



Doris Schaeffer | Kerstin Hämel | Michael Ewers

Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen

Anregungen aus Finnland und Kanada

BELTZ JUVENTA

Leseprobe aus: Schaeffer, Hämel, Ewers, Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen, ISBN 978-3-7799-4176-7

© 2015 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-7799-4176-7>

Einleitung

1. Gesundheit und Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen

Die Sicherstellung einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Versorgung ist eine Kernaufgabe der Gesundheits- und Sozialpolitik. Im Zuge des weltweit voranschreitenden demografischen und epidemiologischen Wandels wird sie verstärkt daran zu messen sein, ob es gelingt, die Versorgung an die gewandelten gesundheitlichen Bedarfslagen anzupassen und die Gesundheitschancen für alle Bevölkerungsgruppen und in allen Lebensphasen zu verbessern. Ebenso wichtig ist, allen Bürgern¹ eines Landes unabhängig von ihrem Wohnort und der Region, in der sie leben, jederzeit ungehinderten Zugang zum Versorgungssystem zu eröffnen. Denn das ist heute keineswegs überall garantiert: Vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen besteht oft nur ein ausgedünntes Versorgungsangebot.

Wie die Versorgung in ländlichen Regionen angesichts solcher Bedingungen zu gestalten ist, wird international seit vielen Jahren intensiv diskutiert – auch in der Forschung. Viele der vorliegenden Studien zum Thema „Rural Health Care“ verweisen auf den engen Zusammenhang zwischen Region und Wohnort sowie Gesundheits- und Versorgungssituation („place matters to health“, Williams/Kulig 2012). Besonders in weitläufigen Flächenstaaten mit abgelegenen ländlichen Regionen wie den USA, Kanada oder Australien hat die ländliche Bevölkerung im Durchschnitt einen schlechteren Gesundheitsstatus als die Bevölkerung in städtischen Regionen (Blankenau 2010; CIHI 2006; DesMeules et al. 2012; Hartley 2004).

Auch die Verteilung der Versorgung ist in vielen Ländern durch große regionale Unterschiede geprägt. Auf dem Land sind Versorgungsangebote weniger dicht verteilt, weniger ausdifferenziert, schlechter erreichbar und häufig auch weniger gut entwickelt als in den städtischen Regionen (exemplarisch Huber et al. 2008; Scheil-Adlung/Kuhl 2011). Seit Jahren ist zudem ein Trend zur Zentralisierung und Spezialisierung der Versorgung zu beobachten, dessen Auswirkungen auf die Situation der ländlichen Bevölkerung oft unbeachtet bleiben (Halseth/Rhyser 2006; Ricketts 2000; WHO 2008). Hinzu kommt, dass der auch international zu beobachtende Mangel an Ärzten, Pflegenden und anderen Gesundheitsprofessionen sich häufig zuerst in ländlichen Regionen bemerkbar macht. Oft ist er dort sogar stärker ausgeprägt als in urbanen Zentren (exemplarisch Bushy/Winters 2013; Halseth/Ryser 2006: 74; Manthorpe/Livsey 2009: 15; Pitblado 2012; Ricketts 2005). Folglich zeigen sich auch bei der Verteilung der Gesundheitsprofessionen Unterschiede zwischen prosperierenden, wohlhabenden Regionen und abgelegenen, strukturschwachen Regionen.² Erforderlich sind daher Versorgungskonzepte, die den spezifischen Herausforderungen in ländlichen Regionen Rechnung tragen.

1 Auch wenn im Folgenden aus Gründen einer besseren Lesbarkeit ausschließlich maskuline Formen verwendet werden, sind damit stets Männer wie Frauen gleichermaßen gemeint.

2 Allerdings sollte trotz des Stadt-Land-Gefälles nicht übersehen werden, dass auch zwischen den ländlichen Regionen Unterschiede existieren (Manthorpe et al. 2008, Eberhardt/Pamuk 2004; Lavergne/Kephart 2012;

10 Einleitung

In vielen Ländern ist in Reaktion auf sich wandelnde Bedarfslagen der ländlichen Bevölkerung, heterogene Lebensumstände und ungünstige infrastrukturelle Gegebenheiten die ländliche Versorgungsgestaltung seit Längerem auf der Agenda von Politik und Wissenschaft. In Deutschland steht die Auseinandersetzung mit diesem Thema noch am Anfang. Das dürfte u. a. daran liegen, dass die Siedlungsstruktur hierzulande vergleichsweise dicht und die Infrastruktur insgesamt gut entwickelt ist. Zugleich stand längere Zeit die Angleichung der Lebensverhältnisse und der Versorgung in den ostdeutschen Bundesländern auf Westniveau im Zentrum der Aufmerksamkeit. Insgesamt war die Diskussion vor allem darauf ausgerichtet, allgemeine Strukturdefizite auszugleichen und die Versorgung an die Herausforderungen anzupassen, die die demografische Alterung und das veränderte Morbiditätsspektrum mit sich bringen. Eine Sensibilität für regionale Disparitäten fehlte weitgehend. Das beginnt sich allmählich zu ändern, denn auch hierzulande werden vermehrt Bedarfs- und Versorgungsunterschiede zwischen urbanen und ländlichen Regionen sichtbar (Hämel et al. 2013). Betrachtet man die Situation in Deutschland, so lässt sich folgendes Bild zeichnen:

- Ursächlich für regionale Bedarfsdifferenzen ist vor allem die regional unterschiedlich verlaufende demografische Alterung. Schon heute ist der Anteil älterer Menschen in ländlichen Regionen leicht erhöht. Beispielsweise waren im Jahr 2010 insgesamt 21,4 % der Einwohner im ländlichen Raum 65 Jahre und älter. In städtischen Regionen lag ihr Anteil mit 20,2 % etwas darunter. Unterschiede zeigen sich gegenwärtig vor allem in Ostdeutschland. Sie werden künftig auch die westdeutschen Bundesländer erfassen, und insgesamt wird der Stadt-Land-Unterschied anwachsen. Für 2030 wird der Anteil der 65-jährigen und älteren Bevölkerung auf dem Land mit 30,7 % prognostiziert, in städtischen Regionen mit 26,6 % (BBSR 2012).
- Im Zuge des demografischen Wandels wird ein Rückgang der Bevölkerungszahl in Deutschland von etwa 82 Millionen im Jahr 2008 auf rund 65 Millionen bis zum Jahr 2060 prognostiziert (Statistisches Bundesamt 2009). Der Schrumpfungsprozess wird ebenfalls nicht gleichförmig verlaufen. Einige Regionen können weiterhin einen Bevölkerungszuwachs erwarten. Dazu gehören vor allem die Metropolen und urbanen Zentren, in Teilen aber auch ökonomisch leistungskräftige suburbane und ländlich geprägte Gebiete, beispielsweise in den südwestlichen Landesteilen Deutschlands. In der Mehrzahl ländlicher Regionen steht der steigenden Zahl älterer Menschen jedoch eine Abwanderung junger und erwerbstätiger Bevölkerungsgruppen gegenüber (Milbert et al. 2013).
- In den gegenwärtigen Bevölkerungsprognosen werden regionale Unterschiede der Altersstruktur und die drohende Kluft zwischen Stadt und Land vermutlich unterschätzt. Denn ist die Abwanderung einmal in Gang gesetzt, droht eine Abwärtsspirale einzusetzen, die Infrastrukturabbau und im Zuge dessen weiteren Bevölkerungsschwund nach sich zieht: Ökonomische Probleme, demografischer Wandel und Abwanderung wirken sich auf viele

Ricketts 2000; Smith et al. 2008). Vor allem in strukturschwachen Regionen, in denen auch vermehrt sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen leben, kumulieren Gesundheitsprobleme, soziale Probleme und ein erhöhter Versorgungsbedarf mit Abwanderungstendenzen und Infrastrukturabbau.

Bereiche in den Regionen und Kommunen aus. Sie schaffen Lücken im Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV), führen zu Leerständen von Wohn- und Geschäftsräumen, zur Schließung von Kitas, Schulen und anderen Bildungseinrichtungen und stellen generell für selbstverständlich gehaltene Einrichtungen – etwa im Bereich gesellschaftlicher Teilhabe – in Frage. Diese „demografische De-Infrastrukturalisierung“ (Kersten et al. 2012) führt zu einem weiteren Attraktivitätsverlust der Regionen – auch für die Gesundheitsprofessionen sich dort niederzulassen und beruflich tätig zu werden. Für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und Pflege wirft dies etliche Herausforderungen auf.

- Hinzu kommt, dass Unterschiede der Morbiditäts- und Pflegelast zwischen den Regionen nicht allein auf Unterschiede in der Altersstruktur zurückzuführen sind, sondern mit dem sozioökonomischen Status der regionalen Bevölkerung schwanken. Gesundheitschancen sind auch bei alten und hochaltrigen Menschen von Bildung, Schicht, Einkommen etc. abhängig (Kümpers 2008; Lampert/Kroll 2014), und diese sind regional ungleich verteilt (ex. Voigtländer et al. 2011).
- Größerer Beachtung bedürfen zudem Veränderungen der familialen und sozialen Unterstützungspotenziale in ländlichen Regionen. Die These, dass familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsleistungen auf dem Land besonders hoch sind, wird seit Langem hinterfragt (ex. Engel 2001: 151ff.). Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass dort durchaus bis heute ein höheres informelles Hilfef Potenzial in der Pflege existiert.³ So werden nach einer – allerdings Mitte der 2000er-Jahre durchgeführten – Studie von Blinkert und Klie pflegebedürftige Menschen in ländlichen Regionen häufiger und intensiver von Familienangehörigen, Freunden und Nachbarn unterstützt als Pflegebedürftige in städtischen Regionen (Blinkert 2008; Blinkert/Klie 2006). Andere Autoren betonen, dass infolge von Singularisierung, Wandel der Geschlechterrollen und Wegzug jüngerer Generationen ganze Nachbarschaften altern und traditionelle Unterstützungsstrukturen in den Dörfern und Kleinstädten brüchiger werden (ex. Sternberg 2010). Die Übernahme von Pflegeaufgaben durch Familienmitglieder ist oft erschwert, weil größere räumliche Distanzen zu überwinden sind (SVR 2014). Unbestritten ist, dass angesichts der beschriebenen Dynamiken das informelle Pflege- und Unterstützungspotential auf dem Land sinkt (Rothgang et al. 2012: 16) und sich der Fachkräftemangel in der Pflege künftig vor allem hier ausweiten wird (ex. Fuchs 2013; Lauxen/Bieräugel 2013; SVR 2014).

Angesichts dieser Ausgangsbedingungen ist es auch in Deutschland wichtig, zu regional differenzierten Versorgungskonzepten zu gelangen. Handlungsbedarf besteht vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, um dort drohende Unterversorgungserscheinungen zu verhindern und die Entwicklung und Erprobung innovativer, regional passgenauer Versorgungskonzepte anzustoßen. Dabei ist allerdings problematisch, dass hierzulande – so eine Analyse der OECD –

3 Generell fehlen aktuelle Studien über die Versorgungssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in ländlichen Regionen und ebenso über die familialen Solidar- und Unterstützungspotenziale.

12 Einleitung

bislang kaum Erfahrungen mit einer spezifisch auf ländliche Bedingungen ausgerichteten Versorgungs- und Infrastrukturgestaltung gesammelt wurden (OECD 2007). Stattdessen wurde zumeist der „Anschluss“ ländlicher Regionen an den allgemeinen Standard favorisiert und zu diesem Zweck auf Ausgleichszahlungen für den Aufbau flächendeckend einheitlicher Strukturen gesetzt – ein nicht unbedingt immer zielführendes Prinzip, wie sich rückblickend zeigt.

Vor dem Hintergrund der angespannten Situation öffentlicher und kommunaler Haushalte, aber auch in Anbetracht erschwerter, durch Schrumpfung und demografische Alterung begrenzter Handlungsspielräume wird inzwischen von sozial-, gesundheits- und kommunalpolitischer Seite intensiv über alternative Lösungsansätze diskutiert (ex. Küpper 2011). Dabei steht meist die Frage im Mittelpunkt, wie die im Grundgesetz der Bundesrepublik enthaltene Forderung nach „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ (Artikel 71 Abs. 2 GG) unter heutigen Bedingungen zu verstehen und auszugestalten ist (Barlösius 2006; Barlösius/Spohr 2014). Zuweilen wird in diesen Diskussionen auf vermeintliche Sachzwänge verwiesen, die allein den Ausstieg aus garantierten Leistungen der Daseinsvorsorge attraktiv erscheinen lassen. Selbst ein „geordneter Rückzug aus der Fläche“ wird in Erwägung gezogen – eine Entwicklung, von der insbesondere in Ostdeutschland ganze Regionen betroffen wären (ex. Eichhorn/Oertel 2011; Küpper 2011).

Geht es aber darum, Visionen einer bedarfsgerechten ländlichen Gesundheits- und Sozialversorgung auf dem Land zu entwickeln und dabei neue und innovative Wege zu beschreiten, herrscht in Deutschland noch weitgehend Ratlosigkeit. Favorisiert werden Maßnahmen wie die Schaffung finanzieller Anreize, um Ärzte zu bewegen, sich auf dem Land niederzulassen. Ebenso sollen „neue Solidaritäten“ in bürgerschaftlicher Selbstorganisation die entstandenen Lücken in der sozialen und gesundheitlichen Infrastruktur schließen helfen. So sinnvoll diese und andere Maßnahmen sein mögen: Isoliert vorgenommen, werden sie keine Wende einleiten.

Um in ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung sicherstellen zu können, sind innovative Versorgungskonzepte und -modelle mit einer Bündelung der vorhandenen Ressourcen und neuen Kooperationsformen und Aufgabenzuschnitten zwischen den Gesundheitsprofessionen erforderlich. Allmählich beginnt diese Erkenntnis sich durchzusetzen, ebenso die, dass diese Modelle über einzelne Sektoren und Versorgungseinrichtungen hinausreichen und regionalen Unterschieden mehr Aufmerksamkeit widmen müssen (SVR 2009, 2014). Doch noch ist weitgehend unklar, wie neue Versorgungskonzepte und -modelle für ländliche Regionen in Deutschland aussehen sollten. Daher ist es sinnvoll, international nach Anregungen Ausschau zu halten und dabei besonders auf Länder zu blicken, die die ländliche Versorgungsgestaltung schon früher in den Fokus gerückt und entsprechende Erfahrungen gesammelt haben. Dazu gehören auch Finnland und Kanada, die im Mittelpunkt dieses Buches stehen.

Finnland und Kanada unterscheiden sich zwar hinsichtlich ihrer Gesundheitssysteme, Wohlfahrtskultur und Siedlungsstruktur von Deutschland, doch teilen sie die Herausforderungen, die der demografische und epidemiologische Wandel mit sich bringt (vgl. Kap. 2): In allen drei Ländern und dort besonders in ländlichen strukturschwachen Regionen nimmt die Zahl alter und chronisch kranker Menschen mit meist komplexen sozialen und gesundheitlichen

Problemlagen absehbar zu, während durch Wegzug, Zentralisierung und Spezialisierung Ressourcen verloren gehen und somit die Versorgung zunehmend fragil und lückenhaft wird. Welche Antworten seitens des Versorgungssystems in Finnland und Kanada gesucht wurden, um dennoch bedarfsgerechte Strukturen in ländlichen und strukturschwachen Regionen sicherzustellen, ist Thema dieses Buches. In ihm werden konkrete Versorgungskonzepte und -modelle aus beiden Ländern dargestellt, die auch für Deutschland interessant erscheinen und vielversprechende Ansatzpunkte liefern.⁴

Methodisches Vorgehen bei der Modellauswahl und -analyse

Bevor die Konzepte und Modelle geschildert werden, soll zum besseren Verständnis kurz beschrieben werden, wie ihre Auswahl zustande gekommen ist oder anders ausgedrückt – wie sich das methodische Vorgehen der dem Buch zugrundeliegenden Untersuchung darstellt. Es war durch eine qualitative Herangehensweise geprägt, die verschiedene Erhebungs- und Analyseschritte beinhaltete:

- **Ausgangsanalyse:** In einem ersten Schritt erfolgte eine literaturgestützte Auseinandersetzung mit den Ordnungsprinzipien und Strukturen beider Gesundheitssysteme, die eine spätere Einordnung der Versorgungsmodelle ermöglichen sollte. Daran anknüpfend erfolgte eine systematische Recherche und Analyse von Literatur und Dokumenten, um einen ersten Überblick über den Diskurs zur ländlichen Gesundheitsversorgung zu erhalten. Für den kanadischen Raum erwies sich dieses Vorgehen als erfolgreich, da zahlreiche englischsprachige Publikationen wie auch Regierungsdokumente oder Projektdokumentationen einen guten Einblick in die dortige Situation ermöglichen. Für Finnland stellte sich die Situation etwas hürdenreicher dar. Vor allem Konzeptpapiere oder praxisnahe Projektbeschreibungen waren nur in der Landessprache oder nur mit größerer zeitlicher Verzögerung in Englisch zugänglich, wodurch die Auseinandersetzung mit Versorgungskonzepten und -modellen in Finnland erschwert wurde.

⁴ In diesem Buch werden die Ergebnisse einer von der Robert Bosch Stiftung geförderten Untersuchung „Regional differenzierte Versorgung – eine international vergleichende Analyse ländlicher Versorgungsmodelle“ dargestellt, die von 2012 bis 2014 an der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Charité-Universitätsmedizin Berlin durchgeführt wurde. Projektbeteiligte waren Prof. Dr. Doris Schaeffer, Prof. Dr. Kerstin Hämel, Janina Kutzner – alle Universität Bielefeld – und Prof. Dr. Michael Ewers von der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Wir danken Janina Kutzner, die das Forschungsprojekt als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bielefeld unterstützt hat, für ihr Engagement und die Mitarbeit an Teilkapiteln dieses Buches. Lena Werdecker, Rabea Graf und Jonas Vorderwühlbecke haben das Projekt als wissenschaftliche Hilfskräfte in verschiedenen Arbeitsphasen unterstützt. Beeindruckt haben uns Interesse und Gastfreundschaft der finnischen und kanadischen Kooperationspartner, die uns einen umfangreichen Einblick in die Ansätze und Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung in ihren Ländern ermöglicht haben. Unser Dank gilt auch Dr. Claudia Everling (London/Ontario) und Beate Matthey (Lahti/Finnland), die die Entwürfe aus der Insiderperspektive kommentiert haben.

14 Einleitung

- **Felderöffnung/explorative Experteninterviews:** In einem zweiten Schritt wurden in beiden Ländern leitfadengestützte telefonische Experteninterviews durchgeführt, um Modelle und Regionen für eine vertiefende Recherche identifizieren zu können. Rekrutiert wurden in der Literatur ausgewiesene Wissenschaftler unterschiedlicher Disziplinen (Gesundheits-, Verwaltungs- und Sozialwissenschaften, Medizin, Pflegewissenschaft, Sozialarbeit), Führungskräfte im Gesundheitswesen und Verbands- oder Standesvertreter. Die Liste der Experten wurde nach einem Schneeballsystem schrittweise ergänzt. Insgesamt wurden 15 Interviews durchgeführt und mit Blick auf den nächsten Arbeitsschritt inhaltsanalytisch ausgewertet. Auf Grundlage der Experteninterviews und ergänzender eigener Recherchen wurden regionale Entscheidungsträger und Akteure in der Gesundheitsversorgung beider Länder kontaktiert, um Zugang zu konkreten Projekten zu erhalten und die Stationen für die folgenden Forschungsreisen festzulegen.
- **Exkursionen:** In einem dritten Schritt wurden insgesamt fünf bis zu 14 Tage dauernde Forschungsexkursionen durchgeführt, drei in Kanada und zwei in Finnland. Durch leitfadengestützte Experteninterviews mit Verantwortlichen auf den verschiedenen Ebenen (Verwaltung, Einrichtungsleitung, praktizierende Gesundheitsprofessionen) und Vor-Ort-Begehungen wurden Informationen über die Umsetzung regional differenzierter Versorgungsmodelle gewonnen. Je nach Situation wurden dabei die Interviewleitfäden den jeweiligen Gegebenheiten angepasst und um die Erfassung relevanter Strukturdaten und Hintergrundinformationen ergänzt. In Finnland wurden letztlich Einrichtungen in sechs Kommunen der Regionen Südkarelien (Lappeenranta, Sammonlahti) und Päijät-Häme (Assikala, Hollola, Nastola, Orimattila) und in der kanadischen Provinz Ontario Modelle und Einrichtungen in den sechs LHIN-Regionen Champlain, South East, Central East, Toronto Central, Waterloo Wellington und South West in die Exkursionen einbezogen. Mit ihnen wurden bewusst solche ländliche, teils strukturschwache städtische Regionen ausgewählt, die sich von der Situation in Deutschland (Siedlungs-/Altersstruktur) nicht allzu drastisch unterscheiden. Extrem dünn besiedelte und abgelegene ländliche Räume, wie sie im Norden Finnlands und Kanadas durchaus zu finden sind, wurden hingegen aus Gründen der besseren Übertragbarkeit ausgeklammert.
- **Auswertung:** Die insgesamt 44 im Rahmen der Exkursionen durchgeführten und audio-technisch aufgezeichneten Experteninterviews wurden protokolliert, (teil-)transkribiert, inhaltsanalytisch ausgewertet und anschließend unter Einbezug von Literatur und weiteren Dokumenten (z. B. Präsentationen, Jahresberichte, Broschüren, Evaluationen) zu Modellportraits verdichtet und durch Diskussionen im Projektteam und mit anderen Experten validiert.

In diesem Buch werden elf Versorgungsmodelle in Form von verdichteten Portraits dargestellt. Sie beginnen mit einer Einführung in den historischen Entstehungskontext. Anschließend werden wichtige konzeptionelle Elemente und Basisinformationen (Finanzierung, Organisationsstruktur, Qualitätssicherung, Evaluation) erläutert. Dem folgen jeweils ein bis zwei Umsetzungsbeispiele. Abschließend erfolgt eine Diskussion möglicher Anregungen für die hiesige Versorgung.

Der Aufbau des Buchs stellt sich folgendermaßen dar: Die Versorgungsmodelle sind in vier thematischen Kapiteln zusammengefasst: Am Anfang stehen Modelle zur **Primärversorgung**, die einen niederschweligen Erstkontakt mit dem Gesundheitssystem und zugleich eine umfassende, wohnortnahe Grundversorgung unter den Bedingungen ländlicher Regionen sicherstellen sollen. Hierzulande meist auf die hausärztliche Basisversorgung reduziert, überzeugen die internationalen Modelle durch ein breites, präventiv ausgerichtetes, multiprofessionelles Versorgungsangebot für alle Bevölkerungsgruppen, das durch Ressourcenbündelung, Teamarbeit und einen anderen Professionenmix gekennzeichnet ist. Während die kanadischen **Family Health Teams** (Kap. 3) noch als eine multiprofessionelle Erweiterung klassischer Hausarztmodelle anzusehen sind, beschreiten die **Nurse Practitioner-Led Clinics** (Kap. 4) ganz neue Wege: Nicht zuletzt in Reaktion auf den Ärztemangel auf dem Land liegt dort die Primärversorgung vollständig in Händen akademisch qualifizierter Pfleger. Die beiden folgenden Modelle stammen aus Finnland und machen ebenfalls die Pflege zum ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Belangen. Die ursprünglich als „typisch urbanes“ Angebot gedachten und nun im ländlichen Raum erprobten **Gesundheitskioske** (Kap. 5) legen einen besonderen Schwerpunkt auf niederschwellige gesundheitsbezogene Information, Beratung und Bildung. Sie erweitern so die gesundheitliche Grundversorgung der Bevölkerung um Gesundheitsförderung und Prävention. Diese haben auch für die finnische **Mallu-Klinik** (Kap. 6) hohen Stellenwert. Deren besonderes Merkmal besteht jedoch darin, dass es sich um ein mobiles Primärversorgungsmodell handelt, das die Versorgung direkt zu der ländlichen Bevölkerung bringt und so die oft großen Distanzen überbrücken hilft. Auch bei diesem Modell werden also neue und für Deutschland in mancherlei Hinsicht anregende Wege in der Primärversorgung auf dem Land beschritten.

Im zweiten Themenblock werden **integrierte, lokale Gesundheitszentren** vorgestellt, die sowohl in Finnland wie auch in Kanada bereits eine längere Tradition haben, hierzulande aber noch nicht zu finden sind. Die **kommunalen Gesundheitszentren in Finnland** (Kap. 7) können auf eine besonders lange Entwicklungsgeschichte und flächendeckende Verbreitung blicken. Sie umfassen nicht nur ambulante und stationäre Versorgungsangebote, sondern auch ein breites Spektrum an Gesundheitsprofessionen unter einem Dach, die in anderer Aufgabenteilung miteinander kooperieren als hierzulande üblich. Die regional differenzierte Ausrichtung der Gesundheitszentren und ihre starke kommunale Verankerung sind bemerkenswert. Ähnlich verhält es sich in den kanadischen **Community Health Centres** (Kap. 8). Auch sie sind den Ideen von Alma-Ata zur umfassenden integrierten Primärversorgung verpflichtet und konzentrieren sich dabei vor allem auf vulnerable Bevölkerungsgruppen sowie schwer zu versorgende städtische und ländliche Regionen. Bürgerbeteiligung, soziales Engagement und eine strikte

16 Einleitung

Bezugnahme auf die Gemeinde und die dort lebenden Bevölkerungsgruppen sind kennzeichnend für diese Versorgungseinrichtungen. Andere Akzente werden in den kanadischen **Local Health Hubs** (Kap. 9) gesetzt: Campusähnlich sind verschiedene ambulante und stationäre Versorgungsangebote, soziale und sonstige Dienste um eine zentrale Einrichtung herum angesiedelt. Durch die räumliche Integration wird die professionsübergreifende Kooperation und die Koordination des gesamten Versorgungsgeschehens gefördert.

Krankenhäuser sind ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung auf dem Land, zugleich aber besonders vom Strukturwandel bedroht. Der **Verbesserung der Krankenhausversorgung** wird somit ein eigener Themenblock gewidmet. Vorgestellt werden zwei kanadische Modelle, zunächst die Vernetzung **ländlicher Kleinkrankenhäuser** (Kap. 10). Statt dem Trend zur Schließung und Konzentration zu folgen, wurde in Ontario darauf gesetzt, regionale Klein- und Kleinstkrankenhäuser zu erhalten und regionale Krankenhausverbünde zu bilden, die an die besonderen regionalen Bedingungen angepasst sind. So können sie eine abgestufte akutstationäre Grund- und Notfallversorgung für ihre ländliche Region aufrechterhalten. Das zweite kanadische Modell **Home First** (Kap. 11) zielt auf die Krankenhausentlassung und dabei auf die Reduktion von Schnittstellenproblemen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, die sich nicht allein in ländlichen Regionen stellen, hier aber besonders schwerwiegend sind. Durch ein externes Überleitungsmanagement werden stationäre Aufenthalte so kurz wie möglich gehalten und erfolgt eine nahtlose Überleitung in die häusliche Versorgung.

Der Neuorganisation der häuslichen Versorgung ist der letzte Themenblock gewidmet, denn sie ist wesentlicher Baustein einer ländlichen Versorgung, aber aufgrund der in vielen Ländern unzureichenden Kapazitäten und der Fragmentierung der pflegerischen Langzeitversorgung vor besondere Herausforderungen gestellt. In Ontario sind die **Community Care Access Centres** (Kap. 12) ein Modell dafür, wie Zugangsprobleme zur (ambulanten und stationären) pflegerischen Langzeitversorgung überwunden und bestehende Koordinationsherausforderungen bewältigt werden können. Das Aufgabenprofil dieser Einrichtungen bietet interessante Anregungen für die hiesige Debatte über Case Managementkonzepte und Informations-, Anlauf- und Vermittlungsstellen für chronisch kranke und pflegebedürftige Menschen jeden Alters. Schließlich werden Entwicklungen in der **häuslichen Pflege und Versorgung in Finnland** (Kap. 13) und die darin erkennbaren Bemühungen um eine bedarfsgerechte Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege vorgestellt. Dabei werden interessante und modellhafte Wege beschritten, um den meist komplexen Bedarfs- und Problemlagen in der häuslichen Pflege auch angesichts der schwierigen Bedingungen auf dem Land gerecht werden zu können.

Abschließend werden die wichtigsten Lehren aus den einzelnen Modellen zusammenfassend diskutiert (Kap. 14). Dabei werden Anschlussstellen und Anregungen herausgearbeitet, wie auch in Deutschland unter den Bedingungen des demografischen, epidemiologischen und gesellschaftlichen Wandels die Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen weiterentwickelt werden kann.

Sicherlich hätten weitere Modelle aufgegriffen und andere Versorgungsbereiche in den Blick genommen werden können – so beispielsweise die stationäre pflegerische Langzeitversorgung

oder spezialisierte Angebote für Menschen mit besonderen Problem- und Bedarfslagen (z. B. am Lebensende). Mit der getroffenen Modellauswahl und den in den einzelnen Beiträgen zu findenden Resümeees hoffen wir aber, in der Gesamtschau die Diskussion über eine bedarfsgerechte regional differenzierte Versorgung in Deutschland zu befördern.

Literatur

- Barlösius, E. (2006): Gleichwertig ist nicht gleich. Aus Politik und Zeitgeschichte Nr. 37, 8-15
- Barlösius, E./Spohr, M. (2014): Rückzug „vom Lande“. Die sozial-räumliche Neuordnung durch Infrastrukturen. In: Neef, R./Berger, P.A./Keller, C./Klärner, A. (Hg.): Urbane Ungleichheiten. Neue Entwicklungen zwischen Zentrum und Peripherie. Wiesbaden: Springer VS, 233-252
- BBSR – Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (2012): INKAR 2012 - Indikatoren und Karten zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bonn: BBSR
- Blankenau, J. (2010): Comparing Rural Health and Health Care in Canada and the United States: The Influence of Federalism. Publius – The Journal of Federalism 40, Nr. 2, 332-349
- Blinkert, B./Klie, T. (2006): Die Zeiten der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 39, Nr. 3, 202-210
- Blinkert, B. (2008): Begleitforschung zur Einführung eines persönlichen Pflegebudgets mit integriertem Case Management. Schlussbericht des Freiburger Instituts für angewandte Sozialwissenschaft e.V. Freiburg: Freiburger Institut für angewandte Sozialwissenschaft. Verfügbar unter: http://www.soziologie.uni-freiburg.de/fifas/all/pdf/Fifas_Bericht_Pflegebudget_gesamt.pdf – Stand: 14.06.2011
- Bushy, A./Winters, C.A. (2013): Nursing Workforce Development, Clinical Practice, Research, and Nursing Theory: Connecting the Dots. In: Winters, C.A. (Hg.): Rural Nursing, Concepts, Theory, and Practice. New York: Springer Publishing Company, 449-468
- DesMeules, M./Pong, R.W./Guernsey, R.J./Wang, F./Luo, W./Dressler, M.P. (2012): Rural Health Status and Determinants in Canada. In: Kulig, J.C./Williams, A.M. (Hg.): Health in Rural Canada. Vancouver: UBC Press, 23-44
- Dijkstra, L./Ruiz, V. (2010): Refinement of the OECD regional typology: Economic Performance of Remote Rural Regions. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/regional/regional-policy/45511797.pdf> – Stand: 05.05.2014
- Eberhardt, M./Pamuk, E. (2004): The Importance of Place of Residence: Examining Health in Rural and Nonrural Areas. American Journal of Public Health 94, Nr. 10, 1682-1686
- Eichhorn, D./Oertel, H. (2011): Kleinräumige Bevölkerungsentwicklung im Landkreis Greiz – Herausforderungen für die Kommunalplanung aus demografischer Sicht. IÖR Texte, 164. Dresden: IÖR-Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e.V.
- Engel, P. (2001): Sozialräumliche Altenarbeit und Gerontologie. Am Beispiel älterer Frauen auf dem Land. Forschung Soziologie Band 122. Opladen: Leseke und Budrich

18 Einleitung

- Fuchs, J. (2013): Demografie und Fachkräftemangel. Die künftigen arbeitsmarktpolitischen Herausforderungen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56, Nr. 3, 399-405
- Halseth, G./Ryser, L. (2006): Trends in service delivery: Examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005. Journal of Rural and Community Development 1, Nr. 2, 69-90
- Hämel, K./Ewers, M./Schaeffer, D. (2013): Versorgung angesichts regionaler Unterschiede. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 46, Nr. 4, 323-328
- Hartley, D. (2004): Rural health disparities, population health, and rural culture. American Journal of Public Health 94, Nr. 10, 1675-1678
- Huber, M./Stanciole, A./Wahlbeck, K./Tamsma, N./Torres, F./Jelfs, E./Bremner, J. (2008): Quality and Equality of Access to Healthcare Services. European Commission
- Kersten, J./Neu, C./Vogel, B. (2012): Demographische De-Infrastrukturalisierung. Zeitschrift für Agrargeschichte und Agrarsoziologie 60, Nr. 1, 39-55
- Kümpers, S. (2008): Alter und gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangspunkte für sozialraumbezogene Primärprävention. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Küpper, P. (2011): Regionale Reaktionen auf den Demographischen Wandel in dünn besiedelten, peripheren Räumen. Berlin: Rhombos-Verlag
- Lampert, T./Kroll, L.E. (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung. GBE Kompakt 5, Nr. 2. Berlin: RKI – Robert Koch-Institut
- Lauxen, O./Bieräugel, R. (2013): Der Hessische Pflegemonitor. Transparenz über regionale Pflegearbeitsmärkte. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56, Nr. 8, 1056-1063
- Lavergne, M./Kephart, G. (2012): Examining variations in health within rural Canada. Rural and Remote Health 12, Nr. 1848, 1-13
- Manthorpe, J./Iliffe, S./Clough, R./Corney, M./Bright, L./Moriarty, J./Older People Researching Social, I. (2008): Elderly people's perspectives on health and well-being in rural communities in England: findings from the evaluation of the National Service Framework for Older People. Health and social care in the community 16, Nr. 5, 460-468
- Manthorpe, J./Livsey, L. (2009): European challenges in delivering social services in rural regions: a scoping review. European Journal of Social Work 12, Nr. 1, 5-24
- Milbert, A./Sturm, G./Walther, A. (2013): Auf der Suche nach dem guten Leben. Geschlechtstypische Wanderungen in Deutschland. BBSR-Analysen KOMPAKT 04/2013. Bonn: Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung
- MOHLTC – Ministry of Health and Long-Term Care (2010): Rural and Northern Health Care Framework/Plan. Stage 1 Report. Final Report. Toronto: MOHLTC
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2006): The New Rural Paradigm: Policies and Governance. OECD Rural Policy Reviews. Paris: OECD Publishing
- OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2007): Germany. OECD Rural Policy Reviews. Paris: OECD Publishing

- Pitblado, R.J. (2012): Geographical Distribution of Rural health Human Resources. In: Kulig, J.C./Williams, A.M. (Hg.): Health in rural Canada. Vancouver: UBC Press, 83-100
- Ricketts, T.C. (2000): The changing nature of rural health care. *Annual Review of Public Health* 21, 639-657
- Ricketts, T.C. (2005): Workforce issues in rural areas: a focus on policy equity. *American Journal of Public Health* 95, Nr. 1, 42-48
- Rothgang, H./Müller, R./Unger, R. (2012): Pflegereport 2030. Was ist zu erwarten —was ist zu tun? Gütersloh: Bertelsmann-Stiftung
- Scheil-Adlung, X./Kuhl, C. (2011): Addressing inequities in access to health care for vulnerable groups in countries of the European region. Verfügbar unter: <http://bit.ly/n9MfnI> – Stand: 2.11.2011
- Smith, K.B./Humphreys, J.S./Wilson, M.G. (2008): Addressing the health disadvantage of rural populations: how does epidemiological evidence inform rural health policies and research? *Australian Journal of Rural Health* 16, Nr. 2, 56-66
- SoRPoC – Society of Rural Physicians of Canada (2009): rural hospital services closures. Shawville, Quebec: SoRPoC
- Statistisches Bundesamt (Hg.) (2009): Bevölkerung Deutschlands bis 2060. Ergebnisse der 12. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung. Tabellenband. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Sternberg, M. (2010): Alter(n) in ländlichen Räumen und demographischer Wandel. Eine Analyse in vier deutschen Gemeinden. Hamburg: Verlag Dr. Kovač
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, BT-Drs. 16/13770 vom 2.7.2009.
- SVR – Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bonn/Berlin: SVR
- WHO – World Health Organization (1981): Appropriate Levels for Continuing Care of the Elderly. Report on a WHO working group ICP/ADR 026(S). Geneva: WHO
- WHO – World Health Organization Regional Office for Europe (1987): Continuity of Care for the Elderly. Report on a WHO group. Pistany/czeh. ICE/HEE 217. Copenhagen: WHO
- WHO – World Health Organization (2008): The World Health Report 2008. Primary Health Care – Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization
- Williams, A.M./Kulig, J.C. (2012): Health and Place in Rural Canada. In: Kulig, J.C./Williams, A.M. (Hg.): Health in Rural Canada. Vancouver: UCB Press, 1-19