



Dr. Annett Steinführer, Patrick Küpper, Alexandra Tautz

Kleinstädte und Kleinstädter im soziodemografischen Wandel

Strategien zur Sicherung der Daseinsvorsorge



Auch nach mehr als einem Jahrzehnt vertiefter Diskussionen und Forschungen über die Folgen von und den Umgang mit kleinräumigem Bevölkerungsrückgang hat das Thema nichts an Aktualität verloren. Im Gegenteil: Längst ist Schrumpfung ein gesamtdeutsches Problem geworden (Küpper et al. 2013). Verlieft sie in vielen ostdeutschen Städten und Gemeinden als radikaler Einschnitt, so ist Schrumpfung in Niedersachsen, Hessen und anderen westdeutschen Bundesländern heute ein eher schleichender Prozess und knüpft dabei doch vielerorts, z. B. entlang der vormaligen innerdeutschen Grenze, an Entwicklungen der 1970er und 1980er Jahre an.

Lokaler und regionaler Bevölkerungsrückgang im Zusammenspiel mit starker Alterung erfordert institutionelle und individuelle Anpassungsmaßnahmen. Diese sind, so die Ausgangsthese dieses Beitrags, sowohl auf Seiten kommunaler Entscheidungsträger als auch in der Bevölkerung nicht eine Frage der Zukunft, sondern längst Teil gelebten Alltags. Dort stoßen sie auf rechtliche Hindernisse und ressourcenbedingte Beschränkungen. In der Debatte um den Umbau der Daseinsvorsorge und Anpassungserfordernisse spielen kleinere Städte bislang kaum eine Rolle. Doch stellt sich die Frage ihrer Anpassungsfähigkeit im Besonderen: Kritische Massen bestimmter Akteure sind durch Wegzüge in kurzen Zeiträumen sehr viel stärker als in größeren Städten gefährdet. Im folgenden Beitrag präsentieren wir Strategien und Maßnahmen im Umgang mit veränderten Standards der Daseinsvorsorge im Zuge räumlicher Schrumpfungsprozesse. Basierend auf einer Fallstudie in zwei Kleinstädten im Harz interessiert das Handeln lokaler Entscheidungsträger, aber auch der Umgang der älteren Bevölkerung mit diesen Veränderungen.

Theoretische Handlungsoptionen: Anpassungs- und Bewältigungsstrategien zum Wandel der Daseinsvorsorge

Das „unbestimmte Planungsziel“ Daseinsvorsorge (Holz-Rau u. a. 2010, S. 489) ist nicht einheitlich definiert und auch nicht abschließend definierbar. Allgemein zählen zur Daseinsvorsorge „Dienstleistungen, an deren Angebot ein besonderes öffentliches Interesse besteht“ (Einig 2008, S. 17). Als kleins-

te Schnittmenge gehören dazu grundlegende technische und Verkehrsinfrastrukturen, soziale Dienstleistungen sowie Brand- und Katastrophenschutz. Aus Verwaltungsperspektive umfasst Daseinsvorsorge sowohl kommunale Pflicht- als auch freiwillige Selbstverwaltungsaufgaben. Aus der Perspektive der Nutzer und Nachfrager der Einrichtungen steht Daseinsvorsorge für lokale Lebensqualität (Steinführer/Küpper 2013). Dann sind darunter all jene infrastrukturellen Einrichtungen und Dienstleistungen zu verstehen, die für die Gestaltung oder Wiederherstellung von Alltag in ländlichen Kleinstädten von grundlegender Bedeutung sind. Diese Definition fasst Daseinsvorsorge als situatives Konzept mit einem lebensweltlichen Fokus, das subjektive Deutungen und den konkreten Raumbezug – hier: ländliche Kleinstädte – berücksichtigt. Unter dieser Maßgabe sind weitere Bereiche zur Daseinsvorsorge zu zählen, so z. B. die Nahversorgung (mit Lebensmitteln, Gütern und Dienstleistungen) und der Zugang zur öffentlichen Verwaltung.

Mit diesem unterschiedlichen Verständnis von Daseinsvorsorge verbindet sich im Folgenden eine handlungstheoretische Differenz zwischen Anpassung (von Einrichtungen) und Bewältigung (des Wandels). Für Akteure, die Daseinsvorsorgeeinrichtungen vorhalten oder über ihre Gestaltung (mit)entscheiden, wird von **Anpassungsstrategien**, für die durch die Veränderungen betroffenen Nutzer und Nachfrager von **Bewältigungsstrategien** und -kapazitäten gesprochen werden. Diese Unterscheidung soll verdeutlichen, dass sich die Bevölkerung nicht nur passiv an den Wandel der Daseinsvorsorge anpasst, sondern aktiv (wenn auch nicht immer mit den beabsichtigten



Folgen) auf die Gestaltung, den Wegfall oder die Veränderung von Einrichtungen der Daseinsvorsorge Einfluss nimmt.

Eine Typologie der Anpassungsstrategien von Trägern der Daseinsvorsorge kann auf eine etablierte Debatte in der Organisationstheorie zurückgreifen. Boyne (2004, S. 97–100) unterschied idealtypisch drei Strategien, die durch Entscheidungsträger von Organisationen genutzt werden, die in ihrer Existenz bedroht sind: „retrenchment“ (Ausgabenkürzung), „repositioning“ (Produktänderungen zur Gewinnung neuer Nutzergruppen) und „reorganisation“ (Veränderungen interner Strukturen und Abläufe). Übertragen auf die Umgestaltung der Daseinsvorsorge lassen sich die meisten in der Praxis bereits erfolgten Anpassungsmaßnahmen – wie Angebotsverringerung, Verkleinerung oder Konzentration von Einrichtungen sowie Ersatz stationärer durch mobile Angebote – dem ersten Strategietyp zuweisen (Thrun 2003, Einig 2008, S. 32). Das repositioning durch neue oder verbesserte Angebote wird zwar kaum thematisiert, ist aber für die Bereiche Kinderbetreuung und Internetanbindung auch in schrumpfenden Regionen unabdingbar. Reorganisation verbindet sich oft mit der Forderung nach (mehr) interkommunaler Kooperation oder nach (weiteren) Gebietsreformen. Ebenfalls lassen sich neue integrierte Planungsinstrumente, Monitoringsysteme mit Demografiebezug oder die Einrichtung von Seniorenbeauftragten zu diesem Strategietyp zählen.

Untersuchungsregion, Fallstudienstädte und methodisches Design

Der Beitrag stützt sich auf empirisches Material aus einer Untersuchung in je einer Kommune im West- und im Ostharz (Steinführer u. a. 2012). Die Region wurde aufgrund der ausgeprägten Alterung ausgewählt: Ende 2008 war der Westharz die ländliche Region in Deutschland mit dem höchsten Anteil an Hochbetagten im Alter von 75 Jahren und mehr. Der Harz ist trotz seiner geografisch zentralen Lage als periphere Region mit ökonomischer Strukturschwäche (bei einem, im Vergleich zu anderen ländlichen Regionen, relativ starken industriellen Sektor) sowie demografischer Schrumpfung zu

charakterisieren. Anpassungen der Daseinsvorsorge an die Folgen des soziodemografischen Wandels sind bereits erfolgt. Zugleich ist dieser Prozess längst nicht abgeschlossen und weitere Aushandlungsprozesse um das gewünschte, notwendige und mögliche Maß der Daseinsvorsorge sind zu erwarten.

Für die empirische Untersuchung wurde ein Vergleich zweier lokaler Fallstudien – die Stadt Harzgerode im Landkreis Harz und die Stadt Bad Sachsa im Landkreis Osterode am Harz – durchgeführt. Beide ausgewählten Kleinstädte weisen eine ähnliche Siedlungsstruktur (Kernstadt mit mehreren Ortsteilen) und eine vergleichbare Einwohnerzahl (8.600 Harzgerode, 7.800 Bad Sachsa; jeweils 2010) auf. Zur Untersuchung von Anpassungsmaßnahmen in verschiedenen Bereichen der Daseinsvorsorge wurden 2011/12 38 leitfadengestützte Interviews mit 48 Schlüsselpersonen aus Kommunal- und Landkreisverwaltungen, Infrastruktureinrichtungen und Vereinen geführt. Das ausgewertete Interviewmaterial umfasste ca. 1.000 Transkriptseiten. Außerdem fanden 2011 fünf leitfadengestützte Gruppeninterviews mit 57 älteren Einwohnerinnen im Rahmen örtlicher Seniorenkreise statt. Diese vermittelten subjektive Bewertungen der Daseinsvorsorgeausstattung und gewährten Einblicke in die Alltagsbewältigung. Zur Auswertung beider Interviewgruppen kam die qualitative Inhaltsanalyse zur Anwendung.

Beobachtete Anpassungsmaßnahmen und -strategien

Die Anpassung der Daseinsvorsorge in den beiden Kleinstädten wurde für die Bereiche vorschulische Kinderbetreuung, Schulen bis zur Sekundarstufe II, medizinische Versorgung mit Haus- und Fachärzten, Altenbetreuung und -pflege, Internetanbindung, öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV), Nahversorgung, Brandschutz und technische Hilfeleistung sowie in geringerem Umfang auch Freizeit- und Kulturangebot untersucht (Steinführer u. a. 2012). Dieser Beitrag beschränkt sich beispielhaft auf zwei Bereiche, die für ländliche Räume in der öffentlichen Debatte immer wieder thematisiert werden und die auch aus Sicht der befragten älteren Einwohner von

Strategien	Maßnahmen
1. Räumliche Konzentration von Angeboten	- Schließung von Praxen in den Dörfern - Bündelung von Gesundheitsdienstleistungen in einem Gebäude
2. Räumliche Dezentralisierung von Angeboten	- Angebot von Zweigpraxen für Fachärzte im Ärztehaus - Zweigpraxen von Hausärzten in dörflichen Ortsteilen - Arzt eines MVZ aus einer Mittelstadt arbeitet in der Kleinstadt
3. Kooperation zwischen Stadt, KV und MVZ zur Anziehung von Ärzten	- materielle Anreize und Übernahme des Risikos - Erleichterung des Zuzugs mit Angeboten für Kinder und Partner/in - Arbeitserleichterung und Bürokratieübernahme
4. Eigeninitiative der Ärzte	- Suche nach Nachfolger - Arbeit über das Rentenalter hinaus - Zweigpraxis zur Marktbeobachtung - Verlagerung an wirtschaftlichere Standorte

Tab. 1: Anpassungsstrategien und -maßnahmen im Daseinsvorsorgebereich medizinische Versorgung (Quelle: eigene Zusammenstellung)



ausgesprochen großer Bedeutung sind: die medizinische Versorgung und der öffentliche Personenverkehr.

Medizinische Versorgung

In den beiden Fallstudienkommunen konzentrieren sich die Ärzte auf die Kernstädte. Die meisten Fachärzte und Krankenhäuser befinden sich in ca. 20 km entfernten Mittelstädten. In den dörflichen Ortsteilen gibt es nur selten einen Haus- oder Zahnarzt, die Praxen hier wurden ebenso wie Zweigstellen in den vergangenen Jahren geschlossen. Damit ist zwar eine Verusterfahrung verbunden, aber ein großes Problem sehen die befragten Schlüsselakteure darin nicht, weil die Distanzen zu den Ärzten im Hauptort nicht so weit und bei Autoverfügbarkeit oder Mitnahme unproblematisch sind. Das zentrale Problem in der Kommune im Ostharz stellt das hohe Durchschnittsalter der Ärzte dar. Deshalb sind zeitlich geballt mehrere Arztsitze wiederzubesetzen, während sich die Patienten auf die verbliebenen Ärzte aufteilen müssen. Wenn die Nachfolge nicht gesichert werden kann, wird befürchtet, dass die frei werdenden Patienten aufgrund von Kapazitätsgrenzen nicht durch die übrigen Ärzte versorgt werden können. Damit könnten weite Wege zu Ärzten, die überhaupt weitere Patienten aufnehmen, verbunden sein.

Zur Lösung des Problems der Arztnachfolge hat die Kommune einen Rahmenvertrag mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) geschlossen. Harzgerode verpflichtet sich darin, für neue Ärzte einen Mietzuschuss für die Praxis in Höhe von maximal 500 Euro zur Verfügung zu stellen, die Vermittlung eines Arbeitsplatzes für den mitziehenden Partner zu unterstützen und Kindergartenplätze bereitzustellen. Die KV garantiert im Gegenzug ein Mindesteinkommen und wirbt für die Besetzung der Praxis. Außerdem wird der Arzt von einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) eingestellt, so dass keine Startinvestitionen nötig sind, Büroarbeit abgenommen und eine Urlaubsvertretung organisiert wird.

Auch die Ärzte reagieren auf die Wiederbesetzungsprobleme. Zum einen praktizieren sie über das 65. Lebensjahr hinaus, zum anderen haben einige selbst einen Nachfolger gefunden. Diese

kommen alle aus der Region und haben zunächst eine Zweigpraxis in der Kleinstadt eröffnet, um die Nachfrage abschätzen zu können. Die neuen Ärzte hatten zuvor unrentable Praxen in kleinen Orten. Diese werden aufgrund der hohen Nachfrage in der Kleinstadt zum Teil geschlossen, so dass das Problem der medizinischen Versorgung in die Fläche verlagert wird.

In Bad Sachsa wird die medizinische Versorgung von den öffentlichen Akteuren sehr positiv eingeschätzt. Deshalb sind hier kaum Strategien zu beobachten. Lediglich von privatwirtschaftlicher Seite wurde vor einigen Jahren ein Ärztehaus mit Apotheke, Gesundheitsdienstleistungen, Arztpraxen und Zweigpraxen von Fachärzten eingerichtet. Dies ist auch Ausdruck der besonderen Situation als heilklimatischer Kurort und der hohen Zahl relativ zahlungskräftiger Kunden und Patienten. Die Konzentration des Angebotes an einer zentralen Stelle im Ort wird sehr positiv wahrgenommen. Denn das Ärztehaus ist nicht nur meist fußläufig für die Kleinstadtbewohner erreichbar, sondern erleichtert auch die Anfahrt durch Patienten aus den Ortsteilen, die nun mehrere Wege bündeln können. Die temporäre Anwesenheit von Fachärzten wird auch für eine Kleinstadt als völlig ausreichend eingeschätzt. Allerdings verweist die Schließung der Kurklinik (2011) und der fehlende Nachfolger für einen Kinderarzt auch in Bad Sachsa auf erste Probleme im Bereich der medizinischen Versorgung.

Die Handlungsmöglichkeiten der Kommunen werden als sehr begrenzt eingeschätzt. Dies liege insbesondere an den fehlenden Kompetenzen, die beim Bund und den Ländern liegen. An deren Gesundheitspolitik beklagen vor allem die Akteure aus Ostdeutschland, dass nach der Wende funktionierende Strukturen – wie Polikliniken, Gemeindeschwestern und Zweigpraxen – zerstört wurden, um sie jetzt teilweise wieder unter neuem Namen einzuführen. Zusammenfassend stellt Tabelle 1 die vier benannten Anpassungsstrategien und die ihnen zugeordneten Maßnahmen zusammenfassend dar.

Öffentlicher Personennahverkehr (ÖPNV)

Beide untersuchten Kleinstädte werden von mehreren Buslinien angefahren, was zu einer relativ hohen Frequenz (im

Strategien	Maßnahmen
1. Angebotsreduktion	<ul style="list-style-type: none"> - Taktausdünnung - keine Anbindung kleiner Orte - Streichung wenig nachgefragter Linien
2. Gewinnung neuer Nutzer	<ul style="list-style-type: none"> - günstige Tarife für spezielle Nachfrager - kurze Wege zu den Haltestellen - barrierefreie Zugänge - Vereinfachung des Fahrplanes durch integrierten Taktverkehr - Anbindung touristischer Ziele - Marktanalysen
3. Umstrukturierung zur Effizienzsteigerung	<ul style="list-style-type: none"> - Abschaffung des freigestellten Schülerverkehrs - Staffelung der Schulanfangszeiten - Privatisierung der Verkehrsunternehmen und Ausschreibung der Verkehrsleistung - Übertragung der Aufgabenträgerschaft auf Zweckverband - Fusion der kreiseigenen Verkehrsunternehmen

Tab. 2: Anpassungsstrategien und -maßnahmen im Daseinsvorsorgebereich ÖPNV (Quelle: eigene Zusammenstellung)



10- bis 20-Minuten-Takt) führt, die abends und an Wochenenden deutlich ausgedünnt ist. Von den Ortsteilen fährt alle ein bis zwei Stunden ein Bus zur Kernstadt, abends und am Wochenende allerdings seltener. Die Hauptnutzergruppe sind Schüler, deren Zahl rückläufig ist. Damit sind Finanzierungsprobleme verbunden. Andere Gruppen nutzen das Angebot selten, da der Pkw-Besatz hoch ist, Mitnahmemöglichkeiten genutzt werden, Taxi- und Lieferdienste existieren und sich die Zielorte ausdifferenzieren. Daraus ergibt sich für die Planung auch, dass es außerhalb des Schülerverkehrs keine eindeutigen Nutzungsspitzen mehr gibt.

Die ÖPNV-Anbindung wird von den Schlüsselpersonen in beiden Kleinstädten insgesamt positiv bewertet. Dazu wird das Angebot mit anderen ländlichen Regionen verglichen, in denen es oft noch schlechter sei. Zum Teil wird die Verbindung zu den Ortsteilen bemängelt. Allerdings kennen diese Akteure das Angebot kaum, da sie selbst ausschließlich Auto fahren. Als problematisch wird der durch das Mittelgebirgsrelief zusätzlich erschwerte Zugang zu den Haltestellen gerade für Hochbetagte beurteilt.

Die kommunalen Einflussmöglichkeiten auf das ÖPNV-Angebot sind gering, da die Aufgabenträgerschaft für den Busverkehr beim Landkreis oder einem von ihm beauftragten Zweckverband liegt. Von den Kleinstädten werden zwar Wünsche nach Anschlussicherung, besserer Anbindung der Ortsteile oder einem City-Bus für die Feinerschließung der Stadtgebiete abseits der Hauptstraße geäußert, die Umsetzungswahrscheinlichkeit aber als gering eingeschätzt. Denn für die Landkreise ist der ÖPNV ein Kostenfaktor, und da die Zuweisungen für den Schülerverkehr zurückgehen, sollen die nötigen Zuschüsse reduziert werden. Angebotserweiterungen sind deshalb unrealistisch.

Der Landkreis Osterode strukturiert das Angebot um, wodurch Mittel eingespart und nötige Verbindungen in Bezug auf die Nutzungshäufigkeit aufrechterhalten werden sollen. Neben der Taktausdünnung werden auch kleine Weiler mit weniger als 100 Einwohnern überhaupt nicht mehr angefahren. Dies betrifft allerdings erst zwei Orte im Landkreis. Vor einigen Jahren wurde der freigestellte Schülerverkehr abgeschafft und bis auf wenige Ausnahmen in den Linienverkehr integriert. Dadurch sind Mittel freigeworden, die in den Erhalt unrentabler Strecken umgeschichtet werden können, was bereits zur Aufrechterhaltung einer Linie in Bad Sachsa genutzt wurde.

Der Landkreis Harz hat ebenfalls Finanzierungsprobleme, weil mit den Schülerzahlen die Finanzzuweisungen zurückgehen und die Aufwendungen für den Schülerverkehr aufgrund von Schulschließungen steigen. Als Reaktion wurde der Liniertakt vor allem abends und am Wochenende ausgedünnt. Auch hier ist im Nahverkehrsplan festgehalten, dass Orte mit weniger als 200 Einwohnern nicht mehr angefahren werden müssen. Doch wird auch versucht, die rückläufigen Nutzerzahlen im Schülerverkehr durch Zugewinne im Freizeitverkehr

(z. B. durch Sondertarife für Vielfahrer und Geringverdiener) zu kompensieren. Ein weiterer Anreiz zur Nutzung des ÖPNV ist der integrierte Taktfahrplan, mit dem Umsteigezeiten minimiert werden. Allerdings muss dieser Fahrplan aufgeweicht werden, wenn Schulschließungen oder Fahrplanänderungen auf den überregionalen Linien Anpassungen erfordern. Dieser offensiven Strategie steht außerdem entgegen, dass gerade touristisch genutzte Busverbindungen am Wochenende und in den Randzeiten vom Landkreis gestrichen werden.

Eine weitere Reaktion auf den demografischen Wandel ist ein Investitionsprogramm für Kommunen zur Schaffung von Barrierefreiheit, die vom Landkreis Harz bis zu 90% gefördert werden. Darüber hinaus wurde im Nahverkehrsplan ein Richtwert für den maximalen Fußweg zur Haltestelle festgelegt. Allerdings treten bei der Einrichtung neuer Haltestellen häufig lokal Konflikte auf. Tabelle 2 stellt die vier beschriebenen Strategien im Bereich des ÖPNV zusammenfassend dar.

Fazit zur Anpassung

Viele Bereiche der Daseinsvorsorge unterliegen seit den 1990er Jahren einer großen Veränderungsdynamik. Auch in der medizinischen Versorgung und beim ÖPNV sind einschneidende Veränderungen zu beobachten. Die in Reaktion darauf entwickelten Anpassungsmaßnahmen können durchaus gegenläufig sein, wenn z. B. sowohl Konzentrations- als auch Dezentralisierungsbestrebungen (wie bei der medizinischen Versorgung) berichtet werden. Der Schwerpunkt beim ÖPNV liegt bei Angebotskürzungen und Effizienzsteigerungen (retrenchment), während in der medizinischen Versorgung in erster Linie auf Umorganisation und Schaffung von Anreizen (repositioning) gesetzt wird. Da keine der untersuchten Organisationen völlig unabhängig agieren kann, ist als weitere Strategie die Kooperation mit anderen Akteuren (vorrangig Träger öffentlicher Belange, aber auch Private) zu unterscheiden. Für die Zukunft ist zu erwarten, dass diese Strategie weiter an Bedeutung gewinnen wird. Die Bedeutung der Kommunen und Landkreise steigt in diesem veränderten Akteursgeflecht: Sie sind aktive Moderatoren von Veränderungsprozessen und folgen bei allen haushaltsbedingten Einschränkungen nicht nur Sachzwängen. Zugleich ist zu konstatieren, dass es für keinen der hier dargestellten Bereiche längerfristige Strategien gibt. Auch deshalb wird die Anpassung von Daseinsvorsorgeeinrichtungen eine Daueraufgabe verschiedener Akteure auf unterschiedlichen Ebenen bleiben.

Beobachtete Bewältigungsstrategien und -ressourcen

Erneut werden nachfolgend die medizinische Versorgung und der Nahverkehr in den Blick genommen – dieses Mal aus dem Blickwinkel der Alltagsbewältigung. Dabei interessiert uns, wie ältere Menschen in den beiden Fallstudienkommunen diese Bereiche der Daseinsvorsorge bewerten und welche Ressourcen sie zu ihrer Nutzung mobilisieren können und müssen.



Die medizinische Versorgung wird insbesondere in Harzgerode kritisch beurteilt und zählt zu den am häufigsten genannten Problemen. Fachärzte fehlen in fast allen Ortsteilen, einschließlich der Kernstadt, und werden vor allem im nächsten Mittelzentrum, in Quedlinburg, besucht. Die Anbindung mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu den Fachärzten wird als problematisch beschrieben. In Notfällen komme oft nur noch der direkte Weg ins Krankenhaus in Frage. In der Kernstadt von Bad Sachsa wird kein Mangel an ärztlichen Leistungen beklagt, auch wenn Fachärzte oft nur stundenweise Sprechstunden anbieten. Auch die Befragten aus den Dörfern loben das Ärztehaus in der Kernstadt mit Haus- und verschiedenen Fachärzten. Die Bewertungen erfolgen vor dem Hintergrund der eigenen gesundheitlichen Situation, im Vergleich zu früheren Zeiten sowie zu anderen Siedlungstypen. Die Erwartungshaltungen sind in den meisten Fällen der ländlichen Wohnsituation angepasst, großstädtische Versorgungsniveaus werden nicht erwartet. In Harzgerode spielt noch immer die andere Struktur des DDR-Gesundheitssystems eine wichtige Rolle für die Einschätzungen. Besonders hervorgehoben wird die verlorengegangene Institution der Gemeindegewerkschaft.

Beim Thema ÖPNV wird am häufigsten der Bus genannt. Er ist das wichtigste Verkehrsmittel, wenn kein Auto im Haushalt verfügbar ist und nicht auf soziale oder familiäre Netzwerke zurückgegriffen werden kann. Der Busverkehr und vor allem die Anbindung aus den Dörfern an den Hauptort und von dort zu den nächsten städtischen Zentren werden von den Befragten im Ost- wie Westharz und gleichermaßen in den Kernstädten wie den dörflichen Ortsteilen kritisiert.

In Harzgerode gibt es aus den Ortsteilen keine Direktverbindungen in andere Städte des Landkreises. Kritisiert wird, dass zusätzlich zum Bus ein Taxi genommen werden muss, um z. B. das Krankenhaus in Quedlinburg zu erreichen. Dies sei immer dann der Fall, wenn die Taktung an schulfreien Tagen und Wochenenden ausgedünnt ist. Existierende Anpassungsmaßnahmen wie Rufbusse zur individuelleren Gestaltung der eigenen Mobilität werden nicht als ideale Lösung gesehen, da auch sie Planung erforderten, und sei es nur einen Tag im Voraus. In der Kernstadt besteht der Wunsch nach besseren Nahverkehrsanschlüssen und mehr Bushaltestellen, da die Wege zu Bushaltestellen oft als zu lang empfunden werden. In Bad Sachsa wird der Wunsch nach einem Citybus geäußert, der ein- bis zweimal täglich durch den Ort fährt, den Bahnhof anfährt und es den nichtmotorisierten Senioren ermöglicht, ihre Besorgungen und Wege zu erledigen.

Aus der Perspektive der Alltagsbewältigung ist festzustellen, dass die in beiden Kommunen zu konstatierende langfristige Ausdünnung der Daseinsvorsorge in den Ortsteilen die Zentrumsfunktion der jeweiligen Kernstadt stärkt. Aufgrund der deutlich disperseren Siedlungsstruktur von Harzgerode (wo die Kernstadt bis zu 13 km entfernt ist, in Bad Sachsa sind es nur maximal 5 km) gibt es hier weitere städtische Zentren der

näheren und fernerer Umgebung, die für die Inanspruchnahme ärztlicher Dienstleistungen, für Einkäufe sowie kulturelle Veranstaltungen aufgesucht werden.

Ist die eigene Mobilität durch das Fehlen eines Autos eingeschränkt und sind die Versorgungsangebote in der Nähe unzureichend, stellen Verwandte, Bekannte und Nachbarn die Schlüsselressource zur Alltagsbewältigung dar. Doch führt der Wegzug von jüngeren Familienmitgliedern dazu, dass verwandtschaftliche Netzwerke wegbrechen und etablierte Bewältigungsstrategien nicht mehr umsetzbar sind. Aber auch wenn Kinder oder andere Verwandte vor Ort leben, ist deren Verfügbarkeit durch Berufstätigkeit und Pendeln oft eingeschränkt. Zugleich thematisieren die befragten Senioren ihre Abhängigkeit von diesen Netzwerken.

Neben den persönlichen Netzwerken werden professionelle Fahrdienste genutzt, auch auf Kosten anderer Bedürfnisse. Finanzielle Ressourcen sind insbesondere bei Verwitwung der entscheidende limitierende Faktor der Nutzung bezahlter Bewältigungsmaßnahmen. Doch treten altersbedingt auch gesundheitliche und körperliche Einschränkungen auf, die nicht nur die Mobilität, sondern auch den Transport der gekauften Waren erschweren. Auch ein Nutzungsverzicht oder eine Anpassung der Bedürfnisse ist festzustellen. Wenn eine Versorgung nicht möglich ist, wird schon mal darauf verzichtet. Die Selbstversorgung bzw. Ergänzung der ausgedünnten Versorgungssituationen durch den Eigenanbau von Lebensmitteln als Bewältigungsmaßnahme wird in nur einem Seniorengespräch thematisiert.

Fazit zur Bewältigung

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bewältigung der infrastrukturellen Folgen des soziodemografischen Wandels längst Alltag in schrumpfenden und alternden Räumen ist. Räumliche Mobilität (exit 2) ist selbstverständlicher Teil der Versorgung mit Gütern und Dienstleistungen. Sie stößt allerdings im Alter an neue Grenzen, wenn es zu gesundheitlichen Einschränkungen, dem Verlust des Partners oder zur Ausdünnung der sozialen Netzwerke kommt. Wegzug aufgrund von empfundenen Versorgungsdefiziten (exit 1) ist für die befragte Bevölkerungsgruppe kurzfristig kein Thema. Kollektive Gegenstrategien (im Sinne von voice) finden sich bei den hier diskutierten Feldern nicht (aber z. B. für die Schulversorgung; Steinführer u. a. 2012). Auch individuelle Strategien jenseits von Mobilität stellen die Ausnahme dar. Anpassung und Einschränkung von Bedürfnissen (loyalty) sind ebenfalls Teil langfristiger Bewältigung.

Anpassung findet längst statt: Zusammenfassung und Ausblick

Die Untersuchung beschäftigte sich mit einem in der raumwissenschaftlichen Forschung nur wenig beachteten Siedlungstyp, der in einer historischen Perspektive als besonders



dauerhaft zu bezeichnen ist: der Kleinstadt. Auch im Ergebnis der hier nur auszugsweise vorgestellten Studie kann eine ausgeprägte Anpassungsfähigkeit der Kleinstädte und ihrer Akteure – der Entscheidungsträger ebenso wie ihrer Bewohner – festgehalten werden. Mehr noch: Im Zusammenspiel mit planerischen und Verwaltungsentscheidungen, wie die Zusammenlegung von Einrichtungen oder ganzer Gemeinden, kann der soziodemografische Wandel sogar zu einer Stärkung der historischen Kleinstadt (heute oft die Kernstadt eines größeren verwaltungsrechtlichen Siedlungsgebildes) führen. Für wichtige Bereiche der Daseinsvorsorge, wie der medizinischen Versorgung, ist die nahe gelegene Kleinstadt für die Bewohner des ländlichen Raumes der erste Anlauf- oder Anfahrpunkt, wenn sich Bedürfnisse nicht direkt vor Ort erfüllen lassen. Im Zuge jahrzehntelanger Ausdünnungsprozesse (die in der Untersuchungsregion im Westen früher einsetzten als im Osten) ist diese Zentrumsfunktion gestärkt worden.

Die Untersuchung erbrachte außerdem die Erkenntnis, dass die eingangs getroffene Unterscheidung zwischen Entscheidungsträgern einerseits und der Bevölkerung andererseits in doppelter Hinsicht zu kurz greift: Erstens gibt es aufgrund des Wandels der Daseinsvorsorge eine neue Vielfalt der damit befassten Akteure auf unterschiedlichen Ebenen (z. B. öffentliche Träger, private Anbieter, Gemeinnützige oder Public Private Partnerships). Diese neue Vielfalt erschwert die horizontale und vertikale Steuerung. Zweitens ist die Rollenverteilung zwischen Anbietern und Nachfragern längst nicht so eindeutig wie dargestellt: So ist die Bevölkerung nicht nur Nachfrager, sondern hält gerade in Kleinstädten und Dörfern traditionell einen Teil der Daseinsvorsorge, insbesondere im kulturellen Bereich oder im Brandschutz, vor. Gern wird von der Politik ein „Mehr“ an solch bürgerschaftlichem Engagement gefordert, doch ist dies etwa für die beiden hier thematisierten Bereiche der Daseinsvorsorge nur in sehr beschränktem Maße möglich.

Aller Ausdünnung der Daseinsvorsorge zum Trotz ist im Ergebnis der vergleichenden Studie aber auch festzuhalten, dass nicht nur finanzielle Spielräume und Mindeststandards, sondern auch lokale Aushandlungen, normative Setzungen, Moderationsbereitschaft von Verwaltungen und Eigeninitiative bei ähnlicher Ausgangslage zu unterschiedlichen Anpassungsstrategien der verantwortlichen Akteure führen und damit zu lokal spezifischen Ausstattungsniveaus beitragen. Aus Sicht der Bevölkerung ist ein kontinuierlicher Umgang mit einer veränderten Daseinsvorsorgeausstattung (Bewältigung) Teil des Wohn- und Lebensmodells ländlicher Raum, doch steht Alltagsbewältigung im Alter durch abnehmende Automobilität und kleiner werdende soziale Netze vor veränderten Herausforderungen. Dabei ist in ländlichen Kleinstädten und in noch stärkerem Maße in den dörflichen Ortsteilen eine gewisse Selbstbescheidung zu beobachten – Ausstattungsniveaus wie in der Großstadt werden nicht erwartet. Daseinsvorsorge gilt in hohem Maße als das „Nötige“ – und dieses wird auch in Zukunft Gegenstand von subjektiven Zuschreibungen und

lokalen Aushandlungsprozessen vor Ort, aber auch zwischen der Kernstadt und den Ortsteilen bleiben. Ein hohes Maß der Anpassungsfähigkeit von Kleinstädtern und Kleinstädten gleichermaßen wird somit weiterhin notwendig sein.

Dr. Annett Steinführer, Dr. Patrick Küpper,

Institut für ländliche Räume, Johann Heinrich von Thünen-Institut – Bundesforschungsinstitut für Ländliche Räume, Wald und Fischerei, Braunschweig

Alexandra Tautz, M.A., Regionale Planungsgemeinschaft Uckermark-Barnim, Eberswalde

Eine Langfassung dieses Artikels wurde veröffentlicht in: Altröck/Huning/Kuder/Nuissl (2014): Die Anpassungsfähigkeit von Städten. Zwischen Resilienz, Krisenreaktion und Zukunftsorientierung. Planungsrundschau 22, Berlin.

Quellen:

Boyne, George A. (2004): A '3Rs' Strategy for Public Service Turnaround: Retrenchment, Repositioning and Reorganization. In: Public Money and Management 24, S. 97–103.

Einig, Klaus (2008): Regulierung der Daseinsvorsorge als Aufgabe der Raumordnung im Gewährleistungsstaat. In: Informationen zur Raumentwicklung 2008, S. 17–40.

Holz-Rau, Christian/Günthner, Stephan/Krummheuer, Florian (2010): Daseinsvorsorge ist keine Ortseinsvorsorge. Hinweise zur Planung in dünn besiedelten Räumen. In: Informationen zur Raumentwicklung H. 7, S. 489–504.

Knorr, Andreas (2005): Gemeinwohl und Daseinsvorsorge in der Infrastruktur. In: Hartwig, Karl-Hans/Knorr, Andreas (Hg.): Neuere Entwicklungen in der Infrastrukturpolitik. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 31–53.

Küpper, Patrick/Steinführer, Annett/Ortwein, Steffen/Kirchesch, Moritz (2013): Regionale Schrumpfung gestalten. Handlungsspielräume zur langfristigen Sicherung gesellschaftlicher Teilhabe schaffen und nutzen. Braunschweig und Bonn: Thünen-Institut für Ländliche Räume und Bundesanstalt für Ernährung und Landwirtschaft (BLE); http://www.ti.bund.de/fileadmin/dam_uploads/Institute/LR/lr_de/Lr_de_Downloads/Broschuere_Regionale_Schrumpfung_gestalten_Webversion.pdf (Zugriff: 7.11.2014).

Steinführer, Annett/Küpper, Patrick (2013): Lokale Lebensqualität: Definitionen und Gestaltungsoptionen unter Alterungs- und Schrumpfungsbedingungen. In: Maretzke, Steffen (Hg.): Der demografische Wandel. Eine Gefahr für die Sicherung gleichwertiger Lebensbedingungen? BBSR-Online-Publikation 2/2013, 16–28; http://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Veroeffentlichungen/BBSROnline/2013/DL_ON022013.pdf (Zugriff: 7.11.2014).

Steinführer, Annett/Küpper, Patrick/Tautz, Alexandra (2012): Gestaltung der Daseinsvorsorge in alternden und schrumpfenden Gemeinden – Anpassungs- und Bewältigungsstrategien im Harz. Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut (Landbauforschung; Sonderheft 367); http://www.ti.bund.de/fileadmin/dam_uploads/vTI/Publikationen/Thuenen%20Report/lbf_sh367.pdf (Zugriff: 7.11.2014).

Thrun, Thomas (2003): Handlungsansätze für ländliche Regionen mit starkem Bevölkerungsrückgang. In: Informationen zur Raumentwicklung H. 12, S. 709–717.