

DER AUFBAU OST ALS GEGENSTAND DER FORSCHUNG

Untersuchungsergebnisse seit 1990

Projekt im Auftrag des Bundesamts für Bauwesen
und Raumordnung (BBR)

Bearbeitet vom Deutschen Institut für Urbanistik (Difu)
in Kooperation mit:

- dem Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)
- dem Institut für Wirtschaftsforschung Halle (IWH)
- dem Leibniz-Institut für ökologische Raumentwicklung e.V. (IÖR)
- dem Leibniz-Institut für Regionalentwicklung und Strukturplanung (IRS)
- dem Leibniz-Institut für Länderkunde e.V. (IfL)
- der TU Dresden. Lehrstuhl für Verkehrs- und Infrastrukturplanung (VIP)
- der Universität Potsdam, Lehrstuhl Politikwissenschaft, Verwaltung, Organisation

HEFT 05: GRUNDVERSORGUNG/ SOZIALE INFRASTRUKTUR

Berlin, Oktober 2004

Deutsches Institut für Urbanistik



Heft 05. Grundversorgung/ Soziale Infrastruktur

Bearbeitet vom:

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)

Bearbeiter:

Diplom-Volkswirt Michael Reidenbach

Projektkoordinator am DIFU:

Dr. Michael Bretschneider

Die Veröffentlichung beruht auf einem vom Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen (BMVBW) und dem Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR) im Rahmen des Forschungsprogramms „Projektplanung Aufbau Ost“ geförderten Forschungsprojekt „Der Aufbau Ost als Gegenstand der Forschung. Untersuchungsergebnisse seit 1990“. Die von den Autoren vertretenen Auffassungen sind nicht unbedingt mit denen der Auftraggeber identisch.

Inhalt

Heft 05. Grundversorgung/ Soziale Infrastruktur

5.1	Einführung.....	4
5.1.1	Ausgangslage und Entwicklung	4
5.1.2	Materialbeschaffung und -auswertung	5
5.1.2.1	Verwendete Datenbanken.....	5
5.1.2.2	Auswertung	7
5.1.2.3	Überlegungen zur Gliederung	8
5.2	Ergebnisse zentraler Studien	9
5.2.1	Definitionen und Abgrenzungen	9
5.2.2	Übergreifende Studien	10
5.2.3	Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarf.....	14
5.2.4	Versorgung mit Sozialer Infrastruktur.....	18
5.2.4.1	Versorgung mit Kindertagesstätten.....	18
5.2.4.2	Versorgung mit Jugendeinrichtungen	28
5.2.4.3	Versorgung mit Altenheimen	30
5.2.5	Medizinische Versorgung.....	32
5.2.5.1	Vorbemerkung.....	32
5.2.5.2	Ambulante Versorgung	33
5.2.5.3	Stationäre Versorgung mit Krankenhäusern	37
5.2.5.4	Gesundheitliche Versorgung.....	44
5.3	Forschungslücken	46
5.4	Literatur	49

5.1 Einführung

5.1.1 Ausgangslage und Entwicklung

Unter dem Begriff Grundversorgung sollen Forschungsergebnisse zu einer Auswahl von Bereichen analysiert werden, die sich auf die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs und örtlichen Dienstleistungen, die Versorgung mit Kindertagesstätten, mit Jugendeinrichtungen, mit Altenheimen sowie auf die medizinische Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser beziehen. Der Bereich der allgemeinbildenden Schulen wird in Kapitel 06 behandelt. Dies ist eine Auswahl der wichtigsten Bereiche. Soweit die Forschung auch andere Bereiche unter dem Stichwort Grundversorgung behandelt, wie die Apotheken, die Post, Telekommunikation, Gastwirtschaften, Bankfilialen werden diese hier einbezogen. Dabei steht die räumliche Versorgung der Bevölkerung in quantitativer und qualitativer Hinsicht im Mittelpunkt, andere Aspekte bleiben eher unberücksichtigt.

Bei der Organisation und den Trägern der Grundversorgung führte die Wiedervereinigung mit der Übernahme des Systems der Bundesrepublik zu tief greifenden Änderungen in den neuen Bundesländern. In der DDR mit ihrem ausgeprägten dirigistischen System war die Bereitstellung von Leistungen für die Bevölkerung ein wichtiges politisches Ziel und lag ganz überwiegend in den Händen von Staat und Partei. Angestrebt wurde eine gleichmäßige Versorgung, die zum Teil kostenlos oder stark subventioniert war. Allerdings wurde die Wirtschaft in der DDR diesem Anspruch nicht gerecht, wie die häufigen Klagen über mangelhafte Versorgung und /oder Qualität der Güter zeigen.

Ein wesentlicher Unterschied zum Westen war dabei auch die hohe Einbindung der Betriebe in die Versorgung der Bevölkerung. Größere und mittlere Betriebe verfügten über eigene Kindertagesstätten, eigene Läden, Berufsschulen usw. Vor allem im ländlichen Raum wurde der ÖPNV von den LPG's und den Betrieben aufrechterhalten.

Das Versorgungssystem mit Gütern des täglichen Bedarfs in der DDR (HO, Konsum) wurde nach der Wende auf eine marktwirtschaftliche Versorgung umgestellt. Die Handelseinrichtungen konzentrierten sich jetzt auf die zentralen Orte und deren unmittelbares Umfeld. Viele Versorgungsstützpunkte in kleineren Orten wurden aufgegeben oder durch eine mobile Versorgung ersetzt. Auch die Versorgung von einzelnen Stadtteilen scheint teilweise problematisch zu sein. Vergrößerung der Betriebsflächen und neue Betriebsformen prägen das Bild. Der großflächige Einzelhandel und die Versorgung mit höherwertigen Waren im Innenstadtbereich werden in Kapitel 04 behandelt.

Die Bereiche der Grundversorgung sind in unterschiedlichem Maße von der zahlenmäßigen Entwicklung einzelner Bevölkerungsgruppen betroffen. Besonders machte sich der Rückgang der Geburtenzahl in den neuen Bundesländern im Zeitraum 1989 bis 1994 um 60% bemerkbar. Inzwischen ist die Geburtenzahl zwar wieder auf etwa 50% des Niveaus von 1989 gestiegen, die fehlenden Geburten werden sich aber lange Zeit in der Nachfrage nach Infrastrukturleistungen bemerkbar machen. Die Anpassungen an den Geburtenrückgang wurden im Kindertagesstättenbereich bereits vollzogen. Es wurden gleichzeitig die betrieblichen Einrichtungen nach der Wende von den Kommunen übernommen, wobei in der Regel das im Vergleich zu Westdeutschland sehr hohe Versorgungsniveau beibehalten wurde (auch mit Unterstützung durch die Län-

der). Dies führte bei den Kommunen zu einem (vorüber gehenden) hohen Beschäftigungsstand. Allmählich gingen viele Kommunen dazu über, die Einrichtungen auf Freie Träger zu übertragen, wobei sie diese subventionieren müssen.

Ein generelles Problem der neuen Länder war der zum Teil erschreckend schlechte bauliche Zustand der sozialen Infrastruktur. Deren Erneuerung kann nur langfristig und unter großem Ressourceneinsatz erfolgen (siehe Kapitel Finanzen). Als Beispiel kann hier etwa die Versorgung der Bevölkerung mit Altenheimen („Feierabendheime“) angeführt werden, die zu DDR Zeiten überbelegt (4 – 10 Personen pro Zimmer) und in ehemaligen, verstaatlichten Schlössern, Villen etc. untergebracht waren. Durch Privatisierung, Einsatz von privatem Kapital, hohen Zuschüssen von Bund und Ländern ist es gelungen den Standard in diesem Bereich merklich anzuheben, was trotz der Subventionierung mit einem großen Gebührenanstieg verbunden war.

Staatlichen Einrichtungen führten auch im allgemeinen das Gesundheitssystem, d.h. nur ganz wenige Krankenhäuser wurden von gemeinnützigen Organisationen betrieben, Ärzte waren entweder in Polikliniken tätig oder vom Staat angestellt, aber überwiegend nicht selbständig. Nach der Wende wurden die Ärzte sehr schnell selbständig. Heute besteht das Problem, in ländlichen Regionen eine Versorgung durch Allgemeinmediziner zu gewährleisten, da sehr viele Ärzte altersbedingt aus dem Berufsleben ausscheiden werden. Die Krankenhäuser in kommunaler Trägerschaft wurden nur allmählich an Freigemeinnützige Organisationen oder private Unternehmer übertragen. Nach der Modernisierung dieser Krankenhäuser wird heute eine optimale Hierarchie der Krankenhäuser gesucht, die sich eher an der Leistung für Patienten denn an der Bettenkapazität orientiert.

5.1.2 Materialbeschaffung und -auswertung

5.1.2.1 Verwendete Datenbanken

Die Materialbeschaffung wurde mit einer umfangreichen Auswertung von Datenbanken begonnen. Dabei erwies sich die FORS Datenbank für das Thema Grundversorgung als nicht sehr ergiebig. So wurden z.B. unter dem Stichwort „Einzelhandel“ von den 2.150 Titeln für die neuen Bundesländer ganze 36 gefunden, das entspricht einem Anteil von 1,7%. Unter dem Stichwort Krankenhaus/Krankenhäuser wurde nur ein Eintrag gefunden. Daher musste vor allem auf spezialisiertere Datenbanken zurückgegriffen werden.

Übersicht 1:

FORS
ORLIS
DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information - Heclinet
Deutsche Zentralbibliothek für Medizin
KOBV-Suchmaschine in Berlin und Brandenburg:
Zentral- und Landesbibliothek Aleph Humboldt-Universität
Katalog der TU Berlin: Bibliothek Städtebau/Geographie; Architektur
Universitätsbibliothek der FU Berlin
Diverse Hoch- und Fachschulen in Berlin und Brandenburg
Fraunhofer-Publika
Karlsruher Virtueller Volltext-Katalog
Deutsches Jugendinstitut, München
Geographisches Institut der Georg-August-Universität Göttingen
GeroLit Deutsches Zentrum für Altersfragen
RSW Dokumentationszentrum Raum und Bau
Parlamentsspiegel
LIDOS

Schließlich wurde auch das Internet mit Hilfe von Suchmaschinen nach relevanter Forschung zu dem Thema Grundversorgung durchforstet.

In einem zweiten Schritt wurde eine Auswahl aus den so ermittelten Literaturtiteln getroffen. Die Auswahl wurde an Hand des Titels, der Autoren, Auftraggebern und, falls vorhanden, von Abstracts vorgenommen. Die Beschaffung der Literatur war teilweise aufwändig, da die Titel z.T. erst über Fernleihe beschafft werden konnten. Die Titel wurden in eine EXCEL-Datei eingetragen.

In einem dritten Schritt wurde die ausgewählte Literatur einer Sichtung nach Eignung für die Materialsammlung unterzogen. Dabei galt es vor allem die „Leitstudien“ zu identifizieren.

5.1.2.2 Auswertung

Ein erster Überblick über die relevante Forschung zeigt, dass die Informationen aus drei Kategorien von Forschungsarbeiten kommen:

- Forschung zum Transformationsprozess, im Wesentlichen ein Vergleich der Situation Vorher-Nachher mit Ausführungen zur Prozessdynamik.
- West-Ost-Vergleiche, insbesondere auch zur Evaluation von Unterstützungsmaßnahmen.
- Darstellungen und Analysen eines Landes, einzelner Regionen und Städte und Vergleiche zwischen den Raumeinheiten.

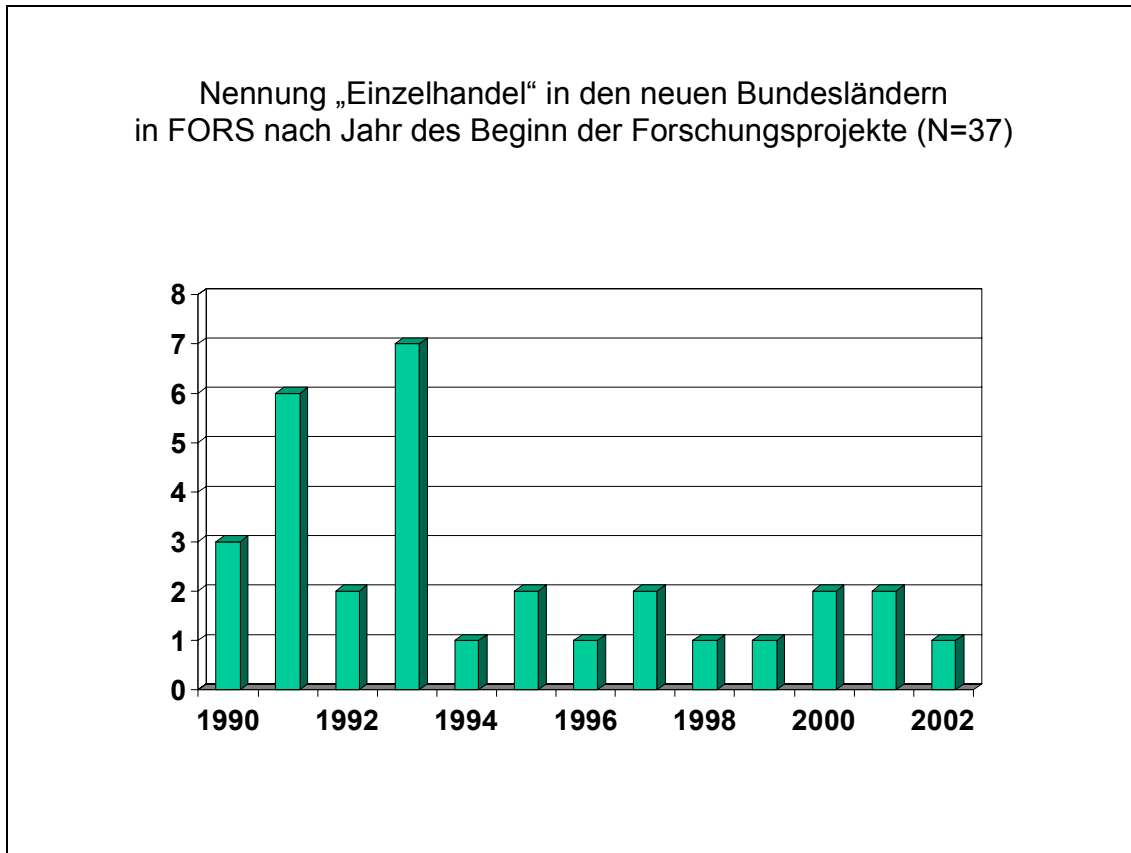
Es gibt eine Menge Forschungsarbeiten, die das Thema Grundversorgung zwar behandeln, z.T. auch ausführlich, in denen aber noch zahlreiche andere Themen bearbeitet wurden. Diese Forschungsarbeiten dürfen aber nicht vernachlässigt werden, da sonst die für dieses Kapitel verfügbaren Forschungsarbeiten erheblich schrumpfen würden.

In vielen Fällen, ist die Abgrenzung dessen, was als Forschung zu bezeichnen ist, sehr schwierig. Dies gilt insbesondere für die Veröffentlichungen, die eher als statistische Aufzählung zu kennzeichnen sind oder die die Situation eines Landes/Stadt in einem Sozialbericht u.ä. beschreiben. Andererseits erwiesen sich die Bürgerbefragungen der Großstädte als ein sehr ergiebiges Material gerade zum Thema Grundversorgung.

Es gibt offensichtlich eine erhebliche Diskrepanz zwischen erstellten und veröffentlichten Forschungsarbeiten, vor allem in Bereich des Einzelhandels. Dort wird eine nicht unerhebliche Menge an statistischen Daten erhoben und ausgewertet, deren Ergebnis durchaus in die Kategorie Forschung fallen kann. Da diese Arbeiten, wie die Veröffentlichungslisten der einschlägigen Forschungsinstitute zeigen, jedoch zumeist im Zusammenhang mit privaten Bauvorhaben erstellt werden, ist eine Veröffentlichung nicht vorgesehen. Das gilt auch für Gegengutachten wie sie z.B. von der öffentlichen Hand oder Bürgerinitiativen in Auftrag gegeben wurden.

Insgesamt drängt sich der Eindruck auf, dass das Thema Grundversorgung Anfang bis Mitte der neunziger Jahre seine Blütezeit in der Forschungslandschaft hatte und danach vernachlässigt wurde. Dieser Eindruck mag an folgender Abbildung 1 exemplifiziert werden, in der die mit dem Stichwort Einzelhandel oder Grundversorgung in FORS, nach Jahr des Projektbeginns, für die neuen Bundesländer Projekte aufgezeigt werden. Während kurz nach der Wende eine erhebliche Menge an Forschungsprojekten erfasst werden konnten, sind es seit 1994 nur noch ein bis zwei im Jahr.

Abbildung 1



Die denkbaren Gründe für diesen Rückgang sind u.a.:

- Forschungsmittel werden nicht mehr für diesen Bereich vergeben, d.h. Intensität und Richtung auch universitärer Forschung wird heute in starkem Maße durch die Forschungspläne von DFG oder BBR bestimmt.
- Das Thema ist abgegrast, in dem Sinne, dass es schwer ist Neues zu finden.
- Allgemein hat das Interesse an der Problemanalyse nachgelassen.
- Aufgaben wurden auf Private übertragen, deren eingeholte Gutachten nicht zugänglich sind.

Nur ein Teil der Forschungsarbeiten in diesem Bereich ist der Öffentlichkeit zugänglich. In verschiedensten Quellen konnten Hinweise auf weitere Gutachten gefunden werden, die aber weder veröffentlicht wurden noch einzusehen waren.

5.1.2.3 Überlegungen zur Gliederung

Es erweist sich als sinnvoll die drei Themenblöcke Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs, soziale Infrastruktur und medizinische Versorgung soweit möglich jeweils nach einem einheitlichen Schema zu bearbeiten:

- Einführung

- Transformationsprozess
- Situation Mitte der neunziger Jahre
- Heutige Situation

Zusätzlich wurde noch ein Themenblock „Allgemeine Grundversorgung“ gebildet, in dem die Forschungsprojekte behandelt werden, die sich nicht den vorgenannten Themenblöcken zuordnen ließen, da in ihnen das gesamte Spektrum der Grundversorgung behandelt wird.

Für die Darstellung der Forschung im Bereich Grundversorgung sollte eine relativ weite Abgrenzung gefunden werden. Ausgangspunkt in den Forschungsarbeiten ist zumeist das Angebot an Versorgungseinrichtungen. Die Forschung versucht dabei die Ist-Situation mit anderen regionalen oder nationalen Kennziffern zu vergleichen. In einem weiteren Schritt wird Ist-Angebot der Nachfrage gegenübergestellt. Es wäre jedoch zu eingeschränkt, wenn die Analysen nur bei diesem Soll-Ist-Vergleich stehen bleiben würden. Vielmehr sind auch die Nachfrage-/Angebotsfaktoren in die Analyse einzubeziehen. Dazu zählen auch die finanzielle Förderung, demographische Entwicklung, die Standards oder die Unternehmenspolitik. Schließlich lässt sich der Kreis der einzubeziehenden Forschungsarbeiten auch auf den „outcome“ eines Versorgungsniveaus ausdehnen. Hierher gehören insbesondere Forschungsarbeiten, die sich mit der Gesundheit der Bevölkerung befassen, soweit sie durch die Organisation und Nähe der Krankenhäuser und Ärzte bedingt ist. Auch die Zufriedenheit bzw. die Unzufriedenheit der Bevölkerung mit den Einrichtungen der Grundversorgung gehört in diese Kategorie.

5.2 Ergebnisse zentraler Studien

5.2.1 Definitionen und Abgrenzungen

Zum besseren Verständnis der nun folgenden Literaturanalyse ist es sinnvoll den Begriff der Grundversorgung abzugrenzen und die Berührungspunkte zu anderen Kapiteln aufzuzeigen. Grundversorgung, auch Nahversorgung genannt, ist die Versorgung der Bevölkerung mit den notwendigen Gütern und Dienstleistungen des täglichen Bedarfs. Z.T wird die Grundversorgung aber auch nur als die statistische Kategorie „Einzelhandel mit Waren verschiedener Art, Hauptrichtung Nahrungsmittel, Getränke, Tabakwaren“ bezeichnet. Letzterer Abgrenzung wird hier nicht gefolgt, sondern es werden nicht nur die Forschungsarbeiten zum Einzelhandel, sondern auch zur Versorgung mit Ärzten, mit Kindertagesstätten, Jugend- und Altenheimen einbezogen, während die Bereiche Gaststätten, Sport- und Schwimmanlagen, Post, Friseure u.ä. nur berücksichtigt werden sollen, wenn nennenswerte Forschungsarbeiten dazu vorliegen. Einen besonderen Fall stellen die Krankenhäuser dar, die zwar häufig deutlich weiter weg als die erwähnten Einrichtungen lokalisiert sind, wegen ihrer großen Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung aber einbezogen werden sollen.

Nicht in diesem Kapitel werden einige Einrichtungen behandelt, die zwar zur Grundversorgung gehören aber in anderen Kapiteln behandelt werden. Es sind dies vor allem

der Schulbereich und der ÖPNV. Ferner muss erwähnt werden, dass die Forschung über den Einzelhandel in der Innenstadt und auf der grünen Wiese in Kapitel 04 beschrieben wird.

5.2.2 Übergreifende Studien

Leitstudien par excellence für den Bereich der Grundversorgung sind die Arbeiten von Andri Eglitis und Ulrich Jürgens vom geographischen Institut der Universität Kiel. Insbesondere die Dissertation von Eglitis, die im Rahmen eines DFG Projektes erstellt wurde, behandelt sowohl die **allgemeinen Probleme der Grundversorgung** als auch die speziellen Probleme des **ländlichen Raums**¹. Dabei werden sowohl Versorgungsleistungen von der öffentlichen Hand wie von Privaten einbezogen.

Bereits zu DDR Zeiten gab es eine **Abwanderung** aus ländlichen Räumen bzw. Konzentration in ländlichen Zentren. Unter Autarkiegesichtspunkten bestand aber eine starke Stellung der Landwirtschaft. Durch den Bestand der Handels- und Dienstleistungsbetriebe wurde eine relativ umfangreiche und dezentrale infrastrukturelle Mindestausstattung in allen Gemeinden, aber mit gravierenden qualitativen Mängeln aufrecht erhalten. Die Finanzierung erfolgte häufig durch Betriebe.

Für die empirischen Untersuchungen in dem Projekt wurden unterschiedlich strukturierte Teilräume in ländlichen Gebieten ausgewählt, aber nicht im unmittelbaren Umfeld von Verdichtungsräumen. Sechs (Alt-) Landkreise wurden ausgewählt, in dem jeweils ein Teilraum für die empirische Untersuchung festgesetzt wurde (Angebotsstruktur von 100 ländlichen Gemeinden und vier Städten). Mittels standardisiertem Fragebogen wurde die Angebotssituation 1989 bis 1997 erfasst. Haushaltsbefragungen gab es nur in einigen Siedlungen 1997.

Die Ergebnisse der Forschungstätigkeit verdeutlichen, dass nach der Wende eine **Konzentration der Versorgung** in einigen Versorgungsbereichen auf zentrale Orte statt fand, in der Mehrzahl der nichtzentralen Orte sind ein Teil oder die Gesamtheit der Handels- und Dienstleistungsbetriebe geschlossen worden, die verbliebenen Leistungen werden aber zum Teil in verbesserter Qualität angeboten. Insbesondere sind dabei die **Postversorgung** und der **Lebensmittelhandel** zu erwähnen. Vom Abbau betroffen sind besonders Gemeinden mit weniger als 200 Einwohnern. Zum Teil wird ein Ausgleich durch periodische Arztprechstunden oder mobile Versorgung auch im Kreditwesen geschaffen.

Die befragten Haushalte sind durch ein eher unterdurchschnittliches Einkommen gekennzeichnet, trotzdem ist der Anteil der **Haushalte mit Pkw-Besitz** recht hoch. In den ländlichen nichtzentralen Orten wird nur etwa ein Fünftel des Bedarfs am Wohnort gedeckt, Hauptversorgungsort ist dabei nicht der ländliche Zentralort, sondern das nächstgelegene Unter/Mittelzentrum. Entsprechend müssen **erhebliche Entfernungen** zurückgelegt und Zeit aufgebracht werden. Im Gegensatz dazu versorgen sich die Bewohner der ländlichen Zentralorte bei den Waren zu 50% und bei den Dienstleistungen zu 80% am Wohnort. Mobile Versorgungsleistungen werden hauptsächlich bei Backwaren und

¹ Eglitis, Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen in ländlichen Räumen der neuen Bundesländer (1999).

etwas weniger bei Fleischwaren genutzt. Insgesamt wird den ländlichen Zentralorten eine schwache Stellung im Siedlungsgefüge bescheinigt, was auch mit den besseren Möglichkeiten der Kopplung von Versorgungseinkäufen in Unterzentren zusammen hängt. Zwischen den einzelnen untersuchten Räumen bestehen erhebliche Unterschiede sowohl was den aktuellen Versorgungsgrad als auch was den Abbau von Einrichtungen seit 1990 angeht.

Eine weitere Studie zur **Versorgungssituation des ländlichen peripheren Raums** in den neuen Bundesländern wurde von Christof Ellger vom Institut für geographische Wissenschaften der Freien Universität Berlin erstellt². Im Zentrum der Arbeit stand dabei eine Befragung von Einwohnern dreier Ämter im brandenburger Dahme-Spreewald Landkreis. Dabei wurden eine Stichprobe von 7,5% aller Haushalte (= 486 auswertbare Fragebögen) im Untersuchungsgebiet mit Erfolg befragt, die auf alle Ortsteile (bis auf den zentralen Ort Stadt Luckau) verteilt waren.

Bei der Einschätzung der Erreichbarkeit überwog in den meisten Bereichen ganz eindeutig die Kategorien „ganz einfach“ und „eher einfach“, Die Nennung „schwierig“ und sehr „schwierig“ wurde vor allem den Einkäufen bei den Kategorien Lebensmittel (10%), Bekleidung (15%) und Post (13%) zugeordnet, während die Erreichbarkeit eines Arztes nur von knapp 7% so beurteilt wurde. Die Studie hatte nun die Zielsetzung speziell die Bevölkerungsgruppen zu untersuchen, die **Schwierigkeiten bei der Versorgung** nannten. Es sind vor allem ältere Frauen, die Probleme haben, einen Arzt aufzusuchen und in geringerem Maße sich mit Lebensmittel einzudecken. Diese Versorgungsschwierigkeiten betreffen z.T. auch Haushalte mit einem Pkw. Die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen zeigen sich durchaus zufrieden mit der Versorgungs- und Lebenssituation in ihrer Umgebung. An Defiziten werden Freizeitmöglichkeiten, Schwimmbad, Sportplatz und Diskos erwähnt.

Bei der Auswertung der räumlichen Versorgungsbeziehungen zeigt sich für die unterzentralen Dienstleitungen (Lebensmittel usw.) ein deutlicher **Distanzeffekt**: Es wird dafür vorwiegend das nächstgelegene Unterzentrum oder der ländliche Versorgungspunkt aufgesucht. Ähnliches gilt für Post, Sparkasse und Arzt allerdings mit unterschiedlichen Einzugsbereichen der einzelnen Zentren. Friseurleistung gehört neben Dorfgaststätten und Sportplätzen zu den am stärksten kleinräumig verteilten Dienstleistungen. Insgesamt kommt Ellger zu dem Schluss, dass das **Angebot im Untersuchungsgebiet** angemessen entwickelt zu sein scheint, dass ein hohes Maß an Zufriedenheit besteht und dass das historisch gewachsene Städtesystem funktioniert. Dieses Ergebnis ist auch eine Folge des hohen Motorisierungsgrades und der Bereitschaft der Bewohner, die Immobilien mitzuversorgen. Allgemeine Defizite werden lediglich in der Versorgung mit Kultur- und Bildungseinrichtungen gesehen.

Die vorgenannten Forschungsprojekte konzentrieren sich in ihren empirischen Teilen weitgehend auf ländliche Räume. Als Ergänzung dazu ist die Studie von Uta Schäfer zu nennen³. Sie teilt ihre Untersuchung 1995 zu Veränderungen in der **wohnungsnahen Infrastruktur** in zwei Teile auf: Der erste Teil widmet sich mehr allgemein der Versorgungssituation in der DDR und der Transformation, der zweite Teil bezieht sich auf

² Ellger, Dienstleistungen im ländlichen Raum, (2000).

³ Schäfer, Veränderungen in der wohnungsnahen Infrastruktur (1996).

zwei Stadtviertel in der Stadt Halle/Saale. Sie betont dabei auch das **Zeitelement**, d.h. die Zeitersparnis, die durch Koppelung von Aktivitäten eintreten kann und unterscheidet drei Phasen bei der Transformation Entstaatlichung, Privatisierung und Monetarisierung:

- Entstaatlichung ist die Übertragung der bisherigen Zuständigkeit vorrangig staatlicher Stellen auf eine plurale Trägerstruktur. Dazu gehört die Übertragung von betrieblichen Einrichtungen auf die Kommunen oder freie Träger, was besonders für Kindereinrichtungen, Sportanlagen, teilweise auch für Polikliniken und Kulturhäuser zutrifft.
- Die Privatisierung machte sich besonders im Handels- und Dienstleistungsbereich, aber auch bei der Auflösung der Polikliniken bemerkbar.
- Schließlich ist die Monetarisierung vorher billig oder kostenlos nutzbarer Dienste erfolgt. Dazu gehörten die Einrichtungen der Kinderbetreuung, die immer noch subventioniert werden, vor allem die Freizeitbereiche.

Rein quantitativ konstatiert die Autorin eine weitgehende Verbesserung der Ausstattungen mit Einrichtungen der wohnungsnahen Infrastruktur mit Ausnahme von Handelseinrichtungen. Dies gilt insbesondere für **ältere Bürger**, die in der Sozialpolitik der DDR vernachlässigt wurden. Für die innerstädtischen **Altbaugebiete** sieht sie erhebliche Verbesserungspotentiale nach Klärung der Eigentumsfragen, bei der Grundversorgung aber eher rückgehende Tendenzen wegen der Abwanderung der Konsumenten zu den Verbrauchermärkten am Stadtrand. Bei den **Neubaugebieten** werden Defizite vor allem in den Bereichen Sport, Erholung, Kultur und Kommunikation gesehen und im Wegfall von organisierten Freizeitangeboten für Kinder und Jugendliche, während die Versorgung mit Lebensmittel sich deutlich verbessert hat.

Als empirische Basis dient dabei eine Totalerhebung im Jahre 1995 von Einrichtungen in zwei Wohnbereichen der Stadt Halle/Saale (Gründerzeitviertel Halle-Glauchau und Wohnkomplex II in Halle Neustadt), die um Interviews mit Betreibern und Nutzern der Einrichtungen sowie um Ergebnisse der Bürgerbefragung Halle ergänzt wurden. Schon in den achtziger Jahren wurde das Angebot an Mischnutzungen in Halle-Glauchau durch die komplexen Modernisierungen reduziert. Die Ausstattung mit Handels- Dienstleistungseinrichtungen war aber vergleichbar noch gut. Die dort fehlenden Einrichtungen der Bildung und sozialen Betreuung waren in Halle-Neustadt vorhanden, während die vorhandenen Handelseinrichtungen von **Filialisten größerer Ketten** übernommen wurden, die vorrangig auf ein einfaches bis mittleres Marktsegment orientiert waren. Trotz dieses beschränkten Angebotes bot das Neubaugebiet nach Einschätzung der Bewohner in weitaus stärkerem Maße die Möglichkeit, Güter- und Dienstleistungen in vertretbarem Aufwand im Wohngebiet zu erwerben als dies im Gründerzeitviertel der Fall ist, d.h. das Neubaugebiet konnte seine Funktion als Ort der täglichen Versorgung stabilisieren, während die Bedeutung wohnungsnaher Angebote im Gründerzeitgebiet zurückging.

Die Stadt Leipzig führt seit 1991 in jährlichem Abstand eine Bürgerbefragung durch, was sich als ein kontinuierliches Forschungsprojekt definieren lässt. Dabei wird zwar nicht jedes Jahr, aber in Abständen auch nach Einrichtungen der Grundversorgung aus

der Sicht der Bürger gefragt. Methodisch handelt es sich um eine schriftliche Befragung einer geschichteten Stichprobe aus dem Einwohnermelderegister der Stadt. Die Zahl der angeschriebenen Einwohner beträgt rund 6.000, wovon etwas mehr als 40% auswertbare Fragebögen zurück schickten. Die Ergebnisse geben nicht nur einen Einblick in die Zufriedenheit der Bürger zu einem Zeitpunkt, sondern es lässt sich auch der Trend der Entwicklung aufzeigen.

Die Frage nach der **Zufriedenheit mit der medizinischen Versorgung** taucht schon in den ersten Erhebungen auf. Danach ist die Zufriedenheit in den ersten Jahre nach der Wende, ausgehend von einem bereits sehr hohen Niveau, die Zufriedenheit nochmals gestiegen. Diese hohe Versorgungszufriedenheit wurde für diesen Bereich auch in den folgenden Jahren gehalten, denn in der Befragung 2002 standen die Zufriedenheit mit der Versorgung mit sozialer Infrastruktur die allgemeinärztliche Versorgung an erster Stelle mit einer Note von 2,1 knapp gefolgt von der fachärztlichen Versorgung (2,3)⁴. Bei Befragten aus der Innenstadt und den äußeren Ortsteilen zeigte sich eine leichte Verschlechterung der Bewertung.

Demgegenüber schnitten das **Angebot an Alten- und Pflegeheimen** mit 2,6, das Angebot an Kindertagesstätten mit 2,9 und gar das Angebot an Jugendfreizeiteinrichtungen mit der Note 3,6 deutlich schlechter ab, wobei es bei einer Differenzierung nach Alter oder Geschlecht keine größeren Unterschiede in der Einschätzung gab.

Die Befragung 1999 enthielt auch eine Frage nach den Nutzungsmöglichkeiten zum Einkauf von Waren des täglichen Bedarfs⁵. Danach wurden vor allem größere Einkaufszentren in Wohnnähe zum **Einkauf** genutzt. Sie dominierten klar vor kleineren Geschäften oder Wochenmärkten in Wohnnähe. Andere Einkaufsmöglichkeiten etwa im Stadtzentrum oder außerhalb der Stadt spielten nur eine ergänzende Rolle,

In der Erhebung 2003 wurde nach den „größten Problemen der Stadt“ gefragt⁶. Aus einer Liste von 18 Themen, standen im Leipziger Durchschnitt fehlende Einkaufsmöglichkeiten an letzter Stelle (2% der Befragten). Allerdings gab es durchaus einige Stadtteile, in denen schlechte Einkaufsmöglichkeiten unter den drei Problemen genannt wurden. Auch die ärztliche Versorgung rangierte auf dem 15. Platz (3%). Hingegen gaben immerhin 8% Kindertagesstätten als größtes Problem an, in der Gruppe der besonders betroffenen Altersgruppe (18-34 Jahre) immerhin 14%. Als größter Mangel wurde das Fehlen von **Freizeitangeboten für Kinder und Jugendlichen** empfunden (16%).

Schließlich sei hier noch die laufende Raumbewertung des BBR genannt, aus der auch Bereiche der Grundversorgung mit der **Einschätzung der Wichtigkeit, Zufriedenheit und Entfernung** sowohl für die alten als auch die neuen Bundesländer entnommen werden können⁷. Grundlage dieser Ergebnisse sind jährliche Befragungen von jeweils rund 2.000 Personen in Ost und West. Allerdings sind die Fragen nicht immer identisch, so dass die jeweils neuesten Ergebnisse teils aus dem Jahr 1998, teils aus dem Jahre 2001 stammen.

⁴ Mittelwert von 1 = sehr zufrieden bis 5 sehr unzufrieden.

⁵ Stadt Leipzig, Kommunale Bürgerumfrage (1999).

⁶ Stadt Leipzig, Kommunale Bürgerumfrage (2003).

⁷ Böttken, Zur Bewertung von Wohn- und Lebensbedingungen in Ost- und Westdeutschland, (2001) und Meyer u.a., Lebensbedingungen aus Bürgersicht (2003).

Die wichtigsten Aussagen zu den hier zu betrachtenden Einrichtungen sind:

- Alten- und Pflegeheimen wird 2001 im Osten eine mittlere Wichtigkeit (64%) zugemessen, die Zufriedenheit liegt mit 38% weit darunter. Ein ähnliches Ergebnis wurde für den Westen errechnet.
- Die Jugendfreizeiteinrichtungen werden als ähnlich wichtig wie die Altenheime angesehen (69%), die Zufriedenheit ist mit 10% extrem niedrig. Bei den Defiziten, berechnet als Differenz zwischen Wichtigkeit und Zufriedenheit, liegen die fehlenden Jugendfreizeiteinrichtungen also sowohl im Osten wie im Westen mit an vorderster Stelle.
- Ähnlich wichtig sind 2001 die Einkaufsmöglichkeiten (68%), aber nur 51% der Befragten waren zufrieden, im Westen waren es mit 57% etwas mehr.
- Kindertagesstätten wurden 1998 nur von 59% als wichtig angesehen, zufrieden waren trotz der Vollversorgung nur 40%, im Gegensatz zum Westen, wo 45% zufrieden waren.
- Als sehr wichtig wurde 1998 die Versorgung mit Ärzten und Krankenhäusern angesehen, zufrieden waren 64%, deutlich mehr als im Westen (55%).

Auch die **Erreichbarkeit** ist ein Merkmal der Versorgung mit Einrichtungen allerdings gekoppelt mit der Mobilität (Pkw, ÖPNV). Die besten Noten für die Erreichbarkeit in 10 Minuten zu Fuß erhielten die Einkaufsmöglichkeiten (86% der Befragten), schon weniger konnten Ärzte (74%) und Kindertagesstätten (72%) in diesem Zeitraum erreichen, während Alteinrichtungen (42%) und Jugendeinrichtungen (40%) von weniger als der Hälfte in den 10 Minuten zu erreichen waren. Auch eine Differenzierung nach Gemeindetypen bestätigt diese Ergebnisse.

5.2.3 Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarf

In einem Forschungsprogramm hat das Bundesministerium für Wirtschaft der Forschungsstelle für den Handel e.V. Berlin und dem ifo Institut für Wirtschaftsforschung München 1991 den Auftrag erteilt über die Entwicklung des Handels in den neuen Bundesländern zu berichten. Im Laufe dieses Projektes, das bis 1996 dauerte, wurden 10 Zwischenberichte erstellt, die teilweise in zwei Bänden veröffentlicht wurden⁸.

Das Forschungsprojekt deckte den Transformationsprozess im gesamten Handel ab, erstreckt sich also nicht nur auf den Einzelhandel, sondern auch auf den Großhandel. Dabei wurden die verschiedensten methodischen Ansätze gewählt. Über Auswertungen von amtlichen Statistiken zu den Gewerbebeanmeldungen, über Befragung von Unternehmen und Verbrauchern bis hin zur Auswertung von Geschäftsberichten und Bilanzen.

Aus diesem gesamten Spektrum sind hier besonders die Beschreibung und Analyse der **Versorgung mit Lebensmitteln im ländlichen Raum** von Relevanz. Durch die

⁸ Lachner, Thomas Nassua und Spannagel (Hrsg.), Entwicklung des Handels in den neuen Bundesländern (1995) und Lachner, Nassua und Spannagel, Ergebnisse des Transformationsprozesses im Handel der neuen Bundesländer (1997).

Veränderung von Betriebsformen des Einzelhandels und durch die Mobilität der Bevölkerung ist in Westdeutschland seit Langem eine Ausdünnung der Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs in den ländlichen Regionen außerhalb der Zentren zu beobachten. Dieser **Abschmelzprozess** vollzog sich in den neuen Ländern in kürzester Zeit, da die Konsumgenossenschaften, die traditionell für die Versorgung der ländlichen Räume zuständig waren, die Mehrzahl ihrer Geschäfte schloss, da sie nicht mehr rentabel zu bewirtschaften waren. Die Zahl der Mitarbeiter ging von 1990 208.000 auf 25.000 im Jahre 1993 zurück. Dazu hat auch beigetragen, dass der Verbraucher in den neuen Ländern eine hohe Mobilität und ein ausgeprägtes **Preisbewusstsein** besitzt. D.h. er hat zum großen Teil nicht in den ortansässigen Geschäften, sondern anderswo eingekauft. Nur in wenigen Regionen sind Konsumgenossenschaften noch mit eigenen Geschäften im ländlichen Raum vertreten (Schönebeck, Salzwedel). Konkrete Klagen über Versorgungsschwierigkeiten traten, anders als häufig befürchtet, dennoch nur selten auf, da vielfach Kompensationsmöglichkeiten auch vor Ort durch Nachbarschaftshilfe und ambulanten Handel bestanden. Hilfen sehen die Autoren zum einen in staatlichen **Förderprogrammen** (wie in Thüringen, wo damit in 800 Gemeinden Verbesserungen möglich wurden), zum anderen in Projekten ähnlich dem Nachbarschaftsladen (siehe unten), wobei noch eine Verknüpfung mit Programmen der Dorferneuerung und der Förderung des Tourismus empfohlen werden. Diese Programme werden denn auch weniger in der **Verhinderung von Versorgungsdefiziten** als in erster Linie einem Beitrag zur Angleichung der Lebensverhältnisse und zur Steigerung der Attraktivität des Wohnumfeldes im ländlichen Raum gesehen. Insgesamt wird von den Autoren kein allgemeiner Handlungsbedarf für Maßnahmen der öffentlichen Hand gesehen, was in Einzelfällen Hilfe zur Selbsthilfe durch die Gemeinde oder den Kreis bei konkreten Versorgungsdefiziten nicht ausschließen soll.

Den **Aufbau des mittelständischen Einzelhandels und des Lebensmittelhandwerk** (Metzger, Bäcker) beschreiben Matthias Achen und Michael Zarth an Hand der von der Deutschen Ausgleichsbank gewährten ERP-Gründungsförderung, womit das Manko der fehlenden Statistiken auf diesem Gebiet teilweise überwunden werden konnte⁹. Die Auswertung dieser Daten für die Jahre 1990 bis 1992 verdeutlicht, dass die **Gründungsrate im Einzelhandel** in diesem Zeitraum gemessen an der Zahl der Anträge pro 10.000 Einwohner, rund 10 mal so hoch war als in Westdeutschland, wobei die meisten Anträge für den Bereich Lebensmittel gestellt wurden. Innerhalb der ostdeutschen Länder ergab die Analyse nach Gebietstypen der BfLR, dass die Gründungsaktivitäten für den Einzelhandel in den Kernstädten deutlich niedriger ausfielen als in den restlichen Gebieten. Besonders aktiv wurde die Gründung im Bereich der Lebens- und Genussmittel im dünn besiedelten ländlichen Raum betrieben. Eine Erklärung für dieses Phänomen mag darin liegen, dass die westdeutschen Handelsketten an der Übernahme der Versorgungsstätten im ländlichen Raum wenig Interesse zeigten und dass viele ehemalige Leiter diese Einrichtungen privat übernahmen.

Die Forschung über den Einzelhandel in städtischen Gebieten der neuen Bundesländer konzentrierte sich im Wesentlichen auf das Verhältnis „grüne Wiese“ und Innen-

⁹ Achen und Zarth, Existenzgründung im ostdeutschen Einzelhandel (1994).

stadt¹⁰. Eine Ausnahme dazu bildet die Untersuchungen von Robert Pütz vom Geographischen Institut der Universität Mainz über den **Einzelhandel in den Stadtteilzentren ostdeutscher Großstädte**¹¹. Für die Untersuchung zweier Stadtteile in Dresden kann Pütz auf Einzelhandelskartierungen in mehreren Jahren sowie eine Befragung von Verbrauchern und Einzelhändlern im Jahre 1996 zurückgreifen¹². Bei den Gebieten handelt es sich um ein Gründerzeitviertel und eine Großraumsiedlung aus siebziger und achtziger Jahren, die neben einander liegen. Beim Bau der Plattensiedlung wurden zwar Einkaufszentren geplant, aber zu DDR Zeiten nicht realisiert, so dass die Versorgung mit Gütern des täglichen Bedarfs schlecht war, was sich auch an einer unterdurchschnittlichen Geschäftsfläche pro Einwohner festmachen lässt. Hingegen besaß der Stadtteil Löbtau eine attraktive Einkaufsstrasse mit einer größeren Zahl von privaten Läden, die nur zur Hälfte auf die Versorgung mit Lebensmitteln ausgerichtet waren. Auch in diesem Forschungsprojekt wird konstatiert, dass sich die beiden Gebiete nach der Wende sehr unterschiedlich entwickelt haben. Die starke Unterausstattung mit Einzelhandel im Neubaugebiet wurde durch den Ausbau des vorhandenen Zentrum mit großflächigen Filialbetrieben aufgewertet, während das Gründerzeitviertel seit einer Gründungsphase bis 1994, in der zahlreiche Geschäfte neu eröffnet wurden, einen massiven Rückgang an Geschäften und Einzelhandelsverkaufsfläche verzeichnet. Dieser Schrumpfungprozess dauert an und äußert sich vornehmlich in extrem hohen Leerstandsdaten.

Die Arbeit von Pütz, 1996 abgeschlossen lässt sich noch durch die Forschungstätigkeit des Statistischen Amtes der Stadt Dresden für das Jahr 2002 ergänzen. In die Auswertung der schriftlichen Bürgerbefragung konnten rund 3.000 Fragebögen einbezogen werden (Rücklauf 33%), deren Ergebnisse um die Unterrepräsentation bestimmter Gruppen korrigiert wurden¹³. Insgesamt werden die **Einkaufsmöglichkeiten** als ziemlich wichtig eingeschätzt, die Zufriedenheit damit ist recht groß. Im Großwohngebiet Gorbitz wird die Wichtigkeit mit 1,4 noch höher bewertet, und die Zufriedenheit erreicht den besten Wert aller untersuchten Gebiete. Dies äußert sich u.a. darin, dass die Befragten dieses Gebietes angaben, die Waren des täglichen Bedarfs zu 95% in den Supermärkten des Wohngebietes zu kaufen. Die Bewohner des Gründerzeitviertels¹⁴ versorgten sich mehr in kleineren Geschäften und außerhalb des Wohngebietes. Die Ergebnisse der Forschung von Pütz sind also nach wie vor valide.

Ein besonderes Thema behandelt die Forschungsarbeit von Isolde Brade, Christian Fournes und Regina Kube. Sie haben untersucht, wie sich die zentralörtlichen Strukturen des Einzelhandels im Stadt- und Landkreis Suhl als Folge der **innerdeutschen Grenzöffnung** verändert haben¹⁵. Statistische Basis ihrer Untersuchung sind ein Vergleich des Verkaufsstellennetzes 1988 und 1992, Befragungen von Händlern und 1.000 Haushalten und die Erfassung und Auswertung wesentlicher Rahmenbedingungen. Im Folgenden soll insbesondere die Lebensmittelbranche betrachtet werden.

¹⁰ Beispielhaft dazu Jürgens, Einzelhandel in den neuen Bundesländern, die Konkurrenzsituation zwischen Innenstadt und „Grüner Wiese“ (1998).

¹¹ Pütz, Einzelhandel in den Stadtteilzentren ostdeutscher Großstädte (2000).

¹² Ebenda.

¹³ Landeshauptstadt Dresden, Kommunale Bürgerumfrage 2002 (2003).

¹⁴ Plus Cotta, Naußlitz, Dölzschen.

¹⁵ Brade u.a., Zentralörtliche Strukturen, 1995.

Klammert man die Getränkestützpunkte aus, dann zeichnet sich nach der Wende gegenüber 1988 eine **Verdünnung des Einzelhandelsnetzes** in der Branche Lebensmittel im ländlich strukturierten Raum ab. Sortimentgeschäfte, deren Zahl sich mehr als halbierte, wichen vor allem der Konkurrenz der Discounter und Verbrauchermärkte, was vor allem auf dem Lande zur Verschlechterung der Grundversorgung führte. Von dieser Umstrukturierung profitierten besonders die Städte und einzelne Dörfer. Die Befragung der Haushalte ergab, dass 1992 in Suhl und Umgebung eine starke Teilung der Zufriedenheit mit den Einkäufen insgesamt vorhanden war: Während in der Stadt Suhl die unzufriedenen Befragten unter 20% ausmachten, waren es in den ländlichen Gemeinden knapp 60%. Selbst bei dem Sortiment Lebensmittel gab es bei einem Drittel der ländlichen Gemeinden kein Angebot vor Ort. In den übrigen Orten nannten 10-15% das Lebensmittelangebot „schlecht“, insbesondere auch gegenüber der Situation im Jahre 1988, ganz im Gegensatz zur Einschätzung der Städter. Als Konsequenz ist ein Teil der ländlichen Bevölkerung zu einer **Einkaufsmobilität** gezwungen, was durch den hohen individuellen Motorisierungsgrad erleichtert wurde. Bei der Auswahl der Haupteinkaufsorte schnitt derjenige Ort für die Haushalte aus den Landgemeinden am besten ab, der die besten Parkmöglichkeiten bot, gefolgt vom Preisniveau. Andere Kriterien wie die Auswahlmöglichkeiten, die Warenqualität oder die Einkaufsatmosphäre spielten nicht die entscheidende Rolle,

Um die Ausdünnung der Versorgung in den ländlichen Gebieten außerhalb der Zentren auszugleichen, wurde vom damaligen Bundesministerium für Bauwesen und Raumordnung das Konzept des **Nachbarschaftsladen 2000** im Rahmen einer Grundlagenstudie, welche von der HLT in Wiesbaden durchgeführt wurde, entwickelt. Im Wesentlichen sieht die Konzeption des Nachbarschaftsladens die Einbindung zusätzlicher Dienstleistungen in einem Lebensmittelladen vor. Mit der Durchführung des Vorhabens wurde die PLANCO Consult Essen 1991 beauftragt, von der der Bericht über die Begleitforschung stammt¹⁶. Ziel des Forschungsvorhabens war es, festzustellen, ob ein wirtschaftlicher Betrieb von **Nachbarschaftsläden** in kleinen Gemeinden möglich ist und abzuschätzen, welche raumordnerische Vorteile mit der Neubelebung von Serviceeinrichtungen verbunden dabei sind. Letztlich wurden 12 Gemeinden mittels Ausschreibungen ausgewählt davon 8 in den neuen Bundesländern. Die Einwohnerzahl der Orte in den neuen Bundesländern schwankte zwischen 240 und 1.000, alle Läden wurden privat betrieben. Ein Laden war schon im Betrieb alle, anderen wurden im Zeitraum vom Februar 1992 bis Juli 1993 eröffnet. Die Beobachtung der Läden geschah u.a. durch regelmäßige Auswertung betriebswirtschaftlicher Daten, der täglichen Kundenzahlen und Kundenbefragungen. Es zeigte sich, dass die Bindung lokaler Kaufkraft von einer Reihe von Faktoren abhängig ist (Ladengestaltung, Sortimentsbreite, Öffnungszeiten, Werbung, Wettbewerbsdruck durch Supermärkte in nahegelegenen Orten und mobile Händler). Die Kombination mit anderen Dienstleistungen (Post, Lotto, Versandhandel) erweist sich als günstig. Ohne öffentliche Förderung ist ein Einzugsgebiet von 700 Einwohnern notwendig, Bei öffentlicher Anschubförderung kann auch mit 500 Einwohnern ein befriedigendes Ergebnis erzielt werden.

¹⁶ Kotzagiorgis, Nachbarschaftsladen 2000 als Dienstleistungszentrum für den ländlichen Raum, (1995).

In einer Studie haben Gerhard Stiens und Doris Pick, beide am BBR tätig, die Erfahrung bis 2001 fortgeschrieben¹⁷. Als Ergänzung zum Nachbarschaftsladen wurde insbesondere das Konzept des **BürgerBüros** entwickelt, in dem auch neben öffentlichen Dienstleistungen auch Bankdienstleistungen, Fahrkartenverkauf, Paketdienst u.ä. mehr angeboten werden. Modellprojekte hierfür sind zwei Gemeinden in der Verwaltungsgemeinschaft Bismark bei Stendal. Gefördert wurde das Projekt aus Mitteln des Landes Sachsen-Anhalt und der Europäischen Union, nach Auslaufen der Förderung wurde das Projekt eingestellt.

Es gibt relativ wenige (veröffentlichte/zugängliche) Studien zur **derzeitigen Situation des Einzelhandels**, insbesondere zur Grundversorgung. Ein Beispiel hierfür ist sind die Strukturuntersuchungen zum Einzelhandels in Mecklenburg-Vorpommern¹⁸. Zwar befassen sich auch diese Untersuchungen primär mit den landesplanerischen Steuerungsmöglichkeiten, aber sie enthalten auch wichtige Informationen zur Grundversorgung. Es lässt sich danach feststellen, dass die 1990 angetroffenen Mankos des Einzelhandels in der DDR (Angebotsdefizite, Kleinteiligkeit der Betriebe, Konzentration auf integrierte Standorte, ein flächendeckendes Versorgungsnetz und ein hohe Beschäftigungsintensität) heute nicht mehr zutreffen. Der Einzelhandel in Wohngebietslagen macht nach der Fläche 29% aus, das entspricht in etwa dem Anteil im Jahre 1990 und ist damit deutlich höher als in den anderen neuen Bundesländern. Rechnet man die direkten Umlandgemeinden den Oberzentren zu, dann entfallen aber nur 4% der gesamten Verkaufsfläche (105.000 qm) auf nichtzentrale Orte, welche die Mehrheit der Gemeinden in Mecklenburg-Vorpommern ausmachen. Dies bedeutet, dass die Versorgung im ländlichen Raum weitgehend über die ländlichen Zentralorte und Unterzentren erfolgt, deren Anteil an der Fläche 7% bzw. 18% beträgt. Während in den Ober- und Mittelzentren der Einzelhandel weitgehend gemessen an der Fläche durch „Großflächler“ geprägt wird, beträgt der Anteil der kleinteiligen Betriebsformen in den ländlichen Zentralorten 84% der Einzelhandelsfläche. Der Versorgung der Gemeinden ohne zentralörtliche Funktion sind wirtschaftliche Tragfähigkeitsgrenzen gesetzt. Der Einzelhandel ist hier entsprechend gering ausgeprägt jedoch nach Aussagen des Gutachters im Sinne einer Ausgewogenheit zielkonform.

5.2.4 Versorgung mit Sozialer Infrastruktur

5.2.4.1 Versorgung mit Kindertagesstätten

Die Situation der Kindertagesstätten vor und nach der Wende wird in verschiedenen Veröffentlichungen ausführlich beschrieben. Für die **Kinderkrippen** ist hierfür zum einen die Beschreibung der Situation der Kinderkrippen vom Institut für Angewandte Sozialisationsforschung/Frühe Kindheit e.V. (im Neunten Jugendbericht der Bundesregierung) zu nennen¹⁹, zum anderen der Aufsatz von Christine Weber im Rahmen der Arbeit der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den

¹⁷ Stiens und Pick, Nachbarschaftsdienste in dünn besiedelten Gebieten (2001).

¹⁸ Ministerium für Arbeit und Bau Mecklenburg-Vorpommern, Einzelhandel in Mecklenburg-Vorpommern (2001) auf der Basis eines Gutachtens von Dr. Lademann und Partner – Hamburg 03/2001.

¹⁹ Sachverständigenkommission Neunter Jugendbericht (1994).

neuen Bundesländern (KSPW)²⁰. Die flächendeckende Versorgung mit Kindertagesstätten gehörte danach zu den wichtigsten sozialpolitischen Zielen in der DDR und war integraler Bestandteil der **Förderung der Familie**. Dieses Ziel war im Zeitpunkt der Wende, wie die veröffentlichten Statistiken und Befragungen belegen, weitgehend erfüllt. Als Gründe dafür wird zum ersten genannt, dass der Staat und die Partei schon von klein auf eine sozialistische Erziehung der Kinder sicherstellen wollten. Zum zweiten war es ein Anliegen, die Rolle der Frauen in der Gesellschaft zu verstärken, auch mit gleichen Lebens- und Bildungschancen. Schließlich sollten drittens die Frauen nach der Geburt ihrer Kinder möglichst schnell wieder in den Arbeitsprozess zurückgeführt werden, worunter im Allgemeinen eine Vollzeitbeschäftigung verstanden wurde, denn Teilzeit blieb vor allem älteren Erwerbstätigen vorbehalten.

Ziel der Partei und des Staates war bei der **Krippenversorgung** ein Ausbau auf 90% der Altersgruppe der unter drei-jährigen, was nach den Statistiken teilweise erreicht wurde, aber nicht flächendeckend, da es erhebliche regionale Unterschiede insbesondere zwischen Städten und ländlichen Gebieten sowie innerhalb der Städte zwischen Sanierungs- und Neubaugebieten gab. Die Plätze in Wochenkrippen und Dauerheimen wurden zugunsten von Tageskrippen abgebaut. Die Betreuung der Kinder in der Krippe war bis auf einen Beitrag für Mahlzeiten kostenfrei. Kinderkrippe und Kindergarten waren, auch wenn sie in einem Gebäude angesiedelt waren, organisatorisch strikt getrennt, sie unterstanden auch verschiedenen Ministerien. Der Bedarf an Krippen (und Kindergärten) wurde in der DDR durch ein eigenes Bauprogramm abgedeckt mit dem seit 1960 etwa ein Viertel der 1989 bestehenden Kitas errichtet wurden, die übrigen Einrichtungen waren zum größten Teil in Gebäuden untergebracht, die eigentlich anderen Zwecken dienten und sehr häufig eine schlechte bauliche Substanz besaßen. Der Tagesablauf in den Krippen war durch ein einheitliches pädagogische Konzepte und Vorschriften des Staates bestimmt, die sehr vieles bis ins Detail regelten; auffällig viele Hygienevorschriften, die sorgfältig von zuständigen Ärzten überwacht wurden. Nach der Wende setzte eine Krise ein, die verschiedene Ursachen hatte. Grundsätzlich wurde das Konzept der frühen **außerfamilialen Betreuung** angegriffen, insbesondere von den Befürwortern der westdeutschen Form der Familienpolitik, die im Westen dazu führte, dass Krippenplätze ganz überwiegend nur für Notfälle als notwendig angesehen wurden. Zum anderen wurde auch das pädagogische Konzept in Zweifel gezogen. Für das Krippenpersonal brachte die Zuordnung zum Jugendbereich eine „Aufwertung“, auch waren nun gemischte Kindertageseinrichtungen unter einheitlicher Leitung möglich und die Bildung von altersgemischten Kindergruppen. In jeder Kita, das galt also auch für die Kindergärten und Horte, wurden pädagogische Konzepte ausgearbeitet, die sich an bestimmten Methoden orientierten. Einschneidend für die Eltern war die monatliche Kostenbeteiligung, die nach Trägerzugehörigkeit sehr stark differierte.

Trommsdorff und Chakkarath weisen darauf hin, dass der auffälligste Unterschied in den Entwicklungsmöglichkeiten für Kinder der beiden deutschen Staaten im institutionellen und zeitlichen Ausmaß an außerfamilialer Betreuung durch Kinderkrippen lag²¹. Gerade die Politik auf diesem Gebiet spiegelt weit auseinander liegende Vorstellungen

²⁰ Weber, Erziehungsbedingungen im frühen Kindesalter in Kinderkrippen vor und nach der Wende (1996).

²¹ Trommsdorff und Chakkarath, Kindheit im Transformationsprozeß (1996).

über das Zusammenleben von Familien und die kindliche Entwicklung wider. Es scheint aber nicht eindeutig geklärt, ob und in welchem Umfang ein früher regelmäßiger Besuch oder Nichtbesuch von Krippen sich günstig oder schädlich auswirkt.

Für die **Kindergärten** stellt die Sachverständigenkommission Neunter Jugendbericht fest²², dass der gesellschaftliche Auftrag an Erziehung, Bildung und Betreuung von Kindern sich von der Bundesrepublik sich deutlich von dem der DDR unterschied. Es gab in der DDR einen eindeutigen staatlichen Auftrag mit einem bis ins das letzte Detail ausdifferenzierte Erziehungskonzept. Viele dieser staatlichen Vorgaben wurden nach der Wende aufgegeben oder stark modifiziert. Dazu gehörte z.B. mehr Organisationsfreiheit in der Zusammenlegung von Kindern verschiedener Altersgruppen. Auch die Vorgaben bezüglich der Öffnungszeiten konnten jetzt flexibler gestaltet werden. Die größeren Kommunen fingen an, eine **plurale Trägerstruktur** zu etablieren, auch im Hinblick auf eigene finanzielle Belastungen.

Dieselbe Sachverständigenkommission weist bei den **Horten** darauf hin, dass das Konzept der Horte in der DDR im Laufe der Zeit einen erheblichen Wandel erfahren hat und sich langsam von einer politisch-pädagogischen zu einer freizeitpädagogischen Einrichtung veränderte. Dies war gleichzeitig mit einem Ausbau der Hortplätze vonstatten, so dass seit Anfang der achtziger Jahre alle Kinder der Klassen 1 bis 4, deren Eltern dies wünschten, einen kostenlosen Hortplatz erhielten, d.h. an jeder Schule der DDR gab es einen Hort, der aber nicht immer gut im Schulgebäude untergebracht werden konnte. Über 80% aller Kinder dieser Altersgruppe besuchten ihn, wobei die Teilnahmequote mit steigendem Alter des Kindes abnahm. Auch blieben die Schüler längst nicht alle ganztags in der Schule, sondern viele verließen die Horte nach dem Mittagessen oder nach Erledigung der Hausaufgaben. Außerdem scheint es auch regionale Unterschiede im Hortbesuch gegeben zu haben. Im Jahre 1989 standen 37.660 vollbeschäftigte Horterzieher zur Verfügung, d.h. rund 20 Schüler pro Horterzieher. Nach der Wende wurde der zentralistische „Einheitshort“ aufgegeben, der Hort als integrativer Bestandteil der Schule aber beibehalten, statt Anweisungen wurden Orientierungen gegeben. Das Angebot an Hortplätzen sank innerhalb eines Jahres (vom September 1989 zum September 1990) um 17% ab, was nach Meinung der Sachverständigen nicht gerechtfertigt war, insbesondere da in Zeiten großer ökonomischer Umbrüche ein vielfältiges Betreuungsangebot notwendig sei und der Hortbesuch auch unabdingbare Voraussetzung für die **Erleichterung der Berufstätigkeit der Mütter** sei. Auch für den Hortbesuch mussten nun **Elternbeiträge** bezahlt werden, die zwar sozial gestaffelt waren, aber trotzdem in vielen Fällen zur Abmeldung von Kindern führten. Zwar lässt sich die Zahl der Horte Ende 1991 nicht genau ermitteln, die Teilergebnisse sprechen für einen weiteren Abbau.

Diese völlig verschiedene Politik der Bereitstellung von Plätzen in Kindertageseinrichtungen zwischen Ost und West äußert sich auch bei einer Analyse des **Besatzes** (je 100 Kinder unter 6 Jahre; also ohne Horte), die von der BfLR für die Jahre 1986 (West) und 1989 (Ost) erfolgte²³. Bei allen siedlungsstrukturellen Kreistypen war der Besatz in den neuen Ländern mindestens doppelt so hoch wie im Westen. Bemerkenswert ist

²² Sachverständigenkommission Neunter Jugendbericht (1994).

²³ BfLR, Laufende Raumbesichtigung, Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Gemeinden und Kreise 1989/90 (1992).

auch, dass zwischen den einzelnen Kreistypen (mit einer Besatzzahl zwischen 84 und 89) in den neuen Bundesländern keine große Variation bestand, ein Zeichen für die flächendeckende Versorgung mit Kindertagesplätzen.

Relativ schnell haben die ostdeutschen Länder dann eigene Kindertagesstättengesetze verabschiedet, die nicht nur einen **Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz** beinhalteten, sondern in Brandenburg und Sachsen-Anhalt auch auf einen Krippenplatz, was bei dem hohen Bestand an Einrichtungen vorerst praktisch keine Auswirkungen hatte. Auch der erst 1992 beschlossene und 1996 in Kraft getretene Rechtsanspruch auf einen Kindergartenplatz im bundesgesetzlichen KJHG, das die westdeutschen Städte und Gemeinden zu hohen Investitionen und gesteigerten Betriebsausgaben zwang und zwingt, blieb für die ostdeutschen Kommunen ohne große materielle Bedeutung und bestärkte ihre Länder, dass ihre Kitapolitik richtig sei²⁴. Die **Finanzierung** der Kindertagesstätten erfolgte bei den laufenden Ausgaben durch erhebliche Zuweisungen oder Zuschüsse der Länder, die in einigen Ländern als Festbetrag in anderen Ländern als prozentuale Beteiligung gewährt wurde. Neben den Elternbeiträgen hatten die Kommunen ihre eigenen Einrichtungen zu finanzieren bzw. freien Trägern noch Zuschüsse zu gewähren. Auf Grund der rückgehenden Kinderzahl musste beginnend bei den Krippen auch das Personal reduziert werden, da sich die Träger nicht in der Lage sahen eine Verbesserung der Personalschlüssel zu finanzieren.

Für das Jahr 1998 wurde vom Deutsche Jugendinstitut die amtliche **Kindergartenstatistik**²⁵ ausführlich ausgewertet und fachlich kommentiert. Diese Statistik enthält neben Angaben zu der Zahl der Einrichtungen und den Plätzen (untergliedert nach Art der Kindergärten) Informationen über die Träger der Einrichtung und das Personal der Kindergärten. Hier sei nur der Teil der regionalen Unterschiede im Jahre 1998 referiert. Dem DJI standen (wie übrigens auch dem BBR) die Daten auf Kreisebene zur Verfügung, was bereits eine relativ bessere Aussage zur **kleinräumigen Versorgung** erlaubt als die Daten der Bundes- oder Länderebene. Bei den Krippenplätzen gab es auch zwischen den Kreisen in den neuen Bundesländern erhebliche Unterschiede im Versorgungsniveau. Am schlechtesten schnitten einige Kreise im Süden von Sachsen und Thüringen ab, eine gute Versorgung war vor allem in den kreisfreien Städten aber auch in einigen Landkreisen anzutreffen. Vom flächendeckenden Niveau aus Zeiten der DDR blieb aber nicht mehr viel übrig, denn die höchste Versorgungsquote betrug 61%, die niedrigste 11,7%. Hier spiegeln sich auch länderspezifische Entwicklungen zwischen den Ostländern wider. Auch bei den Kindergärten gab es größere Streuungen der Versorgungsquote. Relativ niedrige Versorgungsniveaus von 75% bis unter 90% befanden sich in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, anderen Orts gab es schon erhebliche Überversorgungen (bis zu 140%!). Bei den Hortplätzen ist ein Vergleich innerhalb der neuen Bundesländer nur sehr begrenzt möglich, da in Berlin, Sachsen-Anhalt und Thüringen ein erheblicher Teil der Hortplätze dem Schulbereich zugeordnet ist und daher weder in der Jugendhilfestatistik erfasst noch in der Schulstatistik ausgewiesen wird. Das Land Brandenburg (82%) verfügte über eine bessere Quote als Sachsen (69%), in beiden Ländern ist die Streuung des Versorgungsniveaus zwischen den Landkreisen erheblich. Das DJI führte auch eine Analyse der **Versor-**

²⁴ Karrenberg und Münstermann, Gemeindefinanzbericht (1996).

²⁵ Dittrich, Peuker und Schneider, Zahlenspiegel (2002).

gungsquoten nach Bevölkerungsdichte durch. In den neuen Ländern fiel die Krippenversorgungsquote bei den verdichteten und den hochverdichteten Kreisen am schlechtesten aus, die relativ beste Versorgung war in den ländlichen Kreisen und den Großstädten zu finden. Bei den Kindergärten wiesen fast alle Dichteregeionen Werte um 100% aus, lediglich bei den Großstädten wurde ein Wert von nur 88% gemessen (Aussagen über Horte sind nicht sinnvoll).

Die Veränderung der Kinderbetreuung nicht aus Sicht des Angebotes an Plätzen, wie es die amtliche Statistik bietet, sondern aus **Sicht der Eltern** ist für den Zeitraum 1990 bis 1999 einer Untersuchung von Hank, Tilman und Wagner²⁶ zu entnehmen, die auf dem Sozial-ökonomischen Panel (SOEP) basiert. Die Nutzung war in den neuen Ländern in den ersten Jahren nach der Wende bei den Kindern im Krippenalter mit rund 60% recht hoch, ging dann aber ab 1993 auf etwa die Hälfte des früheren DDR-Niveaus zurück. In den späten neunziger Jahren pendelte sich die Betreuungsquote auf etwa 30% ein. Auch die Betreuungsquote für Kinder im Kindergartenalter ging in dem Untersuchungszeitraum von nahezu vollständig (98%) auf knapp 90% zurück und entsprach damit dem westdeutschen Niveau. Bei den Hortkindern scheint kein deutlicher Rückgang der Quote von 35% des Jahres 1990 eingetreten zu sein, allerdings ist das verfügbare Datenmaterial etwas dünn. Zu beachten ist aber, dass vor allem bei den Krippen, in geringerem Maße auch bei den Kindergärten eine Übergang von ganztags- zu Halbtagsbetreuung festzustellen ist. Ob diese Veränderungen einen Wandel in der Einstellung zur Kinderversorgung bedeuten oder nur Ausdruck fehlenden Verdienstmöglichkeiten sind, lässt sich aus den Zahlen nicht herauslesen. In jedem Fall zeigt sich auch bei der Nutzerbefragung, dass bei Krippen- und bei Hortkindern die Betreuungsquote sehr viel höher als im Westen ist.

Die veränderte Nachfrage nach **Betreuungszeiten** bei Krippen und Kindergärten wird auch durch den Jugendhilfereport der Stadt Leipzig bestätigt (2002). Zwar ist die Zahl der betreuten Kinder stark gestiegen, der Anteil der Krippenkinder mit einer Versorgung über 30 Stunden in der Woche ist von 1997 bis 2001 von 62 auf 54% gesunken, bei den Kindergärten ging der Anteil von 77 auf 73% zurück.

Ergänzt wird die DJI Auswertung durch eine eigene Umfrage zur Situation der Kindergärten in **Stadtteilen** mit besonderem Entwicklungsbedarf²⁷. Ziel ist es, etwas über die Arbeit von Kindertageseinrichtungen in solchen Stadtteilen herauszufinden, in denen viele sozial benachteiligte Menschen wohnen und die „infolge sozialräumlicher Segregation davon bedroht sind, ins soziale Abseits abzurutschen“ (VV-Städtebauförderung 1999). Im Rahmen der Bund-Länder-Programme „Soziale Stadt – Stadtteile mit besonderem Entwicklungsbedarf“ und „Entwicklung und Chancen junger Menschen in sozialen Brennpunkten“ (E & C) wurden solche Gebiete identifiziert. Angeschrieben wurden alle Kindertageseinrichtungen, die innerhalb dieser 157 Programmgebiete liegen, Kindertagesstätten, deren Einzugsbereich in die Programmgebiete hineinreicht wurden mit einer Ausnahme nicht berücksichtigt. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 48%, für die neuen Länder allerdings nur 37%. Leider stehen in dem Bericht nur wenige spezifische Aussagen zu den Kindertagesstätten in ostdeutschen Problemgebieten. Die in die Befragung einbezogenen Gebiete in den neuen Ländern (und Berlin-Ost) besitzen einen

²⁶ Hank, Tilman und Wagner, Außerhäusliche Betreuung, (2001).

²⁷ Dietrich, Peuker und Schneider, Zahlenspiegel (2002).

Ausländeranteil von 4%, in den Kindertagesstätten stellen die Kinder mit einem Migrationshintergrund rund 11%, im Westen sind es gar 50%. Mehrsprachigkeit ist daher auch ein Problem für die ostdeutschen Kindergärten geworden.

Im Land Brandenburg wurde Anfang 2001 die **Zuständigkeit für Kinderbetreuung** auf die einzelnen Gemeinden übertragen, die dafür eine Pro-Kopf-Pauschale erhalten. Ein in der bundesdeutschen Kitalandschaft neues Projekt, das im Auftrag des brandenburgischen Ministerium für Bildung, Jugend und Sport durchgeführt wurde, sollte versuchen ein **Qualitätsmonitoring** für Kindertageseinrichtungen in die Wege zu leiten²⁸. Dazu wurden 56 Einrichtungen ausgewählt, von denen einige Modellcharakter haben (**Konsultationskitas**), andere in einer früheren Erhebung bereits erfasst worden waren und andere wiederum in einem Projekt zur Qualitätskontrolle einbezogen waren. Innerhalb der Einrichtungen wurden Gruppen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, so dass insgesamt 112 Gruppen untersucht wurden. Das Qualitätsniveau wurde mit Hilfe der Kindergarten-, Krippen- und Hort-Skala bestimmt. Im Ergebnis zeigt sich, dass eine beachtliche Streuung in der Qualität besteht; aber nur eine von sieben Gruppen besaß eine nicht genügende Qualität. Die starke Streuung deutet aber auch einen erheblichen Spielraum für Qualitätsverbesserungen an. Dies machen auch die Ergebnisse der Konsultationskitas deutlich, die ein klar erkennbares höheres Qualitätsniveau als die übrigen Einrichtungen aufwiesen. Ein siebenjähriger Längsschnitt bei einer Gruppe von 21 Einrichtungen zeigte keine Veränderungen in der pädagogischen Prozessqualität, d.h. es ist nicht gelungen, das vergleichsweise bescheidene Ausgangsniveau 1994 spürbar zu heben.

Im Rahmen der Nationalen Qualitätsinitiative im System der Tageseinrichtungen für Kinder (NQI) wurde auch eine repräsentative Umfrage bei 3.000 Rechtsträgern von Tageseinrichtungen Ende 2000 durchgeführt²⁹. In den Angaben der Träger sind auch sehr unterschiedliche Einschätzungen der **Tätigkeit der Träger** in den alten und neuen Bundesländern zu finden. Die Träger in den neuen Bundesländern gaben an, dass bei viele Einrichtungen nicht ausgelastet waren, im Krippenbereich 28%, im Kindergartenbereich 33% und im Hortbereich sogar 60%. Die Vergleichswerte für die alten Bundesländer lagen deutlich darunter. Als Konsequenz hatten einige der ostdeutschen Träger in den beiden Jahren davor ihre Platzzahlen verringert bzw. zu einem kleinen Teil sich mit anderen Trägern zusammengeschlossen, paradoxerweise haben andere ihre Platzzahlen aufgestockt. Für die zwei Jahre nach der Erhebung plante ein wesentlich höherer Anteil der Träger im Osten (30%) Baumaßnahmen als der Träger im Westen (19%). Als Gründe für die strukturellen Veränderungen werden demographische Veränderungen, aber auch veränderte Bezuschussung, Gesetzesänderungen und vor allem auch Ansprüche und Wünsche der Eltern genannt.

Eine weitere Studie, welche eine Zufallsauswahl von 100 west- und ostdeutschen Kindergartengruppen zur Basis hatte, befasste sich ebenfalls mit **Aufgaben und Qualitätsaspekten des Kindergartens** und zwar aus Sicht der Mütter der Kinder wie der Erzieherinnen³⁰. Zwischen Ost und West wurden dabei z.T. erhebliche Unterschiede ermittelt. Gemessen an der Rangfolge der Qualitätsaspekte haben die Mütter in Ost

²⁸ Schlecht und Tietze, Pädagogische Qualität in Brandenburger Kindertageseinrichtungen (2002).

²⁹ Kalicki u.a., Ergebnisbericht (2004).

³⁰ Tietze, Wie gut sind unsere Kindergärten? (1998).

und West ähnliche Prioritäten geäußert, zwischen den Erzieherinnen bestanden teilweise divergierende Einschätzungen. So nannten die Erzieherinnen im Osten an erster Stelle eine gute Atmosphäre, im Westen hingegen eine gut ausgebildete Erzieherin. Lange Öffnungszeiten wurden seltsamerweise weder im Osten als im Westen als wichtiger Qualitätsaspekt angesehen.

Das Statistische Bundesamt hat die **Statistik zur Kindertagesbetreuung** für das Jahr 2002 selbst ausführlich ausgewertet³¹. Während die Zahl der Einrichtungen im Westen seit 1990 um 24% zunahm, ging sie im Osten (jeweils ohne Berlin) seit 1991 um über die Hälfte zurück. Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der Plätze im Westen um 36% und sank im Osten um 44%. Dabei war der Rückgang bei den Krippenplätzen mit 52% am größten, hingegen betrug er nur 25% bei den Horten, was in Anbetracht der Entwicklung der Geburtenhäufigkeit auch erklärbar erscheint. Auch in den neuen Bundesländern gab es eine Übertragung von Einrichtungen an die Freien Träger, denn 2002 waren schon fast 43% von diesen geführt. Die Zahl der Plätze öffentlicher Träger ging durch Schließung und Übertragung drastisch zurück. Trotz dieses Rückgangs ist die Platz-Kind-Relation im Osten bei den Kindergärten noch leicht besser, bei Krippen und Horten aber sehr viel besser. Während in den neuen Ländern fast alle Kindergärten ganztags in Betrieb waren, war dies in den alten Ländern nur bei 36% der Plätze der Fall. Immerhin werden im Krippenbereich für 37% der unter 3 jährigen Plätze bereit gestellt (im Westen nur für 2,7%), wobei zu bedenken ist, dass sehr viele Kleinkinder in ihrem ersten Lebensjahr von den Eltern zu Hause versorgt werden, so dass diese Quote, gemessen an der tatsächlichen Nachfrage, wesentlich höher ist. Im Hortbereich lagen die Verhältnisse ähnlich [40,8% im Osten, 4,5% im Westen bezogen auf die Kinder im Alter von 6 1/2 bis unter 12 Jahre (ohne Berlin)]. Auf der Basis der 10. koordinierten Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) würde sich bis 2015 nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes, bei gleich bleibender Platzzahl wie 2002, in den neuen Ländern eine Verschlechterung ergeben, für eine Vollversorgung wären bis dahin 30.000 zusätzliche Plätze zu schaffen. Während in Westdeutschland immer noch der klassische Kindergarten im Vordergrund steht, dominieren in den neuen Ländern die Kombieinrichtungen. Der Anteil von integrativen Einrichtungen ist von 11% im Jahre 1994 auf 19% 2002 gestiegen. Einhergehend mit der Schließung bzw. Verkleinerung der Kindertagesstätten wurde das Personal von ehemals 160.000 auf 91.000 drastisch abgebaut, ganz im Gegenteil zu Westdeutschland, wo das Personal fast um die gleiche Größenordnung (100.000) aufgestockt wurde. In Ostdeutschland ist das Personal wesentlich älter als in Westdeutschland: Fast 70% des Personals war 2002 über 40 Jahre alt und nur 4% jünger als 25 Jahre, was zum Teil die Folge der Anwendung von Sozialkriterien bei den Entlassungen war. Knapp vier Fünftel der Beschäftigten in den neuen Ländern sind Teilzeitbeschäftigte, während es 1991 nur ein Fünftel war. Die Verringerung der Zahl der Plätze und des Personals haben sich auch in den für Kindertagesstätten bereitgestellten Finanzmitteln niedergeschlagen. Von 1992 bis 2000 sind die Ausgaben für Kindertagesstätten durch den Staat und die Kommunen in den neun Ländern von 3,1 Mrd. Euro auf 2,1 Mrd. Euro gefallen um danach bis 2002 wieder leicht anzusteigen. Innerhalb der Ausgaben stiegen in Folge der Änderung der Trägerschaften die Zuschüsse an freie Träger von 270 Mio. Euro auf 728 Mio. Euro, die Investitionen betragen in dem genannten Zeitraum nominal 1,3 Mrd. Euro, das heißt zwi-

³¹ Kolvenbach u.a., Kindertagesbetreuung in Deutschland 2002 (2004).

schen 5 und 6% der Ausgaben. Auch die Einnahmen sanken bis 1999 und bleiben danach in etwa konstant. Sie erreichten etwa 20% der Ausgaben. Im Jahre 2002 betragen die Einnahmen aus Gebühren u.ä. 261 Mio. Euro.

Wer nimmt nun dieses Angebot an Kindertageseinrichtungen in Anspruch? Auf der Basis des Scientific Use File des Mikrozensus 1998 des Statistischen Bundesamtes kommt Kreyenfels³² zum Ergebnis, dass in Ostdeutschland Mütter mit einem höheren Bildungsabschluss eher eine Tageseinrichtung für ihre Kinder in **Anspruch** nehmen als andere Mütter. Etwa die Hälfte der Mütter mit Hochschulabschluss nutzen Krippe und Hort für ihre Kinder, während dies etwa 40% der Mütter mit Ausbildungsabschluss und 30% ohne Abschluss tun. Allerdings ist der Anteil der Mütter, die nicht arbeiten, zwischen diesen Gruppen unterschiedlich hoch. Korrigiert man die Berechnungen um den Erwerbsstatus, dann verschwindet der Bildungseffekt,

Programmatisch geht der Kindergarten noch stärker in Richtung **Bildungsvermittlung**, das heißt der Elementarbereich des Bildungssystems zu sein, wie er übrigens in der DDR bereits angesehen war. Die Übergänge zwischen Kindergärten und Grundschule sollen verbessert werden, die Integration behinderter Kinder gefördert werden (Wustmann, Kindertageseinrichtungen in Sachsen, 2003). Dies sind allerdings keine spezifischen Probleme der neuen Bundesländer, spezifische Ostforschung auf diesem Gebiet konnte nicht ermittelt werden.

Im Auftrag des Landesjugendamtes Thüringen haben Fendrich und Schilling eine wissenschaftliche Analyse der Auswirkungen der **Bevölkerungsentwicklung** bis zum Jahre 2012 auf die Kinder- und Jugendhilfe in Thüringen durchgeführt³³. Bei den Kindertageseinrichtungen wird danach vom Jahre 2003 bis zum Jahre 2008 mit einem jährlichen zusätzlichen Platzbedarf von 1.900 bis 2.300 Plätzen insgesamt zu rechnen sein, dies wäre ein jährlicher Zuwachs von 2,5-3,0%. Allerdings verteilen sich die **Bedarfe** unterschiedlich auf die einzelnen Altersgruppen. So zeigt sich der Bedarf an zusätzlichen Plätzen vor allem für Kinder im Kindergartenalter. Allein hier ist im Zeitraum 2003 bis 2008 ein zusätzlicher Platzbedarf zwischen ca. 1.700 und 2.000 Plätzen zu erwarten. Im Bereich der Betreuung für unter 2½-Jährige werden rund 1.000 Plätze, im Hortbereich rund 750 Plätzen benötigt. Für den gesamten Bereich der Kindertageseinrichtungen ist zu erwarten, dass sich auch nach 2008 noch ein Mehrbedarf abzeichnet, der quantitativ aber nicht mehr die Höhe erreicht wie in den Vorjahren. Für die unter 2½-Jährigen ist vielmehr ab 2010 wieder mit einem sinkenden Bedarf zu rechnen. Für die Kindertageseinrichtungen ist die Entwicklung des Fachkräftebedarfs in den nächsten Jahren von besonderer Bedeutung. Derzeit zeichnet sich ein **Fachkräftemehrbedarf** ab. Dieser ergibt sich aus dem hohen Durchschnittsalter der Fachkräfte sowie der Konzentration auf eine Altersspanne der meisten Fachkräfte zwischen 45 und 55 Jahren. Diese Beschäftigten werden nach und nach in Rente gehen. Der notwendige Ersatzbedarf kann möglicherweise durch die Absolventen der Erzieherinnenausbildung

³² Kreyenfels, Sozialstruktur und Kinderbetreuung (2004).

³³ Fendrich und Schilling, Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2012 in Thüringen (2003).

nicht vollständig abgedeckt werden. Eine vergleichbare Studie wurde auch für das Land Brandenburg von denselben Autoren durchgeführt mit ähnlichen Ergebnissen³⁴.

Seitz hat im Rahmen eines Berichts für die Landesregierung Brandenburg einen Vergleich der Ausgaben für Kindertagesstätten Brandenburgs mit Sachsen und drei finanzschwachen westdeutschen Flächenländern durchgeführt³⁵. Er verwendet dazu die Daten des Jahres 2000 aus der Jugendhilfestatistik und die des Jahres 1999 der Rechnungsstatistik. Auffällig ist dabei besonders, dass Brandenburg pro Einwohner 174 Euro, hingegen Sachsen nur 103 Euro netto ausgab, vergleichbar mit den Ausgaben der Westländer von 101 Euro pro Einwohner. Er hält die **Gebühreneinnahme** für zu niedrig und sieht daher dort ein Einnahmepotenzial für die Gemeinden.

In einem Kurzgutachten welches die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen in Auftrag³⁶ gab, wird auch der Finanzierungsbedarf für die Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Plätzen für die alten und die neuen Bundesländer abgeschätzt. Dabei wird als bedarfsgerechte Versorgung 12 Plätze pro 100 Kinder in der Altersklasse bis unter drei Jahren, in der Altersklasse drei bis 6,5 Kinder 95 Plätze (aufgeteilt in 65 Halbtags- und 30 Ganztagsplätze) und bei den 6 ½ bis 12 jährigen 20 Plätze. Dieses Versorgungsniveau wird in den neuen Ländern im Krippen- und Kindergartenbereich erreicht, lediglich im Hortbereich erreichen zwei ostdeutsche Länder nicht mehr die Norm. Der zusätzliche Finanzbedarf ist daher in den neuen Ländern mit unter 50 Mio. Euro anzusetzen. Die Investitionsbedarfsstudie des Difu geht von ähnlichen Bedarfen an Plätzen für die neuen Bundesländer aus³⁷, errechnet aber einen Bedarf an Investitionen für den Zeitraum 2000 bis 2009 von 7,5 Mrd. DM aus, da der Ersatzbedarf auf Grund der schlechten baulichen Substanz der Kindertagesstätten besonders hoch ausfällt.

Von den Kommunen wird häufig beklagt, dass sie gezwungen werden **Standards** zu erfüllen, ohne dass die Standardsetzer für die Kosten dieser Erfüllung aufkommen müssen. Daher die Forderung nach Standardabbau. Reidenbach hat die Setzung von Standards im Bereich der Kindergärten nachvollzogen³⁸. Es zeigte sich für die neuen Bundesländer, dass diese bis Mitte der neunziger Jahre das System der Standardsetzung übernommen hatten, in dem ein Konglomerat von Landesjugendämtern bis zum Deutschen Normenausschuss reichte. Dabei haben sich die Standardsetzer in den neuen Ländern z.T. noch an den DDR-Normen orientiert, teilweise wurden aber auch die detaillierten Kindergartenrichtlinien aus dem Westen übernommen. Im Vergleich zwischen Ost und West wurde deutlich, dass es nicht nur auf die Zahl der angebotenen Plätze ankam. Auch bei den wichtigen Standards Fläche pro Kind, der maximalen Gruppenstärke und Zahl Kinder pro Fachkraft wurden in den neuen Ländern Standards verwendet, die deutlich besser als in den meisten westdeutschen Ländern waren.

In der sozialwissenschaftlichen Literatur wurde bereits seit langen vermutet, dass zwischen der **Bereitschaft von Frauen Kinder** zu bekommen und den Möglichkeiten ihre

³⁴ Schilling und Fendrich, Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2010 in Brandenburg (2002).

³⁵ Seitz, Benchmarking-Report Brandenburg (2003).

³⁶ Spies, Abschätzung (2001).

³⁷ Reidenbach, Kommunaler Investitionsbedarf (2002).

³⁸ Reidenbach, Kommunale Standards in der Diskussion (1996).

Kinder von anderen betreuen zu lassen, damit sie wieder arbeiten könne, ein enger Zusammenhang besteht. Als eine der ersten Institutionen hat das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung sich dieses Themas angenommen³⁹. Es werden zwei Befragungen in den neuen Ländern aus den Jahren 1991 und 1995 und eine Befragung von Frauen aus Westdeutschland im Jahre 1995 verglichen. Bei den Frauen mit Kleinkindern, die erwerbstätig waren, hatten 1995 im Westen 5% einen Krippenplatz, hingegen 21% im Osten, deutlich weniger als 1991 als der Anteil noch 49% betrug. Bei den nichterwerbstätigen Frauen lag dieser Anteil auch im Osten sehr viel niedriger. So nimmt es nicht wunder, dass 29% der Frauen im Westen, aber nur 13% im Osten äußerten, eine Ganztagsbetreuung würde persönlich helfen, insbesondere um arbeiten zu können. Dabei nannten die Frauen im Osten zu etwa gleichen Teilen ein Arbeitsplatzmodell als wünschenswert, bei dem beide Partner Vollzeit arbeiten bzw. das Vollzeit/Teilzeitarbeitsmodell, während im Westen letzteres eindeutig der Vorrang gewährt wird. Bei Frauen mit Kindergartenkindern wird sowohl bei den Frauen im Osten wie im Westen zu rund 50% das Vollzeit/Teilzeit Modell gewünscht. Auch bei den Frauen mit schulpflichtigen Kindern wurde im Osten das Vollzeit/Teilzeit Modell von der Hälfte der Frauen gewollt. In der Befragung ging es auch um die Kosten, die für die Kinderbetreuung aufgebracht wurden. Dabei stellte sich heraus, dass bei allen drei Gruppen von Frauen die Frauen im Osten mehr **Geld für die Kinderbetreuung** aufwenden. , was sich zum großen Teil dadurch erklärt, dass die westdeutschen Frauen ihre Kinder nicht in die Einrichtungen schicken. Bei den erwerbstätigen Frauen war die Bereitschaft höhere monatliche Kosten zu übernehmen relativ hoch. Das galt allerdings nicht für Hortplätze.

In der Folge sind vor allem in Zusammenarbeit zwischen DIW und dem Max-Planck-Institut für demografische Forschung Rostock mit finanzieller Unterstützung der BMFJFS und der Hans-Böckler-Stiftung eine Reihe von Studien entstanden, die sich zum einem auch der **Interaktion zwischen Erwerbstätigkeit und dem Angebot an Kindertageseinrichtungen** widmen, zum anderen sich mit dem damit eng verflochtenen Thema der Fertilität und des Angebotes solcher Plätze befasst, beides also Themen, die sich mit dem Outcome befassen. Die Studien basieren in der Regel auf Daten aus dem Sozial-ökonomischen Panel (SOEP), die mit anderen Daten kombiniert werden.

Eine Studie des DIW, die SOEP-Daten von 1996 bis 2000 mit Daten zu Plätzen in Kindertagesstätten verbindet⁴⁰, prüft schließlich diesen Zusammenhang für das erste Kind der Frauen, getrennt nach Ost und West. Dabei wird unterschieden zwischen den **Kinderversorgungsmöglichkeiten** durch die Eltern selbst, durch das soziale Netz von Verwandten und Freunden und schließlich durch die institutionelle Versorgung. Als Ergebnis zeigt sich, dass in den neuen Ländern eine hohe Versorgung mit Kindergarten- und Hortplätzen den Übergang zum ersten Kind signifikant positiv beeinflusst, nicht jedoch die Versorgungsquote mit Krippenplätzen. Letzteres mag darauf zurückzuführen sein, dass viele Frauen, die arbeitslos sind, die Kleinkinderbetreuung selbst durchführen.

³⁹ Engelbrech und Jungkunst, Erwerbsbeteiligung von Frauen und Kinderbetreuung in ost- und westdeutschen Familien (1998).

⁴⁰ Hank, Kreyenfeld und Spieß, Kinderbetreuung und Fertilität (2003).

5.2.4.2 Versorgung mit Jugendeinrichtungen

Trotz intensiver Suche konnte nur wenige Literatur gefunden werden, die sich mit der Versorgung mit offenen Jugendeinrichtungen befasst. Wir verstehen darunter also nicht das ganze Angebot der Jugendhilfe, zu dem auch Heime, Drogenberatungsstellen u.ä. gehören, sondern nur die im Rahmen der offenen Jugendarbeit betriebenen Jugendklubs oder ähnliche Freizeiteinrichtungen, die nicht kommerziell betrieben werden.

In der DDR war ein gut ausgebautes System von **Jugendklubs** vorhanden, die von Jugendorganisationen aber auch den Kommunen betrieben wurden. Nach der Wende ging die Zahl dieser Jugendklubs erheblich zurück, wie eine der seltenen Bestandsaufnahmen Ende 1992 im Land Brandenburg zeigt⁴¹, wobei es auch viele Neugründungen von Jugendeinrichtungen gab. Thole beschreibt den **Transformationsprozess der Jugendarbeit** hauptsächlich am Beispiel der Stadt Halle/Saale⁴². Träger der Einrichtungen waren ein bis zwei Jahre nach der Wende in der Regel gemeinnützige Organisationen oder Kommunen, die soweit sie nicht schon in der DDR dafür zuständig waren nach der Wende viele Klubs übernahmen. In vielen Fällen wurden Klubs, die nach der Wende geschlossen wurden, reaktiviert. Thole führte auch eine Befragung in den 10 kommunalen Freizeiteinrichtungen der Stadt zu Beginn des Jahres 1992 bei 262 Besuchern durch. Dabei erwies sich, dass die Besucher, die diese Klubs besuchten, im Durchschnitt ganz überwiegend ihre Freizeit in diesen Klubs verbrachten, was sich in häufigen Besuchen pro Woche äußerte. Die Befragten fanden die Atmosphäre überwiegend „locker und aufgeschlossen“ und hatten eine positive Einstellung zu den Mitarbeitern der Klubs. Knapp 90% der Besucher wohnten in der näheren Umgebung der Einrichtungen.

Von der Sachverständigenkommission, die den 10. Kinder- und Jugendbericht formulierte, wurde die These vertreten, dass eine **Unterversorgung der ostdeutschen Kinder**, insbesondere in ländlichen Gebieten vorliegt, Herzberg und Hössl folgend⁴³. Allerdings scheint dies nur partiell zuzutreffen. Nach einer Untersuchung des Deutschen Jugendinstituts und des Instituts für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung im Auftrag des Sozialministerium Brandenburg lässt sich feststellen⁴⁴, dass eine Spezifik des ostdeutschen **ländlichen Raumes** darin liegt, dass hier relativ gute infrastrukturelle Bedingungen bezüglich der Raumfrage für Jugendliche, einer zentralen Frage der Jugendarbeit, bestehen. Viele früher geschlossene Einrichtungen sind wieder reaktiviert worden, es überwiegen die nichtkommerziellen Angebote. Empirische Untersuchungen in den Landkreisen Elbe-Elster und Prignitz brachten nach den erhobenen Daten eigentlich ein gutes Angebot zu Tage, dies wird von den Nutzern aber nicht immer so gesehen.

Für das Sächsische Staatsministerium für Soziales hat das Institut für Marktforschung Leipzig seit 1993 regelmäßig über die Lebenssituation junger Menschen in Sachsen berichtet. Der sechste Bericht basiert auf einer Befragung von 1.014 Jugendlichen im

41 Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg, Kinder- und Jugendbericht 1994 (1994).

42 Thole, Straße oder Jugendklubs, (1993).

43 Herzberg und Hössl, Kinder des Umbruchs (1996)

44 Opitz-Karig, Lebenslagen (1998).

Alter von 15 bis 26 Jahren⁴⁵. Dabei wird auch nach 16 **Freizeitaktivitäten** gefragt, darunter auch nach dem Besuch von Einrichtungen der offenen Jugendarbeit. Dieser Besuch steht an vorletzter Stelle der Rangfolge der **Freizeiteinrichtungen**, denn nur 7% der Jugendlichen gaben an, häufig in diese Einrichtungen zu gehen, 14% gingen gelegentlich und 78% nie. Überdurchschnittlich ist der Besuch der Altersgruppe von 15 bis 17 Jahren mit 15% und von Männern im Alter von 18 bis 21 mit 17%. Gegenüber der Befragung 1997 hat sich eine Abnahme der Nutzungshäufigkeit ergeben. Robert und Stange nennen in ihrer Expertise zum Zweiten Sächsischen Kinder- und Jugendbericht 2003 als Gründe zum einen die deutliche **Reduzierung** der Zahl der Jugendhäuser bzw. offenen Jugendtreffs⁴⁶. Zum anderen stellen sie fest, dass sich eine Verschiebung der Altersstruktur der Nutzer in Richtung zu Kindern unter 14 Jahre ergibt, während die Jugendlichen über 14 ihre Aktivitäten verstärkt an andere Orte verlagern.

Auch eine Befragung von Leiterinnen und Leitern von Jugendeinrichtungen von 12 Modellgebieten des Programms „Soziale Stadt“ scheint die negative Einschätzung zu bestätigen⁴⁷. **Öffentliche Treffpunkte** erhielten bei der Einschätzung der Infrastrukturausstattung des Gebietes im Osten nur einen Wert von 3,6 auf einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5, während die Noten für das Angebot an Schulen oder Kindergärten etwa bei zwei lagen. Im Westen fiel die Benotung der öffentlichen Treffpunkte mit knapp 4 noch schlechter aus.

Die Ergebnisse der Dresdner Kinderstudie machen hingegen klar⁴⁸, dass betreute Freizeitangebote wie Jugendhäuser nicht nur für eine Minderheit der Jugendlichen relevant sind. Jugendliche in der Klassenstufe acht und neun gaben an, dass sie zu 27% das Angebot nutzen. Der Unterschied zu den Werten für Sachsen insgesamt mag darin zu finden sein, dass im ländlichen Raum ein schlechteres Angebot vorhanden ist.

Eine Befragung des Sozialwissenschaftlichen Forschungszentrum Berlin-Brandenburg befasst sich im Rahmen des 3. Kinder- und Jugendberichts der Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern mit den **Lebensverhältnissen** der 10- bis 14-Jährigen⁴⁹. Es handelte sich um eine schriftliche Befragung mit 1.210 verwertbaren Fragebögen von Schülerinnen und Schülern aus drei Landkreisen und zwei Städten. Auf die Frage „Wie verbringst Du Deine Freizeit?“ gaben, unter Ausklammerung der Kategorie „ohne Antwort“ 13% an dies „immer/oft“ in **Jugendfreizeitheimen** zu tun, weitere 22% gingen nur selten in eine derartige Einrichtung und fast zwei Drittel „nie“. Dabei scheint dies nicht unbedingt an der Erreichbarkeit zu liegen: Die Erreichbarkeit von Jugendklubs ist nach den Antworten mit 42%/ 40% in der Region Ost und Mitte „um die Ecke“, lediglich in der Region West sind es nur 34%. Von denjenigen, denen der Jugendklub zu weit weg ist, vermissen allerdings die meisten diese Einrichtung nicht.

45 Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Jugend in Sachsen (2003).

46 Robert und Stange, Expertise (2002).

47 Deutsches Jugendinstitut, Kinder- und Jugendhilfe in sozialen Brennpunkten (2003).

48 Lenz u.a., Kindsein in Dresden (2000).

49 Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern, Dritter Kinder- und Jugendbericht (2002).

5.2.4.3 Versorgung mit Altenheimen

Die Versorgung mit Altenheimen ist nur ein Teil der Versorgung älterer und alter Menschen, die nicht mehr selbst in der Lage sind, vollständig für sich selbst zu sorgen. Ziel ist es, diese Menschen möglichst lange in ihrer **eigenen Wohnung** zu belassen, was durch häusliche Pflege durch Angehörige, die ambulante Versorgung und z.T. durch das Angebot von altengerechten Wohnungen geschieht. Auch kann die Versorgung in einem Altenheim zuerst teilstationär erfolgen. Daneben gibt es aber noch das Angebot in Altenheimen oder Seniorenheimen freiwillig zu ziehen, wobei dort meist eine eigene Wohnung oder zumindest ein eigenes Zimmer zur Verfügung steht. Das Angebot an Altenheimen ist aber zunehmend mit Altenpflegeheimen gleich zu setzen. Hier soll nur die Versorgung mit Heimplätzen betrachtet werden.

Die meisten Beschreibungen der Situation der Altenheimen, **Feierabendheime** nach DDR-Sprachgebrauch, und der Pflegeheime lassen den Schluss zu, dass zum Zeitpunkt der Wende sehr vieles im Argen lag. Schuttkowsky macht dazu einige Angaben aus der **Bausubstanzanalyse** des Bezirks Magdeburg⁵⁰. Das Durchschnittsalter der Gebäude lag bei 52 Jahren, 39% aller Nutzflächen wurde vor 1890 und 14% waren älter als 120 Jahre. Diese Vorkriegsgebäude waren lange Zeit baulich vernachlässigt worden und konnten zudem als Schlösser, Gutshäuser etc. funktional nicht auf die Erfordernisse der Altenpflege umgestellt werden. Immerhin betrug der Anteil an Nutzfläche, die in den siebziger Jahren vor allem im komplexen Wohnungsbau errichtet wurden, 1990 43%, allerdings handelte es sich um einen krankenhausähnlichen Ausbau. Insgesamt wurde damit nach 1970 in der DDR die Kapazität der Heime um 50% erneuert⁵¹, so dass Ende 1988 140.020 Heimplätze, davon 97.944 Pflegeplätze zur Verfügung standen, wovon etwa 16% von jüngeren psychisch gestörten Personen gebunden waren. Die Ausstattung der Heime war durch Mehrbettzimmer und einem chronischen Pflegenotstand gekennzeichnet. So fehlten 1997 rund 36.000 Personen (Vollzeit) in der Pflege. Gleichwohl war es für den rüstigen Bürger z.T. attraktiv einen Heimplatz zu erhalten, betrug doch die monatlichen Unterhaltskosten 105 Mark in Feierabendheimen (in Pflegeheimen unabhängig von Einkommen und Vermögen 120 Mark). Regional gab es in der Qualität ein erhebliches Gefälle, da die Altenheimen im komplexen Wohnungsbau vornehmlich in den größeren Städten errichtet wurden.

Eine Auswertung des BBR, in der der Bestand an Alten-/Pflegeheimplätzen bezogen je 1.000 Personen im Rentenalter (Männer 65 Jahre u.m., Frauen 60 Jahre u.m.) 1988/89 berechnet wurde⁵², weist bei den Kernstädten und im ländlichen Raum einen wesentlich besseren Besatz in den neuen Bundesländern aus, lediglich im Umland der Regionen mit großen Verdichtungsräumen (Regionstyp I) fällt im Durchschnitt die Versorgung etwa gleich in Ost und West aus.

Die umfangreichste Bestandaufnahme für den **Pflegemarkt** in Deutschland haben Gerste und Rehbein für das Wissenschaftliche Institut der AOK⁵³ 1997/98 nach der Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt. Dabei wurde auch auf den stationä-

⁵⁰ Schuttkowsky, Die Bausubstanz der Einrichtungen (1990).

⁵¹ Schmidt, Ältere und geschädigte Bürger (1990).

⁵² BfLR, Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Gemeinden und Kreise 1989/90 (1992)

⁵³ Gerste und Rehbein, Der Pflegemarkt in Deutschland (1998).

ren Bereich eingegangen. Ihre Untersuchung basiert auf der Pflegestrukturdatei der über 23.000 zugelassenen Pflegeeinrichtungen. Danach gab es im 1. Quartal 1997 in den neuen Bundesländern 722 teilstationäre und 1.269 stationäre Einrichtungen, zu denen noch 2.741 ambulante Einrichtungen hinzukamen. Die Zahl der vollstationären Plätze pro 1.000 Einwohner betrug 7,7, pro 1.000 über 65-jährige 52 mit größeren Variationen zwischen den einzelnen Ländern. Das Vollzeitäquivalent der Beschäftigten pro 100 Plätze erreichte einen Wert von 48, wobei die einzelnen Länderwerte relativ nah beieinander lagen.

Eine Studie der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) über den **Markt für Altenpflegeeinrichtungen** aus dem Jahre 2000 geht in einem Exkurs auch auf den Bedarf in den neuen Bundesländern ein⁵⁴. Rund 12.800 Plätze wären danach in den neuen Ländern neu zu schaffen mit einem Investitionsaufwand von 2 Mrd. DM. In der Difu Bedarfsschätzung, die auf der KfW-Studie basiert⁵⁵, wird der Bedarf bis 2009 für die Erneuerung der vorhandenen Einrichtungen und den zusätzlichen Bedarf allein für die Kommunen auf 2,6 Mrd. DM geschätzt, darunter 0,6 Mrd. DM Zahlungen an Dritte zur Förderung von Investitionen Dritter.

Ende 1995 hat der Sächsische Städte- und Gemeindetag das ifo Institut für Wirtschaftsforschung beauftragt, einige zentrale Fragestellungen für die Weiterentwicklung der Altenpflege im Freistaat Sachsen zu untersuchen⁵⁶. Der erste Themenkomplex bezog sich auf die damalige **räumliche Struktur der Heimplätze** und des Bedarfs im Jahre 2010. Die Wahrscheinlichkeit in ein Altenheim zu kommen steigt mit zunehmendem Alter stark an, so dass das Eintrittsalter in das Heim im Durchschnitt über achtzig Jahre liegt. Die Bedarfsrichtwerte der sächsischen Regierung sind daher an der über 65 jährigen Bevölkerung ausgerichtet. Für Altenpflegeheimplätze beträgt dieser Wert 3%, für die Altentagespflege 0,3% und für die Kurzzeitpflege 0,09%. Auf dieser Basis ergab sich für Sachsen, als Summe der Landkreise, eine Überversorgung von 14%, wobei zwischen den einzelnen Landkreisen große Abweichungen zwischen Ist und Soll festgestellt wurden. Die Zahl der über 65 jährigen dürfte bis 2010 zwar um 161.000 ansteigen, die Zahl der über 80 jährigen wird dagegen überraschender Weise abnehmen und erst 2010 wieder das Niveau von 1995 erreichen. Das Institut kommt daher zu dem Schluss, dass **kein Bedarf an zusätzlichen Kapazitäten** bestünde, sondern eher das Gegenteil. Hinzu kommt, dass die Einführung der Pflegeversicherung mit ihrer Priorität der häuslichen Pflege und ein steigendes Heimeintrittsalter als Folge des medizinischen Fortschritts tendenziell die Nachfrage nach Heimplätzen mindern. Der zweite Themenkomplex befasst sich mit der Finanzierung der überörtlichen Sozialhilfe in Sachsen, die dort durch den Landeswohlfahrtsverband wahrgenommen wird.

Ebenfalls für Sachsen lässt sich die Entwicklung der Altenheime seit 1990 am sächsischen Beispiel an Hand zweier Beschreibungen darlegen⁵⁷. Untersuchungen aus dem Jahre 1990 hatten gezeigt, dass 40% der Heime abrisssreif, 30% kurzfristig sanierungsbedürftig, 20% mittelfristig instandsetzungsbedürftig und nur ca. 10% einen ausreichenden Standard im Sinne der **Heimmindestbauverordnung** waren. Damals befand

54 Kreditanstalt für Wiederaufbau, Der Markt für Pflegeeinrichtungen in Deutschland (2000).

55 Reidenbach, Kommunaler Investitionsbedarf (2002).

56 Blau, Donath und Ratzinger, Altenpflege in Sachsen (1998).

57 Schreiber, Gründliche Kur für alte Pflegeheime (2000).

den sich 93% der Heime in der Trägerschaft der Kommunen. Fast ein Fünftel der Heimbewohner war unter 65 Jahre alt. Rund 10% der Pflegefälle waren in Krankenhäusern untergebracht. Der **Investitionsbedarf** wurde damals auf 3,6 Mrd. DM geschätzt. Bis zur Einführung der Pflegeversicherung hatte der Freistaat 37 Neubauten mitfinanziert, überwiegend Neubauten mit einem Fördervolumen von 180 Mio. DM. Nach Art. 52 PflegeVOG stellte der Bund Finanzierungshilfen für Investitionen in Pflegeeinrichtungen in den Jahren 1995 bis 2002 zur Verfügung, dies waren allein im Freistaat Sachsen 1,9 Mrd. DM bei einem Bauvolumen von 1,52 Mrd. Euro. Die meisten Projekte waren Anfang 2004 fertiggestellt. Damit konnten 19.618 stationäre Altenpflegeplätze und 2.572 weitere Pflegeplätze geschaffen oder saniert werden.

Schließlich ist hier als Abschluss noch die Pflegestatistik 2001 zu erwähnen, die auch das **Angebot an Einrichtungen für die stationäre Pflege** enthält. Danach gab es in den neuen Bundesländern 1.475 Einrichtungen mit 107.590 Plätzen, davon 95% für eine vollstationäre Pflege. Rund 64% der Plätze befanden sich in freigemeinnützigen Einrichtungen, 22% in privaten und 14% in öffentlichen Einrichtungen. Mecklenburg-Vorpommern hatte mit 12% den niedrigsten Anteil an Plätzen in privaten Einrichtungen, Sachsen-Anhalt mit 28% den höchsten Anteil.

Gerade im Bereich der Altenpflege kommt es entscheidend auf die **Qualität der Pflege** an. Eine Untersuchung von 194 vollstationären Pflegeheimen in den neuen Bundesländern, die vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen durchgeführt wurde liefert hierzu Anschauungsmaterial⁵⁸. Dabei stammen die Daten aus dem Jahre 2001 von Einrichtungen die zumeist in freigemeinnütziger Trägerschaft waren; die Daten sind aber nicht strikt repräsentativ. Nur etwa vier von fünf Einrichtungen stellen den pflegebedürftigen Menschen Gemeinschaftsräume zur Verfügung, in jedem fünften Heim sind außer Gemeinschaftsräumen keine weiteren besonderen Räume vorhanden. Je größer die Einrichtung desto geringer der Anteil des Pflegefachpersonals am gesamten Personal (Pflegefachquote) und desto geringer ist die Zahl der Vollkräfte pro Platz, so ein weiteres Ergebnis der Untersuchung. Offensichtlich können gewisse „economies of scale“ erzielt werden. Bei der Betreuungsrelation gibt es kaum Unterschiede bei einer Einordnung der Heime in den BBR-Regionentyp. Bei der Trägerschaft weisen die privaten Einrichtungen sowohl eine höhere Pflegefachquote als auch mehr betreuendes Personal pro Platz auf als die übrigen Einrichtungen.

5.2.5 Medizinische Versorgung

5.2.5.1 Vorbemerkung

Die Versorgung mit medizinischer Infrastruktur basiert im Wesentlichen auf zwei Säulen: Zum einen auf der ambulanten Versorgung der Bevölkerung durch niedergelassene Ärzte und zum anderen auf der stationären Versorgung der Bevölkerung in (Akut-) Krankenhäusern. Daneben gibt es für den Bereich der medizinischen Vor- und Nachsorge noch andere Institutionen wie das System der Gemeindeschwestern bzw. Sozialstationen und den Bereich der Rehabilitation, die aber hier nicht behandelt werden. Auch auf die Versorgung mit Zahnärzten und Apotheken als weitere wichtige Versor-

⁵⁸ Gerste und Rehbein, Qualität und Betriebsvergleich (2002).

gungsinstanzen kann hier nur hingewiesen werden, wobei deren Transformation in das System der Bundesrepublik ganz ähnlich wie bei den niedergelassenen Ärzten erfolgt ist. Die vorhandenen Krankenhäuser und Arztpraxen sind jedoch nur als ein Indikator für die Qualität des Gesundheitssystem zu verstehen. Letztlich kommt es aber darauf an, was die medizinische Versorgung zur Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung beiträgt. Da es hierzu, gerade im Vergleich alte vs. neue Bundesländer mehrere ausführliche Studien gibt sollen deren Ergebnisse in einem eigenen Unterkapitel dargestellt werden.

5.2.5.2 Ambulante Versorgung

Das System der Gesundheitsversorgung in der DDR unterschied sich in vielen Punkten von dem der damaligen Bundesrepublik. Ein Hauptunterscheidungsmerkmal betraf die **Organisation der ambulanten Behandlung**. Es gab kurz vor der Wende kaum noch Ärzte, die eine eigene Praxis führten; dies waren in aller Regel nur noch ältere Ärzte, die ihre Praxen weiterführen durften. Die meisten Ärzte waren Angestellte des Staates. In dem Jahresgutachten 1991 des Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen wird dieses ärztliche System ausführlich beschrieben und kritisch beurteilt⁵⁹. Die ambulante Versorgung wurde 1989 in der DDR vor allem durch 626 Polikliniken, 1.020 Ambulatorien und 1.635 staatliche Arztpraxen sichergestellt. In diesen Zahlen sind auch die umfangreichen Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens enthalten. In einzelnen Polikliniken arbeiteten teilweise über 50 Ärzte. Viele Polikliniken waren einem Krankenhaus zugeordnet. Der Sachverständigenrat sah in seiner Beurteilung durchaus die Vorteile in der **kostengünstigen Konsultations- und Mitbehandlungsmöglichkeiten** für eine komplexe Versorgung und die enge stationär/ambulante Verzahnung. Er bemängelte aber vor allem die beträchtlichen Defizite in der persönlichen Arzt-Patient-Beziehung und in der freien Arztwahl.

Trotz Regelungen im Einigungsvertrag (siehe unten) wurden die **Überlebenschancen der Polikliniken** als gering angesehen. Die meisten Ärzte, die in der staatlichen oder betrieblichen ambulanten Versorgung tätig waren, ließen sich daher relativ schnell mit eigener Praxis nieder. Nach der Statistik waren bereits 1991 14.790 Ärzte als niedergelassenen Ärzte tätig. Damit waren einschneidende Folgen für die Ärzte, aber kaum Folgen für die Patienten verbunden. In einer Dissertation an der Charité werden die Ergebnisse einer **Umfrage bei niedergelassenen Ärzten** (n = 63) und ihren Patienten (n= 390) im Südosten Brandenburgs ausgewertet⁶⁰. Etwa zwei Drittel der Ärzte gaben an, sich unter Druck niedergelassen zu haben; im Zeitpunkt der Befragung (1995) hatten jedoch fast alle eine positive Einstellung zur Niederlassung. Etwa 60% der Ärzte mussten die Räumlichkeiten wechseln, die meisten aus objektiven Zwängen heraus. Die große Mehrheit der Patienten gab an, den Strukturbruch ohne wesentliche Nachteile für ihre medizinische Betreuung erlebt zu haben. Die erweiterten Angebote an Diagnostik und Therapie wurden von den Patienten positiv bewertet, insbesondere die durch die neue Standortwahl bessere Erreichbarkeit wurde hoch eingeschätzt.

⁵⁹ Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, Das Gesundheitswesen in Deutschland (1991).

⁶⁰ Fischer, Transformationsprozess (1996).

Noch ausführlicher hat Wasem in seiner Habilitationsschrift diesen **Transformationsprozess** analysiert⁶¹. Ihm geht es vor allem um die Dynamik sowohl im Ausmaß als auch in der Geschwindigkeit mit der dieser **Prozess** abgelaufen ist, denn anders als in Westdeutschland wahrgenommen, handele es sich um eine erhebliche Innovation sowohl für die Leistungserbringer (Ärzte und nichtärztliches Gesundheitspersonal) als auch für die Patienten und die übrigen Akteure des Gesundheitssystems. Es bestand trotz einer Begünstigung der westdeutschen Regelung durchaus ein Freiraum zum zumindest mittelfristigen Beibehalten der bisherigen Regelungen. Auch sprachen der hohe Frauenanteil an den in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten mit ihrem familiären Engagement und das hohe Durchschnittsalter gegen eine schnelle Transformation. Datenbasis der Untersuchung sind einmal qualitative Daten aus Dokumenten der beteiligten Akteure und Interviews und quantitative Daten aus Statistiken der Kassenärztlichen Vereinigung und einer Erhebung bei den kreisfreien Städten und Landkreisen als Träger der Polikliniken sowie weitere Daten aus Umfragen bei Ärzten in den Jahren 1990 und 1991. Auf der Makroebene wurde die zukünftige **Ausgestaltung des Systems der ambulanten Versorgung** in mehrere „Arenen“ diskutiert und festgelegt, die z.T. von einander unabhängig waren. Dort setzte sich das westdeutsche Modell auch bei der Diskussion innerhalb der westdeutschen Akteure, z.B. bei den gesetzlichen Krankenkassen durch. Auf der Mikroebene waren Anfang 1990 die meisten Ärzte noch sehr unsicher, was sich mit der Einführung der krankensicherungsrechtlichen Regelungen des Einigungsvertrages schnell änderte, so dass Ende 1991 rund 80% der vormals poliklinisch tätigen Ärzte niedergelassen waren. Der Grund war zum einen die „Veränderung der relativen Vorteilhaftigkeit“ durch die Verhandlungen auf der Makroebene gegenüber der vorherigen Situation bei gleichzeitigem Druck und günstigen Niederlassungsangeboten durch die Kommunen, die befürchteten, die defizitären Polikliniken weiter betreiben zu müssen. Ein „Gegenmodell“ des Sozialministeriums Brandenburg zum Erhalt der Polikliniken (siehe unten) kam für die meisten Kommunen zu spät in Anbetracht der starken Eigendynamik des Prozesses.

Die Zahl aller niedergelassenen Ärzte pro 100.000 Einwohner lag in den neuen Ländern 2001 nur um 3% unter dem Wert in den alten Bundesländern⁶². Auch bei den Allgemeinärzten und Internisten waren die Differenzen im Besatz klein. Räumlich differenziert gibt es sowohl im Osten wie im Westen ein **Besatzgefälle** von den Kernstädten zu den ländlichen Kreisen geringerer Dichte. Zwischen einzelnen Kreistypen bestehen aber größere Unterschiede, die auf unterschiedliche ärztliche Verteilungssysteme schließen lassen. Besonders auffällig ist der gleichmäßige Besatz mit Allgemeinärzten in allen Kreistypen in den neuen Ländern, während in den alten Ländern bei dieser Gruppe der Besatz in den ländlichen Räumen höher ausfällt als in den Kernstädten. Die neuen Länder weisen in allen Kreistypen deutlich mehr Kinderärzte bezogen auf die Zahl der unter 15 jährigen auf.

Bei Befragungen der Bevölkerung gab sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern eine ganz überwiegende Mehrheit an, dass sie einen **Hausarzt** habe. Unterschiede zwischen Ost und West bestanden in dieser Hinsicht kaum⁶³. Hausärzte

⁶¹ Wasem, Vom staatlichen zum kassenärztlichen System (1997).

⁶² Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Aktuelle Daten 2003 (2004).

⁶³ Bergmann und Kamtsiuris, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (1999).

haben jedoch in den neuen Bundesländern noch eine wesentlich größere Bedeutung zur Versorgung der Bevölkerung als dies in den alten Ländern der Fall ist. Eine Untersuchung von rund 2.500 Personen in Ostdeutschland machte deutlich, dass knapp ein Drittel der Befragten weder zu einem praktischen Arzt noch zu einem Facharzt gingen⁶⁴. Von denjenigen, die fünf mal und mehr in einem Jahr zum Arzt gingen, das waren vor allem die über 60 jährigen, war in den neuen Ländern eine deutliche Präferenz vorhanden, zum praktischen Arzt zu gehen, während die westdeutschen Patienten dieser Altersgruppe eher den Facharzt aufsuchten.

Trotz der starken Angleichungen in vielen Bereichen stellt eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, basierend auf Daten der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (also ohne Privatpatienten), noch 1997 beträchtliche Unterschiede bei der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zwischen Ost und West fest⁶⁵. Ein Arzt betreute demnach im Osten 742 GKV-Versicherte, im Westen hingegen nur 643. Umgekehrt lag die **Zahl der Versicherten je Praxismitarbeiter** im Osten bei 206 und im Westen bei 164. In der Summe wurden pro Versicherten 11,2 Arzt- und Personalstunden im Westen, aber nur 9,3 Stunden im Osten erbracht. Je Versicherten erhielten die Ärzte in den neuen Ländern nur ein Dreiviertel des **Honors** ihrer westdeutschen Kollegen. Hinzu kam, dass die Einnahmen von Privatpatienten deutlich unter dem Niveau der Westländer lagen. So kommt denn auch die Studie zu dem Schluss, dass der niedrigere Ressourceneinsatz, gemessen an der Herausforderung durch eine höhere Morbidität ostdeutscher Krankenversicherter, als für den Osten unzureichend zu betrachten ist.

Hausärzte spielen gerade im ländlichen Raum eine überragende Rolle bei der ärztlichen Versorgung. Verstärkt wird die **Rolle der Hausärzte**, wenn sie, wie in der Gesundheitsreform vorgesehen, als „Lotsen“ des Gesundheitssystems die ambulante und stationäre Behandlung der Patienten einleiten und steuern sollen⁶⁶. Die Situation der ärztlichen Versorgung insbesondere der Hausärzte versuchen im Jahre 2003 zwei Vorhaben zu analysieren, die aber zu konträren Einschätzungen gelangen. Die Untersuchungen von Klose, Uhlemann und Gutschmidt⁶⁷, die für das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen erfolgte, analysieren die ärztliche Versorgung in Deutschland, dies aber nicht in der Summe, sondern nach den 460 kassenärztlichen Planungsregionen. Auch in diesem Gutachten wird zunächst festgehalten, dass gemessen an der Zahl der Ärzte pro Einwohner die neuen Bundesländer am Ende der Rangliste liegen. Im Vergleich zu den alten Bundesländern stieg die Zahl der Ärzte in den neuen Ländern seit 1991 allerdings überproportional an. Je nach Raumordnungstyp und Arztgruppe existiert eine Verhältniszahl Einwohner/Arzt, aus der sich ein Versorgungsgrad errechnen lässt. Nach den Maßstäben der **Bedarfsberechnung** für die einzelnen Fachärzte sind danach die meisten Planungszellen in den neuen Ländern für zusätzliche Kassenärzte gesperrt, da der Versorgungsgrad über 110% liegt. Auch in den neu-

⁶⁴ von dem Knesebeck, Janssen, Lüschen, Alter und Inanspruchnahme (1999).

⁶⁵ Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung (2000).

⁶⁶ Siehe dazu „Situation der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern“, Bundestagsdrucksache 15/1440 (2003).

⁶⁷ Klose, Uhlemann und Gutschmidt, Ärztemangel - Ärzteschwemme? (2003) und Klose und Uhlemann, Perspektiven der vertragsärztlichen Versorgung (2003)

en Ländern wird aus verschiedenen Gründen im Jahre 2000 etwa 10% der Ärzte in gesperrten Planungsbereichen die kassenärztliche Tätigkeit ermöglicht. Konstatiert wird aber auch, dass demnächst ein erheblicher Anteil der Ärzte aus **Altersgründen** ihre Praxis aufgeben wird. In der Studie wird nun ermittelt, wie sich die ärztliche Situation in den nächsten Jahren in dem der neuen Bundesländer und als Vergleichsfall in Bayern entwickeln wird. Frei werdende Praxen sollen aber nur in so weit ersetzt werden, als die nach den geltenden Bedarfsplanrichtlinien ausreichende Versorgung angesetzt wird und angenommen wird, dass die Ärzte mit 68 ihre Praxis aufgeben. Bei den Hausärzten wäre dies ein **Versorgungsgrad** von 75% der Normalversorgung, bei den Fachärzten ein Wert von 50%. Nach dieser Rechnung würde sich bis 2010 in den neuen Bundesländern ein Ersatzbedarf von 484 Hausärzten ergeben statt 2.293 bei einem Versorgungsgrad von 100%.

Die Untersuchung von Kopetsch wurde von der Bundesärztekammer in Auftrag gegeben⁶⁸. Die meisten der verwendeten Daten stammen aus dem Bundesärztereister, in dem alle zugelassenen Ärzte Deutschlands erfasst werden. Nach Berechnungen von Kopetsch waren 2002 sowohl im Westen wie im Osten rund 48% aller **Vertragsärzte über 50 Jahre alt**, über 60 aber in den neuen Länder fast 19%, in den alten Ländern aber nur 11%. Dabei sind es vor allem die Allgemeinärzte/Praktischen Ärzte in den neuen Ländern, von denen 23,4% über 60 waren, sowie die Kinderärzte (18,6%) und die Augenärzte (18,4%). Während im Osten die Zahl der Ärzte von 1995 bis 2002 um 4,4% gestiegen ist, ist die Zahl der praktischen Ärzte und der Kinderärzte im selben Zeitraum um 5,6% bzw. 4,7% zurückgegangen. Auf Grund dieser Altersstruktur, ist daher damit zu rechnen, dass in den nächsten 10 Jahren zwischen 40 und 46 aller Hausärzte in den Ruhestand gehen werden, Neben dieser Prognose setzt sich Kopetsch auch mit den Berechnungen von Klose/Uhlmann/Gutschmidt auseinander. Er stellt sich die Frage, was geschehen würde, wenn die Unterversorgungsgrenze von 75 bzw. 50% zum Normalfall erklärt werden würde. Diese Absenkung könnte nur dazu führen, dass die verbliebenen Ärzte deutlich länger arbeiten müssten oder dass sie weniger Zeit für die Patienten hätten. Davon wären besonders die dünn besiedelten Gebiete betroffen, bei denen es schon jetzt schwierig sei, eine adäquate ärztliche Versorgung aufrecht zu halten.

Ein Gutachten zur **Situation der Kardiologen** kann zur Darstellung der Lage der Fachärzte in Ostdeutschland dienen. Im Auftrag des Bundesverbandes der niedergelassenen Kardiologen haben Oberender, von der Schulenburg und Wasem⁶⁹ eine Umfrage durchgeführt, an der sich rund zwei Drittel der niedergelassenen deutschen Kardiologen beteiligt haben und die auch regionale Rückschlüsse erlaubt. Danach ist der Anteil der Kardiologen, die in Einzelpraxis arbeiten, in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland besonders hoch, die Zahl der beschäftigten Assistenten durchschnittlich hoch, hingegen die Zahl des nichtärztlichen Personals unterdurchschnittlich niedrig. Obwohl jeder Kardiologe in Ostdeutschland eine Patientenzahl betreut, die um 16% über dem Durchschnitt aller befragten Kardiologen liegt, beträgt ihr Umsatz nur 78% des durchschnittlichen Umsatzes. Der Unterschied erklärt sich aus der geringen Anzahl

⁶⁸ Kopetsch, Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! (2003).

⁶⁹ Oberender, von der Schulenburg und Wasem, Kardiologische Versorgung (2003).

an Privatpatienten (4% im Gegensatz zu 11% bei allen Kardiologen) und vor allem deren Beitrag zum Praxisumsatz.

Mehr und mehr kamen in den Arztpraxen auch **Großgeräte** zum Einsatz, die bis Mitte 1997 durch einen Ausschuss der Länder zugelassen werden mussten. Noch 1995 war Besitz mit Großgeräten in den ostdeutschen Praxen nur halb so hoch wie in den westdeutschen Praxen⁷⁰.

Von den ehemals rund 1.650 **Polikliniken und Ambulatorien** der DDR hatten 1995 ungefähr 200 überlebt (Schreiber Entwicklung, 1995), denn der Einigungsvertrag sah für die so genannten 311er Einrichtungen, benannt nach § 311 SGB V, zunächst nur einen Bestandsschutz von fünf Jahren vor. Gleiches galt auch für die 50 kirchlichen Fachambulanzen. Dann wurde den kommunalen, nicht aber den kirchlichen Einrichtungen die Möglichkeit der Fortführung geboten. Im Jahre 2003 bestanden etwa 90 „311er“ **Einrichtungen** mit 374 Ärzten⁷¹, die meisten davon in Brandenburg und Berlin. Schröder und Jacobs gehen in ihrer Untersuchung auf die Möglichkeiten ein, ein Gesundheitszentrum zu betreiben⁷². Die nach der Wende im Wesentlichen aufgelösten Polikliniken, können nach dem GKV-Modernisierungsgesetz (§95 SGB V) unter dem Namen Medizinische Versorgungszentren eine Renaissance erleben, allerdings unter anderen rechtlichen und organisatorischen Voraussetzungen.

5.2.5.3 Stationäre Versorgung mit Krankenhäusern

Die Situation der Krankenhäuser kurz vor der Wende und in den dann folgenden Jahren wird in einer Reihe von Studien beschrieben. Heiland⁷³ analysiert die **räumliche Versorgung mit Krankenhäusern**. Diese war in der DDR dreigliedrig und sehr viel stärker an zentralörtliche Kriterien gebunden als in den alten Bundesländern. Dabei hatte sich die Zahl der Krankenhäuser seit 1970 wie im Westen bereits verringert. Die Versorgung mit Betten pro 10.000 Einwohner lag mit einem Wert von 98 deutlich unter den 110 Betten pro 10.000 Einwohner im Westen. Rund drei Viertel der Betten waren im Durchschnitt belegt, etwa 9.000 Betten waren wegen fehlendem Personal oder schlechtem Gebäudezustand gesperrt. Etwa 80% der Einrichtungen waren in kommunaler Hand (örtlich geleitet), 13% gehörten Universitäten und Akademien und 7% waren konfessionell geleitet. Private Einrichtungen gab es praktisch nicht. Die Verweildauer in den Krankenhäusern war deutlich höher als im Westen, schon deshalb, weil eine große Zahl an Pflegefällen in den Krankenhäusern aufgenommen wurde.

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich in seinem Jahresgutachten 1991 auch mit den **baulichen Zustand** und die **Ausstattung** der Krankenhäuser vor und nach der Wende auseinandergesetzt. Für das Jahr 1988 konnte er dabei auf Erhebungen von DDR-Instituten zurückgreifen. Danach hatten die Krankenhäuser auf kommunaler Ebene (360 Einrichtungen mit 142.500 Betten) im Durchschnitt ein Alter von 60,6 Jahren, der Anteil mit Gebäudeteilen mit schweren und schwersten Schäden betrug 17%. Dieser Schadensanteil war bei den Fachkranken-

⁷⁰ Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland 1998 (1998).

⁷¹ BMGS, Gesundheit in den neuen Ländern (2004).

⁷² Schröder und Jacobs, Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum (1997).

⁷³ Heiland, Gesundheitseinrichtungen (1991).

häusern deutlich höher als bei den allgemeinen Krankenhäusern. Insbesondere waren die Servicebereiche der Krankenhäuser, wie Wäschereien, Küchen, Heizungen verschlissen, was zu erheblichen Belastungen für das Personal führte. Auch die Ausrüstung mit größeren medizinischen Geräten war niedrig, gemessen am Standard in Westdeutschland.

Nach Art. 33 des Einigungsvertrages war es Aufgabe des Gesetzgebers, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass das **Niveau der stationären Versorgung** der Bevölkerung zügig und nachhaltig verbessert und der Situation im übrigen Bundesgebiet angepasst wurde. Entsprechend sollte eine Krankenhausplanung möglichst schnell in allen neuen Bundesländern durchgeführt werden, was mit den verschiedensten Methoden erfolgte⁷⁴. Ziel war in jedem Fall eine möglichst baldige Angleichung an den Westen. Eine bedarfsgerechte Versorgung war zu gewährleisten, unter Vermeidung von Fehlbelegungen.

Die **Zahl der allgemeinen Krankenhäuser** ist in den neuen Ländern von 539 im Jahre 1989 auf 289 im Jahre 1994 zurückgegangen, die Zahl der Betten von 160.000 auf 111.600. Dies geht aus einem Fazit hervor das Gabriele Schreiber fünf Jahre nach der Wiedervereinigung zog⁷⁵. Nach den Berechnungen waren 1993 die Vollkräfte je 100 belegte Betten im Durchschnitt in beiden Teilen Deutschlands beim ärztlichen Dienst und beim Pflegedienst in etwa gleich. Die Kosten, gemessen je Pfl egetag, fielen um rund ein Fünftel niedriger aus als in den alten Bundesländern.

Die **Neustrukturierungen** im Bereich der kommunalen Krankenhäuser bis 1995 ist auch das Thema einer Studie von Freymann und Bauer⁷⁶. Durch den Einigungsvertrag wurden die örtlich geleiteten Krankenhäuser an die Kommunen übertragen, die diese Krankenhäuser in den meisten Fällen (vorerst) weiterführten, zum Teil aber auch an andere Organisation abgaben bzw. verkauften. Durch massive finanzielle Zuschüsse (siehe unten) konnten die Krankenhausträger damit beginnen, die im Einigungsvertrag anvisierten Ziele zu erreichen. Die Schließung von Krankenhäusern setzte sich unvermindert fort, wobei dies besonders kleine Krankenhäuser mit unter 100 Betten betraf. Die Zahl der aufgestellten Betten und der Pfl egetage sanken, die Kennziffern näherten sich den westdeutschen Standards an.

Von 1995 bis 2001 (neuere Daten liegen nicht vor!) gab es nochmals einen **Rückgang der Bettenzahl** auf 92.000⁷⁷. Damit hat sich Bettenzahl gemessen an der Einwohnerzahl in Ost und West ziemlich angeglichen. Auch die Verweildauer, die noch 1991 im Osten deutlich über dem Westwert lag, ist ähnlich hoch wie im Westen. Der Nutzungsgrad der ostdeutschen Krankenhäuser, der 1991 noch 74,9% betragen hatte, fällt mit 82,2% sogar besser aus als im Westen, liegt damit aber noch unter den in den meisten Krankenhausplänen der Länder geforderten 85%.

Die **Veränderungen** im Krankenhausbereich betrafen auch die **Trägerschaft** von Krankenhäusern, die in erheblichem Umfang wechselten. Gerste untersuchte diesen

⁷⁴ Bruckenberger, Krankenhausplanung im vereinigten Deutschland (1992).

⁷⁵ Schreiber, Entwicklung der Krankenhausversorgung (1995).

⁷⁶ Freymann und Bauer, Kommunale Krankenhäuser (1998).

⁷⁷ Rolland und Rosenow, Statistische Krankenhausdaten (2004).

Vorgang für die einzelnen Bundesländer für den Zeitraum 1992 bis 2000⁷⁸. Die Zahl der **privaten Kliniken** hat sich danach in Sachsen und Thüringen mehr als **verdoppelt**, in Mecklenburg-Vorpommern nahm die Zahl der freigemeinnützigen Krankenhäuser deutlich zu, während die Zahl der öffentlichen Krankenhäuser hingegen drastisch abnahm. Diese Zunahme der privaten Krankenhäuser ist nur in einer geringen Anzahl von Fällen auf **Neugründungen** zurückzuführen, vielmehr handelt es sich in den meisten Fällen um eine **Übernahme der Einrichtung** durch private Gesellschaften. Führt ein Rechtsformwechsel zu veränderten Leistungsparametern? Auch dieser Frage ist Gerste nachgegangen und kommt für Sachsen (und Rheinland-Pfalz) zu keinem einheitlichen Resultat. So ist die Bettenauslastung in den 67 erfassten Krankenhäusern ohne Rechtsformwechsel stärker gestiegen als bei den 45 Krankenhäusern mit Rechtsformwechsel, hingegen stiegen die Fälle pro Arzt in beiden Gruppen an, lagen aber bei den Kliniken mit Rechtsformwechsel unter dem Niveau der anderen Gruppe.

Die **Privatisierung** einer städtischen Klinik wird durch Tegtmeier⁷⁹ aus der Sicht einer Beraterfirma beschrieben und analysiert. Die Stadt Leipzig musste diese Klinik (526 Betten, 870 Beschäftigte), die als Eigenbetrieb geführt wurde, primär aus wirtschaftlichen Gründen verkaufen, da ein Neubau (Kosten 150 Mio. DM) zwingend notwendig war. Dessen Kosten hätten trotz eines erheblichen Zuschusses durch das Land von der Stadt nicht aufgebracht werden können. Durch den **Verkauf** erhielt die Stadt 20 Mio. DM, der Erwerber übernahm auch die **Schulden** und die Verlustvorträge in Höhe von 31 Mo. DM.

Die **räumliche Verteilung** der Krankenhäuser 2001 weist, gemessen an der Zahl der Krankenbetten pro 10.000 Einwohner, in den neuen Bundesländern eine ähnliche Verteilung wie die der Ärzte auf⁸⁰. Besonders stark ist der Besatz in den Kernstädten der verstärkerten Räume gefolgt von den Kernstädten in Agglomerationsräumen.

Die Modernisierung des Gesundheitssystems in den neuen Ländern wird hauptsächlich an der Zahl der erneuerten Krankenhäuser und dem gestiegenen Einsatz von medizinischen Großgeräten gemessen. Nach dem Sächsischen Gesundheitsbericht 1998⁸¹, der vom Staatsministerium herausgegeben wird, mussten etwa 10 der heute 97 sächsischen Krankenhäuser vollständig erneuert werden. Während Ende 1990 nur etwa fünf **Computer-Tomografen** vorhanden waren, stieg deren Zahl bis Ende 1997 auf 51 an, davon 34 in Krankenhäusern und der Rest in ärztlichen Praxen. Die letzte veröffentlichte Krankenhausstatistik von 2001 des Statistischen Bundesamtes weist nach, dass sich die Ausstattung mit Großgeräten in West und Ost weitgehend angeglichen hat.

Auch wenn sich der Zustand der baulichen Substanz und die Geräteausstattung weitgehend angeglichen haben, bleiben bis auf weiteres doch offensichtlich noch einige erhebliche Unterschiede zwischen den Krankenhäusern in Ost und West. Zu nennen ist dabei die nach wie vor sehr unterschiedliche Ausstattung mit Personal, die aus der

⁷⁸ Gerste, Veränderungen der Trägerschaft (2003).

⁷⁹ Tegtmeier, Privatisierung (1999)

⁸⁰ Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Aktuelle Daten 2003 (2004).

⁸¹ Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Sächsischen Gesundheitsbericht (1998).

bereits zitierten **Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung**⁸² deutlich wird. Im Osten betreute 1997 ein Krankenhausarzt 708 Einwohner, während es im Westen nur 592 waren, also 16% weniger. Ein ähnliches Gefälle ist beim Pflegepersonal zu finden: Im Osten wurden 238 im Westen 188 Einwohner von einer Pflegekraft betreut, obwohl die Zahl der Krankenhausfälle in beiden Teilen Deutschlands fast gleich groß war. In der Studie wird vermutet, dass dies zu Lasten des patientenbezogenen Zeiteinsatzes geht.

Die bereinigten **Kosten**⁸³ je vollstationärer Fall lagen in Deutschland 2001 bei 3.192 €⁸⁴. Im Vergleich der Bundesländer untereinander entstanden 2001 wie seit Jahren die niedrigsten Kosten je vollstationärer Fall in den neuen Ländern in Mecklenburg-Vorpommern (2.690 €), in Brandenburg (2.787 €) und in Thüringen (2.788 €). Dabei liegen die Sachausgaben der Krankenhäuser durchaus im Bundesdurchschnitt, die geringen Kosten sind auf niedrigere Personalkosten zurückzuführen. Es sind bei diesem Vergleich allerdings auch die unterschiedliche Zentralitätsgrade der vorhandenen Krankenhäuser zu beachten.

Rolland und Rosenow⁸⁵ werten die Ergebnisse der **Krankenhausdiagnosestatistik** des Statistischen Bundesamtes, einer Vollerhebung, für das Jahr 2000 auch unter räumlichen Aspekten aus. Danach weisen die neuen Länder eine Häufigkeit der Krankenhausbehandlung pro 10.000 Einwohner auf, die zum Teil weit über dem Durchschnitt in einigen westdeutschen Ländern liegt: So erreicht Sachsen-Anhalt einen Wert von 2.249 und Mecklenburg-Vorpommern von 2.158 im Gegensatz zu Baden-Württemberg von 1.699 Fällen. Die Steigerung der Krankenhausfälle in Mecklenburg-Vorpommern war mit 12% im Zeitraum 1996 bis 2000 recht groß. Da die Altersstruktur zwischen den Ländern verschieden ist und da mit steigendem Alter auch die Krankenhaushäufigkeit zunimmt wurde für einige Länder auch eine altersbereinigte Berechnung der Veränderung vorgenommen. Für Mecklenburg-Vorpommern ergab sich dann nur eine Steigerung von 7%, d.h. ein erheblicher Teil der Steigerung war auf die veränderte Altersstruktur zurückzuführen.

Das Institut für Sozialmedizin an der Universität Magdeburg hat die Daten der AOK-Magdeburg, in der etwa die Hälfte der Einwohner im nördlichen Sachsen-Anhalt krankenversichert sind, zu allen abgeschlossenen Krankenhausfällen des Jahres 1994 (152.854 Fälle von 98.217 Versicherten) ausgewertet. Die Zahl der Krankenhausfälle und der **Berechnungstage** lag bei der AOK Magdeburg 1994 bezogen jeweils auf 10.000 Versicherte deutlich über dem Durchschnitt der AOK-Ost und AOK-West⁸⁶. Zwei Drittel der Fälle werden durch Vertragsärzte eingewiesen, darunter etwa die Hälfte durch Allgemeinmediziner, wobei deren Anteil mit dem **Alter der Versicherten** steigt. Innerhalb des Gebietes der AOK Magdeburg schwanken Krankenhaushäufigkeit und Berechnungstagevolumina zwischen den Landkreisen. Als Grund werden Unterschiede in der Arbeitsweise der ambulanten Versorgung, aber auch Inanspruchnahmeverhalten der

82 Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung (2000)

83 Bereinigte Kosten sind die pflegesatzfähigen Kosten für allgemeine Krankenhausleistungen und ergeben sich aus der Differenz zwischen den Netto-Gesamtkosten und den Abzügen.

84 Rolland und Rosenow, Statistische Krankenhausdaten (2003).

85 Rolland und Rosenow, Diagnosedaten (2004)

86 Robra u.a., Krankenhausfallanalyse (1996).

Versicherten und **Morbiditätsunterschiede** vermutet. Die stationäre Versorgung ist dabei stark konzentriert, denn zwei Drittel der Fälle wird durch ein Drittel der Krankenhäuser versorgt. Ein Vergleich der Verweildauerverteilung zeigt, dass offensichtlich einige Krankenhäuser den anderen bei einer systematischen **Verkürzung der Verweildauer** vorangehen und dass bis zu einem Drittel der Berechnungstage eingespart werden könnte, wenn Standards des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände zum Tragen kämen. Bei etwa 8% der stationären Behandlung lassen sich Fälle vermuten, die auch ambulant behandelt werden könnten. Da auf ein Prozent der Versicherten 20% der Krankenhausfälle entfallen, sollte geprüft werden, ob für diese Gruppe nicht eine verbesserte Zusammenarbeit von ambulanter und stationärer Versorgung erreicht werden kann. Swart⁸⁷ weist darauf hin, dass die **regionalen Pflagestagevolumina** sowohl vom ambulanten Sektor durch die Einweisungshäufigkeit maßgeblich bestimmt werden, während die Krankenhäuser den größten Einfluss auf die Verweildauer haben. Dabei schwankt die Einweisungshäufigkeit regional erheblich und nimmt mit dem Alter der Versicherten zu. Trotz eines gewissen **globalen Bettenüberhangs** werden für ländliche Gebiete und besonders in der Geriatrie Defizite der Versorgung ausgemacht. In strukturell schwachen Gebieten scheinen die Krankenhäuser auch die ambulante Versorgung zu übernehmen, die in den Städten durch das übrige Gesundheitssystem erfolgt.

Eine Auswertung der **Operationen**⁸⁸, die in fast allen deutschen Krankenhäusern 2001 durchgeführt wurde, weist auf weitere regionale Unterschiede in den Krankenhäusern hin. Dabei wurden vier häufige Operationen analysiert. So lag die Rate der Kaiserschnitte je 1.000 Lebendgeborene in den neuen Bundesländern deutlich unter den Werten für die alten Bundesländer, während bei den Gallenoperationen kaum Unterschiede festzustellen waren. Die Autorin betont aber auch, dass die Erkenntnisse noch weiteren Überprüfungen unterzogen werden müssen, die insbesondere auch die regionalen Alters- und Morbiditätspezifika berücksichtigen sollten.

Die Berechnung des **Bettenbedarfs** als wichtigste Kenngröße der Krankenhausplanung ist in der Vergangenheit zumeist mit Hilfe der Hill-Burton-Formel erfolgt. In diese Formel fließen als Größen die Einwohnerzahl, die Verweildauer, die Krankenhaushäufigkeit und der Bettennutzungsgrad. Neuere Ansätze zur Krankenhausplanung gehen von einem leistungsorientierten Ansatz aus. Ein Ansatz, die „**Benchmark-Methode**“, wurde von Rüschemann entwickelt⁸⁹. Dabei wird zum einen ermittelt wie viel Substitutionspotential durch ambulante, nach- und teilstationäre Behandlung möglich ist. Alle Krankenhäuser sollen das gleiche Potential erreichen wie die derzeit besten 25% der Krankenhäuser. Die Prognose über den Bedarf wird durch eine Fortschreibung der bisherigen Morbiditätsstruktur ergänzt. Mit Hilfe dieses Ansatzes wurde inzwischen für die meisten neuen Bundesländer ein Gutachten zur Krankenhausplanung erstellt. Als Beispiel sei das Rüschemann-Gutachten für Sachsen-Anhalt angeführt⁹⁰. Nach dessen Methodik werden mittelfristig (bis 2005) die Fallzahlen um 8,7% absinken, gleichzeitig die Zahl der Pflagestage um 19,2% abnehmen, woraus sich eine Zahl von vorzuhaltenden Betten ergibt, die um 19,3 unter dem der Zahl der Planbetten 1999 liegt. Unter Be-

87 Swart u.a., Analyse regionaler Unterschiede (1996)

88 Gerste, Operationshäufigkeit (2004).

89 Rüschemann u.a., Krankenhausplanung für Wettbewerbssysteme (2000).

90 Rüschemann u.a., Krankenhausperspektivplanung 2005 (2001).

rücksichtigung bisher noch üblicher **Vorhaltekapazitäten** könnte der Bettenabbau ein Drittel betragen. Die Berechnungen des Gutachtens basieren nicht auf einem Landesdurchschnitt, sondern das Land Sachsen-Anhalt wurde in 5 Regionen eingeteilt. Zwischen diesen Regionen wird eine unterschiedliche Entwicklung festgestellt, So sollen die Fallzahlen mittelfristig in der Region Dessau um 22%, in der Region Harz nur um 17% zurückgehen. Dabei sind die Auswirkungen der Umstellung auf Fallpauschalen noch nicht berücksichtigt. Bisher ist die Benchmark-Methode nur begrenzt in die Krankenhausplanung der neuen Länder eingeflossen.

Mit der Einführung der **pauschalierten Entgeltsysteme** [Diagnosis Related Groups (DRG)] wird sich die innere Struktur der Krankenhäuser erheblich verändern, was auch großen Einfluss auf die Krankenhausplanung haben dürfte. Die Verweildauer wird sinken und damit die notwendige Bettenzahl. Robra thematisiert diese neue Ausrichtung der Krankenhausplanung an Versorgungsleistungen (output) statt an der Auslastung vorgegebener Kapazitäten (input)⁹¹, wiederum am Beispiel Sachsen-Anhalts. Eine herkömmliche Bettenplanung ist dann nicht mehr sinnvoll. Es wird ein neues Gleichgewicht zwischen den leistungsorientierten Planungen der Kostenträger und einer eher Gewährleistungsfunktion der Länder geben müssen. Auch ist zu beachten, dass andere Sektoren des Gesundheitswesens Aufgaben übernehmen werden.

Anfang der neunziger Jahre wurden für die Sanierung und Modernisierung des Krankenhaussystems der DDR recht große Beträge genannt, am bekanntesten ist die Schätzung des Sachverständigenrates, die dieser mit einer Spanne von 26 bis 34 Mrd. DM angab⁹². Alle Schätzungen beruhten auf **Bausubstanzanalysen** eines DDR-Institutes, das für den Zeitraum bis 2000 einen Betrag von 35 Mrd. DM angab⁹³. In der Realität zeigte sich dann aber, dass ein erheblicher Teil der Bausubstanz durch Rekonstruktion in Verbindung mit Erweiterungsbauten weiter genutzt werden konnte. Statt wie geschätzt einem Drittel mussten nur rund 10 Prozent der mehr als hundert Krankenhäuser in Sachsen als Totalersatzmaßnahmen geplant werden⁹⁴, so dass sich der Bedarf von 5 Mrd. Euro um 30 Prozent auf 3,8 Mrd. Euro reduzierte. Bis zum Jahre 2006 wird dieser Bedarf in Sachsen weitgehend gedeckt werden können, denn bis dahin sind rund 4,5 Mrd. Euro in den Krankenhausbau geflossen.

Schließlich ist auch auf die Schätzung des **Investitionsbedarfs** der kommunalen Krankenhäuser für den Zeitraum 2000 bis 2009 hinzuweisen⁹⁵. Unter Verwendung der Hill-Burton Formel wurde der Bettenbedarf im Jahre 2009 für die alten und die neuen Länder abgeschätzt, vor allem um die Zahl der zu noch zu bauenden oder zu schließenden Einrichtungen abschätzen zu können. Zusätzlich wurde der Ersatz- und Modernisierungsbedarf der vorhandenen Einrichtungen berechnet. Im Ergebnis wurde für die neuen Länder ein Bedarf von 9,1 Mrd. Euro ermittelt, der zu knapp 85% aus Ersatz- und Modernisierungsmaßnahmen besteht. Davon entfallen zwei Drittel auf Bauten und ein Drittel auf die Beschaffung neuer Geräte u.ä.

91 Robra, Krankenhausplanung (2004).

92 Sachverständigenrates für das Gesundheitswesen, Jahrgutachten 1991 (1991).

93 Bruckenberger, Krankenhausplanung (1992).

94 Klug, Moderne Kliniken (2004).

95 Reidenbach u.a., Kommunalen Investitionsbedarf (2002).

Der desolate Zustand der Krankenhäuser Anfang 1990 veranlasste die Politik auch in diesem Bereich zu schnellem Handeln. Freymann und Bauer beschreiben, wie die **Finanzierung der Krankenhäuser** bis Mitte der neunziger Jahre erfolgte. Als erste Reaktion wurde 1990 ein Sonderprogramm von 520 Mio. DM aufgelegt, von dem 5 Mrd. DM Programm des Bundes „Gemeinschaftswerk Aufschwung Ost“ profitierte der Krankenhausbau mit 452 Mio. DM relativ wenig. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), mit dem seit langem die Finanzierung der Investitionen in den westdeutschen Krankenhäusern geregelt wurde, trat am 1. Januar 1991 auch für die neuen Länder in Kraft. Im Grundsatz beinhaltete es eine duale Finanzierung der Krankenhäuser: Während der Betrieb von den Benutzern bzw. deren Kostenträger zu finanzieren ist, werden die Investitionskosten bei Plankrankenhäusern und Hochschulkliniken von der öffentlichen Hand finanziert. Die Finanzierung der Plankrankenhäuser erfolgt durch die Länder, die dazu in Teilen auf die Kommunen zurückgreifen (Krankenhausumlage). Die kurzfristigen Anlagegüter werden aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung über eine jährliche Pauschale finanziert, die übrigen Anlagegüter werden als Einzelmaßnahmen finanziert. Abweichend von der für Westdeutschland geltenden Regel wurde nun den ostdeutschen Krankenhäusern für jedes bedarfsnotwendig anerkannte Krankenhausbett (Planbett) ein Pauschalbetrag gewährt, der zwischen 8.000 DM für Häuser der Grundversorgung bis zu 15.000 DM für Häuser der Schwerpunkt- und Zentralversorgung schwankte. Daneben gab es noch eine Einzelförderung von Krankenhäusern. Insgesamt erhielten die ostdeutschen Krankenhäuser dadurch im Zeitraum 1991 bis 1993 rund 6,2 Mrd. DM, davon fast zwei Drittel als Pauschale.

Nach dem Jahre 1993 hätte die Bereitstellung der Investitionsmittel wie in Westdeutschland üblich, durch die Länder erfolgen sollen. Auf der Basis von Art. 14 des **Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG)** gewährte der Bund von 1995 bis 2004 den neuen Ländern (und Berlin-Ost) aber eine jährliche Finanzhilfe von 358 Mio. Euro, die nach der Einwohnerzahl verteilt wurden, mit der Auflage, dass die Länder diese Beträge mindestens durch die gleiche Summe aufstocken würden. Zusätzlich sollten sich die Nutzer bzw. die Krankenkassen mit einem jährlichen Betrag von 350 Mio. DM für den Zeitraum 1995 bis 2014 beteiligen. Freymann und Bauer gehen davon aus, dass bei diesem jährlichen Mittelaufkommen der vom Sachverständigenrat geschätzte Investitionsbedarf von 26 bis 34 Mrd. DM nach einigen Modifikationen hätte gedeckt werden können. Dazu ist es aber nicht gekommen, denn die Mittel wurden nicht immer so eingesetzt wie ursprünglich gedacht. Schreiber weist nach, dass die zusätzlichen Mittel des Bundes nicht als Erhöhung des gesamten Investitionsprogramms dienten, sondern die Länder ihren Eigenbeitrag (bis auf ein Land) kürzten⁹⁶. Durch den Rückgang der Verweildauer ist auch der Beitrag der Nutzer (8 DM pro Tag) längst nicht in dem Maße geflossen, wie es in der Gesetzesvorlage ursprünglich vorgesehen war.

In der Frühjahrsumfrage 2002 des Deutschen Krankenhaus Instituts werden die Ergebnisse einer Umfrage bei 105 Krankenhäusern aus den neuen Bundesländern ausgewertet⁹⁷. Es zeigt sich, dass auch 2002 noch die **Einzelfördermittel** für die Krankenhäuser eine wesentlich größere Bedeutung hatten als für die Krankenhäuser aus den alten Bundesländern. Dafür waren die **pauschalierten Mittel pro Fall** niedriger.

⁹⁶ Schreiber, Umsetzung (1998).

⁹⁷ Offermanns, Krankenhaus Barometer (2002).

Entsprechend fiel auch die Investitionsquote, das ist das Verhältnis von Investitionen zur Summe der Erlöse, in den neuen Länder mit 17,4% wesentlich besser aus als in den alten Ländern, wo nur eine Quote von 10,5% erreicht werden konnte, ein Ergebnis, das allein auf die hohen Fördermittel in den neuen Länder zurückzuführen ist. Von 105 Krankenhäusern in den neuen Ländern haben immerhin 32% geantwortet, dass sie keine Mittel entsprechend Art. 14 GSG erhalten haben. Lediglich 30% der Krankenhäuser gaben an, dass eine **Niveau-Angleichung** zu westdeutschen Krankenhäusern erreicht worden wäre. Bei den Krankenhäusern, die noch keinen Niveau-Angleichung feststellen konnten, sahen 83% einen Nachholbedarf bei den Bauinvestitionen, rund zwei Drittel bei der Ausstattung der Krankenzimmer und mehr als die Hälfte bei der diagnostischen Medizin.

Ein Blick auf den aktuellen Stand der **Krankenhausfinanzierung** in Deutschland ist einer Untersuchung von Flöttmann für die Deutsche Krankenhausgesellschaft zu entnehmen⁹⁸. Die Finanzhilfe nach dem GSG wird mit dem Solidarpaketfortführungsgesetz seit 2002 den Ländern ohne Zweckbindung zur Verfügung gestellt mit der Folge, dass nicht mehr genau geklärt werden kann, wer die Mittel bereitgestellt hat. In der bereits erwähnten Studie von Sachsen lässt sich sehr anschaulich die Höhe der Mittel und ihre Bereitstellung nachvollziehen⁹⁹. Danach nimmt die Höhe der bereitgestellten Mittel ab 2003 drastisch ab, d.h. das Land kann nicht genügend Mittel zur Verfügung stellen.

Die Weichen für die zukünftige Krankenhausfinanzierung sind mit der Einführung der **Fallpauschalen** auf der Basis der deutschen Fassung der Diagnosis Related Groups (G-DRG) im Krankenhausentgeltgesetz 2002 gestellt worden. Dies führt zu einem tiefgreifenden Wandel der Vergütungssysteme, die Auswirkungen auf die Investitionstätigkeit und ihre Finanzierung sind noch spekulativ, etwa die Frage, ob auf ein monetarisches Finanzierungssystem umgestellt werden muss.

5.2.5.4 **Gesundheitliche Versorgung**

Nach Feststellung des Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen¹⁰⁰ hatte sich der **Gesundheitszustand der Bevölkerung** in der DDR seit 1949 laufend verbessert, wie in den anderen europäischen Ländern auch. Es bestand jedoch in vielen Bereichen ein erheblicher Abstand zum Gesundheitszustand gleicher Gruppen in Westdeutschland. So lag die mittlere Lebenserwartung bei den Männern 1987 um 2,3 Jahre und bei den Frauen sogar um 2,9 Jahre unter den Werten für die alten Bundesländer. Besorgniserregend war auch, dass die altersstandardisierte Sterblichkeit von 1970 bis 1985 bei einigen **Haupterkrankungsfeldern** in der DDR zunahm, während sie in den alten Bundesländern abnahm. Positiv wurde vom Sachverständigenrat der höhere Durchimpfungsgrad in der DDR insbesondere bei Keuchhusten, Masern und Tuberkulose gewürdigt.

Die unterschiedliche Entwicklung der Gesundheitssysteme in West und Ost wurde natürlich von der epidemiologischen Forschung als großes Laboratorium empfunden und

⁹⁸ Flöttmann, Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung (2003).

⁹⁹ Klug u.a., Moderne Kliniken (2004).

¹⁰⁰ Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Jahresgutachten 1991 (1991).

durch mehrere große Untersuchungen bis heute beobachtet. Mit den Daten der Nationalen **Gesundheitssurveys** 1990/91 und des Surveys Ost 1991/92 konnte untersucht werden, wie sich die 25- bis 69-jährige Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern in ihrer Gesundheit unterscheiden. Beispielsweise lag der Grundanteil (Prävalenz) beim Bluthochdruck in den neuen Bundesländern deutlich höher, während der Anteil an allergischen Krankheiten auffallend niedriger im Vergleich zum Westen war.

Wie sich die Gesundheit in den letzten sieben bis acht Jahren in den neuen und alten Bundesländern entwickelt hat, lässt sich durch einen Vergleich der 91er-Daten mit den Daten des **Bundes-Gesundheitssurveys** 1998 ermitteln¹⁰¹. Dieser basiert auf einer repräsentativen Stichprobe (7.124 Personen) der Wohnbevölkerung Deutschlands im Alter zwischen von 18 bis 79 Jahre, die vom Robert-Koch-Institut durchgeführt wurde. Der Survey ist auch die Basis zweier Berichte der Bundesregierung über die Gesundheit in den neuen Ländern¹⁰². Wesentliche noch verbleibende **Ost-West Unterschiede** wurden auch in speziellen Auswertungen des Surveys behandelt. So ergab der Vergleich der Surveys 1998 mit dem Ergebnis 1990/92, dass die Zahl der männlichen Personen, die einen Herzinfarkt erlitten hatten, in den alten Bundesländern gesunken, in den neuen Bundesländern hingegen soweit gestiegen war, dass inzwischen das Westergebnis übertroffen wurde¹⁰³. Auch bei den weiblichen Befragten zeigte sich dieses Phänomen, allerdings lag die ostdeutsche Rate noch erheblich unter der von westdeutschen Frauen. Ähnlich sehen die Differenzen bei (leichten) Schlaganfällen aus, mit dem Unterschied, dass dieser seit 1990/92 bei den weiblichen Befragten in Ost und West stark zurückging. Besonders auffällig ist der starke Anstieg bei den älteren Personen in den neuen Ländern. Die Unterschiede in der Prävalenz von allergischen Krankheiten sind geblieben, denn 30% im Osten und 43% im Westen gaben an, an einer allergischen Krankheit (insbesondere Heuschnupfen) zu leiden¹⁰⁴.

Die im Vergleich zu den alten Bundesländern **höhere Sterblichkeit** in der DDR zum Zeitpunkt der Wende hat zu einer weiteren **Untersuchung des Robert Koch Institutes**¹⁰⁵ geführt. Als Ursachen dieser Unterschiede werden verschiedene Gründe genannt, wie die Abwanderung jüngerer und gesünderer Personen, schlechterer Umweltbedingungen usw. Als ein Hauptgrund wird der **Rückstand bei der Hightech Medizin** in der DDR genannt. Insbesondere die ältere Bevölkerung erfuhr eine geringere soziale und medizinische Aufmerksamkeit, mit der Konsequenz, dass Krankheiten wie Krebs nicht richtig erkannt wurden. Aber auch bei der Messung von „vermeidbaren“ Sterbefällen im Alter von 5 bis 64 Jahren schnitt die DDR trotz Senkung der Sterbefälle im europäischen Vergleich schlecht ab. Die Wendezeit mit ihrer z.T. hohen Belastung wirkte sich zunächst in einem leichten Rückgang der Lebenserwartung bei der männlichen Bevölkerung aus, der durch die zunächst stark ansteigende Zahl der **Unfalltoten** bei den jüngeren Männern verursacht wurde. Nach 1992 ist aber auch bei den Männern ein kontinuierlicher Anstieg der Lebenserwartung bei Geburt zu verzeichnen. **Der Abstand** dieser Werte für die alten und die neuen Bundesländer verringerte sich laufend

¹⁰¹ Thefeld u.a., Bundes-Gesundheitssurvey (1999).

¹⁰² Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit in den neuen Ländern (2000) und dasselbe, Gesundheit in den neuen Ländern (2004).

¹⁰³ Wiesner, Grimm, Bittner, Zum Herzinfarktgeschehen (1999).

¹⁰⁴ Herrmann-Kunz, Häufigkeit allergischer Krankheiten (1999).

¹⁰⁵ Wiesner, Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland (2001).

und betrug 1996/98 bei den Männern noch zwei Jahre, bei den Frauen nur noch ein Jahr. Auch die anderen Altersgruppen weisen **längere Lebenserwartungswerte** aus. Schließlich kann einem Bericht, entnommen werden¹⁰⁶, dass sich dieser Annäherungsprozess der Lebenserwartungen auch mit den Daten der Jahre 1999/2000 nachweisen lässt. Im Jahre 2000 betrug der Unterschied in der Lebenserwartung bei Geburt bei den Männern nur noch 1,7 und bei den Frauen 0,6 Jahre weniger als in Westdeutschland.

Scholz und Maier vom Max-Planck-Institut für demografische Forschung Rostock untersuchten das Überleben der Jahrgänge 1895, 1900, 1905 und 1910 im hohen Alter¹⁰⁷, d.h. von Menschen, die zum Zeitpunkt der Wende mindestens 80 Jahre alt waren. Vor der Wende besaßen diese Jahrgänge im Osten eine deutlich höhere Sterblichkeit als im Westen, nach der Wende näherte sich die Sterblichkeit dieser Jahrgänge innerhalb von 10 Jahren dem westlichen Niveau, insbesondere bei Frauen. Dies bedeutet, dass auch **sehr alte Menschen** in den neuen Bundesländern vom medizinischen und sozialen Fortschritt im für sie neuen Gesundheitssystem profitieren konnten. Die Daten zeigen im Übrigen, dass die Alterssterblichkeit nicht vorgegeben ist, sondern durch entsprechende Maßnahmen beeinflusst werden kann.

Neben den genannten Surveys gibt es auch alle vier Jahre Fragen zur gesundheitlichen Situation im Rahmen des 1% Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes¹⁰⁸. Zwei Fragen sind im Mikrozensus 2003 hier von Bedeutung. Zum einen, ob die befragte Person krank oder verletzt sei. In den neun Ländern wurde diese Frage von 11,4 Prozent der Befragten mit ja beantwortet, in den alten Bundesländern von 11,1, wobei sich nur bei den Kranken nicht aber bei den **Verletzten** ein leichter Unterschied zeigte. Im Mikrozensus 1999 betrug der prozentuale Unterschied noch einen Prozentpunkt. Die zweite Frage bezog sich auf die **Impfung gegen Grippe**. Danach waren 32% der Befragten im Osten, aber nur 16% der Befragten im Westen gegen Grippe geimpft worden, ein Ergebnis, das möglicherweise auf die Impftradition in der DDR oder auf das Hausarztsystem zurückzuführen ist.

Die seit 1990 durchgeführten Untersuchungen sowohl in den alten als auch in den neuen Ländern zeigen also zumeist an, dass sich in den neuen Bundesländern trotz einiger Unterschiede die gesundheitliche Situation wohl als Folge der verbesserten medizinischen Versorgung an den Westen angleicht, ein oft nicht erkannter **Erfolg** der Vereinigung. Zwar sind die Bewohner in Ostdeutschland nach wie vor im Durchschnitt kränker als die Bewohner Westdeutschlands, aber die Zunahme des Lebensalters selbst bei Hochbetagten weist doch darauf hin, dass sich die Gesundheitliche Situation in ihrer Gesamtheit erheblich verbessert hat.

5.3 Forschungslücken

Wie bereits erwähnt hat die Forschungsintensität auf dem Gebiet der Grundversorgung offensichtlich stark nachgelassen. Selbst wenn man bedenkt, dass zwischen Wahr-

¹⁰⁶ Bundesministerium für Gesundheit, Gesundheit in den neuen Ländern (2004).

¹⁰⁷ Scholz und Maier, German unification and the plasticity of mortality at older ages (2003).

¹⁰⁸ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2003 (2004).

nehmung von Defiziten und der fertigen, veröffentlichten Forschungsarbeit längere Zeiträume bestehen, lässt sich doch die begründete Hypothese formulieren, dass die heutige Situation durch die Forschung nur unzureichend beschrieben wird. Wir wissen also nicht, wie sich die Trends, die sich Mitte bis Ende der neunziger Jahre beobachten ließen, weiter entwickelt haben.

Weiterhin fällt auf, dass für die Grundversorgung zwar für einzelne Regionen Fallstudien gibt, ein großer Überblick über spezielle Einrichtungen fehlt aber. So konnte keine Forschungsarbeit gefunden werden, die sich etwa mit den Postagenturen oder mit den Bankfilialen und deren möglichem Abbau in den neuen Bundesländern beschäftigt.

Soweit Forschungsarbeiten zum Einzelhandel durchgeführt werden, sind sie sehr auf Innenstadt und grüne Wiese konzentriert, die übrigen Bereiche werden, wenn überhaupt eher spärlich behandelt. Bekanntlich verändert sich derzeit die Situation der einzelnen Einzelhandelstypen dramatisch. Immer mehr dürften daher die Discounter auch die Grundversorgung in einzelnen Stadtteilen übernehmen. Dieser Prozess wird aber gleichfalls nicht in der Forschung für die neuen Länder reflektiert.

Es sind eine ganze Reihe von Befragungen veröffentlicht worden, die sich auch mit der Grundversorgung im weiteren Sinne befassen. In diesem Kapitel wurden daraus zum Beispiel die Umfragen der Städte Dresden, Leipzig und Magdeburg herangezogen. Eine systematische Zusammenfassung dieser Ergebnisse auch im Hinblick auf die erfassten Veränderungen im Zeitablauf wäre sinnvoll. Eine solche Auswertung könnte auch Veränderungen von Stadtteilen, etwa in sozialen Brennpunkten, untersuchen.

Daneben lässt sich konstatieren, dass Forschungsarbeiten zur Förderpolitik und Förderinstrumenten zur Verbesserung bzw. Erhaltung der Grundversorgung fast vollständig fehlen. Eine Ausnahme hierzu ist etwa die Diskussion um Nachbarschaftsläden. Ebenso fehlt es an Forschungsarbeiten über das Preisniveau sowohl zwischen den einzelnen Einzelhandelsarten als auch im Vergleich zu Westdeutschland. Schließlich scheint es keine Arbeiten über die Beschäftigungswirkung der Einzelhandelsbetriebe zu geben, die außerhalb von Innenstadt und „grüner Wiese“ liegen.

Im Bereich der sozialen Versorgung ist an sich eine gute Beobachtung der quantitativen Versorgung festzustellen, jedenfalls bis auf die Kreisebene. Es fehlen aber Aussagen zur Qualität der Einrichtungen, die über bloße Aussagen wie Gruppenstärke hinausgehen. Auch sollte die Versorgung mit sozialer Infrastruktur in vielen Fällen wohnortnah erfolgen, so dass Aussagen auf Kreisebene noch zu grob ausfallen.

Es ist fast keine Forschung über Gebühren für Kitas oder Altenheime zu finden, obwohl doch gerade die Erhebung von Elternbeiträgen für politischen Zündstoff sorgt und sehr unterschiedliche Beitragsmodelle angewandt werden können. Ein weiteres Thema für Forschung wäre die gesamte Finanzierung des Kita-Bereichs zu betrachten, also was Staat, Kommunen, Eltern und Freie Träger an Geldleistungen erbringen.

Die Auswertung der Literatur lässt in einigen Bereichen erhebliche Mankos erkennen. Namentlich fehlt es im Bereich der offenen Jugendarbeit an Grunddaten. Auch könnte das BBR eine neue Statistik der regionalen Versorgung mit Altenheimen erstellen.

Im Krankenhausbereich fehlen Aussagen darüber, wie sich die Umstellung auf Fallpauschalen auf die Leistungserbringung der Krankenhäuser auswirken wird und ob der ländliche Raum davon speziell getroffen wird.

Sowohl im Bereich der Altenpflege als auch im Bereich der Krankenhäuser hat sich der Bund in den neuen Ländern mit sehr großen Förderbeträgen engagiert. Eine Evaluierung der Finanzierungsprogramme des Bundes (und der Länder) wurde offensichtlich nicht veröffentlicht, was nicht heißen will, dass derartige Evaluationen nicht vorhanden sind. Da die Rechnungshöfe in einigen Fällen diese Mittelvergabe untersucht haben, wäre auch hier ein Ansatzpunkt für die Forschung.

5.4 Literatur

Literaturliste Thema 5: Grundversorgung / Soziale Infrastruktur

05.01 Grundversorgung

Achen, Matthias und Zarth, Michael (1994): Existenzgründungen im ostdeutschen Einzelhandel – Der ländliche Raum als Nische für den neuen Mittelstand. In: Raumforschung und Raumordnung, Jg. 52, S. 322- 330

Bastian, Antje (1999): Erfolgsfaktoren von Einkaufszentren. Ansätze zur kundengerichteten Profilierung. Wiesbaden

Batzer, Erich, Lachner, Josef und Täger, Uwe (1991): Der Großhandel in den neuen Bundesländern - Anpassung an die Erfordernisse einer modernen Marktwirtschaft. Ifo Studien zu Handels- und Dienstleistungsfragen 41. München.

Becker, Anette (Hrsg.) (1997): Regionale Strukturen im Wandel. Opladen

Böltken, Ferdinand (2001): Zur Bewertung von Wohn- und Lebensbedingungen in Ost- und Westdeutschland. In Informationen zur Raumentwicklung Heft 2/3: Deutsche Einheit – die erste Dekade im Rückblick.

Brade, Isolde, Fournes, Christian und Kube, Regine (1995): Veränderungen zentralörtlicher Strukturen des Einzelhandels im Stadt- und Landkreis Suhl als Folge der innerdeutschen Grenzöffnung, in: Regionen an deutschen Grenzen, Leipzig (Institut für Länderkunde, Berichte Band 35).

Buchhofer, Ekkehard und Leykauf, Joachim (1993): Einzelhandel im thüringischen Mittelzentrum Ilmenau. Bestand und Selbstverlag der Marburger Geographischen Gesellschaft e.V.

Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumforschung (1992): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Gemeinden und Kreise 1989/90, Bonn.

Bundesministerium für Raumordnung, Bauwesen und Städtebau (1995): Nachbarschaftsladen 2000 als Dienstleistungszentrum für den ländlichen Raum, Weimar.

Bunge, Helmut, Warweitzki, Heidrun (1998): Einzelhandel in der Region Berlin-Brandenburg.

Czech, Dieter, Busch, Michael (1997): Der Dorfladen. Sächsisches Staatsministerium für Landwirtschaft, Ernährung und Forsten, Dresden.

Eckhardt, Karl, Tzschaschel, Sabine (2000): Räumliche Konsequenzen der sozialökonomischen Wandlungsprozesse in Sachsen (seit 1990), Berlin.

Eglitis, Andri (1999): Grundversorgung mit Gütern und Dienstleistungen in ländlichen Räumen der neuen Bundesländer. Persistenz und Wandel der dezentralen Versorgungsstrukturen seit der deutschen Einheit, Kiel (Geografisches Institut Uni Kiel Band 100).

Ellger, Christof (2000): Dienstleistungen im ländlichen Raum. Versorgung aus Sicht der Nutzer, räumliche Verflechtungsmuster und zentrale Orte untersucht im südlichen Landkreis Dahme-Spreewald, Berlin.

Fink, Margit, Langendorf, Ursula et al. (1992): Auswirkungen der Wirtschafts- und Währungsunion auf die Beschäftigungssituation, Lebenshaltung und Versorgungslage ländlicher Haushalte in den neuen Bundesländern. Institut für Strukturforchung, Braunschweig.

Franz, Peter (1996): Technologie- und Gründerzentren als Hoffnungsträger kommunaler Wirtschaftsförderung in Ostdeutschland. In: Raumsforschung und Raumordnung, 54. Jahrgang, Köln.

Franz, Peter, Junkernheinrich, M., Lammer, K. et al. (1996): Suburbanisierung von Handel und Dienstleistungen. Ostdeutsche Innenstädte zwischen erfolgreicher Revitalisierung und drohendem Verfall, Berlin.

Grimm, Frank-Dieter, Brade, Isolde (1995): Regionen an deutschen Grenzen - Strukturwandel an der ehemaligen innerdeutschen Grenze und an der deutschen Ostgrenze, Leipzig

Güttler, Helmuth et al. (1995): Großflächige Einzelhandelseinrichtungen in den neuen Ländern – Materialienband, Bonn (Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung).

Isermeyer, Folkhard, Hagedorn, Konrad (1994): Gesellschaftliche Forderungen an die Landwirtschaft. Braunschweig

Industrie und Handelskammer (IHK) Berlin (Hrsg.) (1998): Entwicklung von Flächenangebot und Flächenbedarf aus Sicht des Jahres 1998, Berlin.

Jürgens, Ulrich (1998): Einzelhandel in den Neuen Bundesländern – die Konkurrenzsituation zwischen Innenstadt und „Grüner Wiese“. Dargestellt anhand der Entwicklungen in Leipzig, Rostock und Cottbus, Kiel

Karl, Barbara (1997): Nutzung und Bewertung eines innerstädtischen Einkaufsbereichs – untersucht am Beispiel der Stadt Halle (Saale)

Kotzagiorgis, Stefanos (1995): Nachbarschaftsladen 2000 als Dienstleistungszentrum für den ländlichen Raum, Begleitforschung, Bonn

Kück, U., Fischer, H. (1998): Lebensqualität in der Hansestadt Rostock - Analyse zur Stadtentwicklung. Rostock

Lachner, Josef, Nassua, Thomas, Spannagel, Rolf (1995): Entwicklung des Handels in den neuen Bundesländern. Stand und Probleme der Systemtransformation im Groß- und Einzelhandel sowie in der Handelsvermittlung München (ifo Studien zu Handels- und Dienstleistungsfragen 47)

Lachner, Josef und Annette Grinôt (1997): Der mittelständische Groß- und Einzelhandel in Sachsen-Anhalt. ifo Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.), ifo Studien zu Handels- und Dienstleistungsfragen 53, München

Lachner, Josef, Nassua, Thomas, Spannagel, Rolf (1997): Ergebnisse des Transformationsprozesses im Handel der neuen Bundesländer. Abschlußbericht der Strukturuntersuchungen im ostdeutschen Handel, München (ifo Studien zu Handels- und Dienstleistungsfragen 54)

Lachner, Josef (1996): Der Handel in Sachsen Anhalt – Struktur und Entwicklungsbild, in: ifo Studien zu Handels- und Dienstleistungsfragen 50, München

Landeshauptstadt Dresden (1993): Kommunale Bürgerumfrage 1993. Ergebnisse in Dresden und Umland. Amt für Informationsverarbeitung, Statistik und Wahlen. Dresden

Landeshauptstadt Dresden (1995): Kommunale Bürgerumfrage 1993. Ergebnisse in Dresden und Umland. Amt für Informationsverarbeitung, Statistik und Wahlen. Dresden

Landeshauptstadt Dresden (1998): Kommunale Bürgerumfrage 1998/1999 – Kommunale Statistikstelle. Dresden

Landeshauptstadt Dresden (2003): Kommunale Bürgerumfrage 2002 – Kommunale Statistikstelle. Dresden

Maretzke, Steffen (2001): Die Unterschiede in der Regionalstruktur von heute prägen die Trends von morgen. Ostdeutsche Regionen in der Warteschleife? In: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung: Informationen zur Raumentwicklung Nr. 2/3, Bonn

Meyer, Kathrin u.a. (2003): Lebensbedingungen aus Bürgersicht, Bonn

Ministerium für Arbeit und Bau Mecklenburg-Vorpommern (2001): Einzelhandel in Mecklenburg-Vorpommern, Strukturentwicklung und landesplanerische Steuerungsmöglichkeiten, Schwerin

Ministerium für Bau, Landesentwicklung und Umwelt des Landes Mecklenburg-Vorpommern (1997): Einzelhandel ist mehr als Einkaufen. Leitfaden zur Gestaltung eines ausgewogenen und lebendigen Einzelhandels. Schwerin

Plötze Hans-Joachim, Ahrberg, Edda (2000): „...mal gibt es kein Brot am Nachmittag, mal kein Schnittkäse, mal kein Quark...“ Die Versorgung der Bevölkerung 1989 im Bezirk Halle mit Waren des täglichen Bedarfs. Magdeburg

Pütz, Robert (1996): Einzelhandel in den Stadtteilzentren ostdeutscher Großstädte, in: Günter Heinritz und Frank Schröder (Hrsg.), Stadtteilzentren, Ladenzeilen, Ausfallstraßen, Berichte aus den vernachlässigten Geschäftslagen der Städte, Passau 2000, S. 9-26.

Pütz, Robert (1997): Der Wandel der Standortstruktur im Einzelhandel der neuen Bundesländer. Das Beispiel Dresden, in: Meyer, Günter (Hrsg.): Wirtschafts- und sozialgeographische Entwicklungen in den neuen Bundesländern, Mainz, S. 37-65 (Mainzer Kontaktstudium Geographie 3).

Rütz, Eva-Maria (2003) Einkaufsverhalten der Bürger in Rostock und Umgebung. Hansestadt Rostock

Sedlacek, Peter, Huth, Nadja, Danzeglocke, Ralf (2002): Einzelhandelsstandort Rudolstadt. Vorbereitende Untersuchung für ein Einzelhandelskonzept

Silbereisen R. K., Zinnecker J. (Hrsg.) (1999): Entwicklungen im sozialen Wandel, Weinheim

Stadt Leipzig (1996) Kommunale Lebensbedingungen im Zeitvergleich. Trendreport 1991 – 1995 auf Grundlage kommunaler Bürgerumfragen in Leipzig. Leipzig

Stadt Leipzig (2000): Kommunale Bürgerumfrage 1999. Leipzig

Stadt Leipzig (2003): Kommunale Bürgerumfrage 2002. Leipzig

Stadt Leipzig (2004): Kommunale Bürgerumfrage 2003. Leipzig

Stiens, Gerhard und Pick, Doris (2001): Nachbarschaftsdienste in dünn besiedelten Gebieten, Eine Auswertung von Konzept- und Fallstudien, (Arbeitspapiere Heft 1/2001), Bonn.

Wullkopf, Uwe (1992): Soziale Sicherung und ökologische Gestaltung des Wohnens und Lebens in den neuen Bundesländern, Düsseldorf (Institut Wohnen und Umwelt GmbH -IWU- Graue Reihe 44)

Zierold, Katja (1997): Veränderungen von Lebenslagen in ländlichen Räumen der neuen Bundesländer. In: Strubelt, W. Bertram, H. et al. (1996): Städte und Regionen. Räumliche Folgen des Transformationsprozesses, Opladen

05.02 Soziale Infrastruktur

Angrik, Bernd, Gneipel, Heide, Rengshausen, Henning (1994): Soziokultur in Sachsen. Analysen, Anmerkungen, Ausblicke. Arbeitsgruppe Soziokultur im Freistaat Sachsen (Hrsg.). Dresden

Berger I., Miedaner, Lore et al. (1993): Tageseinrichtungen für Kinder – Informationen, Erfahrungen und Analysen. Deutsches Jugendinstitut – Zahlenspiegel. München

Blau, Harald., Donath, Elke, Ratzinger, Jürgen (1998): Altenpflege im Freistaat Sachsen - Struktur, künftiger Bedarf und Optionen für eine effiziente Trägerschaft. ifo Institut für Wirtschaftsforschung, ifo studien 14, Dresden.

Böhnisch, L, Rudolph, M., Funk, H., Marx, B. (1997): Jugendliche in ländlichen Regionen - Ein ost-westdeutscher Vergleich, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten. Bonn

Dittrich, Gisela, Peuker, Christian und Schneider, Kornelia (2002): Zahlenspiegel, Daten zu Tageseinrichtungen von Kindern, Kindertageseinrichtungen in Stadtteilen mit besonderem Entwicklungsbedarf, München.

Engelbrech, Gerhard und Jungkunst, Maria (1998): Erwerbsbeteiligung von Frauen und Kinderbetreuung in ost- und westdeutschen Familien

Fendrich, Sandra und Schilling, Matthias (2003): Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2012 in Thüringen. Eine Arbeitshilfe für Jugendämter, Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (Hrsg.), Dortmund

Gerste, Bettina und Rehbein, Isabel (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland, Bonn.

Gerste, Bettina und Rehbein, Isabel (2002): Qualität und Betriebsvergleich, in: Igl G, Schiemann D; Gerste B; Klose J (Hrsg.): Qualität in der Pflege, Stuttgart 2002, S. 363-380

Hank, Karsten , Tillmann, Katja und Wagner, Gerd G. (2001): Außerhäusliche Kinderbetreuung in Ostdeutschland vor und nach der Wiedervereinigung. Ein Vergleich mit Westdeutschland in den Jahren 1990 – 1999, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft, Jg. 26, S. 55-65.

Hank, Karsten, Kreyenfeld, Michaela und Spieß, Katharina (2004):, Kinderbetreuung und Fertilität, in: Zeitschrift für Soziologie, Jg. 33, S. 228-244.

Herzberg, Irene und Hössl, Alfred (1996): Kinder des Umbruchs? in: Zeitschrift für Pädagogik, Jg. 42, Heft 3.

Kalicki, Bernhard u.a. (2004): Ergebnisbericht zur bundesweiten Befragung von Rechtsträgern im System der Tageseinrichtungen für Kinder, München (Berichte des Staatsinstituts für Frühpädagogik 13/2004)

Kreditanstalt für Wiederaufbau (2000): Der Markt für Pflegeeinrichtungen in Deutschland, in: KfW-Beiträge zur Mittelstands- und Strukturpolitik Nr. 15.

Deutsche Jugendinstitut e.V. (Hrsg.) (2003): Kinder- und Jugendhilfe in sozialen Brennpunkten, Ergebnisse einer Befragung von Leiterinnen und Leitern von Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe in 12 Modellgebieten, München.

Karrenberg, Hanns und Münstermann, Engelbert (1996): Gemeindefinanzbericht 1996, in : Der Städtetag, NF Jg. 49, S. 119-211.

Kolvenbach, Franz-Josef u.a. (2004): Kindertagesbetreuung in Deutschland 2002, Wiesbaden 2004.

LAG Soziokultur Sachsen e.V. (1998): Soziokultur in Sachsen - Ein gesellschaftliches Experimentierfeld. Sonderausgabe der Sächsischen Landeszentrale für politische Bildung. Dresden.

Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern (2002): Dritter Kinder- und Jugendbericht, Drucksache des Landtag Mecklenburg-Vorpommern 3/2895 vom 15.5.2002.

Lenz, Karl u.a. (2000): Kindsein in Dresden, Ergebnisse der ersten Dresdner Kinderstudie, Dresden.

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport Brandenburg (1994): Kinder- und Jugendbericht, Der Aufbau der Jugendhilfe im Land Brandenburg, Potsdam (Kinder- und Jugendhilfe in Brandenburg Heft 1).

- Ministerium für Stadtentwicklung, Wohnen und Verkehr des Landes Brandenburg (2002): Wohnen im Alter. Baulich-räumliche Strategien für eine nachhaltige soziale Strukturpolitik in Brandenburg., Potsdam.
- Opitz-Karig, Ute, Schuster, Klaus-Dieter und Langner, Wilfried (1998): Lebenslagen und -perspektiven junger Menschen in ländlichen Regionen des Landes Brandenburg, München u.a. (DJI-Arbeitspapier 1-145).
- Reidenbach, Michael (1996): Kommunale Standards in der Diskussion. Setzung und Abbau von Standards am Beispiel der Kindergärten, Berlin (Difu-Beiträge zur Stadtforschung 22).
- Reidenbach, Michael, u.a. (2002): Der Kommunale Investitionsbedarf in Deutschland, Eine Schätzung für die Jahre 2000 bis 2009, Berlin (Difu-Beiträge zur Stadtforschung 35).**
- Robert, Günther und Stange, Doreen (2002): 2. Sächsischer Landesjugendbericht, Expertise zum Untersuchungsbereich: Jugend, Freizeit, Kultur und Sport, Dresden.
- Rühl, Christoph (1992): Probleme der Einheit - Institutionelle Reorganisation in den neuen Ländern. Selbstverwaltung zwischen Markt und Zentralstaat, Marburg.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales (Hrsg.) (2003): Jugend in Sachsen, Ergebnisse einer Befragung,
- Sachverständigenkommission Neunter Jugendbericht (1994), Die Situation der Kinder und Jugendlichen und die Entwicklung der Jugendhilfe in den neuen Bundesländern, Bundestags-Drucksache 13/70.**
- Sagebiel, Ulrich, Scholz, Manfred (1992): Erhebung der beruflichen Schulen in den neuen Ländern und Berlin/Ost. Neubestand und Finanzbedarf, Berlin.
- Schäfer, Uta (1996) Veränderungen in der wohnungsnahen Infrastruktur, in: Wendelin Strubelt u.a. (Hrsg), Städte und Regionen – Räumliche Folgen des Transformationsprozesses, Opladen, S. 327-355 (Berichte der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e.V. (KSPW) Band 5)**
- Schilling, Matthias und Fendrich, Sandra (2002): Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung auf die Arbeitsfelder der Kinder- und Jugendhilfe bis zum Jahre 2010 in Brandenburg.
- Schmidt, Bernd (1990): Ältere und geschädigte Bürger, in: Wilhelm Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat, Sankt Augustin, S. 115-120.
- Schmidt, Roland (1994): Heime und Pflegeheime in Brandenburg - Materialien zur Entwicklung einer Altenhilfestruktur in einem neuen Bundesland, Berlin

- Schneekloth, Ulrich und Müller, Udo (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Stuttgart (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 147.2).
- Schreiber, Margot (2000): Gründliche Kur für alte Pflegeheime, Neugestaltung der Altenpflegeheime im Freistaat Sachsen 1990 bis 2000, Dresden
- Schuttkowsky, Renate (1990), Die Bausubstanz der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens am Beispiel des Bezirks Magdeburg, in: Wilhelm Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat, Sankt Augustin, S. 34-36
- Seitz, Helmut (2001): Demographischer Wandel und Infrastrukturaufbau in Berlin-Brandenburg bis 2010/2015. Herausforderungen für eine strategische Allianz der Länder Berlin und Brandenburg, Frankfurt/Oder.
- Seitz, Helmut (2003), Benchmarking-Report Brandenburg, Öffentliche Aufgabenerfüllung im Ländervergleich, Langfassung, Frankfurt/Oder.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Umweltschutz und Technologie Berlin (1998): Ausstattung der Berliner Bezirke mit sozialer Infrastruktur 1996, Berlin.
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umweltschutz von Berlin (1995): Stadtentwicklungsplanung (StEP) 2 – Verzeichnis der Infrastruktureinrichtungen, Berlin.
- Spieß, Katharina, Büchel, Felix und Frick, Joachim (2002): Kinderbetreuung in West- und Ostdeutschland - Sozioökonomischer Hintergrund entscheidend, in: DIW-Wochenbericht Jg. 69, S.518-524.
- Spieß, Katharina, Wagner, Gerd und Kreyenfeld, Michaela (2000): Kindertageseinrichtungen in Deutschland – Ein neues Steuerungsmodell bei der Bereitstellung sozialer Dienstleistungen, in: DIW-Wochenbericht, Jg. 67, S. 269-275.
- Spies, Katharina (2001): Abschätzung des Finanzierungsbedarfs für eine Bereitstellung einer bedarfsgerechten Versorgung mit Plätzen in Kindertageseinrichtungen, Abschlußbericht, Kurzgutachten des DIW Berlin für die Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen, Berlin.
- Spindler, Stefan (1995): Die familiäre Situation von Altenheimbewohnern- Ein Vergleich zwischen Leipzig und Annaberg-Buchholz. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig. Leipzig.
- Stadt Leipzig, Jugendamt (2002): Jugendhilfereport, Jugendamt 4/02, Leipzig.
- Stadt Leipzig, Jugendamt (2003): Kindertagesstätten in Leipzig, Rahmenbedingungen - Bedarfsplanung - Konzepte. Jugendamt 8/02, Selbstverlag, Leipzig).
- Strüder, Inge (1999): Altsein in Deutschland, Ein Beitrag zur raumbezogenen Handlungssteuerung, Opladen.

Thole, Werner (1993): Straße oder Jugendklubs, Zur Reaktivierung der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit in den neun Bundesländern, in: Neue Praxis Band 23, S. 185-206.

Tietze, Wolfgang (Hrsg.) (1998): Wie gut sind unsere Kindergärten? Eine Untersuchung zur pädagogischen Qualität in deutschen Kindergärten. Luchterhand Verlag, Neuwied, Berlin.

Trommsdorff, G. und Chakkarath, P. (mit Heller, P.). (1996). Kindheit im Transformationsprozeß. In S. E. Hormuth, W. R. Heinz, H.-J. Kornadt, H. Sydow & G. Trommsdorff (Hrsg.), Individuelle Entwicklung, Bildung und Berufsverläufe Opladen, S. 11-77.

Verein für Kommunalwissenschaften e.V. (2000): Kindertagesbetreuung – eine Investition, die sich lohnt! 3. Berliner Diskurs zur Jugendhilfe, Berlin.

Walther, Uwe-Jens (1991): Tageseinrichtungen für Kinder: Die Ausgangslage im geeinten Deutschland. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Raumentwicklung in den alten und neuen Bundesländern. Materialien zur Raumentwicklung 41, Bonn.

Weber, Christine (1996): Erziehungsbedingungen im frühen Kindesalter in Kinderkrippen vor und nach der Wende, in: Gisela Trommsdorff (Hrsg.), Sozialisation und Entwicklung von Kindern vor und nach der Vereinigung,. Opladen. S. 173-242 (Beiträge zu den Berichten der Kommission für die Erforschung des sozialen und politischen Wandels in den neuen Bundesländern e.V. (KSPW) Band 4.1).

Winkler, Gunnar (1992): Sozialreport 1992 . Daten und Fakten zur sozialen Lage in den neuen Bundesländern. Berlin.

05.03 Infrastruktur der Gesundheitsversorgung

Arnold, Michael, Schirmer, Berndt (1990): Gesundheit für ein Deutschland. Ausgangslage, Probleme und Möglichkeiten der Angleichung der medizinischen Versorgungssysteme der Bundesrepublik Deutschland und der DDR zur Bildung eines einheitlichen Gesundheitswesens, Köln

Bellach, Bärbel-Maria, Knopf, Wiltraud, Hoffmeister, Hans, Hüttner, Hans (1995): Die Gesundheit der Deutschen. Ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten., Berlin (Robert-Koch-Institut, Bundesinstitut für Infektionskrankheiten und nicht übertragbare Krankheiten. Ausgabe 7).

Bergmann, E. und Kamtsiuris, P. (1999): Inanspruchnahme medizinischer Leistungen, in: Gesundheitswesen Jg. 61, Sonderheft 2, S. S136-S144.

Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin (2001): Ungleiche Gesundheit in Berlin., Plan- und Leitstelle Gesundheit. Berlin.

Bosse, Bettina (1994): Kreiskrankenhaus Wernigerode 1899-1989. Eine historische Analyse unter besonderer Beachtung der medizinischen-statistischen Kennziffern

des letzten Jahrzehnts. Dissertation, Zentrum für Kinderheilkunde der Medizin. Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität. Magdeburg

Brandt, Christoph, Gerlach, Wolfgang, Huster-Nowack, Elke (1995): Morbiditätsorientierte Krankenhausplanung unter den Bedingungen des GSG – Zwischenbilanz der Fortschreibung des Krankenhausplans 1995 der Freien und Hansestadt Hamburg. Das Krankenhaus 8, 87 Jahrgang, S. 385 – 391. Köln

Brenner, Gerhard, Altenhofen, Lutz, Bogumil, Wolfgang et al. (2000): Gesundheitszustand und ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung im Ost-West-Vergleich. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Bruckenberger, Ernst, (1992): Krankenhausplanung im vereinigten Deutschland, in: Arbeit und Sozialpolitik, Heft 5-6.

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2004): Aktuelle Daten zur Entwicklung der Städte, Kreise und Gemeinden 2003, Bonn (Berichte Band 17).

Bundesministerium für Gesundheit (2000): Gesundheit in den neuen Ländern: Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit, Bonn (Dialog Gesundheit).

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004): Gesundheit in den neuen Ländern, Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung des Gesundheitswesens, Bonn.

Deppe, Hans-Ulrich, Friedrich, Hannes, Müller, Rainer (Hrsg.) (1993): Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD. Frankfurt/Main.

Fischer, Cornelia (1996): Transformationsprozess des Gesundheitswesens der DDR aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung und ihrer Patienten im Südosten des Landes Brandenburg. Dissertation an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität Berlin. Berlin.

Flöttmann, Karsten (2003), Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: September 2003 -, Manuskript, o.O.

Freymann, Heinz, Bauer, Hans-Dieter (1998): Kommunale Krankenhäuser zwischen Neustrukturierung und Gesundheitsreform. In: Gottschalk, W., Püttner G. (Hrsg.): Zeitschrift für öffentliche und gemeinwirtschaftliche Unternehmen, Beiheft 24, S. 125 – 151. Baden-Baden.

Hermann-Kunz, E. (1999): Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. Das Gesundheitswesen 61 (Sonderheft 2), S100-105.

Gerste, Bettina, Rehbein, Isabel (1998): Der Pflegemarkt in Deutschland – Ein statistischer Überblick. Wissenschaftliches Institut der AOK, Bonn.

Gerste, Bettina (2003): Veränderungen der Trägerschaft seit 1992, in: Arnold, Michael, Klauber, Jürgen und Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2002, Stuttgart, S. 295-312.

Gerste, Bettina (2004): Operationshäufigkeit in deutschen Krankenhäusern 1998 bis 2001 in: Klauber, Jürgen, Robra, Berndt-Peter, Schellschmidt, Henner (Hrsg.), Krankenhaus Report 2003, Stuttgart, S. 373-409.

Heiland, Ingolf (1991): Gesundheitseinrichtungen in alten und neuen Bundesländern - Gleichhohe Dichten bei enormen Ausstattungsunterschieden. In: Bundesforschungsanstalt für Landeskunde und Raumordnung (Hrsg.): Raumentwicklung in den alten und neuen Bundesländern. Materialien zur Raumentwicklung 41, Bonn.

Keck, Alfred, Rudolph, Günter, Schirmer, Berndt, Schneidewind, Ulrich (1998): Planung und Ökonomie im Gesundheitswesen der DDR. Berlin.

Kirchner, Gabriele. (1992): Die Situation der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern. In: 35. Zentrallehrgang 1992. Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e.V. Berlin.

Klose, Joachim, Uhlemann, Thomas, Gutschmidt, Sven (2003): Ärztemangel – Ärzteschwemme? Auswirkungen der Altersstruktur von Ärzten auf die vertragsärztliche Versorgung. Wissenschaftliches Institut der AOK. Bonn.

Klug, Kristina u.a. (2004): Moderne Kliniken, vom Vogtland bis zur Niedersächsischen Oberlausitz, Entwicklung der Krankenhäuser im Freistaat Sachsen von 1991 bis 2003, Dresden.

Knesebeck, O. v.d., Janßen, C. und Lüschen, G. (1999): Alter und die Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Versorgung: Ein Ost-West-Vergleich. In: Public Health Forum, Jg. 25 Heft 5.

Kopetsch, Thomas (2003): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!, 2. Aufl., Köln

Leinz, Christoph (1994): Die stationäre Krankenversorgung in den neuen Bundesländern, Konstanz (Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft 30).

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg (Hrsg.) (2002): Krankenhausbericht 2002 – Zur Entwicklung der Krankenhäuser im Land Brandenburg, Potsdam.

Oberender, Peter, von der Schulenburg, J.-Matthias und Wasem, Jürgen (2003), Kardiologische Versorgung, Berlin.

Ossen, P. (1999): Ostdeutsche Krankenhäuser wehren sich gegen krasse Unterfinanzierung, in: Das Krankenhaus, Jg. 91, S. 271 – 274, Köln.

Reidenbach, Michael, u.a. (2002): Der Kommunale Investitionsbedarf in Deutschland, Eine Schätzung für die Jahre 2000 bis 2009, Berlin (Difu-Beiträge zur Stadtforschung 35).

Robra, Berndt-Peter, Böhlert, Ingo, Dembski, Ulrich, Jakobs, Peter et al. (1996): Krankenhausfallanalyse. Die stationäre Versorgung von Versicherten der AOK Magdeburg, Sankt Augustin.

- Robra, Berndt-Peter u.a. (2004), Krankenhausplanung auf der Grundlage von DRGs, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus Report 2003, Stuttgart, S. 137-147.
- Rolland, Sebastian und Rosenow, Christiane (2004): Statistische Krankenhausdaten: Grund- und Kostendaten der Krankenhäuser 2001, in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus Report 2003, Stuttgart, S. 323-342.
- Rolland, Sebastian und Rosenow, Christiane (2004): Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2000 in: Klauber, Robra, Schellschmidt (Hrsg.), Krankenhaus Report 2003, Stuttgart, S. 343-371.
- Rohte, Kerstin (1995): Vergleichbare Strukturdaten des Sozial- und Gesundheitswesens ausgewählter Großstädte der Bundesrepublik Deutschland 1992. Senatsverwaltung für Gesundheit (Hrsg.), Diskussionsbeiträge zur Gesundheits- und Sozialforschung 24, Berlin.
- Rüschmann, Hans-Heinrich, Schmolling, Klaus, Krauss, Christian, Roth, Andrea, Förster, Jörg, Rotering, Christian, Jansen, Günther et al. (2000): Krankenhausplanung für Wettbewerbsysteme. Leistungssicherung statt Kapazitätsplanung. Berlin u.a.**
- Rüschmann, Hans-Heinrich, Schmolling, Klaus, Krauss, Christian, Roth, A.(2001): Gutachten zur Krankenhausperspektivplanung 2005 für das Land Sachsen-Anhalt. Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen, Ministerium für Arbeit, Frauen, Gesundheit und Soziales des Landes Sachsen-Anhalt (Hrsg.), Magdeburg.
- Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (1991): Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland, Baden-Baden.
- Scholz, Rembrandt und Maier, Heiner (2003):, German unification and the plasticity of mortality at older ages, MPIDR Working Paper WP 2003-031, Rostock.
- Schröder, Wilhelm. F., Jacobs, Klaus (1996): Von der Poliklinik zum Gesundheitszentrum. Umstrukturierung der ambulanten Versorgung im Land Brandenburg. Berlin.
- Schreiber, Gabriele (1995): Entwicklung der Krankenhausversorgung in den neuen Bundesländern und Berlin-Ost seit 1990, in: Das Krankenhaus, Jg. 87, S. 463 – 469.
- Schreiber, Gabriele (1996): Umsetzung des Krankenhausinvestitionsprogramms nach Artikel 14 GSG in den neuen Bundesländern, in: Das Krankenhaus, Jg. 88, S. 399-402.
- Situation der ambulanten Versorgung in den neuen Bundesländern, Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU, Drucksache des Deutschen Bundestages 15/1440 vom 18.7.2003.
- Sozialministerium Mecklenburg-Vorpommern (2003): Gesundheitsbericht 2001 - Mecklenburg-Vorpommern. Schwerin.

- Schuttkowsky, Renate (1990), Die Bausubstanz der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens am Beispiel des Bezirks Magdeburg, in: Wilhelm Thiele (Hrsg.), Das Gesundheitswesen der DDR: Aufbruch oder Einbruch?, Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat, Sankt Augustin, S. 34-36.
- Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie des Freistaats Sachsen (1995): Sächsischer Gesundheitsbericht 1995, Dresden.
- Staatsministerium für Soziales, Gesundheit und Familie des Freistaats Sachsen (1998): Sächsischer Gesundheitsbericht 1998, Dresden.
- Statistisches Bundesamt, Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Wiesbaden 1998.
- Statistisches Bundesamt (2004): Leben und Arbeiten in Deutschland, Ergebnisse des Mikrozensus 2003, Wiesbaden.
- Swart, Enno, Böhlert, I., Jakobs, P. u. a. (1996): Analyse regionaler Unterschiede der Krankenhaushäufigkeit und Berechnungstagevolumina. Das Gesundheitswesen Jg. 58, S. 1015.**
- Tegtmeier, A. (1999): Privatisierung der Städtischen Klinik Leipzig Südost – Ausweg aus einem finanziellen Dilemma. In: Das Krankenhaus 5/99, Jg. 91 S. 303 – 307.
- Thefeld, W., Stolzenberg, H. und Bellach, B.-M. (1999): Bundes-Gesundheitssurvey: Response, Zusammensetzung der Teilnehmer und Non-Responder- Analyse , in: Das Gesundheitswesen Jg. 61 Sonderheft 2, S. S57-S61.
- Thiele, Wilhelm (Hrsg.) (1990) Das Gesundheitswesen der DDR - Aufbruch oder Einbruch? Denkanstöße für eine Neuordnung des Gesundheitswesens in einem deutschen Staat. Asgard-Verlag, St. Augustin.
- Vogel, Heiner, Sonntag, Ute, Deubert, Waltraud (Hrsg.) (1993): Strukturen der Gesundheitsversorgung in den neuen Bundesländern – Meinungen, Hintergründe, Perspektiven. Dokumentation einer Fachtagung der DGVT „Perspektiven fortschrittlicher Gesundheitspolitik in den neuen Bundesländern“ am 7./8. Dezember 1992 in Berlin. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie Tübingen, Tübingen.
- Wasem, Jürgen (1997) Vom staatlichen zum kassenärztlichen System . Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland, Campus Verlag, Frankfurt/Main**
- Wiesner, Gerd, Grimm, J., Bittner, E. (1999): Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. In: Gesundheitswesen Jg. 61, Sonderheft 2, S. S72-S78.
- Wiesner G., Grimm J., Bittner E. (1999): Schlaganfall: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. Das Gesundheitswesen Jg. 61 (Sonderheft 2), S. 79-84.
- Wiesner, Gerd (2001): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, Stand - Entwicklung – Folgen, Berlin (Beiträge zur Gesundheitsberichtserstattung des Bundes).**