spatial planning and regional development can be supported by using the developed framework for an organisational and structural configuration of the services and facilities to reach a match balancing out elderly people's demand and supply of services in rural areas (Ricketts & Goldsmith 2005).

Literaturverzeichnis zu den Kapiteln 1-4, 8-9

- Aday, L. A. & Andersen, R. (1974): A framework for the study of access to medical care. In: Health Services Research, 9(3), 208-220.
- Andersen, R. M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? In: Journal of Health and Social Behavior, 36(1), 1-10.
- Aoyama, Y. (2007): Oligopoly and the structural paradox of retail TNCs: an assessment of Carrefour and Wal-Mart in Japan. In: Journal of Economic Geography, 7(4), 471-490.
- Auth, D. (2012): Ökonomisierung von Pflege in Großbritannien, Schweden und Deutschland. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45(7), 618-623.
- BBR – Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2015): Laufende Raumbbeobachtung: Online:
http://www.bbsr.bund.de/cln_032/nn_1067638/BBSR/DE/Raumbbeobachtung/Raumabgrenzungen/Kreistypen4/kreistypen.html (Zugriff: 27.01.2015)
- De Beer, B. (2012): Birth rate at record low. The Portugal News. Ausgabe 08. November 2012. Online: <http://www.theportugalnews.com/news/birth-rate-at-record-low/27138> (Zugriff: 18.07.2014).
- Bickel, H. (2001): Lebenserwartung und Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Das Gesundheitswesen, 63(01), 9-14.
- Birg, H. (2003): Dynamik der demographischen Alterung, Bevölkerungsschrumpfung und Zuwanderung in Deutschland: Prognosen und Auswirkungen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 53.
- Bjarnason, T. (2014): Adolescent Migration Intentions and Population Change: A 20-Year Follow-Up of Icelandic Communities. In: Sociologia Ruralis, 1-16.
- Bloom, D. E. & Finlay, J. E. (2009): Demographic change and economic growth in Asia. In: Asian Economic Policy Review, 4(1), 45-64.
- Born, K. M. (2009): Anpassungsstrategien an schrumpfende Versorgungsstrukturen - Beispiele aus Brandenburg und Niedersachsen. In: Neu, C. (Hrsg.): Daseinsvorsorge. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, 133-153.
- Born, K. M. (2011): Ländliche Räume in Deutschland: Differenzierungen, Entwicklungspfade und -brüche. In: Geographische Rundschau 2011(2), 4-10.

- Brereton, F., Bullock, C., Clinch, J. P. & Scott, M. (2011): Rural change and individual well-being the case of Ireland and rural quality of life. In: *European Urban and Regional Studies*, 18(2), 203-227.
- Burt, S., Sparks, L. & Teller, C. (2010): Retailing in the United Kingdom - a synopsis. In: Schnedlitz, P., Morschett, D., Rudolph, T. Schramm-Klein, H. & Swoboda, B. (Hrsg.): *European Retail Research*. Wiesbaden: Gabler, 173-194
- Butsch, C. (2011): Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Barrieren und Anreize in Pune, Indien (Vol. 2). Stuttgart: Steiner Verlag.
- Cirkel, M. & Juchelka, R. (2007): Gesundheit und Mobilität im Alter. In: *Public Health Forum*, 15(3), 24-26.
- Coale, A. J. (1992): Age of entry into marriage and the date of the initiation of voluntary birth control. In: *Demography*, 29(3), 333-341.
- Coleman, D. (2006): Immigration and Ethnic Change in Low-Fertility Countries: A Third Demographic Transition. *Population and Development Review*, 32(3), 401-446.
- Comber, A. J., Brunson, C. & Radburn, R. (2011): A spatial analysis of variations in health access: linking geography, socio-economic status and access perceptions. In: *International Journal of Health Geographics*, 10(1), 44-55.
- Conrad, M. (2014): 2013: Höchste Zuwanderung nach Deutschland seit 20 Jahren. Pressemitteilung vom 22. Mai 2014 – 179/14. Online: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2014/05/PD14_179_12711.html (Zugriff: 14.12.2014).
- Constantin, D.-L., Grosnu, R. M., Herteliu, C., Ailenai, D. & Dardala, A. (2013): Regional Development Disparities and the Provision of services of general interest. A case study on the health care service availability in the North-East region of Romania. In: *Acta Universitatis Danubius* 9(3), 173-184.
- Dawson, J. (2006): Retail trends in Europe. In: Krafft, M. & Mantrala, M. K. (Hrsg.): *Retailing in the 21st Century* Berlin, Heidelberg: Springer, 41-58.
- Elonen, P. 2014: Ekonomisti Stubbin taloustavoitteista: Erittäin kovia. Helsingin sanomat, Ausgabe 06.06.2014. Online: <http://www.hs.fi/talous/a1402025269092> (Zugriff: 16.12.2014).
- Eurostat 2014: Datenbanken des Statistikamtes der Europäischen Kommission. Online: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database> (Zugriff: 08.11.2014).

- Farmer, J., Philip, L., King, G., Farrington, J. & MacLeod, M. (2010): Territorial tensions: misaligned management and community perspectives on health services for older people in remote rural areas. In: *Health & Place*, 16(2), 275-283.
- Farmer, J., Prior, M. & Taylor, J. (2012): A theory of how rural health services contribute to community sustainability. In: *Social Science & Medicine*, 75(10), 1903-1911.
- Fassmann, H. (2012): Ruhestandswanderung und stationäres Altern. In: Baykara-Krumme, H., Motel-Klingebiel, A. & Schimany, P. (Hrsg.): *Viele Welten des Alterns. Ältere Migranten im alternden Deutschland*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 365-384.
- Flick, U. (2002). *Qualitative Sozialforschung: Eine Einführung*. 3. Aufl., Reinbek.
- Flick, U. (2011). *Triangulation. Eine Einführung*. 3., aktualisierte Auflage.
- Ford, R. (2014): Net migration to UK soars 243,000. *The Times*. Ausgabe 28. August 2014. Online: <http://www.thetimes.co.uk/tto/news/uk/article4189519.ece> (Zugriff: 28.10.2014).
- Franz, M. & Trebbin, A. (2010): Telemedizin als Beitrag zur Sicherung der Nahversorgung im Ländlichen Raum - das Projekt Emotion-AAL. In: *Aktuelle Trends*, 49.
- Gans, P. (2008): Demografischer Wandel in Europa. In: *Dresdner Geographische Beiträge*, 13, 43-56.
- Gkartzios, M. & Scott, M. (2009): Planning for rural housing in the Republic of Ireland: from national spatial strategies to development plans. In: *European Planning Studies*, 17(12), 1751-1780.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2009): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*, 3. überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Goddard, M. & Smith, P. (2001): Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. In: *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162.
- Grabski-Kieron, U. & Stinn, T. (2011): Ländliche Räume der "Gesundheitsfalle": Gesundheitsversorgung unter sich verändernden Rahmenbedingungen. In: *Geographische Rundschau*, 2011(2), 50-53.
- Greuter, S. & Schilliger, S. (2009): „Ein Engel aus Polen“: Globalisierter Arbeitsmarkt im Privathaushalt von Pflegebedürftigen. *Denknetz Jahrbuch*, 2009, 151-163.

- Grimes, S. (2000): Rural areas in the information society: diminishing distance or increasing learning capacity?. In: *Journal of Rural Studies*, 16(1), 13-21.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Juli 2010 (BGBl. I S. 944) geändert worden ist.
- Hahne, U. (2009): Zukunftskonzepte für schrumpfende ländliche Räume. Von dezentralen und eigenständigen Lösungen zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und zur Stabilisierung der Erwerbsgesellschaft. In: *Neues Archiv für Niedersachsen. Zeitschrift für Stadt-, Regional- und Landesentwicklung*, 1, 2-25.
- Halfacree, K. (2012): Heterolocal identities? Counter-urbanisation, second homes, and rural consumption in the era of mobilities. In: *Population, Space and Place*, 18(2), 209-224.
- Halfacree, K. H. (1993): Locality and social representation: space, discourse and alternative definitions of the rural. In: *Journal of Rural Studies*, 9(1), 23-37.
- Hassler, M. & Franz, M. (2013): The Bridging Role of Intermediaries in Food Production Networks: Indian Organic Pepper In Germany. In: *Tijdschrift voor economische en sociale geografie*, 104(1), 29-40.
- Hoggart, K. (1990): Let's do away with rural. In: *Journal of Rural Studies*, 6(3), 245-257.
- Höhn, C. & Störtzbach, B. (1994): Die demographische Alterung in den Ländern der Europäischen Union. In: *Geographische Zeitschrift*, 198-213.
- Jakubowski, P. (2006): Stadt ohne Infrastruktur heißt Stadt ohne Zukunft. Zukunft Städtischer Infrastruktur. In: *Informationen zur Raumentwicklung*, (5).
- Johansen, P. H. & Nielsen, N. C. (2012): Bridging between the regional degree and the community approaches to rurality - A suggestion for a definition of rurality for everyday use. In: *Land Use Policy*, 29(4), 781-788.
- Johnston, R. J., Swallow, S. K. & Bauer, D. M. (2002): Spatial factors and stated preference values for public goods: considerations for rural land use. In: *Land Economics*, 78(4), S. 481-500.
- Kaiser, C. (2011): *Transnationale Altersmigration in Europa. Sozialgeographische und gerontologische Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Katagiri, M. (2012): Economic consequences of population aging in Japan: Effects through changes in demand structure (No. 12-E-03). Institute for Monetary and Economic Studies, Bank of Japan.
- Kertzer, D. I., White, M. J., Bernardi, L. & Gabrielli, G. (2009): Italy's path to very low fertility: The adequacy of economic and second demographic transition theories. In: *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, 25(1), 89-115.
- Khan, A. A. & Bhardwaj, S. M. (1994): Access to Health Care A Conceptual Framework and its Relevance to Health Care Planning. In: *Evaluation & the Health Professions*, 17(1), 60-76.
- Kirk, D. (1996): Demographic transition theory. In: *Population Studies*, 50(3), 361-387.
- Kuckartz, U. (2010): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kuhlicke, C. & Petschow, U. (2005): Vom schleichenden Ende der Nahversorgung. *Ökologisches Wirtschaften-Fachzeitschrift*, 20(4).
- Kulke, E. (1992): Structural change and spatial response in the retail sector in Germany. In: *Urban Studies*, 29(6), 965-977.
- Kulke, E. (2003): Voraussetzungen, Merkmale und Entwicklung des elektronischen Einzelhandels. In: Jessen, J., Lenz, B., Roos, H. & Vogt, W. (Hrsg.): *B2C Elektronischer Handel - eine Inventur*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 52-63.
- Küpper, P. (2010): Regionale Reaktionen auf den demographischen Wandel in dünn besiedelten, peripheren Räumen: Ergebnisse einer deutschlandweiten Befragung. In: *Raumforschung und Raumordnung*, 68(3), 169-180.
- Langer, R. (2010): Mindestlöhne für in Deutschland beschäftigte Pflegekräfte – neue Verfahren zur Feststellung von Mindestlöhnen und ihre Bedeutung für Beschäftigte im Pflegebereich. In: Scheiwe, K. & Krawietz, J. (Hrsg.): *Transnationale Sorgearbeit. Rechtliche Rahmenbedingungen und gesellschaftliche Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 81-93.
- Leber, N. & Kunzmann, K. R. (2006): Entwicklungsperspektiven ländlicher Räume in Zeiten des Metropolenfiebers. In: *disP-The Planning Review*, 42(166), 58-70.
- Lee, R. (2003): The demographic transition: three centuries of fundamental change. In: *The Journal of Economic Perspectives*, 17(4), 167-190.

- Lee, R. & Mason, A. (2010): Fertility, human capital, and economic growth over the demographic transition. In: *European Journal of Population/Revue Européenne de Démographie*, 26(2), 159-182.
- Leon, D. A. (2011): Trends in European life expectancy: a salutary view. In: *International Journal of Epidemiology*, 40(2), 271-277.
- Lesthaeghe, R. (2010): The unfolding story of the second demographic transition. In: *Population and Development Review*, 36(2), 211-251.
- Lesthaeghe, R. J. & Neidert, L. (2006): The second demographic transition in the United States: Exception or textbook example? In: *Population and Development Review*, 32(4), 669-698.
- Lesthaeghe, R. & Neels, K. (2002): From the first to the second demographic transition: An interpretation of the spatial continuity of demographic innovation in France, Belgium and Switzerland. In: *European Journal of Population/Revue européenne de démographie*, 18(4), 325-360.
- Loureiro, D. (2013): Programa de incentivo à natalidade em Oliveira do Hospital. *Diário As Beiras*. Online: <http://www.asbeiras.pt/2013/01/programa-de-incentivo-a-natalidade-em-oliveira-do-hospital/> (Zugriff: 12.10.2014).
- Lundholm, E. (2012): Returning home? Migration to birthplace among migrants after age 55. In: *Population, Space and Place*, 18(1), 74-84.
- Marsden, T. (2009): Mobilities, vulnerabilities and sustainabilities: exploring pathways from denial to sustainable rural development. In: *Sociologia Ruralis*, 49(2), 113-131.
- Marsh, M. T. & Schilling, D. A. (1994): Equity measurement in facility location analysis: A review and framework. In: *European Journal of Operational Research*, 74(1), 1-17.
- Mattissek, A., Pfaffenbach, C. & Reuber, P. (2013): *Methoden der empirischen Humangeographie*. Braunschweig: Westermann.
- Mayring, P. (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5., überarb. und neu ausgestattete Aufl. München: Beltz Studium.
- McIntyre, D. I., Thiede, M. & Birch, S. (2009): Access as a policy-relevant concept in low-and middle-income countries. In: *Health Economics, Policy and Law*, 4(02), 179-193.

- Metzger, C. (2008): Nah(!)versorgung im ländlichen Raum - Herausforderung der Zukunft. Ergebnisse einer Untersuchung im nördlichen Landkreis Donau-Ries. In: Geographische Handelsforschung 23.
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009): Das Experteninterview - konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In: Pickel, S., Pickel, G., Lauth, H. J. & Jahn, D. (Hrsg.): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 465-479.
- Meyer, T. (2014): Der Wandel der Familie und anderer privater Lebensformen. In: Geißler, R. (Hrsg.): Die Sozialstruktur Deutschlands. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 413-454.
- Montén, A. & Thum, M. (2010): Ageing municipalities, gerontocracy and fiscal competition. In: European Journal of Political Economy, 26(2), 235-247.
- Morton, L. W., Bitto, E. A., Oakland, M. J. & Sand, M. (2005): Solving the Problems of Iowa Food Deserts: Food Insecurity and Civic Structure. In: Rural Sociology, 70(1), 94-112.
- Moseley, M. J. & Owen, S. (2008): The future of services in rural England: The drivers of change and a scenario for 2015. In: Progress in Planning, 69(3), 93-130.
- Mouhoud, E. M. & Oudinet, J. (2010): Inequality and migration: what different European patterns of migration tell us. In: International Review of Applied Economics, 24(3), 405-422.
- Muilu, T. & Rusanen, J. (2003): Rural young people in regional development - the case of Finland in 1970-2000. In: Journal of Rural Studies, 19(3), 295-307.
- Muilu, T. & Rusanen, J. (2004): Rural definitions and short-term dynamics in rural areas of Finland in 1989-97. In: Environment and Planning A, 36(8), 1499-1516.
- Müller, D. K. (2007): Second homes in the Nordic countries: Between common heritage and exclusive commodity. In: Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism, 7(3), 193-201.
- Neu, C. (2006): Territoriale Ungleichheit - eine Erkundung. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 37(2006), 11.
- Neu, C. (2009): Daseinsvorsorge - eine Einführung. In: Neu, C. (Hrsg.): Daseinsvorsorge. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 9-19.
- Notestein, F. W. (1945): Population: the long view. In: Schultz, T. W. (Hrsg.): Food for the World. Chicago: University of Chicago Press.

- Obrist, B., Iteba, N., Lengeler, C., Makemba, A., Mshana, C., Nathan, R., Alba, S., Dillip, M. W., Mayunama, I., Schulze, A. & Mshinda, H. (2007): Access to health care in contexts of livelihood insecurity: a framework for analysis and action. In: PLoS Medicine 4(10), 1584-1588.
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2008): OECD Rural Policy Reviews Finland. Online: http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/urban-rural-and-regional-development/oecd-rural-policy-reviews-finland-2008_9789264041950-en#page38 (Zugriff: 04.11.2014).
- Ogawa, N. & Retherford, R. D. (1993): Care of the elderly in Japan: Changing norms and expectations. In: Journal of Marriage and the Family, 585-597.
- Omran, A. R. (1971): The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. In: The Milbank Memorial Fund Quarterly, 509-538.
- Pahl, R. E. (1966): The rural-urban continuum. In: Sociologia ruralis, 6(3), 299-329.
- Partzsch, D. (1964): Zum Begriff der Funktionsgesellschaft. In: Mitteilungen des Deutschen Verbandes für Wohnungswesen, Städtebau und Raumplanung, 4, 3-10.
- Penchansky, R. & Thomas, J. W. (1981): The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. In: Medical care, 19(2), 127-140.
- Pennekamp, J. (2014): Die neue deutsche Bescheidenheit. F.A.Z. Ausgabe 28. August 2014. Online: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/konjunktur/degrowth-forscher-sehen-deutsches-wachstum-sinken-13073063.html> (Zugriff: 08.09.2014).
- Pfau-Effinger, B., Och, D. S. R. & Eichler, M. (2008): Ökonomisierung, Pflegepolitik und Strukturen der Pflege älterer Menschen. In: Evers, A. & Heinze, R. G. (Hrsg.): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 83-98.
- Pinilla, V., Ayuda, M. I. & Sáez, L. A. (2008): Rural depopulation and the migration turnaround in Mediterranean Western Europe: a case study of Aragon. In: Journal of Rural and Community Development, 3(1), 2008.
- Prettnner, K. (2013): Population aging and endogenous economic growth. In: Journal of population economics, 26(2), 811-834.
- Purper, G. (2007): Die Betriebsformen des Einzelhandels aus Konsumentenperspektive. – Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Ragnitz, J. (2008): Wirtschaftliche Implikationen des demographischen Wandels. In: Dresdner Geographische Beiträge 13: 57-70.

- Randall, S. & Koppenhaver, T. (2004): Qualitative data in demography: The sound of silence and other problems. In: *Demographic Research*, 11(3), 57-94.
- Reichert-Schick, A. (2010): Auswirkungen des demographischen Wandels in regionaler Differenzierung: Gemeinsamkeiten und Gegensätze ländlich-peripherer Entleerungsregionen in Deutschland - die Beispiele Vorpommern und Westeifel. In: *Raumforschung und Raumordnung*, 68(3), 153-168.
- Reuber, P. & Pfaffenbach, C. (2005): *Methoden der empirischen Humangeographie*. Braunschweig: Westermann.
- Ricketts, T. C. & Goldsmith, L. J. (2005): Access in health services research: the battle of the frameworks. In: *Nursing Outlook*, 53(6), 274-280.
- Ruppert, K. & Schaffer, F. (1969): Zur Konzeption der Sozialgeographie. In: *Geographische Rundschau*, 21(6), 214-221.
- Saltman, R. B. (1997): The context for health reform in the United Kingdom, Sweden, Germany, and the United States. In: *Health Policy*, 41, S9-S26.
- Schmitz-Veltin, A. (2006): Lebensbedingungen im demographischen Wandel. In: *Raumforschung und Raumordnung*, 64(5), 343-354.
- Scott, C. (2000): Services of general interest in EC law: Matching values to regulatory technique in the public and privatised sectors. In: *European Law Journal*, 6(4), 310-325.
- Sibley, L. M. & Weiner, J. P. (2011): An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. In: *BMC health services research*, 11(1), 20.
- Siedhoff, M. (2008): Demographischer Wandel - zum Begriff und Wesen eines Megatrends. In: Siedhoff, M. & Killisch, W. (Hrsg.): *Dresdner Gespräche zum demographischen Wandel. Der demographische Wandel und seine Folgen*. Dresden: Technische Universität Dresden, Institut für Geographie, 3-14.
- Steffen, G. & Weeber, R. (2001): *Das Ende der Nahversorgung?: Studie zur wohnungsnahen Versorgung*. Online:
http://www.weeberundpartner.de/files/401_Nahversorgung_Bericht.pdf
- Stockdale, A. (2011): A review of demographic ageing in the UK: opportunities for rural research. In: *Population, Space and Place*, 17(3), 204-221.
- Strauss, A. L. (1987): *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press.

- Strüver, A. (2011): Zwischen Care und Career. Haushaltsnahe Dienstleistungen von transnational mobilen Migrantinnen als strategische Ressourcen. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, (55)4, S. 193-206.
- Terluin, I. J. (2003): Differences in economic development in rural regions of advanced countries: an overview and critical analysis of theories. In: Journal of Rural Studies, 19(3), 327-344.
- Thompson, W. S. (1929): Population. In: American Journal of Sociology 34 (6), 959-975.
- Trebbin, A., Franz, M., Hassler, M. (2013): Großhandelskooperationen für den kleinflächigen Einzelhandel in ländlichen Räumen am Beispiel Mittelhessen. In: Zeitschrift für Wirtschaftsgeographie, 57(3), 139-154.
- Van de Kaa, D. J. (1987): Europe's Second Demographic Transition, In: Population Bulletin, 42(1).
- Van de Kaa, D. J. (2006): Temporarily new: On low fertility and the prospect of pro-natal policies. In: Vienna Yearbook of Population Research, 193-211.
- Vie Publique (2010): Population : un Français sur trois aura plus de 60 ans en 2060. Ausgabe 23. Dezember 2010. Online: <http://www.vie-publique.fr/actualite/alaune/population-francais-trois-aura-plus-60-ans-2060.html> (Zugriff: 15.10.2014).
- Walford, N. S. & Kurek, S. (2008). A comparative analysis of population ageing in urban and rural areas of England and Wales, and Poland over the last three census intervals. Population, Space and Place, 14(5), 365-386.
- Walker, A. & Meltby, T. (2012): Active ageing: A strategic policy solution to demographic ageing in the European Union. In: International Journal of Social Welfare 21, 117-130.
- Walsh, K. & O'Shea, E. (2008): Responding to rural social care needs: older people empowering themselves, others and their community. In: Health & Place, 14(4), 795-805.
- Winkler, G. (2006): Die Region der "neuen" Alten: Fakten und Positionen zur sozialen Situation älterer Bürger in den neuen Bundesländern 1990 bis 2005. Trafo Verlag.
- Wotha, B. & Bittner, J. (2011): Inklusion in ländlichen Räumen. In: Standort-Zeitschrift für angewandte Geographie, 35(3), 109-116.
- Zelinsky, W. (1971): The hypothesis of the mobility transition. In: Geographical Review, 219-249.

- Zimmerbauer, K. & Paasi, A. (2013): When old and new regionalism collide: Deinstitutionalization of regions and resistance identity in municipality amalgamations. In: *Journal of Rural Studies*, 30, 31-40.

Appendix I

Interviewleitfäden

Interviewleitfaden für die politischen und administrativen Akteure

Name, Funktion, Organisation

1. Einleitung

- Beschreiben Sie ihre Rolle in der Organisation.
- Beschreiben Sie die Vorzüge und Nachteile der Region.
- Welche infrastrukturellen Veränderungen sehen Sie in der betrachteten Region im nationalen Vergleich?
- Welche Veränderungen der wirtschaftlichen Situation sind festzustellen?

2. Auswirkungen des demographischen Wandels

- Wie stellt sich die aktuelle demographische Situation dar?
- Welche Einflüsse auf die Bevölkerungsentwicklung stellen Sie fest?
- Welche Auswirkungen haben die Entwicklungen?

3. Veränderungen der Versorgung

- Welche Veränderungen der Versorgungsstrukturen (Nahversorgung/Gesundheits- und Pflegeversorgung) sind festzustellen?
- Welche Bereiche verändern sich in welche Richtung?
- Wie reagiert die Bevölkerung auf die Veränderungen?

4. Regulierung

- Welche gesetzlichen Bestimmungen sind bei der Versorgung zu berücksichtigen?
- Welche Einflussmöglichkeiten sehen Sie von Seiten der politischen Akteure?

5. Ausblick und Perspektive

- Wie schätzen Sie die künftige Entwicklung der Bevölkerungsentwicklung ein?
- Wie wird sich künftig die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen lassen?

Interviewleitfaden für die Nahversorger (Lebensmitteleinzelhandel)

Name, Funktion, Unternehmen

1. Einleitung

- Beschreiben Sie Ihre Geschäftsstruktur.
- Erläutern Sie ihr Angebot?
- Welche Kooperationen bestehen mit welchen Akteuren?

2. Veränderungen der Angebote

- Welche handelsinternen Veränderungen stellen Sie fest?
- Welche Auswirkungen haben die Veränderungen auf Ihr Geschäft?
- Wie gestaltet sich die Konkurrenzsituation?

3. Veränderungen der Nachfrage

- Welche Veränderungen auf Konsumentenseite sind festzustellen?
- Welche Einflüsse spielen bei der Nachfrageveränderung eine Rolle?
- Welche Rolle nehmen die Kostenaspekte ein?

4. Zugang

- Welches Einzugsgebiet bedienen Sie?
- Wie erreichen die Kunden das Geschäft?
- Wie ist die Zufriedenheit der Kunden mit dem Standort?
- Erläutern Sie die Kundenstruktur. Gibt es Veränderungen?

5. Reaktionen

- Wie reagieren Sie auf die Veränderungen der Nachfrage?
- Welche Möglichkeiten ergeben sich aus der veränderten Nachfrage?

6. Ausblick

- Welchen Herausforderungen sehen Sie sich gegenübergestellt?
- Wie gestaltet sich die Nachfolgeregelung?
- Wie wird sich die Nahversorgung im ländlichen Raum in Zukunft entwickeln?
- Welche Lösungsansätze für die Sicherung der Nahversorgung sehen Sie?

Interviewleitfaden für Anbieter der Gesundheits- und Pflegeversorgung

Name, Funktion, Unternehmen

1. Einleitung

- Beschreiben Sie Ihre Geschäftsstruktur.
- Welche Leistungen bieten Sie an?
- Welche Kooperationen bestehen mit welchen Akteuren?

2. Veränderungen der Angebote

- Welche Veränderungen in der Regulierung des Gesundheitssystems stellen Sie fest?
- Welche Auswirkungen haben die Veränderungen auf Ihr Unternehmen?
- Wie wirkt sich der demographische Wandel auf den Gesundheits- und Pflegesektor aus?
- Wie gestaltet sich die Konkurrenzsituation?

3. Veränderungen der Nachfrage

- Welche Veränderungen sind in der Bevölkerung festzustellen?
- Welche Einflüsse spielen bei der Nachfrageveränderung eine Rolle?
- Welche Veränderungen der Einstellungen sind festzustellen?
- Welche Rolle nehmen die Kostenaspekte ein?

4. Zugang

- Welches Einzugsgebiet bedienen Sie?
- Wie ist die Zufriedenheit der Kunden mit den Angeboten?
- Welche Rolle spielt die Erreichbarkeit Ihrer Dienste?
- Welche Kosten entstehen hierbei für die Nachfrageseite?
- Erläutern Sie die Kundenstruktur. Gibt es Veränderungen?

5. Reaktionen

- Wie reagieren Sie auf die Veränderungen der Nachfrage?
- Welche Möglichkeiten ergeben sich aus der veränderten Nachfrage?

6. Ausblick

- Welchen Herausforderungen sehen Sie sich gegenübergestellt?
- Wie wird sich die Gesundheits- und Pflegeversorgung im ländlichen Raum in Zukunft entwickeln?
- Welche Lösungsansätze für die Sicherung der Versorgung sehen Sie?

Interviewleitfaden für die Vereine, Verbände und Organisationen

Name, Funktion, Organisation

1. Einleitung

- Beschreiben Sie ihre Rolle in der Organisation.
- Wie schätzen Sie die aktuelle Lage der Versorgungsstrukturen ein?
- In welcher Weise können Sie die Versorgungsstruktur beeinflussen?

2. Auswirkungen des demographischen Wandels

- Wie stellt sich die aktuelle demographische Situation dar?
- Welche Einflüsse auf die Bevölkerungsentwicklung stellen Sie fest?
- Welche Auswirkungen haben die Entwicklungen?

3. Veränderungen der Versorgung

- Welche Veränderungen der Versorgungsstrukturen sind festzustellen?
- Welche Bereiche verändern sich in welche Richtung?
- Wie reagiert die Bevölkerung auf die Veränderungen?

4. Regulierung

- Welche gesetzlichen Bestimmungen sind bei der Versorgung zu berücksichtigen?
- Welche Einflussmöglichkeiten haben Sie?

5. Reaktionen

- Welche reagiert Ihre Organisation auf die Veränderungen?
- Wie reagiert die Bevölkerung auf die Veränderungen der Versorgungsstrukturen?

6. Ausblick und Perspektive

- Wie schätzen Sie die künftige Entwicklung der Bevölkerungsentwicklung ein?
- Wie wird sich künftig die Versorgung der Bevölkerung sicherstellen lassen?

Appendix II

Erklärung

Ich versichere, dass ich meine Dissertation

**„Demographische Transformationsprozesse und Nahversorgung in
ländlichen Räumen - Entwicklungsperspektiven in Deutschland und
Finnland“**

selbst und ohne fremde Hilfe verfasst, nicht andere als die in ihr angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt, alle vollständig oder sinngemäß übernommenen Zitate als solche gekennzeichnet sowie die Dissertation in der vorliegenden oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen in- oder ausländischen Hochschule anlässlich eines Promotionsgesuchs oder zu anderen Prüfungszwecken eingereicht habe.

Ich erkläre zudem, dass bisher von mir noch keine Promotion versucht wurde.

(Ort, Datum) _____ Unterschrift: _____

