

# Mit dem Halbkreisblick? Daseinsvorsorge in Grenzregionen

Florian Weber · Georg Wenzelburger

Angenommen: 23. Oktober 2025 / Online publiziert: 1. Dezember 2025  
© The Author(s) 2025

**Zusammenfassung** Daseinsvorsorge ist in Europa bis heute stark nationalstaatlich organisiert. Für Grenzregionen können sich hieraus Nachteile ergeben, wenn zusätzlich zu beschränkten Zugangsmöglichkeiten eine Unterversorgung im angrenzenden Nachbarland besteht. Der Beitrag arbeitet daher die Situation grenzregionaler Daseinsvorsorge an den Rändern Deutschlands systematisch auf, untersucht, welche Bedingungen mit Unterschieden zwischen Grenzregionen und dem deutschen Inland einhergehen, und illustriert die Ergebnisse anhand eines deutsch-französischen Fallbeispiels. Es zeigt sich, dass Grenzregionen bei öffentlicher Verwaltung, Bildung und Kultur/Sport umfangreichere Daseinsvorsorge im Vergleich zum Inland bieten, bei der Infrastruktur und Gesundheitsversorgung in ländlichen Kreisen hingegen tendenziell schlechter abschneiden. Grenzregionen verstärken zudem Dynamiken, die aus sozio-demographischen Wandlungsprozessen wie etwa der Veränderung der Einwohnerzahl resultieren. Beispielhaft zeigt sich dies anhand der Grenzregion des Eurodistricts SaarMoselle zwischen dem Saarland (Deutschland) und dem *département* Moselle (Frankreich). Gerade in den ländlich geprägten Teilen fällt die medizinische Alltags- wie Notfallversorgung mitunter unzureichend aus, so dass ein grenzüberschreitendes Angebot Abhilfe schaffen könnte. Verschiedene Vereinbarungen zeugen von Vorstößen in diese Richtung, doch deren Realisierung stockt. Die nationalstaatliche Grundausrichtung der Daseinsvorsorge bzw. Beharrungskräfte bleiben bis dato wirkmächtig.

---

Prof. Dr. Florian Weber · ✉ Prof. Dr. Georg Wenzelburger  
Fachrichtung Gesellschaftswissenschaftliche Europaforschung, Campus, Universität des Saarlandes,  
66123 Saarbrücken, Deutschland  
E-Mail: [georg.wenzelburger@uni-saarland.de](mailto:georg.wenzelburger@uni-saarland.de)

Prof. Dr. Florian Weber  
E-Mail: [florian.weber@uni-saarland.de](mailto:florian.weber@uni-saarland.de)

**Schlüsselwörter** Kommunale Daseinsvorsorge · Europäische Grenzregionen · Saarland · *Département Moselle*

## Taking a semi-circular view? Public services in border regions

**Abstract** In Europe, public services are organised to a large extent on a national basis, meaning that they ultimately end at the respective national border. For border regions, this can result in disadvantages if there is an insufficient provision of services in addition to limited access options in the neighbouring country. Our article takes this observation as its starting point and analyses the situation of cross-border public services at the borders of Germany. It aims not only at assessing the current situation, but also at searching for conditions that are associated with disparities between border regions and the German interior. Moreover, it illustrates the challenges and opportunities of cross-border public services using a Franco-German case study. The quantitative analysis draws on regional statistical information on health, education, infrastructure, public administration, culture, and sports provided by the ongoing spatial monitoring programme of the Federal Institute for Research on Building, Urban Affairs and Spatial Development. The results show that border regions offer more comprehensive public services in terms of public administration, education and culture/sport in comparison to their domestic counterparts, but tend to perform worse in terms of infrastructure and healthcare in rural districts. Border regions therefore reinforce dynamics that result from socio-demographic transformation processes, such as changes in population size and composition. This can be illustrated using the border region of the Eurodistrict SaarMoselle between the Saarland (Germany) and the *département* of Moselle (France) as an example. Especially in rural areas, both everyday and emergency medical care is sometimes insufficient, so that cross-border services could provide a remedy. Various bilateral agreements bear witness to advances in this regard, however, further initiatives such as the idea of establishing a cross-border healthcare corridor have stalled. The underlying national orientation and persistent path dependencies remain powerful to date.

**Keywords** Municipal public services · European border regions · Saarland · *Département Moselle*

## 1 Einleitung

Kommunale Daseinsvorsorge steht in Grenzregionen an den Rändern von Nationalstaaten vor besonderen Herausforderungen, die sich aus der spezifischen Lage ergeben. So bleiben Einrichtungen der Daseinsvorsorge jenseits der Grenze trotz ihrer räumlichen Nähe häufig aufgrund rechtlicher, administrativer, politischer etc. Hürden unerreichbar bzw. schwer erreichbar – was besonders in peripher-ländlichen Grenzregionen relevant ist (Mangels und Pfundstein 2024; Pallagst et al. 2023) und etwa in der Gesundheitsversorgung, z. B. bei der Schlaganfallversorgung, weitreichende Konsequenzen haben kann.

Gleichzeitig scheint grenzüberschreitende Planung von Daseinsvorsorge eher die Ausnahme als die Regel zu sein: Denn humangeographische und raumplanungsbezogene Studien zeigen, dass grenzregionale Akteure in der Regel vor dem Hintergrund bestehender Zuständigkeiten in einem Halbkreis denken und planen (Bertram et al. 2019, S. 39; Lampke und Weber 2024; Rubach 2014, S. 33; Weber und Lampke 2025) – und so neben einer territorial-planungsbezogenen auch eine kognitive Grenze besteht, die Handlungsspielräume in der Daseinsvorsorge beeinflusst. Hinzu kommen konkrete Hemmnisse – etwa sprachlicher oder administrativ-technischer Art – die eine gemeinsame grenzüberschreitende Bereitstellung von Dienstleistungen der Daseinsvorsorge erschweren (Mangels und Wohland 2018, S. 277 f.). Dabei zeigen erste grenzüberschreitende Initiativen unter anderem im Bereich des öffentlichen Personennahverkehrs – etwa der Anschluss der deutschen Stadt Kehl am Rhein an das Straßenbahnnetz der französischen Stadt Strasbourg oder der Betrieb gemeinsamer Bildungseinrichtungen für Schüler:innen aus verschiedenen Ländern wie das Schengen-Lyzeum im saarländischen Perl in direkter Grenzlage zu Frankreich und Luxemburg –, dass eine gemeinschaftliche Bearbeitung von Herausforderungen der Daseinsvorsorge durchaus erfolgreich sein kann (Barseghian 2022; Damm 2018, S. 61).

Dieser Beitrag nimmt die angerissenen Herausforderungen für die Daseinsvorsorge in Grenzregionen zum Ausgangspunkt für eine systematische Aufarbeitung der aktuellen Situation grenzregionaler Daseinsvorsorge an den Rändern Deutschlands. Damit tragen wir zur Schließung einer Forschungslücke bei, da in der bisherigen Literatur Einzelfallstudien dominieren, die einzelne Grenzregionen in den Blick nehmen und diese hinsichtlich der Qualität der Daseinsvorsorge (oder verschiedener Komponenten, dazu der Aufsatz von Mause in diesem Heft) sowie grenzüberschreitender Kooperationsmöglichkeiten analysieren (Dühr 2021; Mangels und Pfundstein 2024; Ulrich et al. 2025). Dabei haben Studien zur Daseinsvorsorge in Deutschland gezeigt, dass relevante Unterschiede zwischen den Kommunen bestehen und diese auch Implikationen mit sich bringen, etwa für politisches Vertrauen oder die Wahl rechtspopulistischer Parteien (Diermeier 2020; Stroppe 2023). Um also Schlussfolgerungen über einzelne Grenzregionen hinaus zu ermöglichen, bedarf es einer systematischen Untersuchung der Situation der Grenzregionen im gesamtdeutschen Kontext. Dieses Desiderat reflektierend, zielt unser Beitrag darauf ab,

1. eine systematische Bestandsaufnahme der Daseinsvorsorge in Grenzregionen im gesamtdeutschen Vergleich vorzunehmen;
2. zu untersuchen, welche Bedingungen mit den Unterschieden der Daseinsvorsorge zwischen Grenzregionen und dem Inland einhergehen, sowie
3. anhand des empirischen Beispiels der Gesundheitsversorgung in der deutsch-französischen Grenzregion SaarMoselle Herausforderungen und Chancen für eine grenzüberschreitende Kooperation zu beleuchten.

Um diese Fragen zu beantworten, gehen wir in drei Schritten vor. Im folgenden zweiten Abschnitt erläutern wir den konzeptionellen Hintergrund und gehen dabei sowohl auf unsere Konzeptionalisierung der Daseinsvorsorge als auch auf die besonderen Herausforderungen in Grenzregionen ein, die sich einerseits aus der

Grenzlage, andererseits aus der demographischen Entwicklung vieler Grenzregionen ergeben. Im dritten Teil präsentieren wir Ergebnisse einer quantitativen Aufarbeitung der Daseinsvorsorge in Grenzregionen, für die wir insbesondere auf Regionaldaten des INKAR-Datensatzes des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR)<sup>1</sup> zurückgreifen. Hierbei gehen wir auch auf die Frage ein, welche strukturellen und politischen Variablen mit den Unterschieden in der Daseinsvorsorge einhergehen (Forschungsfrage 2). Schließlich stellen wir im vierten Abschnitt an einem konkreten Beispiel vor, wie durch grenzüberschreitende Kooperation im Bereich der Gesundheitsversorgung Daseinsvorsorge in Grenzregionen verbessert werden kann – und vor welchen Hindernissen solche Vorhaben stehen.

## 2 Konzeptioneller Hintergrund der Studie

### 2.1 Zum Begriff der Daseinsvorsorge

Die Auseinandersetzung mit Daseinsvorsorge in deutschen Grenzregionen bringt zunächst die Frage der Begriffsbestimmung und der Zuständigkeiten mit sich. Auf EU-Ebene werden Dienstleistungen im Allgemeininteresse mit dem Begriff der *services of general interest* gefasst, die gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen für die Bevölkerung folgen (European Commission 2024). Mit dem *Quality Framework for Services of General Interest* (European Commission 2011) besteht seit 2011 ein europäischer Rahmen, der gewisse Grundstandards definiert und auf die Gewährleistung von Zugangsmöglichkeiten abhebt, allerdings fällt die konkrete Bereitstellung in die Zuständigkeit der Mitgliedstaaten – und wird dort mitunter neben der öffentlichen Hand durch Akteure der Privatwirtschaft flankiert.

Für Grenzregionen mit „deutschen Anteilen“ greift auf Deutschland bezogen der Terminus der Daseinsvorsorge als zentralem Teil der öffentlichen Infrastruktur mit den Zielen der Schaffung gleichwertiger Lebensverhältnisse nach Art. 72 Abs. 2 Grundgesetz und der „Sicherung einer menschenwürdigen Existenz“ (Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2016, S. 2). Gemäß Subsidiaritätsprinzip fällt die örtliche Grundversorgung in den Bereich der kommunalen Selbstverwaltung (Artikel 28 Abs. 2 Grundgesetz) mit einem weiten Portfolio: Energie, Wasserversorgung und Abwasser, Nahverkehr, Mobilität und Verkehrsinfrastruktur, Post und digitale Netzversorgung, Gesundheitsversorgung, Rettungsdienst, Feuerwehr, Katastrophenschutz und Sicherheit, Soziales sowie Bildung, Kultur- und Sportangebote (Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2016, S. 2).

Neben öffentlichen sind dabei zunehmend auch wirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Anbieter von Belang (Akademie für Raumforschung und Landesplanung 2016, S. 2f.), um der Auftragserfüllung des Staates zum Teil auch in Public-Private-Partnerships nachzukommen – gerade in ländlichen Räumen eine wachsende Herausforderung. Im Zuge des demographischen Wandels bringt insbesondere der Bereich der ambulanten wie stationären Gesundheitsversorgung hohe Relevanz mit sich, weshalb wir ihn vertiefend in der Fallstudie in Abschnitt 4 beleuchten

<sup>1</sup> Laufende Raumbbeobachtung des BBSR – INKAR, Ausgabe 03/2024: <https://www.inkar.de/>.

(Akademie für Raumentwicklung in der Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2022, S. 5). Der altersbedingte Wandel bei Praxen und Apotheken ohne adäquate Nachbesetzung, Standortumbrüche bei Krankenhäusern und die Aufrechterhaltung der Notfallversorgung werden zu drängenden Handlungsfeldern (Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2022, S. 9 f.) im Kontext einer „unübersichtliche[n] Organisation unterschiedlicher gesundheitsbezogener Dienstleistungen und [einer] differenzierte[n] Verteilung von Kompetenzen“ (Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft 2022, S. 12).

Begriffe und Konzepte der Daseinsvorsorge werden in den deutschen Nachbarländern durchaus unterschiedlich gefasst. In Frankreich, vor dem Hintergrund der gewählten Fallstudie besonders relevant, wird etwa von *services d'intérêt général* oder *services publics* gesprochen, jedoch spielen dort im Verhältnis zu „Kommunikation und Verkehr, Energieverteilung, wirtschaftliche Betätigung, Umweltschutz und Hygiene [...] soziale und insbesondere kulturelle Aspekte der Daseinsvorsorge [...] eine vergleichsweise untergeordnete Rolle“ (Mangels und Wohland 2018, S. 256). Zudem kommt bei der Bereitstellung dezidiert dem französischen (Zentral-)Staat eine größere Bedeutung zu – im Vergleich zur deutschen, vom Subsidiaritätsprinzip geprägten Aufgabenverteilung (Mangels und Wohland 2018, S. 256). Gleichzeitig ist die territoriale Kohäsion (*cohésion territoriale*) in Frankreich – ähnlich wie in Deutschland die „Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse“ – eine Leitschnur für politisches Handeln, mit dem Ziel einer ausgewogenen Entwicklung der Gebietsstruktur.

Eine einfache Vergleichbarkeit oder Übertragung der Begrifflichkeiten ist in diesem Lichte nicht gegeben, allerdings ergeben sich Schnittmengen. Gleichmaßen kommt der kommunalen Ebene eine wichtige Gestaltungsrolle zu, die aber bei begrenzten institutionellen und finanziellen Kapazitäten engen Handlungsspielräumen unterliegt (Bremer et al. 2023).

## 2.2 Daseinsvorsorge in Grenzregionen

Die Argumentation der Einleitung aufgreifend endet die nationalstaatliche Zuständigkeit für die Daseinsvorsorge zunächst automatisch an der eigenen Landesgrenze. Es folgt, dass auch die raumbezogene Planung auf Bundes- wie Landesebene territorial endet – und diese Verflechtungen mit den Nachbarländern nur eher in überschaubarem Maße berücksichtigt. Innerhalb der *Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland* wird konkret zur Daseinsvorsorge gar nicht über die nationale Grenze hinausgeblickt (Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur 2016, S. 20), was die Beschränktheit der 180°-Planung bzw. des Halbkreisblicks verdeutlicht. Gleichzeitig hat sich zunächst insbesondere an der deutsch-niederländischen und der deutsch-französischen Grenze in der Nachkriegszeit eine immer intensivere grenzüberschreitende Zusammenarbeit entwickelt, die neben nationalen Bestrebungen in hohem Maße von den Kommunen als zentralen Akteuren der Daseinsvorsorge in Deutschland getragen wird (u. v. Beck 2019; Crossey und Weber 2024; Filipová 2015; Reitel und Leloup 2019; Ulrich 2021; Weber 2022).

Neben überregionalen Zusammenschlüssen geht damit auf kommunaler Ebene die Gründung von Euroregionen bzw. Eurodistrikten einher, häufig in Form von Europäischen Verbänden zur Territorialen Zusammenarbeit (EVTZ) (Ulrich 2021; Perkmann 2002, 2007; Opilowska 2021), die sich Herausforderungen im Aufeinandertreffen von Nationalstaaten zuwenden, u. a. in den Bereichen Wirtschaft, Tourismus, Interkulturalität, Kultur, Soziales, Umwelt und Gesundheit. Je formeller hierbei allerdings Zielsetzungen ausfallen, wie beispielsweise im Kontext der Planung, desto komplexer werden Abstimmungs- bzw. Angleichungsversuche. Handeln auf Projektebene wird so häufig zu einem zentralen Ansatzpunkt (Halmes 2008; Jenal und Weber 2019; Medeiros 2018).

Konkret im Hinblick auf die Daseinsvorsorge leitet sich daraus ab, dass exklusive Territorialitäten diese bis heute bestimmen (Hooghe und Marks 2002, S. 5f.) und „Grenzüberschreitungen“ besonderer Anstrengungen bedürfen. Einerseits ließe sich mutmaßen, dass diese mitunter gar nicht notwendig werden, wenn doch Daseinsvorsorge bis an die Grenze gewährleistet wird und jenseits der 180 Grad eher Überversorgungen resultieren könnten. Hieraus würde sich die Erwartung ergeben, dass das Niveau der Daseinsvorsorge in Grenzregionen höher liegen dürfte als etwa im Inland. Sowohl die periphere Lage als auch häufig eher ländliche Prägung könnten andererseits aber zu einem im Vergleich mit innerdeutschen Kreisen signifikant geringeren Niveau der Daseinsvorsorge führen. Eine solche Unterversorgung könnte als Treiber für Kooperationen mit dem Nachbarstaat fungieren, um durch Kooperationen über die nationale Grenze hinweg Versorgungslücken zu schließen. Welche dieser Vorüberlegungen sich empirisch bestätigen lässt, untersucht der folgende Abschnitt unter Zuhilfenahme der Regionaldaten für deutsche Land- und Stadtkreise.

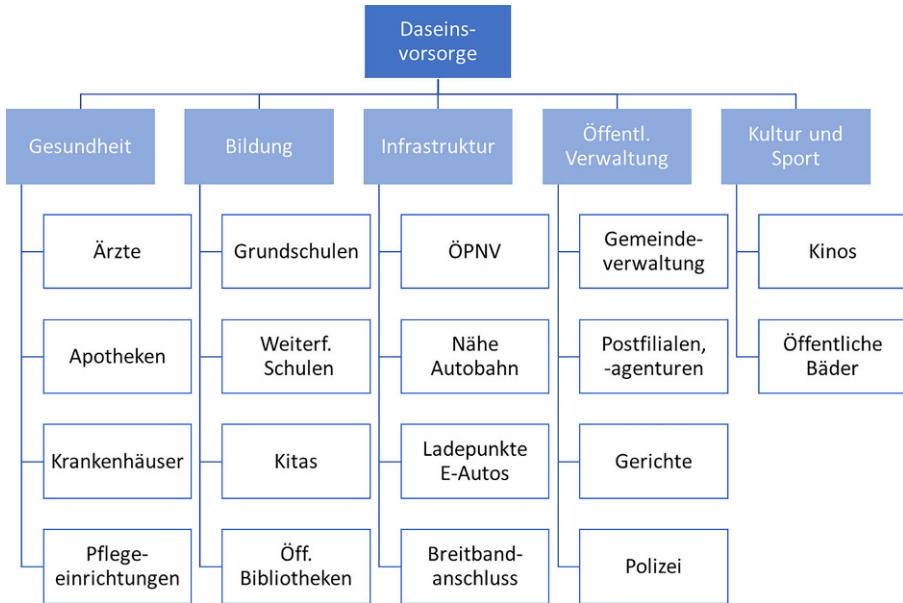
### 3 Daseinsvorsorge in Grenzregionen: Ein empirischer Überblick

#### 3.1 Zur empirischen Spezifikation des Konzepts der Daseinsvorsorge

Für eine vergleichende Analyse der Daseinsvorsorge in Grenzregionen ist es in einem ersten Schritt notwendig, das Konzept der Daseinsvorsorge als empirisches Konstrukt zu spezifizieren. Hierzu verbinden wir die in der laufenden Raumbearbeitung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) erhobenen regionalstatistischen Informationen<sup>2</sup>, die auf Ebene der Land- und Stadtkreise Daten zu unterschiedlichen regionalstatistischen Aspekten beinhalten, mit den konzeptionellen Vorüberlegungen zur Daseinsvorsorge.

Die Daten des BBSR stehen in der INKAR-Datenbank zur Verfügung, die rund 600 Indikatoren zu Themen wie Demografie, Arbeitsmarkt und Wirtschaft, oder Wohnen, Verkehr und Umwelt, aber auch zu politischen Aspekten wie Wahlen umfasst. Die Informationen liegen auf Ebene der Land- und Stadtkreise vor, sodass regional fein aufgegliederte Analysen ermöglicht werden. Aus einem Abgleich der theoretischen Überlegungen mit den verfügbaren Daten resultiert unser mehrdimensionales Messkonzept, das unter die Daseinsvorsorge insgesamt fünf Dimensionen

<sup>2</sup> Laufende Raumbearbeitung des BBSR – INKAR, Ausgabe 03/2024: <https://www.inkar.de/>.



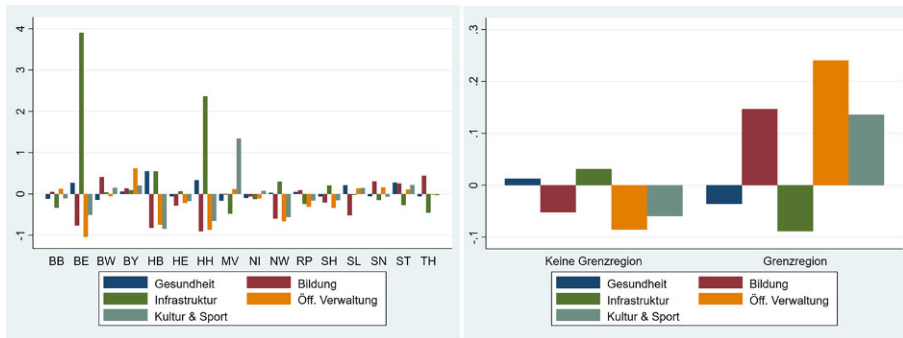
**Abb. 1** Konzeptspezifikation Daseinsvorsorge. (Quelle: Eigene Darstellung)

fasst: Gesundheitsversorgung, Bildung, Infrastruktur, Öffentliche Verwaltung sowie Kultur und Sport. Diese können ihrerseits, je nach Datenlage, mit zwei bis vier Einzelindikatoren abgebildet werden (vgl. Abb. 1). Damit werden zwar nicht alle traditionellen Elemente der Daseinsvorsorge abgebildet – etwa fehlen Informationen zu Katastrophenschutz oder Energie –, allerdings sind zentrale Bereiche abgedeckt, wodurch insgesamt ein belastbares Bild des Niveaus und der Unterschiede der Daseinsvorsorge in Deutschland entstehen dürfte.<sup>3</sup>

Fasst man die einzelnen Indikatoren des so spezifizierten Konzepts der Daseinsvorsorge jeweils in Subindizes zusammen<sup>4</sup>, zeigt sich eine substantielle Varianz zwischen den Land- und Stadtkreisen. Diese sind in Abb. 2 auf Ebene der Bundesländer (links) sowie als Vergleich zwischen Kreisen in Grenzregionen und Nicht-Grenzregionen (rechts) dargestellt. Für die Definition der Grenzregionen folgen wir den methodologischen Vorgaben von Eurostat (Eurostat 2019, S. 100), nach der NUTS-3-Regionen, die innerhalb von 25 Kilometern von einer Grenze entfernt liegen, als Grenzregionen angesehen werden. In unserem Fall werden damit 105 der

<sup>3</sup> Freilich ist einschränkend zu bemerken, dass die Messung auf Ebene der Stadt- und Landkreise erfolgt und nicht auf der eigentlich noch besser geeigneten Ebene der Kommunen. Zu letzteren sind aber keine Daten zu den hier interessierenden Variablen verfügbar.

<sup>4</sup> Hierzu wurden die einzelnen Indikatoren zunächst z-standardisiert und als Mittelwert der so standardisierten Werte ohne weitere Gewichtung der Komponenten zusammengefasst. Indikatoren, die auf Häufigkeiten basieren (z. B. Zahl der Polizeidienststellen) wurden jeweils relativ zur Bevölkerung gemessen. Indikatoren wurden, wenn nötig, so transformiert, dass hohe Werte ein höheres Niveau der Daseinsvorsorge anzeigen (z. B. mehr Polizeidienststellen relativ zur Bevölkerung, näherer Autobahnanschluss oder mehr öffentliche Bäder relativ zur Bevölkerung).



**Abb. 2** Daseinsvorsorge in Stadt- und Landkreisen, nach Bundesländern (inkl. Stadtstaaten) (links) und Grenzregion (rechts). (Gemittelte Werte der z-standardisierten Indikatoren (siehe Abb. 1) auf Basis der Rohdaten, die auf Land- bzw. Stadtkreisebene erhoben wurden. Die Daten sind nicht nach Bevölkerungszahl gewichtet, sondern entsprechen den teilweise in Bezug zur Bevölkerung gesetzten z-standardisierten Werten für den jeweiligen Stadt- bzw. Landkreis (vgl. auch Fußnote 4). Legende zu den Bundesländern: *BB* Brandenburg, *BE* Berlin, *BW* Baden-Württemberg, *BY* Bayern, *HB* Bremen, *HE* Hessen, *HH* Hamburg, *MV* Mecklenburg-Vorpommern, *NI* Niedersachsen, *NW* Nordrhein-Westfalen, *RP* Rheinland-Pfalz, *SH* Schleswig-Holstein, *SL* Saarland, *SN* Sachsen, *ST* Sachsen-Anhalt, *TH* Thüringen. Die Definition der Grenzregionen folgt der Abgrenzung der Europäischen Kommission (Eurostat 2019)). (Quelle: Eigene Auswertung und Darstellung)

400 Land- und Stadtkreise als Grenzregion definiert (ein Überblick zur Operationalisierung, vgl. Anhang).

Blickt man zunächst auf die Bundesländer, so zeigen sich klare Muster, insbesondere hinsichtlich der Stadtstaaten. Diese schneiden, aufgrund der hohen Bevölkerungszahl, bei den bevölkerungsnormierten Werten in vielen Subdimensionen unterdurchschnittlich ab, weil etwa die öffentliche Verwaltung im Durchschnitt mehr Bürger:innen bedienen muss als auf dem Land, wo kommunale Verwaltung auch bei geringeren Zahlen vorgehalten wird. Zwei Ausnahmen von diesem Muster sind die Bereiche Infrastruktur und Gesundheit. Hohe Werte in der Infrastrukturdimension lassen sich durch eine gute Erreichbarkeit des öffentlichen Personennahverkehrs und von Autobahnen erklären, die in Stadtstaaten besonders stark ausgebaut sind. Die Werte für die Gesundheit bilden die gute Versorgung mit (Universitäts-)Krankenhäusern und Ärzten ab, die in ländlichen Bundesländern pro Einwohner:in weniger umfassend ausfällt.

Ein ähnliches Muster wie in den Stadtstaaten zeigt sich im Übrigen auch im dichtbesiedelten Nordrhein-Westfalen. Blickt man auf die Flächenländer, zeigt sich eine erhebliche Varianz – etwa im Bereich des Bildungsangebots, das in Baden-Württemberg und Thüringen weiter ausgebaut ist als etwa in Hessen oder im Saarland. Einzelne Spezifika, wie etwa hohe Werte Mecklenburg-Vorpommerns bei öffentlichen Bädern, die sich bei näherer Betrachtung durch viele natürliche Badestellen an den Mecklenburger Seen und in der Ostsee erklären lassen, sind ebenfalls in der Aufschlüsselung nach Bundesland nachvollziehbar.

Vergleicht man Kreise im Inland mit Grenzregionen (Abb. 2), hängen die Unterschiede in der Daseinsvorsorge ebenfalls von der betrachteten Dimension ab. Während Grenzregionen bei der öffentlichen Verwaltung, Bildung und Sport umfangrei-

chere Daseinsvorsorge vorhalten, ist dies bei der Infrastruktur und auch im Bereich der Gesundheitsversorgung umgekehrt. Erneut dürfte hier die Einwohnerdichte eine wichtige Erklärung darstellen: Da Grenzregionen signifikant weniger dicht besiedelt sind (im t-test auf dem 99%-Niveau), weisen die höheren Mittelwerte für öffentliche Verwaltung und Bildung auf die Präsenz dieser staatlichen Dienstleistungen im ländlichen Raum hin, die im Vergleich zu Städten einwohnerbezogen höher ausfällt.

### 3.2 Bedingungen für Daseinsvorsorge: Grenzregionen und Kreise im Inland im Vergleich

Während die Beschreibung der Mittelwerte für die Subindizes der Daseinsvorsorge bereits einige Hinweise auf mögliche Korrelate gibt, welche die sichtbaren Unterschiede zwischen den Stadt- und Landkreisen und zwischen Grenzregionen und dem Inland aufklären könnten, erlaubt es die visuelle Inspektion nicht, mehrere Bedingungen gemeinsam hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit dem Niveau der Daseinsvorsorge zu prüfen.

Um dies zu ermöglichen, präsentieren wir in diesem Abschnitt die Ergebnisse multipler Regressionsanalysen, die prüfen, inwieweit die jeweiligen Subindizes der Daseinsvorsorge als abhängige Variablen mit möglichen Einflussfaktoren einhergehen, die sich bereits in der Literatur als wichtige Korrelate herausgestellt haben (Kunz 2000). Dies betrifft auf Angebotsseite die finanzielle und wirtschaftliche Lage der Kreise, die wir über die Steuerkraft sowie die (steuerrelevante) Einwohnerentwicklung abbilden, und auf Nachfrageseite primär die Bedarfe an Daseinsvorsorge, die sich aus der Einwohnerdichte und dem Altersquotienten (insbesondere im Gesundheitsbereich) ergeben (ein Überblick der Variablen und ihrer Operationalisierung findet sich im Anhang).

Daneben folgen wir Bremer et al. (2023) und nehmen eine parteipolitische Variable in die Regressionsgleichungen auf, konkret die parteipolitische Ausrichtung der Exekutiven in der jeweiligen Untersuchungseinheit (z. B. Oberbürgermeister:innen). Prinzipiell liegen zur Frage des parteipolitischen Einflusses auf kommunaler Ebene unterschiedliche Hinweise in der Literatur vor: Zum einen wird argumentiert, dass parteipolitischer Einfluss auf Finanzpolitik auf lokaler Ebene begrenzt sei, nicht zuletzt aufgrund der institutionellen Einschränkungen im deutschen Föderalismus (Bogumil et al. 2014; Person 2021).

Zum anderen finden Bremer et al. (2023) allerdings für die spezifische Frage kommunaler öffentlicher Investitionen durchaus Parteeffekte, wobei die Chance auf höhere Investitionsausgaben bei Bürgermeister:innen von CDU und CSU höher liegt als bei Bürgermeister:innen der SPD – was die Autoren durch die Nähe bürgerlicher Parteien und der lokalen Wirtschaft erklären. Hinsichtlich unserer verschiedenen Dimensionen der Daseinsvorsorge erwarten wir a priori keine starken Parteeffekte – wobei entlang einer klassischen sozio-ökonomischen Links-Rechts-Achse am ehesten noch eine positive Korrelation zwischen SPD-Bürgermeister:innen und ausgebauter Gesundheitsvorsorge bzw. CDU-Bürgermeister:innen und überdurchschnittlicher Infrastruktur erwartet werden könnte (zur Parteidifferenztheorie, vgl. der Überblick bei Wenzelburger 2023).

**Tab. 1** Regressionsanalyse – Bedingungen für das Niveau der Daseinsvorsorge

Dimension der Daseinsvorsorge	(1) Gesundheit	(2) Bildung	(3) Infrastruktur	(4) Öffentliche Verwaltung	(5) Kultur und Sport
Einwohnerdichte	0,00060*** (6,40)	-0,00034*** (-4,42)	0,00046*** (6,43)	-0,00043*** (-9,52)	-0,00019*** (-3,22)
Altersquotient	3439,6*** (5,61)	644,4 (1,46)	-176,7 (-0,68)	1480,4** (2,44)	2179,2*** (5,08)
Steuerkraft	0,00023* (1,96)	0,00036*** (2,99)	0,00066*** (3,49)	0,00039*** (3,94)	0,00022 (1,69)
Bevölkerungs- entwicklung	0,0093 (0,93)	-0,011 (-0,73)	0,0098 (1,38)	-0,019* (-2,08)	-0,0076 (-0,94)
CDU	-0,14 (-1,20)	-0,026 (-0,20)	0,056 (0,77)	0,050 (0,48)	-0,30 (-1,58)
SPD	0,086 (0,95)	-0,31 (-1,60)	0,097 (0,78)	-0,11 (-1,02)	-0,33 (-1,47)
Ostdeutschland	0,11 (1,03)	0,21 (1,57)	0,072 (0,73)	-0,036 (-0,16)	0,064 (0,31)
Grenzregion	0,11 (1,50)	0,088 (0,97)	0,043 (0,66)	<b>0,19**</b> <b>(2,21)</b>	0,11 (0,86)
Konstante	-1,21*** (-5,19)	-0,20 (-1,09)	-0,96*** (-4,95)	-0,36* (-1,93)	-0,29 (-1,15)
N	400	400	400	400	386
R <sup>2</sup>	0,581	0,276	0,507	0,457	0,248

t-Werte in Klammern; Standardfehler geclustert nach Bundesland

\* $p < 0,1$ , \*\* $p < 0,05$ , \*\*\* $p < 0,01$

Schließlich nehmen wir – entsprechend unserer zweiten Forschungsfrage und den theoretischen Vorüberlegungen in Abschnitt 2.2 – Grenzregionen als erklärende Variable auf und untersuchen damit, inwieweit Kreise in Grenzregionen unter Kontrolle bekannter Einflussfaktoren ein signifikant höheres oder niedrigeres Niveau der Daseinsvorsorge im Vergleich zum Inland aufweisen.

Die Ergebnisse in Tab. 1 bestätigen in vielerlei Hinsicht die bereits existierenden Einsichten zur Gewährleistung von Daseinsvorsorge in Deutschland.<sup>5</sup> So ist die Daseinsvorsorge insbesondere von der Finanzkraft der jeweiligen Kreise abhängig (Variable Steuerkraft). Zudem zeigt sich, dass eine hohe Einwohnerdichte mit einem höheren Niveau im Bereich von Gesundheit und Infrastruktur sowie eine geringere Einwohnerdichte mit umfassenderen Dienstleistungen im Bereich Bildung, öffentliche Verwaltung sowie Kultur und Sport einhergehen. Während sich die positiven Korrelationen, wie oben dargestellt, durch die Stadt-Land-Unterschiede in der Infrastruktur (Verkehr, Digitalisierung) und in der Krankenhauslandschaft begründen

<sup>5</sup> Um für die spezifischen Unterschiede zwischen Bundesländern zu kontrollieren, haben wir die Regressionsanalyse auch unter Einschluss von *fixed effects* für alle Bundesländer berechnet. Die substanziellen Aussagen der Analyse ändern sich dadurch nicht (siehe Anhang). Gleiches gilt, wenn man die Stadtstaaten aus der Analyse ausschließt – die Regressionskoeffizienten bleiben stabil (siehe Anhang).

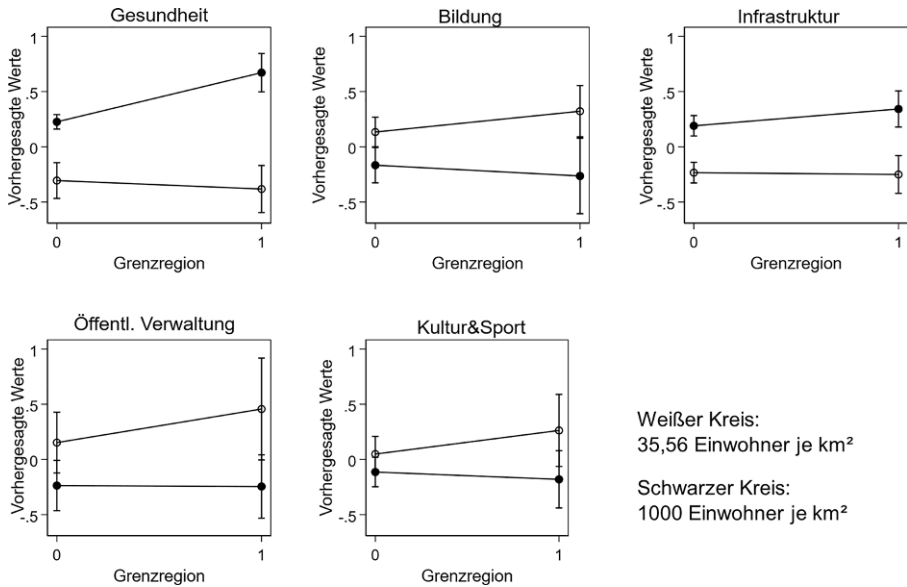
lassen, zeigt sich gleichzeitig eine an der Einwohnerdichte gemessen überproportionale Präsenz des Staates in dünnbesiedelten ländlichen Räumen, insbesondere im Bereich der Schulen und der Verwaltung.

Ebenfalls erwartbar ist die positive Korrelation zwischen dem Altersquotienten und der Daseinsvorsorge im Bereich der Gesundheit, die auf einen Nachfrageeffekt hindeutet: Wenn viele Menschen über 65 in einem Kreis leben, geht dies mit einer überdurchschnittlichen Gesundheitsversorgung einher (Krankenhäuser, Pflege, Ärzte und Apotheken). Für die parteipolitischen Variablen – hier gemessen als die durchschnittliche Amtsdauer von CDU- bzw. SPD-Bürgermeister:innen zwischen 1991 und 2018<sup>6</sup> – zeigen sich keine signifikanten Korrelationen. Mit Blick auf den Grenzraum ergibt sich zudem, dass die Daseinsvorsorge in Grenzregionen nicht signifikant schlechter ausfällt als in Kreisen im Inland. Im Bereich der öffentlichen Verwaltung schneiden Grenzregionen sogar signifikant besser ab. Diese Korrelation lässt sich bei genauerer Betrachtung der Dimension „öffentliche Verwaltung“ auf ein höheres Niveau bei allen Indikatoren dieser Kategorie zurückführen: In Grenzregionen gibt es sowohl signifikant mehr Gemeindeverwaltungen und mehr Postagenturen bzw. -filialen sowie auch mehr Gerichte und Polizeidienststellen als in Land- und Stadtkreisen im Inland.

Wie die Resultate in Tab. 1 und unsere Interpretation der Ergebnisse zeigen, lässt sich der Zusammenhang zwischen Grenzregionen und Daseinsvorsorge nicht ohne Einbeziehung der häufig dünnen Besiedlung und der peripheren Lage der Grenzregionen interpretieren. Aus diesem Grund stellt sich die Frage, inwieweit sich der Zusammenhang zwischen Grenzregionen und dem Niveau der Daseinsvorsorge zwischen dünn- und dichtbesiedelten Grenzregionen unterscheidet. Um diese Moderationseffekte zu untersuchen, haben wir in einer weiteren Regressionsschätzung Interaktionseffekte zwischen der Einwohnerdichte und der Variablen berechnet, die in Grenzregionen liegende Kreise identifiziert (vgl. Abb. 3). Substanzielle Interaktionseffekte, d. h. Fälle, in denen die Daseinsvorsorge in Grenzregionen je nach Besiedlungsdichte stark unterschiedlich ausfällt, zeigen sich insbesondere für die Dimension der Gesundheit – und abgeschwächt für die öffentliche Verwaltung, die Bildung sowie bei Kultur und Sport. Hinsichtlich der Gesundheitsversorgung scheinen insbesondere *städtische* Grenzregionen besser versorgt zu sein, während *ländliche* Grenzregionen etwas schlechter als ländliche Regionen im Inland abschneiden. Damit scheint die gesundheitliche Daseinsvorsorge insbesondere in ländlichen und grenznahen Kreisen unterdurchschnittlich auszufallen, während in städtischen Grenzregionen eine besonders gute Versorgung gewährleistet ist. Der umgekehrte Zusammenhang zeigt sich für die öffentliche Verwaltung, Bildung sowie Kultur und Sport: In diesen Dimensionen gilt, dass die einwohnerbezogen ohnehin schon etwas bessere Versorgung (je Einwohner:in) in wenig besiedelten Kreisen durch die Lage in Grenzregionen noch verstärkt wird.

Zusammenfassend lassen sich aus der Gegenüberstellung der Daseinsvorsorge in grenznahen und inländischen Stadt- und Landkreisen zwei zentrale Erkenntnisse ableiten. Erstens sind den empirischen Daten zufolge Land- und Stadtkreise in

<sup>6</sup> Wir danken dem Autorenteam um Bremer et al. (2023) für das Teilen der Rohdaten zu den parteipolitischen Zugehörigkeiten der Bürgermeister:innen in den Stadt- und Landkreisen (1991–2018).



**Abb. 3** Interaktionseffekte: Grenzregionen und Einwohnerdichte. (Bemerkung: Die Grafiken stellen die vorhergesagten Werte zu den genannten Werten für Einwohnerdichte mit 95 % Konfidenzintervallen dar. Sie basieren auf den im Anhang dargestellten Regressionsgleichungen. Alle Interaktionseffekte sind signifikant, auf einen substantziellen Einfluss von Grenzregionen auf den Zusammenhang zwischen Einwohnerdichte und Daseinsvorsorge deuten insbesondere die Ergebnisse für Gesundheit hin). (Quelle: Eigene Erhebung und Darstellung)

Grenzregionen in den betrachteten Dimensionen nicht massiv schlechter gestellt als die inländischen Kreise. Tatsächlich ist die öffentliche Verwaltung in Grenzregionen einwohnerbezogen sogar etwas stärker präsent als im Inland – was insbesondere durch die geringere Besiedlung vieler Grenzregionen erklärt werden kann. Zweitens zeigt sich, dass im Bereich der Gesundheitsversorgung insbesondere städtische Grenzregionen besser versorgt sind als Kreise im Inland, jedoch die etwas schlechtere Versorgung auf dem Land durch die Lage an der Grenze noch etwas verschärft wird. In der Tat scheinen Grenzregionen also manche Dynamiken zu verstärken, die sich aus dem sozio-demographischen Wandel wie etwa der Veränderung der Einwohnerzahl ergeben.

Trotz dieser Einblicke in die grenzüberschreitende Daseinsvorsorge durch die Aufbereitung quantitativer regionalstatistischer Daten zeigt die Analyse auch, dass eine umfassende Analyse angesichts der weitgehend nationalstaatlich organisierten Datenaufbereitung zurzeit fast unmöglich erscheint. Diese Limitation ließe sich nur durch abgestimmte grenzüberschreitende Erhebungen angehen, die zwar im Rahmen von Euroregionen oder Eurodistrikten punktuell erfolgen, allerdings kaum systematisch. Insofern bleibt der Halbkreisblick zumindest mit Blick auf die quantitative Datenerhebung bestehen und die Analyse auf den jeweils deutschen Teil der Grenzregionen beschränkt. Auch deshalb ergänzt der nächste Abschnitt die bisher herausgearbeiteten Muster mit Ergebnissen aus einer qualitativen grenzüberschreitenden Untersuchung.

## 4 Daseinsvorsorge in Grenzregionen: Chancen und Herausforderungen am Beispiel der Gesundheitsversorgung in der deutsch-französischen Region SaarMoselle

### 4.1 Zur Einordnung der Fallstudie

Die laufende Raubeobachtung des BBSR erlaubt es, bis an die nationale Grenze der Bundesrepublik zu blicken, aber nicht darüber hinaus. Grundlegend stellt sich damit die Frage nach quantitativen Ländervergleichen, doch unterschiedliche Begrifflichkeiten (vgl. Abschnitt 2.1) wie Datenverfügbarkeiten und Kenngrößen erschweren eine quantitativ-ländervergleichende Analyse. Die Kategorien der deutschen Daseinsvorsorge weisen, wie angeführt, nur gewisse Schnittmengen mit den *services d'intérêt général* bzw. *services publics* in Frankreich auf (Mangels und Wohland 2018, S. 256).

Vor diesem Hintergrund setzen wir am empirischen Befund der spezifischen Situation der Gesundheitsversorgung in deutschen Grenzregionen an und gehen mit einer Fallstudie über die Grenze hinaus. Wir wählen dazu die deutsch-französische Grenzregion zwischen dem Saarland und dem *département* Moselle, die auf den ersten Blick einen *most likely case* (Seawright und Gerring 2008) darstellen mag: Im Lichte des Epochenbruchs des Zweiten Weltkriegs verband die deutsch-französische Aussöhnung beide Länder immer enger, Hand in Hand gehend mit dem europäischen Integrationsprozess (Defrance 2021; Hüser 2017), so dass hier eine Modellregion als gewisses Vorbild auch für andere Grenzregionen entstand (Durand und Decoville 2020; Lorig 2016; Wille 2015). Im Jahr 2010 wurde der Eurodistrict SaarMoselle gegründet, der den Regionalverband Saarbrücken mit der Landeshauptstadt Saarbrücken sowie fünf Gemeindeverbände aus dem *département* Moselle (Communauté d'Agglomération de Forbach Porte de France, Communauté d'Agglomération Sarreguemines Confluences, Communauté d'Agglomération Saint-Avold Synergie, Communauté de Communes de Freyming-Merlebach, Communauté de Communes du Warndt) umfasst. Als EVTZ mit 125 Kommunen sollen abgestimmte Verbesserungen in der grenzüberschreitenden Kooperation in fünf Themenfeldern erreicht werden, darunter in besonderer Weise auch im Bereich der Gesundheit (Eurodistrict SaarMoselle. 2022, S. 12).

Die Fallstudie entspricht den quantitativen Grundbeobachtungen: Die Landeshauptstadt Saarbrücken mit ihren rund 185.000 Einwohner:innen verfügt über mehrere Kliniken, weitere liegen im unmittelbaren Umland. Im Zuge des Fachkräftemangels und steigender Kosten stehen diese allerdings unter Druck, so dass sie enger kooperieren und gleichzeitig den Rückgang an Bereitschaftsdienstpraxen auffangen sollen (Klinikum Saarbrücken 2024b; Wiermer 2024). Daneben wird es in Richtung Landesgrenze schnell ländlich mit kleinen Ortschaften, die stark vom demographischen Wandel ergriffen sind (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2024). Dieser stellt auch eine Herausforderung für das *département* Moselle dar (Geographisches Informationssystem der Großregion 2024; Insee 2014), das in Grenzlage neben dem ländlichen Charakter bis heute mit den Auswirkungen der Deindustrialisierung in Folge der Montankrise zu kämpfen hat.

Metz als Hauptstadt des *département* hat rund 121.000 Einwohner:innen, gehört aber nicht zum Eurodistrict und ist von Forbach rund 60km entfernt. Saargebiet und Forbach innerhalb des EVTZ verfügen jeweils über etwa 21.000 Einwohner:innen, so dass ein regional-grenzüberschreitendes Ungleichgewicht besteht, das auch im Gesundheitssektor Folgen hat: Kliniken in Forbach, Freyding-Merlebach und Sarreguemines sind klein und eher spezialisiert, so dass auf französischer Seite je nach Fall wie Herzinfarkt, Traumabehandlung oder Schlaganfall weit(er) entfernte Kliniken in Metz, Nancy oder Straßburg angefahren werden müssen. Forbach verfügt, so die Zeitung *Le Républicain Lorrain*, nur über 4,3 statt – wie von staatlicher Seite als erforderlich angesehen – 8,7 Ärzte pro 10.000 Einwohner:innen (*Le Républicain Lorrain* 2023). Insgesamt wird von einer medizinischen Unterversorgung in Lothringen ausgegangen (*Jézéquelou* 2024). Eine grenzüberschreitend ausgerichtete Gesundheitsversorgung könnte entsprechend zur Option werden, doch die nationale Grenze wird hier durch die unterschiedlichen Systeme, Zuständigkeiten, Verfahrensweisen etc. zu einer Barriere, die nicht so einfach zu durchbrechen ist.

Die folgenden Einordnungen basieren neben bestehenden Publikationen auf institutioneller und medialer Berichterstattung (EVTZ Eurodistrict SaarMoselle, Klinikum Saarbrücken und saarländische Landesregierung sowie *Républicain Lorrain*, *Saarbrücker Zeitung* und *Saarländischer Rundfunk*) sowie auf fünf Interviews mit deutschen, französischen und grenzüberschreitenden Akteuren im Gesundheitskontext. Die Interviews wurden im August und September 2024 im Rahmen einer entstehenden Masterarbeit im trinationalen Master in Border Studies geführt – drei davon face-to-face, zwei per Videokonferenz – und dauerten zwischen 30 und 55 min.<sup>7</sup> In den Gesprächen wurden durchgehend mehrere große Themenbereiche behandelt: Vorstellung des Arbeitsbereichs der Person, Relevanz von bearbeiteten Themenfeldern, Herausforderungen grenzüberschreitender Kooperation, Bedeutung der nationalstaatlichen Grenze, aktuelle Projekte u. a. mit dem Schwerpunkt Gesundheit, Informationsflüsse und Handlungsbedarfe, Ausblick mit Zukunftswünschen. Die transkribierten Interviews wurden in MAXQDA einer qualitativen Inhaltsanalyse (*Mayring* 2022) unterzogen, basierend auf den angesprochenen Themenfeldern, um so übergreifende Muster und markante Abweichungen herauszuarbeiten.

#### 4.2 Auf dem Weg zu einem grenzüberschreitenden Gesundheitskorridor?

Unterschiedliche Raumstrukturen mit divergierenden Verfügbarkeiten in der Alltags- und Notfallversorgung lassen in der saarländisch-mosellanischen Grenzregion die Verbesserung des grenzüberschreitenden Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen verstärkt seit den 2000er-Jahren virulenter werden. Dies betrifft insbesondere die Behandlung von Patient:innen im Nachbarland, die Leistungserbringung von medizinischem Personal in einem anderen Staat oder die grenzüberschreitende Kooperation von Leistungserbringern (*Funk* 2017, S. 177).

<sup>7</sup> Die Durchführung erfolgte jeweils auf Grundlage einer schriftlichen Zustimmungserklärung und einem Hinweis auf die DSGVO. Zum Schutz der Interviewpartner:innen erfolgt für diesen Beitrag eine weitreichende Anonymisierung. Die Nachvollziehbarkeit gewährleisten wir durch Nutzung von Kürzeln: IP = Interviewpartner:in, transnat = transnationale Einrichtung, D = Deutschland, F = Frankreich.

Das Grenzüberschreitende bietet die konkrete Möglichkeit, das Einzugsgebiet für Gesundheitsleistungen zu erhöhen (Funk 2017, S. 180). Den Ausgangspunkt bildet ein deutsch-französisches Rahmenabkommen vom Juli 2005 über die grenzüberschreitende Gesundheitskooperation mit einer dahingehenden Verwaltungsvereinbarung vom März 2006. Darauf aufbauend konnte 2008 eine Vereinbarung zum grenzüberschreitenden Rettungswesen zwischen dem Saarland und der damaligen *région* Lothringen (heute Teil der *région* Grand Est) geschlossen werden, die allerdings nur in begrenztem Maße in praktischem Handeln genutzt wird (Funk 2017, S. 182 f.). Von der europäischen Ebene ausgehend stärkt Richtlinie 2011/24/EU (Rat und Europäisches Parlament 2011) die Ausübung von Patientenrechten in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, so dass Patient:innen Leistungen auch jenseits der Grenze in Anspruch nehmen können, wenn auch der primäre Leistungsbezugsort der nationale bleiben soll.

Es ist wiederum das praktische Handeln vor Ort, das wachsende grenzüberschreitende Verflechtungen in der Daseinsvorsorge zur Folge hat: So entstand 2013 eine gerade von deutschen Akteuren angestoßene Kooperationsvereinbarung im Bereich der Kardiologie zwischen Völklingen und Forbach, um den Transport von Notfallpatient:innen nach Metz zu vermeiden und den Zugang zu Notfallmedizin (dann in Völklingen auch für französische Patient:innen) deutlich zu beschleunigen (Funk 2017, S. 183; IP\_D1; IP\_F2). Ein 2008 begonnener Austausch zwischen Sarreguemines und Völklingen mündete 2014 in eine Vereinbarung zur Krankenpflegeausbildung, so dass die Kooperation in der Personalausbildung zu einem weiteren Baustein grenzüberschreitender Zusammenarbeit wurde.

Insbesondere durch das ausgeprägte Engagement des Chefarztes der Kardiologie in Völklingen, Cem Özbek, wurde die Notfallversorgung bei akutem Herzinfarkt mit dem MOSAR-Abkommen<sup>8</sup> im Jahr 2019 noch einmal stärker verankert, ergänzt um ein Zusatzprotokoll über den Zugang zur neurochirurgischen Versorgung im Klinikum Saarbrücken. Bis März 2023 konnten über ein deutsch-französischsprachiges Ärzteteam in Völklingen mehr als 800 französische Patient:innen mit Herzbeschwerden behandelt werden (SZ Redaktion 2023), wobei jedoch ausschließlich die Notfallversorgung für „situations médicales extrêmement précises et ciblées“ (übersetzt: „äußerst präzise und zielgerichtete medizinische Situationen“) und nicht die alltägliche Versorgung adressiert wird (IP transnat).

Jenseits dessen scheuen sich Politik und Gesundheitsakteure, auf Dauer angelegte Kooperationen einzugehen. Regelmäßig gewählter Ansatzpunkt sind zeitlich befristete Projekte über die INTERREG-Förderschiene, die mit INTERREG A Großregion einen passenden Regionalzuschnitt für Saarland-Moselle aufweist. Hierzu zählen „GeKo SaarMoselle: Strukturierung der Kooperation im Gesundheitsbereich auf dem Gebiet SaarMoselle“ und „COSAN: Grenzüberschreitende Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich in der Großregion“, mit denen 2019/2020 bis 2022 darauf abgezielt wurde, die Bevölkerung besser über grenzüberschreitende Angebote zu informieren,

---

<sup>8</sup> *Convention de coopération en matière d'accès aux soins transfrontaliers*/Abkommen über die Zusammenarbeit hinsichtlich des Zugangs zur grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. MOSAR steht für *mosellan-sarrois*, d. h. für *mosellanisch-saarländisch*, womit auf die geographische Verortung abgehoben wird.

Akteure zu vernetzen, bestehende Abkommen auszuweiten und jenseits des Eurodistricts Abstimmungsprozesse auf Ebene der gesamten Großregion zu verstärken (Eurodistrict SaarMoselle 2021a, b; IP\_transnat).

Eine darauf aufbauende Weiterentwicklung liegt seit 2024 im Zugang zu nuklearmedizinischen Untersuchungen im Krankenhaus in Saargemünd als weiteres MOSAR-Zusatzprotokoll vor, das über seine Spezialisierung eine bestehende saarländische Unterversorgung durch dessen ausgeprägte Expertise füllen soll (Huth 2024; Ministerium für Arbeit et al. 2024; IP\_transnat). Im Gegensatz dazu bleibt die Schlaganfallversorgung im Klinikum Saarbrücken-Winterberg bis dato weiterhin außen vor, auch wenn von deutscher Seite weitergehende Kooperationen immer wieder angeboten wurden (Klinikum Saarbrücken 2024a).

Größer gedacht, besteht seit den 2000er-Jahren die Idee, einen grenzüberschreitenden Gesundheitskorridor aufzubauen. Dieser wurde im Rahmen mehrerer grenzüberschreitender Gesundheitstage auch stark öffentlich diskutiert (IP\_D1), könnte zunächst experimentell erprobt werden und einen Zugang zur Gesundheitsversorgung ambulant wie stationär in einem definierten Grenzsaum mit einer deutsch-französischen Krankenversicherung oder einer Ausweitung der nationalen Versicherung auf Personen des jeweiligen Nachbarlandes ermöglichen (Dittel und Weber 2024, S. 145 f.; Funk 2017, S. 183; Landesregierung des Saarlandes 2023, S. 6).

Spezifische Verfügbarkeiten von Hausärzten und gerade Fachärzten sowie Kliniken könnten so grenzüberschreitende Synergieeffekte und Vorteile für die Bevölkerung generieren, mit denen sich Versorgungslücken schließen ließen (siehe auch Mangels und Pfundstein 2024, S. 104). Es geht insofern auch um die spezifische „complémentarité transfrontalière“ (übersetzt: „grenzüberschreitende Komplementarität“) (IP\_transnat) als Vorteil für die Grenzregion mit ihren rund 600.000 Einwohner:innen zugunsten einer grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung.

Daran anknüpfend bietet sich die Chance, „durch eine Vergrößerung des Einzugsgebietes auch jenseits der Grenze kritische Tragfähigkeitsgrenzen für den (wirtschaftlichen) Betrieb von Einrichtungen wieder zu überschreiten“ (Mangels und Wohland 2018, S. 278). Dazu braucht es einerseits den politischen Willen wie im Fall des MOSAR-Abkommens (IP\_F2) und andererseits gut vernetzte, grenzüberschreitend verankerte Akteure wie den Eurodistrict, die koordinierend im Zusammenspiel mit den beteiligten Kommunen Themen weiter ‚pushen‘ (Eurodistrict SaarMoselle 2022, S. 26 f.), um so „Pionierarbeit in Europa“ weiterzuführen (IP\_D2).

In der deutsch-französischen Grenzregion werden Vertiefungsanstrengungen allerdings bis dato durch unterschiedliche Hürden verlangsamt. Zwar ermöglichte die Covid-19-Pandemie im Frühjahr 2020 die zeitweise unbürokratische Verlegung erkrankter französischer Intensivpatient:innen ins Saarland, gegenseitige Hilfeleistungen wie Maskentransfers mit hohem persönlichem Engagement von Beteiligten sowie 2021 den Aufbau eines deutsch-französischen Testzentrums am Grenzübergang Goldene Bremm, um Grenzgänger:innen Covid-Tests anzubieten, doch in der Zwischenzeit ist das pragmatische Handeln wieder eingefahrenen Hindernissen gewichen (Dittel und Weber 2024; IP\_D1; IP\_D2): Das zentralstaatliche (Gesundheits-)System Frankreichs trifft auf die föderale deutsche Ordnung mit der Vielzahl an Krankenkassen, worin „facteurs de ralentissement potentiel“ (übersetzt: „potenzielle Verlangsamungsfaktoren“) lauern (IP\_F2). Kostenerstattungen durch di-

vergiehende Abrechnungssysteme scheinen schwer überwindbar, gekoppelt an technische Hürden (Eurodistrict SaarMoselle 2022, S. 26f.; IP\_D2; IP\_F1). Wie langwierig Aushandlungen ausfallen können, zeigt sich an den Zusatzprotokollen zu MOSAR wie dem 2024 geschlossenen: Während in Deutschland ein Krankenhaus autonom eine Vereinbarung treffen könnte, muss in Frankreich mindestens die *Agence régionale de santé* (ARS) als Entscheidungseinrichtung gewonnen werden (IP\_transnat; IP\_D1). Damit einhergehend wird bis dato gerade in Frankreich aus Akteurssicht sehr stark vom Nationalen ausgehend gedacht und die spezifische Grenzlage nicht mitberücksichtigt (IP\_transnat): „on a du coup une approche qui s'arrête à la frontière“ (übersetzt: „ein Ansatz, der an der Grenze endet“). Zudem mangelt es auch an europäischen Regelungsvorstößen (IP\_transnat).

Unterschiedliche Gesetzgebungen und Zuständigkeiten treffen in der Grenzregion bis heute aufeinander (Mangels und Wohland 2018, S. 277), so dass sich sogar mitten in der EU verschiedene Probleme bei der Anerkennung von Berufsabschlüssen stellen. Hinzukommen Sprachbarrieren bei Patient:innen wie Personal, anders als bspw. zwischen Frankreich und Belgien, wo eine Gesundheitszone ZOAST bereits Wirklichkeit geworden ist (IP\_transnat; IP\_D1; IP\_F1; IP\_F2). Schließlich besteht eine Hürde, die von nationalen Rückgebundenheiten mit Eigeninteressen zeugt: „il y a toujours cette notion de concurrence“ (übersetzt: „es gibt immer diesen Aspekt des Wettbewerbs“) (IP\_F1; auch IP\_F2), d.h.: „Eine Sicherung der Einrichtungen am Ort wird politisch aus Gründen der kommunalen Standortkonkurrenzen solange irgend möglich als favorisierte Lösung betrieben werden“ (Mangels und Wohland 2018, S. 277). Für politische Akteure stellt sich die Frage, ob innerhalb des eigenen Nationalstaats die Daseinsvorsorge hinreichend aufrechtgehalten werden kann – das Denken im Halbkreis ist hier noch hinreichend verankert.

## 5 Fazit

Nationale Grenzen entfalten für die Bereitstellung von Daseinsvorsorge eine entscheidende Wirkung: Denn prinzipiell endet Daseinsvorsorge am Rand des nationalstaatlichen Territoriums qua Zuständigkeit. Für Grenzregionen birgt die Randlage daher besondere Herausforderungen – insbesondere für ländlich geprägte Regionen, die mit demographischen Entwicklungen wie zunehmender Abwanderung und Alterung kämpfen. Gerade für sie könnten grenzüberschreitende Kooperationen große Vorteile für die grenzregionale Versorgung bieten, würden doch Institutionen der Daseinsvorsorge im Nachbarstaat bei der Erweiterung des „Halbkreisblicks“ zu einem „Rundumblick“ erreichbar werden.

Außerhalb von Fallstudien, die neben sichtbaren Potenzialen auf mitunter eher begrenzte Formen der Zusammenarbeit hindeuten, ist die systematische Evidenz zur Situation der Daseinsvorsorge in deutschen Grenzregionen und der sich daraus ergebenden Implikationen für Notwendigkeiten der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit jedoch sehr lückenhaft. Daher zielte dieser Beitrag darauf ab, eine empirische Bestandsaufnahme der Daseinsvorsorge in Grenzregionen im gesamtdeutschen Vergleich vorzunehmen und auf deren Grundlage einerseits zu untersuchen, welche Bedingungen mit den Unterschieden der Daseinsvorsorge zwischen Grenzregionen und

dem Inland einhergehen. Andererseits sollten anhand des empirischen Beispiels der Gesundheitsversorgung in der deutsch-französischen Grenzregion SaarMoselle Herausforderungen und Chancen für eine grenzüberschreitende Kooperation beleuchtet werden.

Mit der systematischen empirischen Bestandsaufnahme lässt sich anhand der fünf Dimensionen Gesundheitsversorgung, Bildung, Infrastruktur, öffentliche Verwaltung sowie Kultur und Sport ein recht umfangreiches Bild der Daseinsvorsorge in Grenzregionen zeichnen. So konnten wir zeigen, dass diese in den Bereichen der öffentlichen Verwaltung, bei Bildung und Kultur/Sport ein höheres Niveau der Daseinsvorsorge erreichen als dies im Inland Deutschlands der Fall ist – nicht zuletzt, weil der Staat in häufig dünn besiedelten Grenzregionen gerade im Bereich Verwaltung und Bildung auch für weniger Bürger:innen Angebote vorhält.

Vor diesem Hintergrund gilt, dass die These einer grundlegenden Schlechterstellung von Grenzregionen empirisch in dieser Einfachheit nicht zu halten ist, denn diese Regionen verfügen unter anderem über signifikant mehr Gemeindeverwaltungen und Postagenturen/-filialen sowie Gerichte und Polizeidienststellen als Land- und Stadtkreise im Inland. Bei Infrastruktur und Gesundheitsversorgung sind die deutschen Grenzregionen allerdings schlechter aufgestellt – wobei dies vor allem für die Grenzregionen mit geringer Einwohnerdichte der Fall ist. Hier wird insofern die ländliche Lage durch die grenzregionale Situierung verstärkt.

Mit unserer Fallstudie im Eurodistrict SaarMoselle haben wir an diesem Befund angesetzt und herausgearbeitet, welche Beharrungskräfte bis heute bei Initiativen der grenzüberschreitenden Kooperation bestehen. Gleichzeitig illustriert das Beispiel, wie über mehrere Jahrzehnte mit großem Einsatz von Akteuren Projekte und Vereinbarungen Wirkung erzielen können, die in Richtung einer grenzüberschreitenden Daseinsvorsorge deuten. Hierzu müssten allerdings Nationalstaaten jenseits des bestehenden Halbkreisblicks die Zusammenarbeit als legitimes Mittel zur Versorgung ansehen und sich von der Ausrichtung rein auf die „eigene Bevölkerung“ abwenden. Eine grenzüberschreitende Ausgestaltung schafft die Option, Einzugsgebiete gerade in unterausgestatteten ‚Randgebieten‘ zu erhöhen, wie für das *département* Moselle deutlich wurde. Hieran zeigt sich gleichzeitig, welchen Einfluss mitunter – wie in Frankreich – die nationale Ebene entfaltet. Die örtliche Grundversorgung fällt zwar in die Zuständigkeit kommunaler Selbstverwaltung, doch diese kann nicht frei über Vorhaben entscheiden. Zunehmend geraten Kommunen in den Blick von Bürger:innen, wenn es um die Einschätzung der politischen Performance des Wohlfahrtsstaats geht – und weiter gefasst damit Vertrauen in Politik (Stroppe 2023) –, so dass sie darauf angewiesen sind, Daseinsvorsorge in hinreichendem Maße vorzuhalten. Das allerdings bringt umfangreiche Aushandlungsprozesse im Mehrebenengeflecht mit sich.

## 6 Anhang

**Tab. 2 Überblick über die Messung der Variablen**

Variable	Messung	Quelle	Deskriptive Statistik
Einwohnerdichte	Einwohner je km <sup>2</sup>	INKAR	<i>N</i> : 400, MW: 544,2, SD: 719,3
Altersquotient	Anteil der Einwohner 65 Jahre und älter an den Einwohnern in %	INKAR	<i>N</i> : 400, MW: 0,00018, SD: 0,00013
Steuerkraft	Gemeindliche Steuerkraft in € je Einwohner	INKAR	<i>N</i> : 400; MW: 947,34; SD: 276,42
Bevölkerungsentwicklung	Entwicklung der Zahl der Einwohner über die letzten 10 Jahre in %	INKAR	<i>N</i> : 400; MW: 3,99; SD: 4,57
CDU	Parteilugehörigkeit des Bürgermeisters/Landrats bzw. der Bürgermeisterin/Landrätin CDU zwischen ca. 1995 bis 2022 (je nach Datenlage)	Bremer et al. (2023)	<i>N</i> : 400; MW: 0,41; SD: 0,32
SPD	Parteilugehörigkeit des Bürgermeisters/Landrats bzw. der Bürgermeisterin/Landrätin SPD ca. 1995 bis 2022 (je nach Datenlage)	Bremer et al. (2023)	<i>N</i> : 400; MW: 2,6; SD: 3,1
Ostdeutschland	Dummy für neue Bundesländer	Eigene Kodierung	<i>N</i> : 400; MW: 0,19; SD: 0,39
Grenzregion	Dummy für Grenzregion nach Eurostat (2019), d. h. Land-/Stadtkreis in 25 km Abstand von der Grenze wird als Grenzregion gewertet	Eigene Kodierung	<i>N</i> : 400; MW: 0,26; SD: 0,44

**Tab. 3** Regressionsanalyse mit Fixed Effects

Dimension der Daseinsvorsorge	(1) Gesundheit	(2) Bildung	(3) Infrastruktur	(4) Öffentl. Verwaltung	(5) Kultur und Sport
Einwohnerdichte	0,00062 <sup>***</sup> (15,23)	-0,00029 <sup>***</sup> (-6,67)	0,00038 <sup>***</sup> (10,45)	-0,00033 <sup>***</sup> (-11,78)	-0,00013 <sup>***</sup> (-2,68)
Altersquotient	4056,1 <sup>***</sup> (16,63)	132,1 (0,51)	35,0 (0,16)	606,4 <sup>***</sup> (3,59)	2206,8 <sup>***</sup> (7,28)
Steuerkraft	0,00032 <sup>***</sup> (2,64)	0,000090 (0,70)	0,00077 <sup>***</sup> (7,15)	-0,00017 <sup>**</sup> (-2,07)	0,000054 (0,36)
Bevölkerungs-entwicklung	0,023 <sup>***</sup> (3,09)	-0,029 <sup>***</sup> (-3,53)	0,015 <sup>**</sup> (2,29)	-0,050 <sup>***</sup> (-9,53)	-0,027 <sup>***</sup> (-2,87)
Grenzregion	<b>0,10*</b> <b>(1,66)</b>	0,080 (1,25)	0,053 (0,99)	<b>0,14<sup>***</sup></b> <b>(3,36)</b>	<b>0,13*</b> <b>(1,69)</b>
Konstante	-1,97 <sup>***</sup> (-3,92)	-0,062 (-0,11)	0,057 (0,13)	0,69* (1,96)	-0,17 (-0,28)
<i>N</i>	400	400	400	400	386
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,617	0,404	0,574	0,759	0,397

Mit Fixed Effects für alle Bundesländer

*t* Werte in Klammern

\*  $p < 0,1$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$

**Tab. 4** Regressionsanalyse ohne Stadtstaaten

Dimension der Daseinsvorsorge	(1) Gesundheit	(2) Bildung	(3) Infrastruktur	(4) Öffentl. Verwaltung	(5) Kultur und Sport
Einwohnerdichte	0,00066 <sup>***</sup> (6,42)	-0,00039 <sup>***</sup> (-4,72)	0,00051 <sup>***</sup> (12,25)	-0,00048 <sup>***</sup> (-8,34)	-0,00023 <sup>***</sup> (-3,79)
Altersquotient	3449,2 <sup>***</sup> (5,64)	562,7 (1,26)	-473,6 (-1,64)	1456,3 <sup>**</sup> (2,50)	2107,4 <sup>***</sup> (4,67)
Steuerkraft	0,00018 (1,55)	0,00041 <sup>**</sup> (2,83)	0,00074 <sup>***</sup> (4,24)	0,00043 <sup>***</sup> (4,40)	0,00021 (1,62)
Bevölkerungs-entwicklung	0,012 (1,28)	-0,012 (-0,84)	0,0034 (0,57)	-0,021 <sup>**</sup> (-2,35)	-0,0082 (-0,96)
Ost	0,16 (1,57)	0,19 (1,25)	0,055 (0,64)	-0,066 (-0,28)	0,058 (0,25)
Grenzregion	0,093 (1,20)	0,11 (1,13)	0,045 (0,66)	0,21 <sup>**</sup> (2,26)	0,12 (1,03)
Konstante	-1,24 <sup>***</sup> (-5,13)	-0,30 (-1,50)	-0,92 <sup>***</sup> (-5,37)	-0,38* (-1,94)	-0,47 <sup>**</sup> (-2,49)
<i>N</i>	396	396	396	396	382
<i>R</i> <sup>2</sup>	0,586	0,251	0,537	0,452	0,235

Analyse unter Ausschluss der Stadtstaaten

*t* Werte in Klammern

\*  $p < 0,1$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*\*\*  $p < 0,01$

**Funding** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

**Open Access** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

- Akademie für Raumentwicklung in der Leibniz-Gemeinschaft. 2022. Ländliche Räume in NRW – Räume mit Zukunftsperspektiven: Schwerpunktthema „Daseinsvorsorge“. Teil-Positionspapier 4. [https://www.arl-net.de/system/files/media-shop/pdf/pospapier/pospapier\\_132.pdf](https://www.arl-net.de/system/files/media-shop/pdf/pospapier/pospapier_132.pdf). Zugegriffen: 16. Sept. 2025.
- Akademie für Raumforschung und Landesplanung. 2016. Daseinsvorsorge und gleichwertige Lebensverhältnisse neu denken: Perspektiven und Handlungsfelder. [https://www.arl-net.de/system/files/media-shop/pdf/pospapier\\_108.pdf](https://www.arl-net.de/system/files/media-shop/pdf/pospapier_108.pdf). Zugegriffen: 17. Okt. 2024.
- Barseghian, Jeanne. 2022. Le franco-allemand au quotidien : „Strasbourg et Kehl forment un véritable laboratoire de l'intégration européenne et de la coopération transfrontalière“. *Revue internationale et stratégique* 127(3):105–110.
- Beck, Joachim. 2019. Cross-border cooperation in Europe as an object in transdisciplinary research. An introduction. In *Transdisciplinary Discourses on Cross-Border Cooperation in Europe*, Hrsg. Joachim Beck, 13–28. Brüssel, Bern, Berlin, New York: Peter Lang.
- Bertram, Dominik, Jan Garkisch, Wilhelm Geiger, Alexander Haack, Timon Hellwagner, Stefan Hippe, Markus Lambracht, Cornelia Müller, und Jonas Reizlein. 2019. Räumliche Integration: Das Beispiel der bayerischen Grenzregionen zu Österreich und Tschechien. [https://www.geographie.nat.fau.de/files/2017/12/Lefo\\_19\\_Raumliche-Integration-Bayern.pdf](https://www.geographie.nat.fau.de/files/2017/12/Lefo_19_Raumliche-Integration-Bayern.pdf). Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Bogumil, Jörg, Lars Holtkamp, Martin Junkerheinrich, und Uwe Wagschal. 2014. Ursachen kommunaler Haushaltsdefizite. *Politische Vierteljahresschrift* 55(4):614–647.
- Bremer, Björn, Donato Di Carlo, und Leon Wansleben. 2023. The constrained politics of local public investment under cooperative federalism. *Socio-Economic Review* 21(2):1007–1034.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. 2024. Regionale Bevölkerungsentwicklung im Saarland. <https://www.demografie-portal.de/DE/Fakten/bevoelkerungsentwicklung-regional-saarland.html>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur. 2016. Leitbilder und Handlungsstrategien für die Raumentwicklung in Deutschland. [https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/\\_alt/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/Leitbilder/leitbildbroschuere-deutsch.pdf;jsessionid=8559761D0C61FD160D695A84246FD2D.live21323?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/themen/_alt/Raumentwicklung/RaumentwicklungDeutschland/Leitbilder/leitbildbroschuere-deutsch.pdf;jsessionid=8559761D0C61FD160D695A84246FD2D.live21323?__blob=publicationFile&v=1). Zugegriffen: 29. Nov. 2024.
- Crossey, Nora, und Florian Weber. 2024. „Borderlands of Governance“ in the Saarland-Moselle Border Region: The Role of Municipalities within Current Dynamics of Cross-Border Cooperation. In *Frontières en mouvement (Frontem): Which Models of Cross-Border Cooperation for the EU? A comparative analysis from a Euro-Atlantic perspective*, Hrsg. Birte Wassenberg, 41–58. Lausanne, Brüssel: Peter Lang.
- Damm, Gerd-Rainer. 2018. Herausforderungen der grenzüberschreitenden Zusammenarbeit in der Großregion – Interviews mit Handlungsträgern. In *Border Futures – Zukunft Grenze – Avenir Frontière. Zukunftsfähigkeit grenzüberschreitender Zusammenarbeit*, Hrsg. Karina Pallagst, Andrea Hartz, und Beate Caesar, 56–69. Hannover.
- Defrance, Corine. 2021. Annäherung oder Aussöhnung? Deutsch-französische Verständigung zwischen Mythos und Realität. In *Länderbericht Frankreich*, Hrsg. Corine Defrance, Ulrich Pfeil, 50–66. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

- Diermeier, Matthias. 2020. Ist mehr besser? Politische Implikationen der disparaten Daseinsvorsorge in Deutschland. *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 30(4):539–568.
- Dittel, Julia, und Florian Weber. 2024. Solidarität in Europa: Die Covid-19-Pandemie als Impuls für eine resilientere grenzüberschreitende Kooperation? In *Solidarität in Europa | Europäische Solidarität. Akten zur 3. Saarbrücker Europa-Konferenz*, Hrsg. Patricia Oster, Thomas Giegerich, Florian Weber, und Kristina Höfer, 121–149. Baden-Baden: Nomos.
- Dühr, Stefanie. 2021. German stakeholder perspectives on the provision of cross-border public services. *Europa* 21:27–46.
- Durand, Frédéric, und Antoine Decoville. 2020. A multidimensional measurement of the integration between European border regions. *Journal of European Integration* 42(2):163–178.
- Eurodistrict SaarMoselle. 2021a. Projekt COSAN. <https://www.saarmoselle.org/de/projekt-cosan.html>. Zugegriffen: 24. Febr. 2024.
- Eurodistrict SaarMoselle. 2021b. Projekt GeKo SaarMoselle. <https://www.saarmoselle.org/de/projekt-geko-saarmoselle.html>. Zugegriffen: 24. Febr. 2024.
- Eurodistrict SaarMoselle. 2022. Territoriale Strategie 2027. <https://www.saarmoselle.org/UserFiles/File/fichiers-pages-interieurs-de/saarmoselle-territoriale-strategie-2027-d.pdf>. Zugegriffen: 3. März 2024.
- Europäisches Parlament, und Europäischer Rat. 2011. Richtlinie 2011/24/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 9. März 2011 über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024>. Zugegriffen: 16. Apr. 2024.
- European Commission. 2011. Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions: A Quality Framework for Services of General Interest in Europe. COM(2011) 900 final. [https://ec.europa.eu/archives/commission\\_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220\\_1\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/archives/commission_2010-2014/president/news/speeches-statements/pdf/20111220_1_en.pdf). Zugegriffen: 28. Nov. 2024.
- European Commission. 2024. Services of general interest. [https://commission.europa.eu/topics/single-market/services-general-interest\\_en](https://commission.europa.eu/topics/single-market/services-general-interest_en). Zugegriffen: 28. Nov. 2024.
- Eurostat. 2019. Methodological manual on territorial typologies—2018 edition. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/9507230/KS-GQ-18-008-EN-N.pdf/a275fd66-b56b-4ace-8666-f39754ede66b?t=1573550953000>. Zugegriffen: 20. Mai 2025.
- Filipová, Lucie. 2015. *Erfüllte Hoffnung: Städtepartnerschaften als Instrument der deutsch-französischen Aussöhnung, 1950–2000*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Funk, Ines. 2017. Grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung im Grenzraum Saarland-Lothringen: Aktueller Stand, Herausforderungen, Potenziale. In „*Alles Frankreich oder was?*“ – *Die saarländische Frankreichstrategie im europäischen Kontext / „La France à toutes les sauces?“* – *La „Stratégie France“ de la Sarre dans le contexte européen. Interdisziplinäre Zugänge und kritische Perspektiven / Approches interdisciplinaires et perspectives critiques*, Hrsg. Hans-Jürgen Lüsebrink, Claudia Polzin-Haumann, Christoph Vatter, 177–191. Bielefeld: transcript Verlag.
- Geographisches Informationssystem der Großregion. 2024. Entwicklung der Gesamtbevölkerung: 2000–2021. <https://www.sig-gr.eu/de/cartes-thematiques/demographie/evolution-population/2000-2021.html>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Halmes, Gregor. 2008. Strukturfonds, europäische Bürokratie und grenzübergreifende Projekte. In *Jahrbuch des Föderalismus 2008. Föderalismus, Subsidiarität und Regionen in Europa*, Hrsg. Europäisches Zentrum für Föderalismus-Forschung Tübingen, 505–519. Baden-Baden: Nomos.
- Hooghe, Liesbet, und Gary Marks. 2002. Types of multi-level governance. *European Integration Online Papers* 5(11):.
- Hüser, Dietmar. 2017. Die Saar-Politik und die deutsch-französische Geschichte an der Grenze: Herausforderungen, Handlungsmargen, ‚Frankreichstrategien‘ in Völkerbunds-, Saarstaats- und frühen Bundeslandzeiten. In „*Alles Frankreich oder was?*“ – *Die saarländische Frankreichstrategie im europäischen Kontext / „La France à toutes les sauces?“* – *La „Stratégie France“ de la Sarre dans le contexte européen. Interdisziplinäre Zugänge und kritische Perspektiven / Approches interdisciplinaires et perspectives critiques*, Hrsg. Hans-Jürgen Lüsebrink, Claudia Polzin-Haumann und Christoph Vatter, 39–66. Bielefeld: transcript Verlag.
- Huth, Lisa. 2024. Saarländer können sich künftig auch in Saargemünd nuklearmedizinisch untersuchen lassen: SR info. [https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/vis\\_a\\_vis/gesundheitskooperation\\_zwischen\\_departement\\_moselle\\_und\\_dem\\_saarland\\_100.html](https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/vis_a_vis/gesundheitskooperation_zwischen_departement_moselle_und_dem_saarland_100.html). Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Insee. 2014. Moselle : 1 046 468 habitants au 1er janvier 2012. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285196>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.

- Jenal, Corinna, und Florian Weber. 2019. Grenzüberschreitende Zusammenarbeit auf Interreg-Projektebene: Aushandlungsprozesse und Konflikte um ‚peri-urbane Landschaften‘. In *Landschaftskonflikte*, Hrsg. Karsten Berr, Corinna Jenal, 665–685. Wiesbaden: Springer VS.
- Jézéquelou, Orlane. 2024. Lorraine : un accès aux soins très inégal entre communes rurales et urbaines: Le Républicain Lorrain. <https://www.republicain-lorrain.fr/sante/2024/08/06/lorraine-un-acces-aux-soins-tres-inegal-entre-communes-rurales-et-urbaines>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Klinikum Saarbrücken. 2024a. Gesundheit grenzenlos: Jetzt müssen Schlaganfall-Patienten in den Fokus. <https://www.klinikum-saarbruecken.de/ueber-uns/aktuelles/presse-und-news/pressemitteilung/gesundheitsversorgung-ueber-grenzen-hinweg-jetzt-muessen-schlaganfall-patienten-in-den-fokus>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Klinikum Saarbrücken. 2024b. Mehr Notfallpatienten erwartet – Winterberg baut in Eigenregie um. <https://www.klinikum-saarbruecken.de/ueber-uns/aktuelles/presse-und-news/pressemitteilung/deutlich-mehr-notfallpatienten-erwartet-winterberg-baut-in-eigenregie-um>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Kunz, Volker. 2000. *Parteien und kommunale Haushaltspolitik Im Städtevergleich: Eine empirische Analyse zum Einfluß parteipolitischer Mehrheiten auf die Personal-, Ausgaben-, Steuer- und Schuldenpolitik der kreisfreien Städte in den achtziger Jahren*. Wiesbaden: VS.
- Lampke, Alexandra, und Florian Weber. 2024. Cross-border landscape conflicts—a case study of the Gersweiler-Klarenthal wind farm on the Franco-German border. In *Landscape Conflicts*, Hrsg. Karsten Berr, Lara Kogst, und Olaf Kühne, 311–334. Wiesbaden: Springer VS.
- Landesregierung des Saarlandes.. 2023. Frankreichstrategie: Feuille de route IV 2023–2024. [https://www.saarland.de/SharedDocs/Downloads/DE/stk/europa/dld\\_feuille-de-route-iv-de.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.saarland.de/SharedDocs/Downloads/DE/stk/europa/dld_feuille-de-route-iv-de.pdf?__blob=publicationFile&v=2). Zugegriffen: 13. März 2024.
- Le Républicain Lorrain. 2023. La perspective d'une double assurance maladie. <https://www.republicain-lorrain.fr/sante/2023/09/20/la-perspective-d-une-double-assurance-maladie>. Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Lorig, Wolfgang H. 2016. Einführung. In *Die Großregion SaarLorLux. Anspruch, Wirklichkeiten, Perspektiven*, Hrsg. Wolfgang H. Lorig, Sascha Stefan Henn Regolat, 1–11. Wiesbaden: Springer VS.
- Mangels, Kirsten, und Nino Pfundstein. 2024. *Match oder Mismatch? – Daseinsvorsorge in der Raumentwicklung in Grenzregionen – empirische Erkenntnisse aus der deutsch-polnischen und deutsch-französischen Grenzregion*. In *Linking Borderlands. Komplexität – Dynamik – Interdisziplinarität*, Hrsg. Sara Bonin, Ludger Gailing, Kirsten Mangels, Tobias Schank, und Dagna Zinkhahn Rhobodes, 97–108. Baden-Baden: Nomos.
- Mangels, Kirsten, und Julia Wohland. 2018. Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen Grenzräumen – eine Untersuchung am Beispiel der Großregion. In *Border Futures – Zukunft Grenze – Avenir Frontière. Zukunftsfähigkeit grenzüberschreitender Zusammenarbeit*, Hrsg. Karina Pallagst, Andrea Hartz, und Beate Caesar, 248–285. Hannover.
- Mayring, Philipp. 2022. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Medeiros, Eduardo. 2018. Should EU cross-border cooperation programmes focus mainly on reducing border obstacles? *Documents d'analisi geogràfica* 64(3):467–491.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Gesundheit Saarland. 2024. MOSAR-Zusatzvereinbarung Nuklearmedizin unterzeichnet: Gesundheitsversorgung über Grenzen hinweg. [https://www.saarland.de/masfg/DE/aktuelles/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen\\_2024/aktuelle-meldungen\\_2024\\_09/aktuelle-meldungen\\_20240918\\_nuklearmedizin](https://www.saarland.de/masfg/DE/aktuelles/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen_2024/aktuelle-meldungen_2024_09/aktuelle-meldungen_20240918_nuklearmedizin). Zugegriffen: 27. Nov. 2024.
- Opilowska, Elżbieta. 2021. The Covid-19 crisis: the end of a borderless Europe? *European Societies* 23(1):S589–S600.
- Pallagst, Karina, Benjamin Blaser, Kirsten Mangels, und Nino Pfundstein. 2023. Planning borderlands: conceptualizing territorial development in cross-border regions. In *Linking borderlands: dynamics of cross-border peripheries. Conceptual and empirical insights from an interdisciplinary perspective*, Hrsg. Consortium of the Linking Borderlands Project, 48–56. Luxemburg: UniGR-Center for Border Studies.
- Perkmann, Markus. 2002. Euroregions: institutional entrepreneurship in the European Union. In *Globalization, regionalization and cross-border regions*, Hrsg. Markus Perkmann, Ngai-Ling Sum, 103–124. London: Palgrave Macmillan UK.
- Perkmann, Markus. 2007. Construction of new territorial scales: a framework and case study of the EU-REGIO cross-border region. *Regional Studies* 41(2):253–266.
- Person, Christian. 2021. Determinanten der kommunalen Steuerpolitik. *Zeitschrift für Politikwissenschaft* 31(3):359–391.
- Redaktion, S.Z. 2023. Eine Kooperation, die Leben rettet – Hunderte französische Herzpatienten in Völklingen behandelt: Saarbrücker Zeitung. <https://www.saarbruecker-zeitung.de/saarland/>

- voelklingenschon-800-franzoesische-herzpatienten-in-voelklingen-behandelt\_aid-87164257. Zugriffen: 27. Nov. 2024.
- Reitel, Bernard, und Fabienne Leloup. 2019. Borders and cross-border cooperation. A political and geographical point of view. In *Transdisciplinary Discourses on Cross-Border Cooperation in Europe*, Hrsg. Joachim Beck, 83–199. Brüssel, Bern, Berlin, New York: Peter Lang.
- Rubach, Steffen. 2014. Die EuRegio Salzburg – Berchtesgadener Land – Traunstein. In *Grenzüberschreitende Zusammenarbeit mit deutscher Beteiligung. Ein Erfahrungsaustausch*, Hrsg. Bundesministerium des Innern und EURO-Institut Kehl-Strasbourg, 32–33. Berlin.
- Seawright, Jason, und John Gerring. 2008. Case selection techniques in case study research: a menu of qualitative and quantitative options. *Political Research Quarterly* 61(2):294–308.
- Stroppe, Anne-Kathrin. 2023. Left behind in a public services wasteland? On the accessibility of public services and political trust. *Political Geography* 105:1–10.
- Ulrich, Peter. 2021. *Participatory governance in the Europe of cross-border regions: cooperation—boundaries—civil society*. Baden-Baden: Nomos.
- Ulrich, Peter, Norbert Cyrus, und Jarosław Jańczak (Hrsg.). 2025. *Grenzüberschreitende Daseinsvorsorge: Stand und Perspektiven in europäischen Verflechtungsräumen*. Wiesbaden: Springer VS.
- Weber, Florian. 2022. Cross-border cooperation in the border region of Germany, France, and Luxembourg in times of Covid-19. *European Societies* 24(3):354–381.
- Weber, Florian, und Alexandra Lampke. 2025. Grenzüberschreitende Daseinsvorsorge in der Region Saar-LorLux. In *Grenzüberschreitende Daseinsvorsorge. Stand und Perspektiven in europäischen Verflechtungsräumen*, Hrsg. Peter Ulrich, Norbert Cyrus, und Jarosław Jańczak, 403–425. Wiesbaden: Springer VS.
- Wenzelburger, Georg. 2023. Der Einfluss von Parteien auf Public Policies. In *Handbuch Policy-Forschung*, 2. Aufl., Hrsg. Georg Wenzelburger, Reimut Zohlnhöfer, 67–99. Wiesbaden: Springer VS.
- Wiermer, Patrick. 2024. Land will Millionen in Saarbrücker Krankenhäuser investieren. SR info. [https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/panorama/absichtserklaerung\\_investitionen\\_in\\_saar\\_krankenhaeuser\\_100.html](https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/panorama/absichtserklaerung_investitionen_in_saar_krankenhaeuser_100.html). Zugriffen: 27. Nov. 2024.
- Wille, Christian. 2015. Zur Einleitung: Lebenswirklichkeiten und politische Konstruktionen in Grenzregionen. In *Lebenswirklichkeiten und politische Konstruktionen in Grenzregionen. Das Beispiel der Großregion SaarLorLux: Wirtschaft – Politik – Alltag – Kultur*, Hrsg. Christian Wille, ix–xvi. Bielefeld: transcript.

**Hinweis des Verlags** Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.