

Andrea Futterer

LAND, ARZT, MANGEL

Konflikte um eine gesicherte Gesundheitsversorgung

Andrea Futterer
Land, Arzt, Mangel

Die freie Verfügbarkeit der E-Book-Ausgabe dieser Publikation wurde ermöglicht durch **Pollux – Informationsdienst Politikwissenschaft**



und die Open Library Community Politik 2024 – einem Netzwerk wissenschaftlicher Bibliotheken zur Förderung von Open Access in den Sozial- und Geisteswissenschaften:

Vollspensoren: Technische Universität Braunschweig | Carl von Ossietzky-Universität Oldenburg | Eberhard-Karls-Universität Tübingen | Freie Universität Berlin – Universitätsbibliothek | Niedersächsische Staats- und Universitätsbibliothek Göttingen | Goethe-Universität Frankfurt am Main | Gottfried Wilhelm Leibniz Bibliothek – Niedersächsische Landesbibliothek | TIB – Leibniz-Informationszentrum Technik und Naturwissenschaften und Universitätsbibliothek | Humboldt-Universität zu Berlin | Justus-Liebig-Universität Gießen | Universitätsbibliothek Eichstätt-Ingolstadt | Ludwig-Maximilians-Universität München | Max Planck Digital Library (MPDL) | Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn | Ruhr-Universität Bochum | Staats- und Universitätsbibliothek Carl von Ossietzky, Hamburg | SLUB Dresden | Staatsbibliothek zu Berlin | Bibliothek der Technischen Universität Chemnitz | Universitäts- und Landesbibliothek Darmstadt | Universitätsbibliothek „Georgius Agricola“ der TU Bergakademie Freiberg | Universitätsbibliothek Kiel (CAU) | Universitätsbibliothek Leipzig | Universitäts- und Landesbibliothek Düsseldorf | Universitäts- und Landesbibliothek Münster | Universitäts- und Stadtbibliothek Köln | Universitätsbibliothek Bielefeld | Universitätsbibliothek Erfurt | Universitätsbibliothek der FernUniversität in Hagen | Universitätsbibliothek

Kaiserslautern-Landau | Universitätsbibliothek Kassel | Universitätsbibliothek Osnabrück | Universität Potsdam | Universitätsbibliothek St. Gallen | Universitätsbibliothek Vechta | Zentralbibliothek Zürich

Sponsoring Light: Bundesministerium der Verteidigung | Bibliothek der Hochschule für Technik und Wirtschaft Dresden | Bibliothek der Hochschule für Technik, Wirtschaft und Kultur Leipzig | Bibliothek der Westsächsischen Hochschule Zwickau | Bibliothek der Hochschule Zittau/Görlitz, Hochschulbibliothek | Hochschulbibliothek der Hochschule Mittweida | Institut für Auslandsbeziehungen (IfA) | Landesbibliothek Oldenburg | Österreichische Parlamentsbibliothek

Mikrospensoring: Bibliothek der Berufsakademie Sachsen | Bibliothek der Evangelische Hochschule Dresden | Bibliothek der Hochschule für Musik und Theater „Felix Mendelssohn Bartholdy“ Leipzig | Bibliothek der Hochschule für Bildende Künste Dresden | Bibliothek der Hochschule für Musik „Carl Maria von Weber“ Dresden | Bibliothek der Hochschule für Grafik und Buchkunst Leipzig | Bibliothek der Palucca-Hochschule für Tanz Dresden | Leibniz-Institut für Europäische Geschichte | Stiftung Wissenschaft und Politik (SWP) – Deutsches Institut für Internationale Politik und Sicherheit

Andrea Futterer

Land, Arzt, Mangel

Konflikte um eine gesicherte Gesundheitsversorgung

[transcript]

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://dnb.dnbl.de/> abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-ShareAlike 4.0 Lizenz (BY-SA). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell, sofern der neu entstandene Text unter derselben Lizenz wie das Original verbreitet wird.

<https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2024 im transcript Verlag, Bielefeld

© **Andrea Futterer**

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld

Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar

<https://doi.org/10.14361/9783839471371>

Print-ISBN: 978-3-8376-7137-7

PDF-ISBN: 978-3-8394-7137-1

EPUB-ISBN: 978-3-7328-7137-7

Buchreihen-ISSN: 2702-9050

Buchreihen-eISSN: 2702-9069

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.

Inhalt

Vorwort	7
1 Die ambulante medizinische Versorgung ländlich geprägter Regionen: ein System organisierter Unverantwortlichkeit?	9
2 Gegenstandserläuterungen und Forschungslage	21
2.1 Die Strukturprinzipien und wandelbare Regulierung des Gesundheitssystems	21
2.2 Debatten zur ärztlichen Versorgung ländlicher Regionen	34
3 Der theoretisch-konzeptionelle Zugang zur Entschlüsselung der Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehung	45
3.1 Infrastrukturpolitik: Staatliche Gewährleistung öffentlicher Güter	45
3.2 Die ständige diskursive Rekonfiguration der Sozialstaatlichkeit	56
4 Methodologie, Operationalisierung und Vorgehen	69
5 Die lokale Politisierung und Bekämpfung der ärztlichen Versorgungsdefizite	79
5.1 Landkreis Leer, Niedersachsen	79
5.1.1 Der mediale Diskurs in der Ostfriesen-Zeitung	80
5.1.2 Pfad: Lose Kooperationsbestrebungen im Landkreis Leer	87
5.1.3 Zwischenfazit	102
5.2 Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg	105
5.2.1 Der mediale Diskurs in der Märkischen Allgemeinen Zeitung und den Potsdamer Neueste Nachrichten	106
5.2.2 Pfad: Zurückhaltung in der kommunalen Strategiebildung	113
5.2.3 Zwischenfazit	124
5.3 Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz	126
5.3.1 Der mediale Diskurs im Trierischen Volksfreund	126
5.3.2 Pfad: Die Kommunen reiben sich ab, während die KV RLP sich politisch profiliert	139
5.3.3 Zwischenfazit	153
5.4 Vogelsbergkreis, Hessen	155

5.4.1	Der mediale Diskurs in der Oberhessischen Zeitung	156
5.4.2	Pfad: Die gemeinsame Suche nach dem Vogelsberger Weg	167
5.4.3	Zwischenfazit	176
5.5	Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt	179
5.5.1	Der mediale Diskurs in der Altmark Zeitung und der Volksstimme	180
5.5.2	Pfad: Mit einem Maßnahmenkatalog gegen den Ärztemangel	190
5.5.3	Zwischenfazit	202
5.6	Landkreis Ansbach, Bayern	204
5.6.1	Der mediale Diskurs in Nordbayern und Fränkischer	205
5.6.2	Pfad: Der Kreis versucht die kommunalen Bearbeitungsstrategien zu steuern	216
5.6.3	Zwischenfazit	231
6	Der ländliche Raum als Laboratorium für das zukünftige Gesundheitswesen?	235
6.1	Eine schleichende Politisierung: Die hausärztliche Versorgung als Teil der regionalstaatlichen Daseinsvorsorge	237
6.2	Resignierte Politikunternehmer und ver(un)sicherte Wohnbevölkerung: Chancen und Grenzen lokaler Gewährleistung	242
6.3	Rückwirkung auf den eingeschlagenen Regulierungspfad und Impulse für eine gemeinwohlorientierte Versorgung	251
7	Fazit und Ausblick	257
Presseverzeichnis	.....	265
Landkreis Leer, Niedersachsen	.....	265
Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg	.....	266
Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz	.....	268
Vogelsbergkreis, Hessen	.....	270
Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt	.....	271
Landkreis Ansbach, Bayern	.....	272
Literaturverzeichnis	.....	275
Anhänge	.....	305
DNA-Kodierschema nach Kategorien mit Beispielen	.....	305
Kategorie 1: Problem und Ursache	.....	305
Kategorie 2: Lösung	.....	306
Kategorie 3: Akteurspositionierung und Verantwortung	.....	306
Teilstandardisierter Interviewleitfaden	.....	307
I Problemwahrnehmung/-verortung im (Arbeits-)Alltag	.....	307
II Strukturen und politisch-institutionelle Bearbeitung	.....	307
III (Konflikthafte) Aushandlungsprozesse und Akteure	.....	307
IV Lösung unter dem Einfluss der Zivilgesellschaft	.....	307
Interviewdaten	.....	308
Index	.....	311

Vorwort

Nur wenige Monate vor dem Ausbruch der Covid-19 Pandemie habe ich begonnen, mich mit dem deutschen Gesundheitssystem zu beschäftigen. Es folgten in vielerlei Hinsicht außergewöhnliche Jahre bevor ich die vorliegende Arbeit im Sommer 2023 als Dissertation an der Universität Tübingen eingereicht habe. Einige der Konzepte, mit denen ich arbeite, wurden plötzlich gesamtgesellschaftlich diskutiert; es war die Rede von »systemrelevanten Infrastrukturen« und Menschen gingen für und gegen »mehr Staat« im Gesundheitswesen auf die Straßen. Auf eindruckliche Art und Weise wurde deutlich, dass es umfassender Informationen bedarf, um alltagsrelevante Versorgungssysteme aufrechtzuerhalten oder nachhaltig neu auszurichten. Diese betreffen die Operationsweise der Versorgungssysteme, ihre (Dys-)Funktionalitäten, (Re-)Produktionsmechanismen und die Möglichkeiten, gesellschaftlich auf sie Einfluss zu nehmen. Ich hoffe mit der vorliegenden Arbeit, hilfreiche Erkenntnisse beizusteuern.

Zum Gelingen meiner Dissertation haben viele Menschen beigetragen. Zunächst möchte ich mich bei meinem Erstbetreuer Leo Bieling bedanken, der mich stets mit kontinuierlichem Interesse und überaus produktivem Feedback unterstützt hat. Dies weiß ich sehr zu schätzen. Ebenso herzlich möchte ich mich bei meiner Zweitbetreuerin Tanja Klenk bedanken, deren Expertise sehr gewinnbringend für meine Arbeit war.

Die vorliegende Arbeit ist im Kontext des Forschungsprojekts »Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat« entstanden, das von 2020–23 am Forschungsinstitut für Arbeit, Technik und Kultur (F.A.T.K.) an der Universität Tübingen durchgeführt, durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziell gefördert und dem Deutschen Zentrum für Luft- und Raumfahrt als Projektträger operativ begleitet wurde. In diesem Zusammenhang danke ich Matthias Möhring-Hesse, der das Projekt gemeinsam mit Leo Bieling geleitet hat, für seine Unterstützung. Zudem gilt mein Dank meinen Kolleginnen Johanna Betz und Melanie Nagel für die gute Zusammenarbeit. Über die gesamte Projektlaufzeit haben uns viele studentische Hilfskräfte unterstützt. Ich hatte das große Glück, kontinuierlich mit Jan Ruck zusammenarbeiten zu dürfen, der inzwischen zu einem geschätzten Kollegen und Freund geworden ist.

Eine weitere für mich glücklich Fügung ist, dass das Forschungsprojekt räumlich im F.A.T.K. verortet war, sodass ich in vielen Gesprächen mit Werner Schmidt und Andrea Müller von ihren Erfahrungen und guten Zusprüchen profitieren durfte.

Im Rahmen des Projekts ergaben sich vielzählige, wertvolle Möglichkeiten zur Felderschließung. Ich bedanke mich bei den GroeG-Kooperationspartner:innen, den vielen Workshopeteilnehmenden und insbesondere den Interviewpartner:innen für ihre Aufgeschlossenheit und Bereitschaft, ihr Wissen mit mir zu teilen. Besonderer Dank gilt zudem Thomas Gerlinger für seine konstruktive Kritik im Rahmen eines Workshops im Frühjahr 2023.

Nicht zu vergessen ist weiterhin das (Post-)Doc-Kolloquium am Arbeitsbereich Politik und Wirtschaft/Politische Ökonomie. Ich danke allen Kolleg:innen, die meine Arbeit in diesem Rahmen über die Jahre produktiv begleitet haben. Besonderer Dank gilt Sarah Kassem für ihre Unterstützung auch über das Kolloquium hinaus.

Mein größter Dank gilt meinen Freunden und meiner Familie. Ohne eure Unterstützung wäre diese Arbeit sehr viel mühevoller zustande gekommen. Danke, dass ihr mich bestärkt und abgelenkt habt, dass ihr nicht müde wurdet, mir zuzuhören, oder es mich zumindest nicht habt spüren lassen. Danke Anna, Birdie, Celi, Eva, Franzi, Isi, Jasmin, Lutz, Mali, Marvo, Sändi, Sara, Sassi und Thomas.

Tübingen im Mai 2024

Andrea Futterer

1 Die ambulante medizinische Versorgung ländlich geprägter Regionen: ein System organisierter Unverantwortlichkeit?

Der Zugang zu ambulanten medizinischen Versorgungseinrichtungen ist in der Bundesrepublik nicht überall für alle gleichermaßen gegeben. Die Wege zu Praxen werden länger und mitunter dünnt das Netz an Versorgungseinrichtungen räumlich aus. Insbesondere in strukturell benachteiligten, vor allem ländlichen Regionen, gelingt es immer häufiger nicht, freiwerdende Arztpraxen wie gewohnt nachzubesetzen. Oft führt eine Praxisschließung dazu, dass die Versorgungslage von der verunsicherten Wohnbevölkerung öffentlich als mangelhaft problematisiert wird. Noch vor wenigen Jahrzehnten beschäftigte das Gegenteil des Ärztemangels die Bundespolitik. In den 1980er Jahren war Deutschland in der komfortablen Situation einer sogenannten »Ärztenschwemme«. Um der auf den Arbeitsmarkt strömenden Medizinergeneration Einhalt zu gebieten, wurden damals unterschiedliche Maßnahmen und Instrumente verabschiedet. Sie sollten regulieren, wo sich Mediziner:innen¹ bestimmter Fachrichtungen niederlassen, um an der Versorgung der gesetzlich versicherten Patient:innen mitzuwirken. Ziel war es, die Niederlassungspraxis der privatunternehmerischen Ärzt:innen bedarfsgerecht zu steuern. Um die Jahrtausendwende änderte sich die Lage jedoch (vgl. Fülöp et al. 2007).

Bereits 2002 veröffentlichte die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Studie, in der sie einen nahenden Ärztemangel prognostizierte, der sich besonders stark im hausärztlichen Bereich auswirken werde (vgl. Kopetsch 2002). Im Folgejahr versuchte der Bundesverband der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) für Beruhigung zu sorgen. Die Ärzteverbände würden vereinzelte Engpässe zu einer ganzen Versorgungskrise stilisieren. Eine Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIDO) kam zu dem Schluss, der fachärztliche Bereich sei auch weiterhin eher übertversorgt und der hausärztliche Bereich ausreichend versorgt (vgl. Rabbata 2003). Eine Gegenstudie der KBV

1 Die vorliegende Studie verwendet gegenderte Personenbezeichnungen. Der Gender-Doppelpunkt hat den Vorteil, dass er die Leserlichkeit erhält. Zum selben Zweck wurden Personenbezeichnungen nur dann gegendert, wenn sie allein oder am Ende eines Wortes standen. Selbstverständlich beziehen sich alle Personenbezeichnungen stets auf alle Geschlechter.

und ein öffentlicher Schlagabtausch zwischen Politik, KBV und Kassenverbänden folgten (vgl. Rieser 2003). Als bald entwickelte sich ein öffentliches Interesse an den Entwicklungen in der ärztlichen Versorgung. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung titelte in Reaktion auf eine erneute Warnung der Bundesärztekammer (BÄK) im Frühjahr 2004: »Warnung vor Ärztemangel« und forderte, die Arbeitsbedingungen für junge Ärzt:innen zu verbessern. In den vergangenen 20 Jahren interessierten sich die großen Tageszeitungen wie die ZEIT (vgl. Groll 2010), die Süddeutsche Zeitung (vgl. Bohsem 2014) oder Magazine wie der Spiegel (vgl. Stukenberg 2015) und der öffentliche Rundfunk (vgl. Augustin 2022; Christ 2023) mit wechselnder Aufmerksamkeit für die Versorgungsprobleme im ambulanten medizinischen Bereich. In der nationalen Berichterstattung überwog die Diagnose eines fehlenden Patentrezepts für das kränkelnde Versorgungssystem und einige wissenschaftliche Studien unterstrichen diese Schlussfolgerungen: »[K]eine der bisherigen Maßnahmen [wird] den bereits bestehenden oder in naher Zukunft eintretenden Hausarztmangel komplett kompensieren können.« (Winter 2020: 323)

Wenn eine Arztpraxis ohne Nachfolgeregelung schließt, dann ist es die jeweilige Kommune, in der das Versorgungsdefizit relevant wird, und es sind die betroffenen Bewohner:innen dieser Kommune, die die wegbrechende Versorgung zu spüren bekommen. Es überrascht deshalb nicht, dass instabile Versorgungsstrukturen in den betroffenen Kommunen öffentlich thematisiert werden. Den Theorien des politischen Prozesses folgend erhöht sich die Chance, dass ein Thema auf die (kommunal-)politische Tagesordnung gelangt, wenn es offenkundig ist, die politischen Akteure die Fähigkeit besitzen, das Thema zu dramatisieren und es in Zusammenhang mit der Verletzung geltender Normen steht. Zur Politisierung ärztlicher Versorgungsdefizite bedürfte es demnach Bürger:innen, die das Defizit kommunizieren, einer Lokalpresse, die Betroffene befragt oder Ärzt:innen, die die Belastung in den Praxen an die Kommunalpolitik herantragen. Eine derartige Dramatisierung ist angesichts der besonderen Bedeutung, die die Gesundheit für die Lebensgestaltung der Menschen hat, nicht schwer vorzustellen. Da in Kommunen weniger stark ein parteipolitischer Wettbewerb herrscht als auf anderen politischen Ebenen, könnte die vorgenannte Dramatisierung bereits ausreichen, um die Versorgung zum politischen Thema zu machen. Vor dem Hintergrund einer – wenn auch recht kurzen – Vergangenheit auskömmlicher, geradezu guter Versorgungsstrukturen (vgl. Futterer 2020), dürfte eine empfundene Normverletzung, gerade vor dem Hintergrund der entrichteten Sozialversicherungsbeiträge, ihre Wirkung entfalten. Da es aber an Patentrezepten für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung fehlt, machen sich Kommunen auf die Suche nach regionalen Lösungen.

Der Altmarkkreis in Sachsen-Anhalt ist solch eine Region, die die ärztliche Versorgungslage bereits seit nunmehr zehn Jahren auf kommunalpolitischer Ebene beschäftigt. Immer wieder mussten Praxen ohne Nachfolgeregelung schließen. Dann bleiben Patient:innen ohne ärztliche Versorgung zurück und müssen auf umliegende Regionen ausweichen. Jüngst verabschiedete der Kreistag Salzwedel deshalb einen Maßnahmenkatalog, der rund zwei Dutzend lokale Initiativen zur Ärztegewinnung vorsieht, darunter ein Stipendium für Studierende, die sich nach dem Studium in der Altmark niederlassen, finanzielle Zuschüsse und Werbemaßnahmen und eine kommunale Kooperation mit dem ausbildenden Klinikum. Für diese umfassenden kommunalen Anstrengungen

findet ein für die vorliegende Studie interviewter Arzt aus der Region den folgenden bildlichen Vergleich:

»Dieses [...] Maßnahmenpaket ist wie das Training eines Sportlers aus dem Leistungszentrum Leichtathletik einer Kreisstadt, der sich vorbereitet auf einen Wettkampf gegen den Olympiakader verschiedener Länder. Wir versuchen uns hübsch zu machen als Region, wir versuchen, Grundlagen zu schaffen, dass Leute hierher wollen. Da konkurrieren wir mit den Unistädten und mit großen Kliniken. Diese Konkurrenz können wir so letztlich gar nicht bestehen.« (Interview AKSW IV)

Der Arzt weist darauf hin, dass viele der beschlossenen Maßnahmen erst in rund 10 Jahren in der Region wirken. Ein:e heute geförderte:r Stipendiat:in wird sich in frühestens zwölf Jahren niederlassen können und ob eine teure Werbemaßnahme zur Ansiedlung von Ärzt:innen führt, ist ungewiss. Angesichts dieser Aussichten und der sich zuspitzen- den Versorgungsengpässe zeigt sich der interviewte Arzt wenig hoffnungsvoll: »Bei mir ist die Frustration einer soliden Resignation gewichen.« (Ebd.)

Dieser Einblick stellt keinen Einzelfall dar, wobei der relevante Landkreis paradigmatisch für jene Regionen steht, die ohnehin mit ausgedünnten sozialen Infrastruktur- netzen zu kämpfen haben. Blickt man dieser Tage in Lokalzeitungen in Ostfriesland, der Eifel, Mittelhessen, auf der Schwäbischen Alb oder in der Lausitz, so finden sich überall »weiße Flecken« (Kopetsch 2011: 89). Das Bild der weißen Flecken bezieht sich auf die Landkarten, die die Arztdichte abbilden. Die Arztdichte beschreibt das Verhältnis von Ärzt:innen zu der Bevölkerungszahl in einer Region oder einem Landkreis. Die weißen Flecken verdeutlichen, wie ungleich Ärzt:innen, insbesondere Hausärzt:innen, räumlich verteilt sind. Dabei treten niedrige Arztdichten in Nord und Süd, in alten und neuen Bundesländern auf. Die Lokalzeitungen berichten von den Effekten, die vakante Arztsitze kommunal entwickeln. Sie beschreiben, wie das »Praxissterben« die jeweilige Wohnbevölkerung verunsichert und zeichnen nach, wie sich Bürgermeister:innen der instabilen Versorgungssituationen annehmen. Dann ist von Investitionen in Werbebanner und -filme, Kooperationen zwischen Kommunen und ausbildenden Kliniken und Förderprogrammen oder Stipendien die Rede. Immer wieder diskutieren Kommunalpolitiker:innen auch die Option, dass die Kommune als Trägerin einer medizinischen Versorgungseinrichtung zur Stabilisierung der Lage beitragen könnte. Kurzum: Der Landarztmangel ist ein bundesweites Phänomen, das die einzelnen, betroffenen Kommunen nach adäquaten Bearbeitungspfaden suchen lässt.

Dabei ist zu betonen, dass sich die Versorgungsprobleme mitnichten auf die Allgemeinmedizin beschränken oder auch nur der strukturschwache, vor allem ländliche Raum betroffen ist. Vielmehr werden lange Wege oder fehlende Kapazitäten auch im spezialfachärztlichen Bereich moniert, spielen disparate Zugänge zu Versorgungseinrichtungen in städtischen Räumen eine Rolle, beunruhigen Klinikschließungen die Bürger:innen und stellt die Pflege von Menschen ganze Regionen vor Herausforderungen. Zudem ist nicht jede ländliche Region von Versorgungsproblemen gleich betroffen. Nebeneinander bestehende Trends wie die »(Re-)Urbanisierung« (vgl. SVR-G 2014: 441) oder die »Neue Ländlichkeit« (vgl. Hahne 2011) unterstreichen die unterschiedlichen Entwick-

lungspfade von Regionen, die sich auch auf die Attraktivität für eine ärztliche Niederlassung auswirken (vgl. Ried 2016: 3).

Hausärzt:innen stellen als Generalist:innen in aller Regel einen ersten Zugang zum Versorgungssystem für die Patient:innen dar und spielen damit eine herausragende Rolle mit politisch-kulturellem Gehalt. »Diese Nähe hat etwas mit dem Bereich von Solidarität, Akzeptiertwerden, Bestärktwerden in der Zuständigkeit für die eigenen Gesundheit zu tun.« (Abholz 2004: 113) In Hausarztpraxen findet mehr als nur der Austausch von gesundheitlichen Informationen statt. Patient:innen vertrauen sich ihren Hausärzt:innen an und sind oft in zweiter Generation in Behandlung. Die Familiengeschichten, die kurzen Wege in der Gemeinde und das Vertrauen kennzeichnen das durchaus spezielle Verhältnis von Hausärzt:innen und Patient:innen. Entsprechend einschneidend ist die Irritation, wenn Hausärzt:innen ihre Praxen ohne eine Nachfolgeregelung schließen müssen, wenn Praxen über lange Zeit vakant bleiben und die Wege zur nächsten Versorgungseinrichtung weiter werden.

Eben diese Ärztegeneration, die lange für eine gute Versorgung Sorge getragen hat und davon profitierte, dass die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium in den 1960er Jahren gesenkt wurden, wird in den kommenden Jahren aus der Versorgung austreten. Eine substanzielle Ruhestandswelle steht an. Die Ärzteschaft setzt sich wie folgt zusammen: Generell ist die Arztdichte in Deutschland bei 4,5 Ärzt:innen je 1.000 Einwohner:innen im internationalen Vergleich weiterhin sehr hoch (vgl. OECD 2021). Die Gesamtzahl der Ärzt:innen in Deutschland nimmt von 237.700 berufstätigen Ärzt:innen im Jahr 1990 auf 421.300 berufstätige Ärzt:innen im Jahr 2022 kontinuierlich zu (vgl. Bundesärztekammer (BÄK) 2023). Nach Angaben der BÄK waren zum Jahresende 2020 insgesamt 416.120 Ärzt:innen berufstätig. Rechnerisch kamen 2021 somit durchschnittlich etwa 200 Einwohner:innen auf eine:n Ärzt:in; 1990 waren es noch 335 Einwohner:innen pro Ärzt:in. Der Großteil von mehr als 210.000 Mediziner:innen war im Klinikbereich beschäftigt. Im ambulanten Bereich gab es 2021 rund 164.000 Ärzt:innen, knapp 1,5 Prozent mehr als im Vorjahr. Zugleich sank die Zahl der niedergelassenen Ärzt:innen von 2020 auf 2021 um 0,35 Prozent leicht auf rund 115.000.

Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (vgl. KBV 2023b) nahmen im Jahr 2022 rund 185.000 Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Davon waren etwas mehr als 55.000 Hausärzt:innen. Sie bilden mit Abstand die größte Facharztgruppe, vor den Psychotherapeut:innen (rund 32.200). Noch immer arbeitet ein Großteil der Hausärzt:innen in Einzelpraxen, 2022 waren es 53,6 Prozent. 38,4 Prozent erbringen ihre Leistungen in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG, ehemalige Gemeinschaftspraxen) und 8,5 Prozent in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). MVZs wurden 2004 als Organisationsform gesetzlich verankert und ähneln den BAGs. Sie haben für Ärzt:innen die Vorteile, dass sie eine Anstellung ermöglichen, die Inhaberschaft von der ärztlichen Behandlungstätigkeit getrennt ist und die Behandlungen durch eine Verzahnung mit dem stationären Sektor stärker aus einer Hand erfolgen. Insbesondere die in MVZs hausärztlich tätigen Ärzt:innen nahmen im Zeitraum von 2013 (1.892) bis 2022 (4.665) um 146,6 Prozent zu. Die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Einzelpraxen ist in den vergangenen Jahren stark zurückgegangen, von 32.319 Einzelpraxen im Jahr 2013 auf 26.784 Einzelpraxen im Jahr 2021. Die Zahl der MVZs ist von 2.490 im Jahr 2016 auf 4.179 im Jahr 2021 angestie-

gen, wobei 1.974 MVZs von Vertragsärzt:innen, 1.881 von Krankenhäusern und 593 von durch die KBV nicht näher bestimmten Akteuren getragen wurden.

Die Anzahl der Medizinstudierenden lag 2021 bei 98.733, wobei die Zahl der Studienanfänger:innen in den letzten zehn Jahren leicht zugenommen hat (vgl. KBV 2023c). Die Abschlüsse in der Facharztausbildung für Allgemeinmedizin stiegen in den vergangenen Jahren nach längerer Stagnation leicht an, von 1.197 im Jahr 2012 auf 1.797 im Jahr 2021. Derzeit sind zwei Drittel der Studienanfänger:innen weiblich und auch der Anteil der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen steigt kontinuierlich an. Er hat 2022 erstmals einen Anteil von mehr als 50 Prozent erreicht (vgl. KBV 2023d). Der Anteil der Frauen unterscheidet sich in den Fachbereichen in Teilen deutlich. Von 2013 bis 2022 stieg der Anteil von Frauen unter den Hausärzt:innen um 19,5 Prozentpunkte auf 49,7 Prozent an (ebd.). Neben der Feminisierung der Medizin, die das Arbeitszeitvolumen pro Kopf verringert, ziehen zunehmend mehr Mediziner:innen ein Anstellungsverhältnis der Freiberuflichkeit vor: Zwischen 2013 und 2022 ist die Anzahl der angestellten Hausärzt:innen von 1.698 auf 4.335 angestiegen. Das Durchschnittsalter aller praktizierenden Hausärzt:innen lag 2022 bei 55,5 Jahren (vgl. KBV 2023e). Rund 64 Prozent der Hausärzt:innen waren 2022 über 50 Jahre alt. Der Anteil der über 60-Jährigen lag bei 36,5 Prozent. Die Hälfte der aktuell praktizierenden Hausärzteschaft wird demnach bis 2038 in den Ruhestand gehen.

Einige allgemeine nachfrageseitige Entwicklungen erhöhen den Druck auf das vorhandene ärztliche Arbeitszeitvolumen. Die alternde Gesellschaft in Deutschland ist zwar nicht grundsätzlich kränker und damit verbunden behandlungsbedürftiger als zuvor. Allerdings sind ältere Menschen häufiger mehrfach erkrankt und deshalb auf einen kontinuierliche medizinische Betreuung angewiesen. Dies macht sie davon abhängig, dass insbesondere in strukturschwachen und ländlich geprägten Regionen ihre Angehörigen Fahrdienste und Care-Arbeiten leisten. Doch diese Unterstützungsnetzwerke durch die Familie oder örtliche Gemeinschaft sind voraussetzungsvoll. Häufig ist der öffentliche Personennahverkehr (ÖPNV) in strukturell benachteiligten Regionen zudem defizitär ausgebaut und vielfach am Schulverkehr orientiert. Das erschwert es für die Patient:innen, am selben Tag zu einer medizinischen Versorgungseinrichtung und wieder nach Hause zu gelangen. Strukturell benachteiligte Gebiete sind zudem in der Regel stärker von einer allgemeinen Abwanderung der jungen Menschen betroffen, weil diese in den Städten eine Berufsausbildung aufnehmen oder nach Arbeit suchen und nicht in gleichem Maße wieder in die Regionen zurückkehren. Der medizinische Behandlungsbedarf in einer dünn besiedelten aber stark gealterten Gemeinde kann folglich insbesondere im hausärztlichen Bereich (vgl. Bauer et al. 2018) erhöht sein.

Die ungleichen Versorgungslagen beziehen sich auf den Zugang zu den medizinischen Versorgungseinrichtungen im Raum. Neben schlechter versorgten Regionen gibt es auch Regionen, die insbesondere im fachärztlichen Bereich drastisch überversorgt sind, etwa die augenärztliche Versorgung in Garmisch-Partenkirchen oder die Versorgung mit Fachinternist:innen in der Raumordnungsregion München (vgl. KBV 2023a). Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (vgl. SVR-G 2014) spricht angesichts des Nebeneinanders an Über-, Unter- und Fehlversorgung im Gesundheitswesen von einem Verteilungs- oder Allokationsproblem mit Blick auf die Ärzt:innen. Folglich stellt sich die Frage nach den Verteilungsmechanis-

men. Schließlich gilt für Ärzt:innen in Deutschland eine Niederlassungsfreiheit. Doch wollen Ärzt:innen gesetzlich Versicherte behandeln und die Behandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, benötigen sie eine Zulassung. Diese erhalten sie nur, wenn sie in einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Mitglied sind und in den Versorgungsvertrag zwischen einer Landes-KV und den Krankenkassenverbänden aufgenommen werden. Die Zulassungen für die Vertragsärzt:innen unterliegen einer auf Bundesebene festgelegten Planungsstatistik. Deren zentrales Steuerungsinstrument ist die Bedarfsplanung. Sie weist für unterschiedliche Planungsbereiche arztgruppenbezogene Versorgungsgrade aus, die anschließend handlungsanleitend interpretiert werden. Hierfür sind spezifische Berechnungen und Abweichungsmöglichkeiten relevant, die im zuständigen Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – einem gemeinsamen Gremium der Vertragspartner – verhandelt werden. Je nach Versorgungsgrad² wird eine Unterversorgung, drohende Unterversorgung, Regel- oder Überversorgung festgestellt. Damit verbunden sind Zulassungen möglich, oder die Regionen werden für weitere Zulassungen gesperrt. Zudem sind die Länder-KVen in (drohend) unterversorgten Planungsbereichen dazu aufgerufen und in Teilen verpflichtet, niederlassungsfördernde Maßnahmen zu ergreifen.

Weil der hausärztlichen Versorgung ein gewichtiger Stellenwert zugeschrieben wird, ist die hausärztliche Bedarfsplanung die feingliedrigste. Bedarfsplanerisch gilt ein überwiegender Großteil der Mittelbereiche – so werden die hausärztlichen Planungsbereiche genannt – als regelversorgt. 2018 liegt nur in neun von insgesamt 971 Mittelbereichen eine bedarfsplanerische Unterversorgung vor. Die sich zuspitzenden Versorgungsprobleme in ländlichen Regionen sind vor dem Hintergrund dieser Statistik zu interpretieren. Doch öffentlich wird zunehmend von gefühlten Versorgungsmängeln gesprochen, um trotz der nicht erfüllten technischen Einzelheiten einer Unterversorgung auf die angespannte Versorgungslage vor Ort hinzuweisen. Die Aufmerksamkeit für die Unterversorgung, auch in bedarfsplanerisch als regelversorgt einzustufenden Regionen (vgl. Knieps et al. 2012), wächst seit 15 Jahren stetig an und gewinnt angesichts der zunehmenden Versorgungsdefizite an Bedeutung. Der Gesetzgeber reagierte in der jüngeren Vergangenheit mit zwei Gesundheitsreformen in den Jahren 2012 und 2015 auf die Fehlsteuerung im ambulanten Sektor. Mancherorts konnten dank der angepassten

2 Ein Planungsbereich ist geöffnet, wenn der Versorgungsgrad unter 110 Prozent liegt. Ein Planungsbereich ist hingegen für weitere Niederlassungen gesperrt, wenn das der Versorgungsgrad über 110 Prozent liegt. Zusätzliche Zulassungen sind dann nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Liegt der Versorgungsgrad über 140 Prozent, soll der Zulassungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen einer Nachbesetzung von Praxen nicht stattgeben, solange die betreffende Praxis nicht versorgungsrelevant ist. Liegt der Versorgungsgrad zwischen 75 und 110 Prozent, werden die Zulassungen nicht gesteuert. Allerdings können durch das Instrument des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs Fördermaßnahmen für unterversorgte Gebiete in Teilregionen eines andernfalls gesperrten Planungsbereichs beschlossen werden. Liegt der Versorgungsbedarf in einem Planungsbereich unter 75 Prozent im hausärztlichen Bereich oder unter 50 Prozent im fachärztlichen Bereich, gilt der Bereich als unterversorgt. Dann sind die KVen angehalten, Maßnahmen zur Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten und niederlassungsfördernde Förderungen anzubieten. Der Landesausschuss kann zudem eine drohende Unterversorgung für eine Region aussprechen, falls noch keine Unterversorgung vorliegt, diese aber aufgrund der Altersstruktur der Ärzt:innen zu erwarten ist (vgl. KBV o.J.b).

Niederlassungspraxis Lösungen für leerstehende Praxen gefunden werden. Ärzt:innen finden durchaus immer wieder junge Kolleg:innen, die ihren Patientenstamm und die Praxisräume übernehmen. Manchmal bedarf es hierzu nur der Förderinstrumente der für die vertragsärztliche Versorgung zuständigen KVen (vgl. KBV o.J.a). Hin und wieder macht ein KiTa-Platz den Unterschied für niederlassungswillige Mediziner:innen bei ihrer Standortwahl. Immer häufiger allerdings tragen diese eingespielten Abläufe nicht mehr. Dann wenden sich die besorgten Bürger:innen an die Bürgermeister:innen oder Gemeinderät:innen. Sie fordern ein, dass die Lokalpolitik sich an der Arztakquise beteiligt. Die Forderungen und die sich darin ausdrückenden Ansprüche der Wohnbevölkerung an eine adäquate zukünftige Gesundheitsversorgung bedürfen eines Adressaten. Der Landarztmangel schafft es demnach, zunehmend auf die politischen Agenden in den Rathäusern zu gelangen. Oftmals stellen sich den Kommunen drei Möglichkeiten: ignorieren, weiterverweisen, engagieren. Traditionell haben die Kommunen keine Kompetenzen in der ambulanten medizinischen Versorgung. Doch den Bürger:innen sind die KVen kein Begriff. Ihnen erscheint eine bedarfsplanerische Auffälligkeit nicht als greifbare Kritik der Niederlassungssteuerung durch die organisierte Ärzteschaft und sie stellen sich nicht die Frage, ob die Regulierung der Ärzteverteilung gegebenenfalls bundespolitisch angepasst werden müsste. Vielmehr werden die Bürgermeister:innen von den Bürger:innen als Ansprechpartner vor Ort wahrgenommen und aufgefordert, die ärztliche Versorgungslage zu stabilisieren. Schließlich ist es die lokale Wohnbevölkerung, die von fehlender medizinischer Versorgung betroffen ist, und es sind die Kommunalvertreter:innen, die Interventionen begründen und sich für ihr etwaiges Nichtstun rechtfertigen müssen.

Die Lage erinnert an Ulrich Becks im Jahre 1988 erschienenes Buch »Gegengifte«. Darin erläuterte der Soziologe, inwiefern der Protest der damaligen Anti-Atom-Bewegung auf ein größeres Phänomen verwies. Die lange von den technisch-ökonomischen Fortschritten euphorisierten Gesellschaften stünden erst am Beginn, darüber nachzudenken, inwieweit diese Großtechniken wie die Atomkraft, die politischen und gesellschaftlichen Institutionen berührten. »Die Gesellschaft selbst begegnet sich in den Gefahren, die sie erschüttern.« (Beck 1988: Klappentext) Beck ging davon aus, dass insbesondere die ökologische Debatte Fragen nach einem gesunden und vor allem demokratischen Weiterleben stellt. Er verwies darauf, dass es einigen Akteuren eher gelingt, ihre Deutungen im öffentlichen Diskurs als adäquate Beschreibungen zu positionieren als anderen. Angesichts dieser Definitionsverhältnisse müsse gefragt werden, wer Phänomene wie und mit welchen Folgen für die Begründungen von Betroffenen und die Notwendigkeit von Bekämpfungsstrategien deutet. Denn die Verantwortlichen seien oft nicht greifbar und die Zuständigen nicht adressierbar. Ethisch-moralische Regularien und technische Bewertungsmechanismen verstärkten diese »organisierte Unverantwortlichkeit« (ebd.: 100). In Becks Ausführungen schwingt viel Pathos und ein spezifischer Zeitgeist mit. Doch die beschriebene, ambivalente alltägliche Normalität, in der der politische Charakter von vermeintlich technischen Entscheidungen in den Hintergrund rückt, die einerseits Leben sichert und es andererseits bedroht, bleibt aktuell.

Der Vergleich der ökologischen Krise, die sich seit dem Erscheinen von »Gegengifte« dramatisch zugespitzt hat, mit der Versorgungskrise des deutschen Gesundheitswesens

mag überraschen. Einige Parallelen zum vorliegenden Gegenstand sind erkennbar, andere werden sich erst im Folgenden aufdrängen. Denn die vergangenen dreißig Jahre der Regulierung des ambulanten Sektors haben ein Arrangement an Akteuren, Prozessen und Normen hervorgebracht, das für die vorliegende Problemstellung zentral ist. Da diese Steuerung vom Staat ausging, interessiert sich die vorliegende Studie für die Vorstellungen und Praktiken von Staatlichkeit in dieser Konstellation. Sie fragt danach, inwiefern sich der Staat für die Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung verantwortlich fühlt und zeigt. Wegen der Erscheinungsform des Landarztmangels fokussiert sich die Studie hierfür auf die kommunale Ebene, deren Engagement angesichts der Kompetenzverteilung erklärungsbedürftig ist. Sie fragt nach den öffentlich vorgebrachten Argumenten für eine lokalstaatliche Gewährleistung, etwaigen staatlichen Abwehrmechanismen und Schritten in Richtung einer kommunalen Verantwortungsübernahme sowie den dahinterliegenden Steuerungspräferenzen der beteiligten Akteure. In diesem Zusammenhang interessieren die Bedingungen, die lokalstaatliche Initiativen mit Erfolg krönen oder deren Scheitern begründen. Angesichts der zu analysierenden Staatlichkeit rückt die Frage nach deren Durchlässigkeit für unterschiedliche Interessen in den Fokus der Aufmerksamkeit. Es interessieren die Chancen sogenannter »schwacher Interessensgruppen«, auf die lokalpolitischen Prozesse Einfluss nehmen zu können. Zu ihnen zählen die Bewohner:innen von schlechter versorgten Regionen, insbesondere ältere und kranke Personen.

Die drei forschungsleitenden Fragenkomplexe lauten wie folgt:

- 1 Wie werden ärztliche Versorgungsprobleme in strukturschwachen, vor allem ländlichen Regionen lokal problematisiert und mit welcher Begründung eine staatliche Gewährleistung der Versorgung eingefordert?
- 2 Wie reagieren die Repräsentant:innen des lokalen Staats auf die Gewährleistungserwartungen und unter welchen Bedingungen übernehmen sie Verantwortung für die Versorgungslage? Welche zur Verfügung stehenden Instrumente werden bemüht und welche neuen Initiativen werden getestet? Was sind die Erfolgsbedingungen und Hindernisse in der Stabilisierung der Versorgung und wie reflektieren die lokalstaatlichen Akteure ihre Erfahrungen?
- 3 Lernen die von den Versorgungsproblemen betroffenen Gruppen mit der lokalen Gewährleistungsstaatlichkeit umzugehen? Bestehen Handlungsmöglichkeiten für Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen, auf die lokale Infrastrukturpolitik Einfluss zu nehmen?

Die im Folgenden entwickelten Thesen helfen, die forschungsleitenden Fragen zu beantworten. Wegen der zentralen Bedeutung der Gesundheit für die menschliche Lebensführung, ist es zunächst wenig überraschend, dass eine wegbrechende lokale Gesundheitsversorgung die Betroffenen besorgt und sie diese Sorge öffentlich thematisieren (vgl. Gerlinger 2002: 33). »Die Frage, wie schnell und mit welchem Verkehrsmittel der nächste Hausarzt, die nächste Apotheke oder das nächste Krankenhaus erreicht wird, ist für das gesundheitliche Wohlbefinden relevant und kann unter Umständen über Leben und Tod entscheiden.« (Kriwy et al. 2020: 587) Ein analytisches Verständnis von Gesundheitspolitik geht zwar weit über das Alltagsverständnis einer Krankenversorgungspolitik

hinaus (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014: 15f.), doch das gesellschaftliche Alltagsverständnis von Gesundheitspolitik ist eben dieser letzten Auslegung nah (vgl. Kaiser et al. 2021: 17). Zudem wirken in ländlichen Räumen andere Faktoren darauf, ob Patient:innen mit der hausärztlichen Versorgung zufrieden sind (vgl. Weinhold/Gurtner 2018). Sie legen unter anderem mehr Wert auf ein enges Arzt-Patienten-Verhältnis. Da nicht davon auszugehen ist, dass die Wohnbevölkerung einer ärztlich (drohend) schlechter versorgten Region um die Verantwortungsstrukturen im ambulanten Versorgungssektor weiß, leitet die folgende These die Analyse der lokalen Politisierung des Landarztmangels an:

- 1 Die lokalen Sicherstellungsprobleme werden seitens der Bürger:innen über den wahrgenommenen Mangel an Ärzt:innen politisiert. Die Betroffenen fordern von der Kommunalpolitik – insbesondere den Bürgermeister:innen – ein, sich wegen der zentralen Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Lebensführung an der Beseitigung der Versorgungsprobleme zu beteiligen.

Angesichts einer tendenziellen Überforderung der kommunalen Ebene, ihre verpflichtenden Selbstverwaltungsaufgaben umfassend zu erfüllen (vgl. Grohs/Reiter 2014), ist eine freiwillige Übernahme von gesundheitspolitischen Aufgaben durch die Kommunen zunächst erklärungsbedürftig. Für die lokalstaatliche Problemwahrnehmung und die Reaktionen auf das eingeforderte politische Engagement zur Bekämpfung des Landarztmangels, erweisen sich einige Befragungen von Bürgermeister:innen und Landrät:innen in Baden-Württemberg (Steinhäuser et al. 2012), Niedersachsen (vgl. Kuhn et al. 2018) und Sachsen-Anhalt (vgl. Barthen/Gerlinger 2016) als anschlussfähig. In Baden-Württemberg sahen es über 90 Prozent der befragten Bürgermeister:innen als ihre Aufgabe, die hausärztliche Versorgung vor Ort zu sichern, während rund 70 Prozent der befragten, niedersächsischen Bürgermeister:innen und Landrät:innen angaben, kommunale Unterstützungsmaßnahmen zur ambulanten medizinischen Versorgung zu leisten. In Sachsen-Anhalt hingegen gaben nur 45 Prozent der hauptamtlichen Bürgermeister:innen an, dass sie es als ihre Aufgabe sehen, zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung einen Beitrag zu leisten. Trotz dieser Unterschiede ergriffen die Kommunalvertreter:innen in allen drei Bundesländern unterstützende Maßnahmen. Auf die Bedingungen des kommunalen Engagements gingen die Befragungen nicht ein. Die vorliegende Studie geht davon aus, dass neben den lokalen Diskursen die Selbstwahrnehmung und Praktiken des lokalen Staats aufschlussreich sind. Da der Bundesgesetzgeber die Rahmenbedingungen für die ambulante medizinische Versorgung festlegt und die Verbände der Ärzt:innen und Krankenkassen diese konkretisieren, dürften die fehlenden Kompetenzen der Kommunen für lokales Konfliktpotenzial sorgen. Es würde zumindest überraschen, wenn etwaige Kooperationsbemühungen zwischen den Kommunen und den KVen und Krankenkassen vollkommen reibungslos verliefen (vgl. Brandhorst et al. 2017). Denn der Gesetzgeber hat zwar regulierend auf die Fehlverteilung reagiert und den KVen einige freiwillige und verpflichtende Instrumente an die Hand gegeben. Doch diese sollen überwiegend aus dem bestehenden Budget der KVen finanziert werden. Sie haben deshalb ein Interesse daran, restriktiv mit den Fördermitteln umzugehen (vgl. Simon 2017: 169). Zugleich dürften die KVen einem ausgebauten Engagement der Kommunen skeptisch gegenüberstehen (vgl. Gerlinger

2022). Schließlich drohen kommunalpolitische Erfolgsgeschichten die anwachsenden Sicherstellungsprobleme weiter zu problematisieren und so potenziell das Versorgungsmonopol der KVen in Frage zu stellen. Es wäre demzufolge denkbar, dass die KVen versuchen, sich weitgehend aus den lokalen Initiativen zurückzuhalten. Letztlich trägt der institutionalisierte und stark regelgebundene Charakter der Bedarfsplanung das Potenzial in sich, die lokalen Diskurse zu fokussieren. Er ermöglicht es den KVen, außerhalb einer festgestellten Unterversorgung darauf zu verzichten, Fördermaßnahmen zu ergreifen, oder damit verbundene Ansprüche gar abzuwehren. Angesichts dieser Hinweise aus der Literatur leiteten die folgenden Thesen die Analyse des zweiten Fragenkomplexes an:

- 2 Die Repräsentant:innen des lokalen Staats nehmen die Verantwortungszuschreibung an, weil die zuständigen Akteure Ansprüche zurückweisen und sich gegenüber den Kooperationsbemühungen und Forderungen der öffentlichen Akteure wenig responsiv zeigen. Die Repräsentant:innen des lokalen Staats bemühen sich, die Gewährleistungserwartungen trotz der begrenzten kommunalen Ressourcen zu erfüllen, obwohl diese die Erfolgchancen der getesteten Initiativen schmälern.

Der letzte forschungsleitende Fragenkomplex hat zwei Dimensionen. *Erstens* verursacht der ungleiche Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen Einschränkungen für die betroffenen Individuen zur medizinischen Versorgung. Sie betreffen junge und gesunde Menschen, die für Routineuntersuchungen längere Wartezeiten oder Wegstrecken in Kauf nehmen können. Sie betreffen aber auch Kranke, die auf eine kontinuierliche Versorgung oder Hausbesuche angewiesen sind und alte Menschen, die körperlich weniger mobil sind und deshalb vom ÖPNV oder privaten Fahrdiensten abhängig sind, um medizinisch versorgt zu werden (vgl. Vogelgesang et al. 2017). *Zweitens* kann bereits eine Erkrankung als »Schwäche« verstanden werden, weil sie Einfluss darauf nimmt, ob und wie die erkrankte Person ihre Betroffenheit im öffentlichen Raum artikulieren und damit verbundene Forderungen in den politischen Prozess einbringen kann. In diesem Sinne sind die individuellen und kollektiven Modi der Interessenvertretung im Kontext von räumlichen Versorgungsdefiziten relevant. Die anschlussfähigen Analysekonzepte der Selbst-, Mit- und advokatorischen Vertretung schwacher Interessen haben unterschiedliche Einflusschancen auf deren Durchsetzung im politischen Prozess (vgl. Clement et al. 2010; Klenk 2018; Toens/Benz 2019; Klenk et al. 2022). Auf Bundes- und Landesebene wurden unterschiedliche Patientenvertreterorganisationen im Rahmen der jüngeren Regulierung des ambulanten Sektors in die sektoralen Willensbildungs- und Entscheidungsfindungsgremien – wenn auch nicht-funktional – integriert (vgl. Klenk 2018: 32ff). Das hat die Organisationen gestärkt, wenngleich deren Einfluss auf die Gesundheitspolitik immer noch als randständig bewertet wird (vgl. Simon 2015). Es wird zu überprüfen sein, ob und wie diese und ähnliche Akteure kommunal auftreten, etwa die Selbsthilfe (vgl. Schulz-Nieswandt 2015; Rosenbrock 2015), Patientenvertretungen (vgl. Hänlein/Schroeder 2010) oder der Verbraucherschutz (vgl. Ewert 2019). Überdies könnten zivilgesellschaftliche Initiativen als Form der Selbstvertretung lokale Allianzen bilden, um auf den politischen Prozess einzuwirken, oder die Seniorenvertretung können schwache Interessen im politischen Prozess vertreten. Vor

dem Hintergrund leiten die folgenden Thesen die Analyse des letzten Fragenkomplexes an:

- 3 Die Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen fordern zwar kommunalpolitisches Engagement ein, sehen sich allerdings auch starken organisationellen Hindernissen ausgesetzt, ihre Interessen in den politischen Prozess einzuspeisen. Raumwirksame Instrumente staatlicher Gewährleistung, etwa kommunale Gesundheitskonferenzen, könnten diese Hindernisse abschwächen.

Die vorliegende Studie ist wie folgt aufgebaut: Kapitel zwei skizziert die Beschaffenheit des deutschen Gesundheitswesens und des ambulanten Sektors entlang seiner zentralen Strukturprinzipien und einiger folgenreicher Reformen. Dies verdeutlicht die Beschaffenheit des vom Gesetzgeber eingeschlagenen Regulierungspfads. Den stärker gegenstandsbezogenen Passagen folgt die wissenschaftliche Forschungslage zu den Effekten der jüngeren sektoralen Strukturreformen auf die Akteure, Prozesse und Normen, so sie den vorliegenden Gegenstand betrifft. Daran anschließend folgt ein Überblick zu den wissenschaftlichen Debatten, die die regionalen Disparitäten in der ärztlichen Versorgung mit den vorhandenen Instrumenten zu ihrer Linderung in Bezug setzten. In Kapitel drei werden zunächst die zentralen Begrifflichkeiten und Konzepte der vorliegenden Studie erläutert und gegenstandsbezogen miteinander verknüpft. Es folgt die Zusammenstellung des theoretisch-analytischen Zugangs. Die vorliegende Arbeit nimmt eine post-weberianische Perspektive auf Staatlichkeit ein, um die rekonfigurierten Staats-(Zivil-)Gesellschaftsbeziehungen zu entschlüsseln. Die Perspektive wird diskurstheoretisch ausbuchstabiert und die als anschlussfähig erachteten diskursiven Konstruktionen machttheoretisch unterfüttert. In Kapitel vier, dem Methodenkapitel, leiten einige Grundlagen der interpretativen Policy Analyse zur Fallauswahl und der Operationalisierung der vorangestellten theoretisch-konzeptionellen Überlegungen über. Die Diskursnetzwerkanalyse, das Vorgehen der Dokumentenanalyse und die Überlegungen zu den Experteninterviews werden dargelegt. In Kapitel fünf folgt die Analyse der Politisierung und lokalpolitischen Bearbeitung des Landarztmangels in sechs ausgewählten Landkreisen. In den Fallstudien wird zunächst der lokale Pressediskurs analysiert, bevor in einem zweiten Teil der eingeschlagenen lokale Bearbeitungspfad analysiert und ein Zwischenfazit gezogen wird. Die Diskussion der Erkenntnisse in Kapitel sechs richtet sich auf die zentral zu erklärenden Phänomene der Politisierung des Landarztmangels und der lokalpolitischen Initiativen sowie die potenziellen Rückwirkungen der Entwicklungen auf die staatliche Regulierung des ambulanten Sektors. Die Ergebnisse werden im Kontext relevanter wissenschaftlicher und gesellschaftlicher Debatten diskutiert. In Kapitel sieben, dem Fazit, werden die forschungsleitenden Fragen beantwortet und die Thesen verifiziert oder falsifiziert und Forschungsdesiderate formuliert.

2 Gegenstandserläuterungen und Forschungslage

Die Problematisierung und politisch-institutionelle Bearbeitung des Landarztmangels können nur vor dem Hintergrund der Beschaffenheit des deutschen Gesundheitssystems gewinnbringend durchdrungen werden. Die strukturelle Komponente des Problems bestimmt einige Zusammenhänge, die im Lokalen relevant werden. Deshalb folgt zunächst eine Auseinandersetzung mit der wissenschaftlichen Literatur zur Organisation des ambulanten Sektors. Sodann werden die versorgungsrelevanten Effekte beschrieben, die in der Transformation des Sektors in Folge der Strukturreformen der 1990er Jahre begründet liegen. Die Erkenntnisse zur Regulierungsstruktur bestimmen den staatstheoretischen Ausgangspunkt, an den die Arbeit anschließt. Darauf aufbauend setzt sich der zweite Teil des Kapitels mit den Studien auseinander, die die Debatte um den Landarztmangel bestimmen oder zu befruchten versuchen.

2.1 Die Strukturprinzipien und wandelbare Regulierung des Gesundheitssystems

Die Grundzüge des deutschen Gesundheitssystems reichen bis ins späte 19. Jahrhundert zurück. 1883 entstand die Krankenversicherung, ein Jahr später die Unfall- und weitere fünf Jahre später die Alters- und Invalidenversicherung. In der Hochphase des industriellen Kapitalismus konnten die Sozialversicherungen die grundsätzlichen Lebensbedürfnisse der Versicherten – damals der Arbeitnehmenden – jedoch nicht befriedigen. Die Arbeitsbedingungen in den Fabriken und die privaten Wohnverhältnisse der Menschen waren hart, die Ernährung vieler defizitär und die hygienischen Bedingungen schlecht. Krankheiten wie Tuberkulose griffen um sich und die Zahl der Säuglinge, die nach der Geburt starben, war hoch. Der damalige Reichskanzler Otto von Bismarck – der deutsche Wohlfahrtsstaat wird auch »Bismarck-Modell« genannt – verfolgte mit der Sozialgesetzgebung das Ziel, die soziale Not der Arbeiterschaft zu verringern. Dazu war es nötig, einen großen Teil der unzufriedenen Arbeiterschaft für sich zu gewinnen. Die Absicherung erfolgte auch vor dem Hintergrund der sich wegen der miserablen Arbeitsbedingungen formierenden Zusammenschlüsse aus Arbeitern, wie Gewerkschaften und Parteien, die ihrerseits Konzessionen von Seiten des Kapitals einforderten. Um

die politische Opposition der Sozialisten zu schwächen, erließ Reichskanzler Bismarck ein Versammlungsverbot und verbot sozialdemokratische Schriften, Vereine und Gruppierungen (Sozialistengesetze). In diesem konfliktiven Verhältnis zwischen Arbeit und Kapital liegt ein genereller Grund für das Entstehen der Sozialversicherungen. Arbeiter, die aufgrund von Krankheit oder Verletzungen nicht arbeiten können, generieren keinen Profit für das jeweilige Unternehmen. Im Sinne der Reproduktion von Arbeitskraft liegt es daher im Interesse der Arbeitgeberseite, ein Mindestmaß an Absicherung zu gewähren. Weil der Versichertenstatus an das Arbeitsverhältnis und die Leistungen an die erbrachte Beitragshöhe gekoppelt war, waren umverteilende Momente oder eine Mindestsicherung aller weitgehend ausgeschlossen. Diese leistungsorientierte Ausrichtung des Sozialsystems unterscheidet sich in der klassischen Wohlfahrtsstaatsforschung von stärker steuerfinanzierten Modellen. In Großbritannien und den skandinavischen Ländern ist das Sozialsystem auf die Bedürfnisse der Leistungsbeziehenden ausgerichtet. Der geläufigen Klassifikation von Wohlfahrtsstaaten durch Esping-Andersen (1990) folgend ist Deutschland dem konservativen Typ zuzuordnen. Esping-Andersen unterscheidet liberale, konservativ-korporatistische und sozialdemokratische Wohlfahrtsstaaten. Relevant ist dabei das Verhältnis zwischen Staat, Markt und Familie/Haushalt in der Bereitstellung von Sozialleistungen, der Modus und die Qualität der Leistungen und die sozialpolitischen Effekte auf die Stratifikation und gesellschaftliche Machtverteilung. Jüngst wird auch von einem rudimentären (oder mediterranen) Wohlfahrtsregime und einem postsozialistischen Wohlfahrtsstaat gesprochen (vgl. Oschimansky/Berthold 2020).

Die sozialen Sicherungssysteme überdauern in ihren Grundzügen die politischen Regimewechsel seit dem Kaiserreich, wenngleich die Kostendämpfungspolitik der 1970er Jahre und die gesundheitspolitischen Strukturreformen der 1990er Jahre »widersprüchliche« (Schmid/Buhr 2015: 245f.) Entwicklungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nach sich zogen. Deren Rückwirkungen werden in den Diskussionen zur Entwicklung vom Sozial- zum Sicherungsstaat (vgl. Nullmeier/Rüb 1993) mitverhandelt. Nach dieser Logik würde die Sozialpolitik der Sicherung des staatlichen Institutionengefüges dienen, statt die soziale Sicherheit zu fördern. Rolf G. Heinze et al. (vgl. 1999) beschreiben hingegen eine Entwicklung vom Wohlfahrts- zum Wettbewerbsstaat, wobei sie ein gewisses Maß an wettbewerblicher Akzentuierung in den Feldern der Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik durchaus begrüßen. Christoph Butterwege bilanziert die liberalkonservative Restrukturierung des Gesundheitswesens kritisch (vgl. 2018: 138ff.). Insbesondere das durch die FDP-Gesundheitsminister im Kabinett Merkel II stark gemachte Ideal der Konsumentensouveränität stehe der Zielsetzung von Versorgungssicherheit im Sinne des Schutzes der Patient:innen – nicht nur der erwünschten Kunden – diametral gegenüber (ebd.: 142, 312ff.). Butterwege plädiert für Alternativen zum neoliberalen Um- oder Abbau des Sozialstaats, etwa durch eine solidarische Bürgerversicherung. Diese Debatten und die spezifischen Vorschläge zur Zukunft des Gesundheitswesens sind nur vor dem Hintergrund der Charakteristika der GKV und des ambulanten Sektors zu verstehen. Deshalb folgt eine Bestandsaufnahme der versorgungsrelevanten Grundprinzipien der GKV, bevor die lohnende funktionale Auseinandersetzung mit der Forschung zur Bedeutung von Versorgungsmängeln, deren Gründen und ihrer Bearbeitung anschließt.

Bereits zu Beginn des in seinen Grundzügen fortbestehenden Krankenversicherungssystems im späten 19. Jahrhundert kämpften die Krankenkassen und die Ärzteschaft um ärztliche Zulassungen. Wollten Ärzt:innen gesetzlich Versicherte behandeln, mussten sie Versorgungsverträge mit den Krankenkassen schließen. Diese hatten das Vertragsmonopol und entsprechend angespannt war die Stimmung innerhalb der Ärzteschaft und zwischen den Kostenträgern und Leistungserbringern (vgl. Moser 2011: 23ff.). Die Ärzteschaft sah sich im Kaiserreich einer eher wissenschaftskritischen Stimmung ausgesetzt. Wiederholte Auseinandersetzungen und vermehrte Ärztestreiks mündeten 1913 schließlich in einem Kompromiss. Das Berliner Abkommen legte für die Ärzteschaft und die Krankenkassen fest, dass die Zulassungen fortan kollektivvertraglich ausgehandelt wurden. Hierfür wurden Arzt-Patienten-Verhältniszahlen eingeführt und Ausschüsse für die gemeinsamen Vertragsverhandlungen eingerichtet. Während des ersten Weltkrieges wurden die Hürden für eine Zulassung zum Medizinstudium reduziert, um wegen der kriegsbedingten Verluste zügig neue Ärzt:innen ausbilden zu können. Erneut entbrannten Kämpfe um Zulassungen und die Ärzteschaft haderte mit den Vergütungseinbußen im Zuge der Inflation. Auch die restriktivere Abrechnungspolitik der Krankenkassen sorgte für Unmut innerhalb der Ärzteschaft. 1935 schließlich wurde die ärztliche Freiberuflichkeit geschaffen und die Ärzteschaft wurde, wie zuvor schon die Krankenkassen, als Körperschaft öffentlichen Rechts verfasst. Als sogenannte »mittelbare Staatsverwaltung« übernahm sie fortan öffentliche Aufgaben. Nach dem Zweiten Weltkrieg fand eine umfassende Integration der sozialen Sicherungssysteme statt, es wird von einer »doppelten Inklusion« gesprochen (vgl. Alber 1992). Seit der Einführung der GKV wurden deren Leistungen und der Versichertenkreis beständig ausgeweitet. Heute sind rund 90 Prozent der Bürger:innen gesetzlich versichert.

Grundsätzlich fordert das deutsche Grundgesetz den Sozialstaat (Art. 20 Abs. 1 GG)¹, wobei nur wenige konkrete Sozialrechte auch grundrechtlich verankert sind. Das Sozialrecht wird im Sozialgesetzbuch (SGB) kodifiziert und seit den 1970er Jahren fortwährend weiterentwickelt. Die GKV ist Gegenstand des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V). Der für den deutschen Sozialstaat charakteristische Bezug auf die Erwerbsarbeit ist für die GKV prägend. Sie wird hauptsächlich paritätisch von der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite beitragsfinanziert, wobei für die Verwendung der Mittel das Solidarprinzip maßgebend ist. Versicherte erbringen nach einer an ihrem Einkommen orientierten Leistungsfähigkeit Beiträge, die ihnen nach Maßgabe des Bedarfsprinzips eine medizinisch notwendige Behandlung sichern. Die eingezahlten Beiträge stehen für die aktuell Empfangsberechtigten zu Verfügung. Das Sachleistungsprinzip garantiert die bargeldlose Verfügung über alle erforderlichen medizinischen Leistungen im Krankheitsfall, wobei die Krankenversichertenkarte die Patient:innen als krankenversichert ausweist. Die Vergütung der ärztlichen Leistung erfolgt in der Regel indirekt

1 Das Grundgesetz bestimmt, dass die BRD ein »sozialer Bundesstaat« und »Rechtsstaat« ist (s. Sozialstaatsgebot, auch Art. 28 Abs. 1 GG). Daraus leiten sich gesetzgeberische Pflichten für den Ausgleich und die Herstellung erträglicher Lebensbedingungen ab, die durch die Rechtsbegriffe soziale Gerechtigkeit und Sicherheit sowie diverse Leitprinzipien und ordnungspolitischen Ideen, etwa sozialethische Formeln, den Zusammenhang von Freiheit, Gleichheit und Solidarität sowie das Prinzip der Subsidiarität konkretisiert werden.

durch die Krankenkassen. Das Organisationsprinzip der Subsidiarität ist ursächlich für die hochgradige Fragmentierung des GKV-Systems. Neben den 97 gesetzlichen Sozialversicherungsträgern² gibt es rund 40 private Krankenversicherungen.³ Wegen der erbrachten Beiträge haben die rund 74 Mio. gesetzlich Versicherten Anspruch auf diverse Vorsorge- und Versorgungsleistungen und die freie Arztwahl.

Für die Vergütung der Ärzt:innen als Leistungserbringer durch die Krankenkassen als Kostenträger und die Organisation der Versorgung ist das Prinzip der Selbstverwaltung strukturbildend. Es betrifft im Sinne der sozialen Selbstverwaltung die innere Organisation der Körperschaften und im Sinne der gemeinsamen Selbstverwaltung deren Zusammenarbeit untereinander. Die Mitglieder der Krankenkassen wählen und bilden, je zur Hälfte, das wichtigste Organ einer gesetzlichen Krankenkasse, den Verwaltungsrat. Er beschließt den Haushalt, wählt den Vorstand, verfügt über den gesetzlich nicht festgesetzten Teil des Leistungskontingents und stellt die strategischen geschäfts- und gesundheitspolitischen Weichen der Krankenkasse. Krankenkassen sind finanziell und organisatorisch unabhängig. Es kommt allerdings zu gewissen Ausgleichszahlungen zwischen den Krankenkassen (Risikostrukturausgleich), um die Finanzierungsrisiken aufgrund regionaler und sozialer Disparitäten zu verringern und eine gleichmäßige Versorgung zu gewährleisten. Ziel ist es, das Interesse der Krankenkassen an einer »Rosinenpickerei«, also der strategischen Ungleichbehandlung von guten und schlechten Risiken, einzudämmen.

Wie die Kostenträgerseite folgt auch die Ärzteschaft einem System der Binnenregulierung. Die Ärztekammern sind für die Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie das ärztliche Berufsrecht zuständig, während die Zulassung und Vergütung der ambulant tätigen Vertragsärzt:innen den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) obliegt. Mediziner:innen, die die Behandlungen gesetzlich Versicherter mit gesetzlichen Krankenkassen abrechnen möchten, müssen als Vertragsärzt:innen zur Versorgung zugelassen sein. Hierfür sind sie pflichtgemäß in einer der 17 Länder-KVen Mitglied. Mit Ausnahme von Nordrhein-Westfalen gibt es eine KV in jedem Bundesland. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), der Dachverband der Länder-KVen, und die Länder-KVen sind nach dem Prinzip der Selbstverwaltung organisiert. Der Vorstand und die Vertreterversammlung sind die wichtigsten Gremien. Das Handeln der Länder-KVen und der KBV unterliegt der staatlichen Rechtsaufsicht.

-
- 2 Gemeinhin werden Kassenarten in Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, die BARMER, DAK-Gesundheit, die KKH Kaufmännische Krankenkasse, die hkk – Handelskrankenkasse und HEK – Hanseatische Krankenkasse), die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOKs), Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen, die Knappschaft und die Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau unterschieden. Die Ersatzkassen sind im Dachverband Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) organisiert.
 - 3 Die gesetzlichen Krankenkassen fusionierten in den vergangenen Jahren enorm. 1990 gab es noch 1.200 Krankenkassen, 2010 nur noch knapp 170 (vgl. GKV-Spitzenverband 2023). Parallel waren 2021 in der privaten Krankenversicherung 8,7 Mio. Vollversicherte bei insgesamt 17 Versicherungsvereinen oder 35 Aktiengesellschaften versichert. Der Anteil der Beitragseinnahmen verteilt sich beinahe gleichmäßig auf die beiden Unternehmenstypen (vgl. Private Krankenversicherung (PKV) 2021: 4).

Im Rahmen der sogenannten gemeinsamen Selbstverwaltung konkretisieren die Vertragsärzt:innen mit den Krankenkassen die gesetzlichen Rahmenvorgaben zur ambulanten Gesundheitsversorgung. Der Staat hat die GKV-Akteure dafür als Körperschaften öffentlichen Rechts verfasst. Sie gelten als mittelbare Staatsverwaltung (BVerfGE, Bd. 39: 302ff.) und sind mit öffentlichen Aufgaben betraut. Wie die Verbände selbst unterliegen auch alle Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung der Rechtsaufsicht durch die zuständigen Behörden auf Bundes- und Landesebene. Sie können sowohl Regelungen beanstanden als auch zum Instrument der Ersatzvornahme greifen. Durch die Delegation staatlicher Aufgaben an die gemeinsame Selbstverwaltung will der Staat Sorge dafür tragen, dass die medizinische Versorgung nach den gesetzlichen Vorschriften verläuft. In diesem Sinne ist die Regulierung der GKV im Allgemeinen und des ambulanten Sektors im Besonderen staatlich geprägt. Die gewichtige Rolle, die den Verbänden und Körperschaften bei der Regulierung der GKV zukommt, veranlasst dazu, von einem korporatistischen Regulierungsmodell zu sprechen.

Zur Vergütung und Versorgungsorganisation schließt die Vertragsärzteschaft Verträge mit den Krankenkassen. Auf Bundesebene werden die sogenannten Bundesmantelverträge im höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), zwischen der KBV und dem GKV-Spitzenverband, dem Dachverband der Krankenkassen, geschlossen. Auf Landesebene verhandeln die Länder-KVen und Krankenkassenverbände Kollektivverträge, durch die auch die Gesamtvergütung festgesetzt wird. Diese wird von den Krankenkassen an die KVen ausgeschüttet. Im Gegenzug für die Vergütung sind die KVen im Rahmen des Sicherstellungsauftrags gemäß § 72 SGB V zur Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen und den anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse berücksichtigenden Versorgung verpflichtet. Neben der Sicherstellung liegen die Aufgaben der KVen in der Interessenvertretung der Vertragsärzteschaft, der Mitarbeit in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung und der Gewährleistungspflicht gegenüber den Krankenkassen. Die KVen haben die Gewähr dafür zu tragen, dass die Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Maßgaben entspricht. Hierfür müssen sie ihre Mitglieder beraten, können aber auch Abrechnungen der Krankenkassen überprüfen (vgl. Simon 2017: 169). Die einzelnen Vertragsärzt:innen gelten als private Akteure, die nach einer Zulassung auch weiterhin überwiegend als niedergelassene Ärzt:innen in Praxen Versorgungsleistungen erbringen. Praxen können dabei Einzelpraxen, Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen oder zur Anstellung befähigte MVZs sein. Relevant ist die Zulassung, die mit einem Versorgungsauftrag einhergeht. Die Zulassungen sind in ihrer Anzahl begrenzt. Grundsätzlich herrscht für die Vertragsärzt:innen zwar eine Niederlassungsfreiheit. Wollen sie jedoch ihre Leistungen mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen, werden die Möglichkeiten zur Niederlassung von der Bedarfsplanung gesteuert. Diese entstand Ende der 1970er Jahre.

Der in der Einleitung erwähnte Anstieg der Vertragsärzt:innen nach dem Ersten Weltkrieg ist insofern relevant, als seitdem politische Versuche bestehen, mit der vertragsärztlichen Tätigkeit verbundene Ausgaben einzugrenzen. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde die zwischenzeitlich ausgesetzte Selbstverwaltung wieder hergestellt. Eine von der Verwaltung getrennte Sozialgerichtsbarkeit garantiert seitdem den Rechtsschutz in der GKV. Wegen der expansiven Ausbildungspolitik galt der Arbeitsmarkt für Medi-

ziner:innen in den 1950er Jahren als gesättigt. Das Kassenarztrecht aus dem Jahr 1955 regelte fortan die Beziehungen zwischen der Vertragsärzteschaft und Krankenkassen neu. Es wurden Zulassungsbezirke eingeführt und die Verhältniszahlen neu aufgelegt. Wegen des Wirtschaftswachstums wurden die sozialen Sicherungssysteme zu dieser Zeit umfassend integriert. Im Bereich der Gesundheitsversorgung wurden Leistungen ausgebaut, was unter den günstigen volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten keinen Anlass zu einer Problematisierung bot. Die verbesserte Einnahmelage der Ärzteschaft führte zu einem Zulauf an den Hochschulen im Fach Humanmedizin. Die anhaltenden Leistungsausweitungen erwirkten in Kombination mit wachsenden Versicherten trotz steigender Einnahmen bei den Krankenkassen eine Situation, die alsbald als sogenannte »Kostenexplosion« in der GKV gedeutet wurde. Angesichts dieser Entwicklungen führte das Krankenversicherung-Weiterentwicklungsgesetz von 1976 das angebotsinduzierte Instrument der kassenärztlichen Bedarfsplanung ein. Ziel war es, die Arztzahlen und die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen zu begrenzen. Die Vorläuferstruktur des heutigen G-BA erließ hierfür Richtlinien, nach deren Maßgabe die Landesausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung Maßnahmen einleiten mussten. Zunächst konnten die Landesausschüsse jedoch allein eine regionale Unterversorgung feststellen.

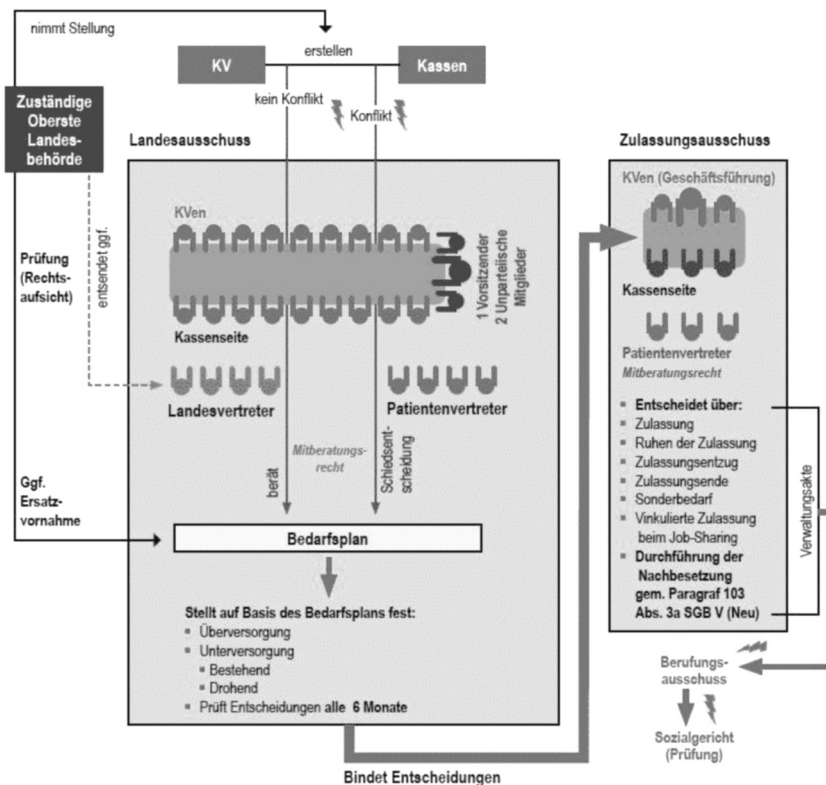
Im Rahmen der folgenden Gesetze zur sogenannten »strukturkonservierenden Kostendämpfung« zielte der Bundesgesetzgeber darauf ab, die Ausgaben der GKV an ihre Einnahmen anzupassen, insbesondere um die Lohnnebenkosten niedrig zu halten. Das Primat der Beitragssatzstabilität war geboren. Hierfür wurden unter anderem Leistungsausgaben begrenzt, Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeführt und die Privatisierung von Behandlungskosten ausgebaut. Mitunter strich der Gesetzgeber Behandlungen gänzlich aus dem Leistungskatalog. Alsbald war die Rede vom Rasenmäherprinzip und Verschiebebahnhof, weil Ausgaben und Budgets gekürzt oder eingefroren und innerhalb des Sozialbudgets zulasten der GKV verlagert wurden. Auch unter der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik gelang es der Vertragsärzteschaft jedoch über Nachverhandlungen immer wieder die eigene Vergütung zu erhöhen. Die Kostendämpfungs politik kam ohne substanzielle strukturelle Korrekturen daher.

Das von der Ärzteschaft in den 1960er Jahren erkämpfte Verbot der Zulassungsbeschränkungen und die positive Sicht auf den ärztlichen Beruf wirkten in die 1980er Jahre nach: 1983 war der Höhepunkt an Bewerber:innen für das Medizinstudium erreicht. Zwischen 1960 und 1980 verdoppelte sich die Zahl der Mediziner:innen auf dem Arbeitsmarkt. Es bestanden große Unsicherheiten darüber, wie mit der Ärzteschwemme umgegangen werden sollte (vgl. Futterer 2020: 19f.). Zunächst sollte die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, die Vorläuferin des heutigen Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen (SVR-G), Empfehlungen zur Ausgabenentwicklung in den einzelnen Leistungsbereichen unter Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität abgeben. Die politische Neuorientierung ging mit einer funktionalen Aufwertung der Bundesausschüsse der gemeinsamen Selbstverwaltung einher. Sie waren nun gemäß § 101 SGB V zum Erlass von Richtlinien und Maßnahmen für Über- und Unterversorgung verpflichtet.

Im Laufe der Reformen der folgenden Jahre verstetigte sich die Bedarfsplanung als zentrales Steuerungsinstrument der ambulanten medizinischen Versorgung. Heute gilt sie als das maßgebende Instrument zur rechnerischen Ermittlung der zur Patienten-

versorgung notwendigen Niederlassungsmöglichkeiten. Den bundeseinheitlichen Rahmen der Bedarfsplanung legt dabei seit 1993 gemäß den §§ 99–105 SGB V die Bedarfsplanungsrichtlinie des G-BA fest. Die Bedarfsplanung kann bei fehlenden Interessent:innen keine freien Sitze besetzen, aber sie kann auf eine möglichst gleichmäßige Verteilung der Niederlassungsmöglichkeiten hinwirken. Vor Ort beruht sie maßgeblich auf den bundeseinheitlichen Vorgaben. Über zahlreiche Möglichkeiten zu Abweichungen und Anpassungen kann die gemeinsame Selbstverwaltung allerdings auf lokale Bedarfe reagieren. Hierfür erstellt sie einen Bedarfsplan.

Abbildung 1: Bedarfsplan



Quelle: KBV o.J.b

Der Bedarfsplan wird gemäß § 90 SGB V im Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erstellt. Er ist die Grundlage für die Zulassungen und Sicherstellungsmaßnahmen, beschreibt die Bedingungen und Ziele der Bedarfsplanung, das Versorgungsniveau und die zulässigen regionalen Abweichungen. Der Landesausschuss besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden, zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern und je neun Vertreter:innen der Vertragsärzt:innen und der Krankenkassen. Patienten- und

Ländervertreter:innen sind mitberatend ohne Stimmrecht vertreten (Abb. 1). Die Vertreter:innen der Länder haben zudem ein Antragsrecht. Sie werden von der jeweiligen obersten Landesbehörde, dem für Gesundheit zuständigen Landesministerium, entsendet. Die Rechtsaufsicht liegt ebenfalls bei den obersten Landesbehörden. Sie haben im Landesausschuss ein Mitberatungs- und Antragsrecht und das Recht, Entscheidungen innerhalb von zwei Monaten zu beanstanden. Zudem entsenden die Ministerien die Vertreter:innen, die von Seiten der Länder an den Beratungen des G-BA zur Bedarfsplanungsrichtlinie beteiligt sind.

Zunächst erstellen die KVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen den Bedarfsplan. Dieser wird den zuständigen Landesbehörden für Gesundheit vorgelegt. Die Behörden verfügen über eine Gelegenheit zur Stellungnahme. Sie haben zudem ein Beanstandungsrecht, von dem sie innerhalb von acht Wochen Gebrauch machen können. Im Falle eines fehlenden Einvernehmens zwischen der KV und den Krankenkassen fungiert der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als Schiedsgremium. Besteht der Bedarfsplan, trifft der Landesausschuss auf seiner Grundlage Beschlüsse über die Sperrung oder (partielle) Öffnung von Planungsbereichen und die Feststellung von (drohender) Unterversorgung oder Überversorgung. Diese Beschlüsse sind für die zuständigen Zulassungsausschüsse bindend.

Bei der Bedarfsplanung greifen verschiedene Zuständigkeiten und Steuerungsmöglichkeiten ineinander. Vor Ort erfolgt die Planung durch den Bedarfsplan. Die Zulassungen werden von den Zulassungsausschüssen erteilt. Diese sind zwar grundsätzlich an die Bedarfspläne gebunden, können aber in Einzelfällen, etwa über Sonderbedarfe, zusätzliche Niederlassungen ermöglichen. Hier wird der Einfluss der bundeseinheitlichen Normen deutlich. Der Planungsrahmen lässt eine Bewertung des Versorgungsniveaus zu. Die Versorgungsgrade werden je nach Planungsebene und Arztgruppe gedeutet. Dabei wird die hausärztliche Versorgung am kleinräumigsten geplant. Das soll sicherstellen, dass hausärztliche Praxen möglichst nah am Wohnort von Patient:innen aufzufinden sind. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung wird die sonstige fachärztliche Versorgung in größeren Einzugsgebieten als ausreichend bedarfsgerecht eingeschätzt. Der Versorgungsgrad in einem Planungsbereich wird berechnet, indem das Ist-Niveau des Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Niveau der Verhältniszahl abgeglichen wird. Der Versorgungsgrad wird in Prozent ausgedrückt und vom Landesausschuss bewertet.

Für den hausärztlichen Bereich wird der Versorgungsgrad wie folgt interpretiert: Liegt der Versorgungsgrad unter 75 Prozent, liegt eine Unterversorgung vor. Dann ist die zuständige KV angehalten, Maßnahmen zu Beseitigung der Unterversorgung einzuleiten. Der Landesausschuss kann eine drohende Unterversorgung feststellen, wenn sich diese wegen der Altersstruktur der Ärzt:innen ankündigt. Auch dann ist die Möglichkeit zu Fördermaßnahmen gegeben. Ist das Soll-Versorgungsniveau um zehn Prozent überschritten wird ein Planungsbereich für weitere Niederlassungen gesperrt. Zulassungen sind dann nur unter weiteren, besonderen Voraussetzungen möglich. Liegt der Versorgungsgrad über 140 Prozent ist der zuständige Zulassungsausschuss angehalten, Nachbesetzungsanträgen nicht stattzugeben, wenn die Praxis nicht notwendig für die Versorgung in der Region ist. Aufgrund des Instruments des zusätzlichen Versorgungsbedarfs können Maßnahmen für andernfalls unterversorgte Gebiete auch in

Bereichen ergriffen werden, die in einem gesperrten Planungsbereich liegen. Der Gesetzgeber sieht diverse Maßnahmen für Gebiete mit (drohender) Unterversorgung vor. Die Zulassungsverordnung der Vertragsärzte legt fest, dass der Landesausschuss die KV auffordern muss, die Unterversorgung binnen einer von ihm zu bestimmenden angemessenen Frist zu beseitigen. Der Landesausschuss kann dabei spezifische Maßnahmen empfehlen. Nach Ablauf der Frist, spätestens jedoch sechs Monate nach Feststellung einer Unterversorgung, ist die KV gemäß § 105 Abs. 1 Satz 2 SGB V dazu verpflichtet, eine Eigeneinrichtung zu erstellen. Gelingt es nicht, die Versorgung zu sichern, kann der Landesausschuss andere Gebiete sperren, um steuernd einzugreifen. Ergänzend können die KVen gemäß § 105 Abs. 1a SGB V Sicherstellungsfördermaßen aus dem Strukturfonds finanzieren. Hierzu zählen Zuschüsse zu Investitionskosten bei Neuniederlassungen, Praxisübernahmen oder der Gründung von Zweigpraxen. Auch Stipendien für Medizinstudierende sind über den Strukturfonds förderfähig.

Die Normen, die in den Bedarfsplanungsrichtlinien des G-BA festgelegt werden, begründen – der Begriff führt in die Irre – keine Bedarfs-, sondern eine Kapazitäts- und Verteilungsplanung. Grundlage der Messung ist nicht der Versorgungsbedarf anhand der Nachfrage oder Morbidität, sondern das Angebot an ärztlichen Leistungserbringer:innen im Vorjahr der Berechnung. Dieses Angebot wird in Bezug zur Bevölkerungszahl gesetzt. Die Bedarfsplanung hat ihr Ziel, die Entwicklung der 1980er zu bremsen, erreicht, allerdings zu einem »hohen Preis« (Kopetsch 2003). Im Zusammenwirken der Kostendämpfung mit den Effekten der Strukturreformen der 1990er Jahre schmälert die Bedarfsplanung die Attraktivität einer vertragsärztlichen Niederlassung für junge Nachwuchsmediziner:innen (ebd.: 38).

Wegen der als überschaubar eingestuften Ergebnisse der Kostendämpfungspolitik (vgl. Alber 1988) gewinnt fortan ein Umstand an Bedeutung: Die soziale Sicherung ist in Deutschland nicht an die Staatsbürgerschaft, sondern an den Erwerbstätigenstatus der Versicherten gebunden. Deshalb ist gleichsam der soziale Fortschritt vom wirtschaftlichen Erfolg abhängig. Dieser Zusammenhang hat zur Folge, dass wirtschaftliche Konjunkturen eine Wirkung auf der individuellen Versicherten- und Versorgungsebene entfalten. Neben allen Ansprüchen beteiligen sich gesetzlich Versicherte heute an einigen Leistungen mit ihrem Privatvermögen. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Arzneimittel und des Zahnersatzes. Ursächlich hierfür ist die in den 1960/70er Jahren prominente Interpretation steigender Kosten im Gesundheitswesen als Kostenexplosion (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014: 152, kritisch: Reiners 2009a: 17ff.). Der Kostensteigerung lagen einige Anreiz- und Strukturfaktoren zu Grunde; sie wurde allerdings auch in Folge der Wirtschaftskrise von 1973/74 diagnostiziert, als niedriges Wirtschaftswachstum und steigende Arbeitsloszahlen die Volkswirtschaft prägten (vgl. Futterer 2020: 16f.). In der Folge versuchte der Gesetzgeber über eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik die Ausgaben im Gesundheitswesen zu begrenzen. Die verbundenen Maßnahmen zielen darauf ab, die Beitragssätze stabil zu halten, um als Belastung interpretierte Steigerungen der Arbeitgeberbeiträge zur GKV im Sinne der Lohnnebenkosten einzugrenzen. Die strukturkonservativen Gesundheitsreformen zwischen 1975 und 1992 führten Budgets auf die Vergütung unterschiedlicher Leistungsbereiche ein, nahmen Kürzungen im Leistungskatalog vor und übertrugen einige Strukturmerkmale der PKV auf die GKV (vgl. Knieps/Reiners 2015: 77ff.).

1987 kam eine vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission zu dem Entschluss, die ordnungspolitischen Instrumente würden den Anforderungen an eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung nicht mehr gerecht, insbesondere vor dem Hintergrund der medizinischen Entwicklungen. Es bestanden zudem Anreize, die eine angebotsseitige Leistungsreduktion oder nachfrageseitig reduzierte Inanspruchnahme verhinderten. Diverse Gesundheitsreformen hatten einen Mix von Steuerungsinstrumenten zur Folge, die Mengen-, Preis- und Strukturkomponenten der Ausgabenentwicklung zu regulieren versuchten (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014: 361ff.). Das Gesundheitsreformgesetz von 1989 und die anschließende Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sollten die Kostendämpfungspolitik neu ausrichten. Die Pläne gingen nicht auf (vgl. Reiners 1990: 22; Gerlinger/Schönwälder 2012), weshalb der damalige Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) 1992 das Gesundheitsstrukturgesetz erließ. Zunächst wurde die freie Kassenwahl eingeführt, wodurch ein Wettbewerb zwischen den Krankenkassen um die Patient:innen entstand (vgl. Bode 2010). Der Wettbewerb brachte den Patient:innen einige Wahlfreiheiten ein (zwischen Versicherungen, Tarifen und Leistungserbringern), erhöhte aber vor allem im Zuge der folgenden Reformen auch deren Eigenverantwortung in Gesundheitsbelangen. Das Gesundheitsstrukturgesetz mündete weiterhin in einer umstrukturierten Bedarfsplanungsrichtlinie, neuen Verhältniszahlen, der Festlegung neuer Planungsbereiche und der Festlegung, dass die hausärztliche Versorgung von Allgemeinmediziner:innen und hausärztlich tätigen Internist:innen erbracht wird. Den weitreichendsten Reformpunkt für die Ärzteschaft stellt die Einführung der Budgetierung der vertragsärztlichen Honorare dar. Der Ausgabendeckel auf die Vergütung bedeutete nicht, dass die Mittel für die Gesamtvergütung nicht weiter steigen konnten. Das Gegenteil war der Fall (vgl. Futterer 2020: 22). Sie konnten allerdings nur noch in festgelegten Grenzen steigen, weil die Gesamtvergütung nicht stärker als die beitragspflichtigen Einkommen der Versicherten, die Grundlohnsumme, erhöht werden durfte.

Für die Rolle des Staates, die Regulierung und die Willensbildung im deutschen Gesundheitswesen spielt das die GKV tragende Element des Korporatismus eine zentrale Rolle. Korporatismus meint nach dem lateinischen Wortursprung *corporativus*, einen Körper bildend. In der politikwissenschaftlichen Auseinandersetzung beschreibt Korporatismus zunächst »bestimmte Formen der Beteiligung gesellschaftlicher Gruppen an politischen Entscheidungsprozessen« (Schubert/Klein 2020). Der Einbindung von Interessenverbänden in die Politikgestaltung und der Übertragung öffentlicher Aufgaben ist über unterschiedliche Politikfelder hinweg gemein, dass die Korporationen in Form sozialer Verbände in der Erfüllung öffentlicher Aufgaben eine herausragende Stellung einnehmen. Das Repräsentationsmonopol ist für die Verbände ein gewichtiger Grund, sich auf die Bedingungen des Korporatismus einzulassen. Der Auftrag der Verbände besteht darin, als Intermediäre zwischen Bürger:innen und Staat die Mitgliederinteressen gegenüber dem Staat zu vertreten. Die Anzahl der Verbände ist beschränkt und es herrscht Mitgliedszwang.

Die Vorteile korporatistischer Steuerung für den Staat liegen auf der Hand: Er gewinnt nützliche Informationen und erhöht die Chance, für den gewonnen Konsens eine gewisse Akzeptanz (Grzeszick 2010: 23) zu sichern. Die Übernahme öffentlicher Aufgaben durch Verbände entlastet ihn. Zudem disziplinieren Korporatismen zu einer

gewissen Offenheit der Verbände gegenüber der Regierungspolitik (ebd.: 46ff.). Die interne Interessenspluralität zwingt die Verbände dazu, Kompromisse zu finden, wollen sie doch nach außen als Verhandlungspartner auftreten und für den Staat attraktiv sein. Zudem verspricht der Zusammenschluss in Dachverbänden den einzelnen Verbänden einen einfacheren Zugang zur Politik und ihren Prozessen. Auf diesem Wege entwickeln insbesondere große und mitgliederstarke Verbände Interessen, die in der Theorie einem Gemeinwohl nahekommen (vgl. Czada 1994). Dass eine Gemeinwohlorientierung im Rahmen korporatistischer Regulierungsmodelle jedoch keineswegs zwingend ist, mehr noch, autoritär ausgestaltet sein kann, zeigt der staatliche Korporatismus im italienischen Faschismus (vgl. Alemann 2002; zum ideengeschichtlichen Hintergrund vgl. Czada 1994). Damals wurden die wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Organisationen zur Einbindung in die autoritären Entscheidungsverfahren gezwungen. Schroeder und von Winter formulieren ihre generelle Kritik wie folgt:

»[Es] besteht eine Tendenz zur Bildung von Machtmonopolen, die strukturkonservierend und innovationshemmend wirken können. Korporatistische Arrangements werden oft damit legitimiert, dass [sie] einen Beitrag zum Gemeinwohl leisten. Im Korporatismus kann das Gemeinwohl aber auch umgekehrt durch die Selektivität der Interessenvermittlung beeinträchtigt werden, indem sich Partikularinteressen auf Kosten unbeteiligter Dritter durchsetzen. [...] Demgegenüber ist die demokratische Legitimation des Korporatismus eher gering, da Entscheidungen nicht durch Mehrheitswillen im Parlament, sondern in exklusiven Zirkeln getroffen werden[.]« (Schroeder/von Winter 2019: 481f.)

Grundsätzlich wird zwischen dem vorgenannten Staatskorporatismus und dem gesellschaftlichen oder liberalen Neokorporatismus unterschieden⁴. Letzterer fußt auf der freiwilligen Beteiligung der genannten Organisationen. Die Debatte um den Neokorporatismus kommt in den 1970er Jahren auf und fokussiert sich auf

»Produzentenverbände und deren Konzertierung mit staatlicher Politik im liberal-demokratischen Wohlfahrtskapitalismus. Es geht um das politische Steuerungspotenzial einer zwischen Regierungen, Gewerkschaften und Industrieverbänden in Institutionen der Sozialpartnerschaft ausgehandelten Wirtschafts- und Sozialpolitik« (Czada 2022).

4 Einige Autor:innen befürchten, die Begriffsverwendung »Neokorporatismus« versuche, die negativen Konnotationen des Korporatismusbegriffs mit den positiven Aspekten einer Governance-Form zu überlagern (vgl. Eyßell 2015). Zudem gewinnt mit der Ausweitung der Untersuchungsfelder im Neokorporatismus, der tiefergehenden Analysen und angesichts vermehrter wettbewerblicher Steuerungstendenzen in unterschiedlichen Feldern der Netzwerkbegriff an Bedeutung. So deuten Heinze et al. die staatlich induzierte Öffnung traditionell exklusiver Politiknetzwerke im Bereich der sozialen Dienste als einen politischen Tausch, der den Korporatismus zunehmend einschränkt (vgl. 1997: 249ff.). Im Tauschkorporatismus würden die einbezogenen Akteure in tendenziell konflikthaften Aushandlungen versuchen die Spielregeln zu beeinflussen, woraufhin der Staat seine Regulierung ausbaue. In der Folge verwandelten sich die Wohlfahrtsverbände in reine Dienstleistungsunternehmen. Dieser Governance-Modus zeugt nach Heinze et al. eher von einem Netzwerkcharakter, als weiterhin mit den korporatistischen Annahmen vereinbar zu sein.

Zu den zentralen Befunden der Neokorporatismusforschung zählt, dass der Staat Einfluss auf die Bildung von Interessengruppen und die Organisierung kollektiver Interessen nimmt, die Verbände nicht vorab eindeutig feststehende Gruppeninteressen repräsentieren, sondern sich diese erst herausbilden und Verbände sich dazu mit den Orientierungen und Forderungen ihrer Mitglieder und den Anforderungen der institutionellen Umwelt auseinandersetzen müssen (vgl. Voelzkow 2021).

In der Forschung zum Wandel der Interessenvermittlung in unterschiedlichen Politikfeldern macht der Korporatismusansatz deutlich, »wie stark staatliches Handeln auf die Definition und Organisierung von Interessen, auf Machtressourcen und politische Zugangs- und Beteiligungschancen einwirkt« (von Winter/Willems 2009: 9). Die Korporatismusdebatte hat darüber hinaus gezeigt, dass die Einbindung von Interessenverbänden in politische Prozesse nicht nur Folgen für den Staat und seine Möglichkeiten zur Politikgestaltung hat, sondern auch die innerverbandlichen und zwischenverbandlichen Strukturen beeinflusst (ebd.: 19). Zu dieser Erkenntnis gelangte die Debatte allerdings über einen Umweg, der auch für den Korporatismus im Gesundheitswesen relevant ist. Die in den frühen 1980er Jahren prominente strukturorientierte Korporatismusdefinition nach Philippe C. Schmitter (1979) wurde in der deutschen Debatte von der eher steuerungstheoretischen Perspektive Gerhard Lehmbrechts (1979) überlagert. So entwickelte sich, auch über die veränderten Bedingungen des Tripartismus (vgl. von Winter/Willems 2009: 12), ein Interesse an den Meso-Dimensionen der Korporatismen in einzelnen Politikfeldern. Schmitter wies bereits in den 1980er Jahren darauf hin, dass korporatistische Muster der Interessenvermittlung in verschiedenen Politikfeldern in unterschiedlicher Gestalt und Ausprägung anzutreffen sind (1981: 68). Auch andere Vertreter des Korporatismus, wie Wolfgang Streeck (vgl. 1994) und Arthur Benz (vgl. 1997: 106f.), betonen die Abweichungen der auffindbaren Muster vom Idealtypus. So öffnet sich in der politikwissenschaftlichen Debatte die Perspektive auf den sektoralen oder Mesokorporatismus. Sie kennzeichnet eine Abgrenzung zum Tripartismus und jenen Ansätzen, die in Politiknetzwerken einen spezifischen Strukturtyp erkennen (vgl. Scharpf/Mayntz 1995).

Die Analyse korporatistischer Funktionsweisen liefert Erkenntnis über die Wechselwirkung von Staat und Verbänden einerseits und die Eigensinnigkeit sektoraler Korporatismen andererseits. Entsprechende Reflexionen sind für den ambulanten Versorgungssektor des Gesundheitssystems im Zuge der Strukturreform von 1992 (Gesundheitsstrukturgesetz) von fundamentaler Bedeutung. Erstmals nach rund 100 Jahren Kontinuität wurden die Strukturen der GKV reformiert. Grundsätzlich bleibt eine Kontinuität für die staatliche Delegation von Handlungskompetenzen an paritätisch besetzte, zentralisierte verbandliche Steuerungsgremien bestehen. Die Regulierungsstruktur zentralisiert sich jedoch in Form des seit den 1990er Jahren funktional aufgewerteten G-BA. Der Sachverständigenrat folgert, »der G-BA bildet quasi eine zentrale korporative ›Super-Organisation‹ mit erweiterten Vollmachten hinsichtlich der medizinischen Versorgung« (SVR-G 2005: 11). Holzner spricht von einem »kleinen Gesundheitsministerium« (2016). Relevant ist, dass der G-BA in seiner Funktion und Arbeitsweise vorwiegend durch Expertenwissen und Sachverstand und weniger durch Interessenpolitik getragen wird. Bandelow et al. (2019: 461) halten fest, dass diese Entwicklung paradigmatisch für den Expertokratismus in der staatlichen Gesundheitspolitik ist.

Hans-Jürgen Urban stellt in einer einschlägigen Studie die liberale Wende in der Gesundheitspolitik fest – als Entwicklung vom »sozialen« zum »Wettbewerbskorporatismus«, als »Übergang vom keynesianischen ›Nachfrage- zum liberalen ›Angebotskorporatismus« (Urban 2001: 9; 2005). In einer Studie belegt Urban die funktionale Aufwertung des G-BA im Zuge der Strukturreform. Er schätzt fortan nicht nur den diagnostischen und therapeutischen Nutzen, sondern bewertet auch die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von Behandlungsmethoden (ebd.: 16). Urban zeigt auf, wie sich die politische Intervention der Budgetierung auf die Strategie- und Handlungspräferenzen der Akteure im G-BA auswirkte. Sehr vereinfacht ausgedrückt verfolgt die KBV das Ziel, ohne zusätzliche Honorare keine zusätzlichen Leistungen im G-BA anzuerkennen und die Krankenkassen zielen auf ein möglichst hohes Spektrum an »Grauzonen oder Zusatzleistungen« (ebd.: 38). Je höher deren Kontingenz ist, desto eher sind die Krankenkassen mit guten finanziellen Voraussetzungen und damit verbundenen Marktpositionen in der Lage, aus niedrigen Beitragssätzen und Leistungsprofilen im Wettbewerb um Patient:innen profitable Leistungen anzubieten. Die Aufnahme der Grauzonen oder Zusatzleistungen in den Leistungskatalog würde dies dem Wettbewerb entziehen. Dieser kurze Einblick verdeutlicht wie die Strukturreform das vormalig von den KVen und Krankenkassen geteilte Interesse an einem umfassenden Leistungskatalog erodierte. Während Döhler (1995) den Staat in dieser Entwicklung in seiner Funktion als Architekt der politischen Ordnung im Gesundheitswesen bestätigt sieht, stellt Gerlinger (2003) eine Erosion des korporatistischen Ordnungsmodells fest, auch weil der Staat auf die Inhalte und Regelungen des höchsten Gremiums der gemeinsamen Selbstverwaltung entscheidenden Einfluss nimmt. Die Partikularinteressen der KVen und Krankenkassen gewinnen in Zukunft an Bedeutung (vgl. Gerlinger 2020).

In Teilen ist die Zentralisierung der Regulierungsstruktur als Folge einzelner Reformen nebenbei entstanden, zugleich war sie in der Stoßrichtung vom Gesetzgeber durchaus intendiert (vgl. Bandelow et al. 2019). Er hat sich nicht, wie teilweise angenommen, auf die alleinige Rahmensetzung der Versorgungsorganisation und -vergütung beschränkt. Vielmehr ging die Einführung der Wettbewerbsordnung mit einer deutlichen Ausweitung staatlicher Intervention einher: Vielgestaltige und detaillierte prozedurale Steuerung, ein restriktiver Finanzrahmen sowie ein immer dichteres Netz an gesetzlichen Vorschriften für die GKV und ihre Akteure waren die Folge. Die damalige rot-grüne Bundesregierung und das Bundesgesundheitsministerium haben Interessenpolitik betrieben. Die Transformation der gemeinsamen Selbstverwaltung diente dazu die Strategien der an der Versorgung beteiligten Akteure an den Globalzielen der Bundesregierung zu orientieren. Die Einbeziehung der tradierten Akteure in die Entscheidungsfindungsprozesse wurde zunehmend selektiver und situativer (vgl. Schroeder/von Winter 2019). Aufgrund veränderter Strategiebildung der an der Versorgung beteiligten Akteure wurden Prozesse umfassender Re-Regulierung notwendig (vgl. Gerlinger 2013). Die Vorschriften für die GKV und ihre Akteure umfassten Bestimmungen, die dem eingeführten Wettbewerb zuträglich waren. Sie präzisierten die Rechte und Pflichten der Akteure und definierten Handlungsgrenzen, in einem »zunehmend von finanziellen Anreizen geprägten Handlungssystem« (Gerlinger 2009: 36).

»Diese Notwendigkeit, den Prozess der Marktschaffung durch staatliche Re-Regulierung zu begleiten [...], schließt neben der Rechtsetzung auch die staatliche Aufsicht ein. Diese Absicht – nämlich zu verhindern, dass Leistungsanbieter dem Anreiz zur Kostensenkung auch unter Inkaufnahme von Qualitätsmängeln und Rationierungen folgen – wird insbesondere deutlich in der rechtlichen Aufwertung der Qualitätssicherung. Bis zum Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes fehlten Vorschriften zur Qualitätssicherung im Krankenversicherungsrecht nahezu völlig. Seitdem fanden derartige Bestimmungen nach und nach Eingang in die Gesetzgebung und verdichteten sich zu einem engmaschigen Vorschriftennetz, das durch noch ein weit umfangreicheres konkretisierendes Regelwerk der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzt wird.« (Ebd.: 37)

Nach Gerlinger sind die Entwicklungen des Korporatismus im Gesundheitswesen weit- aus vielschichtiger, als es die Diskussion über seinen Rückzug vermittelt. In vielen Bereichen nahm die staatliche Regulierung schließlich zu, wie die Ausweitung des SGB V exemplarisch verdeutlicht. Die bis Mitte der 1990er Jahre konstatierte Korporatisierungsstrategie (vgl. Döhler/Manow 1992) treffe auf die Zeit nach der Strukturreform von 1992 nicht mehr zu. Nun schreibt der Staat nicht mehr dem Verbändewesen, sondern dem Wettbewerb die Funktion zu, die angestrebte Kostendämpfung zu erreichen. Dem Korporatismus hingegen kommt die Aufgabe zu, diesen wettbewerblichen Umbau zu flankieren (ebd.: 39). Die Beständigkeit des Steuerungsmodus führt Gerlinger auf das Gesundheitswesen als Gegenstand an sich zurück. Hierin gehe es nicht allein um monetäre Umverteilung, sondern auch um persönliche Dienstleistungen, die auf einem hohen Expertenwissen der Leistungserbringer bauen. Dieses Wissen könne der Staat nur schwer selbst mobilisieren. Die weitreichende Transformation beschnitt die Spielräume der tradierten Akteure in der Interessenvermittlung. Zudem erscheinen die Erfolgsaussichten einer Einbringung zunehmend unsicher, weil der Staat an strategischer Autonomie in der Interessenvermittlung gewonnen hat. In der Folge differenzieren die Interessenverbände ihre Interessenvermittlungsstrategien aus (ebd.: 49). Während Holick (vgl. 2006) nur von einer Ausdifferenzierung spricht, diagnostiziert Döhler eine »Zersplitterung vormals relativ homogener Interessengruppen« (2002: 37). Gerlinger betont, die Interessenverbände würden nun gleichsam an der Politik vorbei die Öffentlichkeit direkt ansprechen, um Unterstützung für ihre Anliegen zu gewinnen:

»Dies schließt eine gewachsene Konfliktbereitschaft gegenüber den politischen Entscheidungsträgern ein. Diese Entwicklung verweist darauf, dass die Strategie des Wettbewerbs im Gesundheitswesen über keinen Mechanismus zur Integration gesellschaftlicher Interessen verfügt, der in seiner Leistungskraft dem der (alten) korporatistischen Regulierung vergleichbar wäre.« (Ebd.: 49)

2.2 Debatten zur ärztlichen Versorgung ländlicher Regionen

Die Politikwissenschaft begann sich, mit einigen wenigen Ausnahmen, erst in den 1980er Jahren mit der Gesundheitspolitik als Untersuchungsgegenstand zu beschäftigen. Zuvor galt das Politikfeld noch als wenig ausdifferenziert (vgl. Döhler/Manow 1997). Zu-

nächst lag der Fokus auf den Reformblockaden im Gesundheitswesen. Viel zitiert ist in diesem Zusammenhang die Studie von Rosewitz und Webber aus dem Jahr 1990. Die Autoren begründeten darin die Grenzen der staatlichen Steuerungsansprüche mit der ärztlichen Verbändemacht, dem Einfluss der Länder auf die Krankenhauspolitik und der Rolle der FDP als ärztliche Klientelpartei. Zugleich zeigten Döhler und Manow (vgl. 1995) wie der Staat durchaus erfolgreich die Verbände für die eigenen Steuerungsziele in Dienst nahm (»Korporatisierung«). In der ersten Hälfte der 1990er Jahre widmete sich die gesundheitspolitisch interessierte Politikwissenschaft der (Trans-)Formation des Gesundheitssystems in den neuen Bundesländern, später den institutionellen Bedingungen des strukturellen Wandels der Gesundheitsreformen der frühen 1990er Jahre.

Vor dem Hintergrund der attestierten Reformblockade war die wettbewerbliche Neuausrichtung des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992 erklärungsbedürftig. Die Forschung war sich einig, dass der wachsende Problemdruck durch die steigenden Beitragssätze und die damit verbundenen Differenzen zwischen den Krankenkassen sowie die Entschlossenheit, politische Entscheidungsmacht wieder zu erlangen, zentrale Erklärungsfaktoren für den Reformprozess waren. In der Folge schmälerte sich der Einfluss der Verbände auf das politische Zentrum (vgl. Perschke-Hartmann 1994). Die Reform wird bis heute als Bruch in der Interessen- und Entscheidungsvermittlung gedeutet (vgl. Bandelow 2010) und als Ausdruck einer Ökonomisierung des Gesundheitssystems und einer politikfeldspezifischen Entwicklung in Richtung Marktorientierung der sozialen Sicherungssysteme. In den Folgejahren werden die gewandelte Interessenvermittlung im »Wettbewerbskorporatismus« (Urban 2001; vgl. Reiners 2009b; Bandelow/Schade 2009; Gerlinger 2009; Klenk 2018) und der Ausbau der hierarchischen Steuerung vor dem Hintergrund vermehrter Re-Regulierung (vgl. Gerlinger 2013; 2021b) betont.

Die zunehmend fragmentierten Interessenlagen äußern sich in der Selbstwahrnehmung und Organisation der korporatistischen Akteure. Einerseits treten die Krankenkassen seit den 1990er Jahren als Versicherungsunternehmen auf und neigen zunehmend dazu, ihre Strategien und Positionen nach Maßgabe einzelwirtschaftlicher Interessen zu formulieren (vgl. Gerlinger/Reiter 2017: 268). Andererseits bringt der Medizinsoziologe Hans-Ulrich Deppe auch die Kommerzialisierung ambulanter Gesundheitsversorgung in den wissenschaftlichen Diskurs. Er versteht sie als Konsequenz der politischen Strategie der »Übertragung ökonomischer Gesetze und Instrumente auf außerökonomische Sachverhalte« (Deppe 2011: 12). Deppe vertritt die Ansicht, das vorherrschende »hegemoniale« (ebd. 135) Modell neoliberaler Ökonomie habe seinen Einzug in das Gesundheitssystem gefunden. So hätten seine repräsentativen Motive der betriebswirtschaftlichen Rationalität und Rentabilität Einzug in die Krankenhäuser und Praxen gefunden, mit teilweise verheerenden Folgen für die Versorgung von Patient:innen (ebd. 139ff.).

Die vorgenannten Reformen schwächten die soziale Selbstverwaltung vor der Jahrtausendwende (vgl. Hänlein/Schroeder 2010). Die Binnenstrukturen der Krankenkassen wurden mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 stark verschlankt, um die Krankenkassen in die Lage zu versetzen, im Wettbewerb um die Versicherten zu bestehen. Weil gleichzeitig die zentralen Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung gestärkt

wurden, so sind sich einige Beobachter:innen des deutschen Gesundheitswesens sicher, habe sich die ohnehin schon bestehende Entfernung zwischen den Entscheidungsträgern und den von den Entscheidungen betroffenen weiter vergrößert. Dies dürfte die Artikulation der infrastrukturbezogenen Interessen von Patient:innen erschwert haben. Das GKV-Modernisierungsgesetz von 2004 reagierte, indem die Patienteninteressen in die gemeinsame Selbstverwaltung integriert wurden (zum damit verbundenen Ziel der Bürgerbeteiligung, vgl. Ewert 2013). Deren Vertreterorganisationen erhielten Mitberatungsrechte im höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem G-BA. Diese Entwicklung wird als Aufwertung der Patienteninteressen bilanziert (vgl. Etgeton 2009: 227). Schließlich sind nicht patientenorientierte Entscheidungen in dieser neuen Konstellation stets erklärungsbedürftig. Die Diskussionskultur im G-BA veränderte sich (vgl. Klenk 2012).

Auch die weniger auf die Interessenvertretung und mehr auf die Wohlfahrtsproduktion bezogene Forschung beobachtet die gewandelte Rolle von Patient:innen im Zuge der Strukturreformen der 1990er Jahre. Der eingeführte Wettbewerb und die marktwirtschaftlichen Elemente diverser Folgereformen haben die Erwägungen der Leistungserbringer betriebswirtschaftlicher orientiert, mit teilweise negativen Folgen für die Versorgungsqualität (vgl. Manzei/Schmid 2014). Den Versicherten hat der Wettbewerb zwar die Wahl zwischen Versicherungen, Tarifen und Leistungserbringern ermöglicht. Er hat zugleich aber auch ihre Eigenverantwortung erhöht. Versicherte nahmen die Gestalt von Nutzer:innen auf dem Gesundheitsmarkt an. Zugleich entwickelten die organisierten Versicherten-, Patienten-, Selbsthilfe- und Verbraucherschutzorganisationen, die »Nutzerorganisationen« (vgl. Ewert 2019), Potenziale als zivilgesellschaftliches Korrektiv und Koproduzent im Versorgungssystem. Sie fokussieren sich darauf, Kompetenzen zu vermitteln und die Nutzeridentitäten zu stärken, stehen allerdings vor zentralen Herausforderungen. »Nutzerorganisationen müssen [...] einen produktiven Umgang mit ihrer ambivalenten Mehrfachrolle als politische Akteure, hartnäckige Kritiker sowie bürgernahe Dienstleister und Kompetenzvermittler des Gesundheitswesens finden.« (Ebd.: 252)

Für die Mikroebene der von Versorgungsdefiziten betroffenen Personen liegt kaum Forschung vor. Ingo Bode beschreibt das Ergebnis der neuen Steuerungsformen in der GKV als »disorganisierte Governance« (Bode 2010). Insgesamt seien die Kooperationsformen und -modi zwar ausgebaut worden, allerdings müsse der aktuelle Modus der Vernetzung problematisiert werden, weil er von Brüchen und Unsicherheiten durchzogen sei und so nur unberechenbare Versorgungsleistungen hervorbringe. Unter den Instabilitäten im Versorgungssystem litten insbesondere sozial benachteiligte und wenig artikulatio[n]sfähige Individuen. Dabei sei der Staat verantwortlich, konkrete Rahmenbedingungen zu gestalten. Blieben diese hingegen vage, setzten die privilegierten Gruppen weiterhin ihre Interessen durch.

Parallel hierzu differenzieren sich die Gesundheitsberufe (vgl. Spier/Strünck 2018) und damit verbunden der gesundheitliche Arbeitsmarkt stark aus (Knieps et al. 2012: 12). Freie Ärzteverbände gewinnen an Bedeutung (vgl. Klenk 2018). Auf regulativer Ebene wächst der Einfluss pluralistischer Verbände auf die gesundheitspolitische Willensbildungs- und Entscheidungsprozesse. Die Einbeziehung der tradierten korporatistischen Akteure in die Interessenvermittlung wird hingegen selektiver und situativer. Sie begründet und verstetigt asymmetrische Beziehungen zwischen den Akteuren. Insgesamt

wird so von einer »Wandlungsfähigkeit und Interpretationsoffenheit des korporatistischen Arrangements« (Klenk 2018: 42), aber auch vom »unvollendeten Korporatismus« (Noweski 2004) ausgegangen.

In diversen Politikfeldern, in denen exklusive staatlich-verbandliche Arrangements als exemplarisch für den sektoralen Korporatismus gelten, wird konstatiert, diese Arrangements befänden sich »auf dem Rückzug« (von Winter/Willems 2009: 24). Zumindest mache der Staat zunehmend von »seiner Hierarchieposition Gebrauch, um politische Innovationen, die auf den Widerstand etablierter Interessen stoßen« (ebd.) zu befördern. In Teilen findet eine entsprechende Strategie auch unter Inkaufnahme oder explizit im Rahmen einer Zurückdrängung des Verbandseinflusses durch den Staat statt. Hierfür werden rechtliche Rahmenbedingungen und Verfahrensregeln mit dem Ziel verändert, die Verbandskonkurrenz zu erhöhen (vgl. Scharpf 1993: 39). Ein weiteres Beispiel findet Döhler (2002: 27) in der gezielten Einsetzung von politikfeldbezogenen Beratungskommissionen, um den Einfluss eingespielter korporatistischer Gremien auszuhebeln. Nullmeier (2003: 179) betont hingegen, die Mobilisierung zusätzlicher Interessensgruppen könne auch aus der Regelungsmaterie selbst heraus entstehen, zum Beispiel vor dem Hintergrund technischen Fortschritts.

»Die Exklusivität korporatistischer Netzwerke stellt zwar grundsätzlich eine Barriere für die mit den etablierten Verbänden konkurrierenden Interessensgruppen dar, bildet zugleich aber auch einen Anreiz zur Mobilisierung bislang unterrepräsentierter Interessen, die dann ihrerseits politische Beteiligungsansprüche anmelden (Schmitter 1981: 72f.)« (von Winter/Willems 2009: 24)

Immer wieder gelingt konkurrierenden Interessensgruppen eine Mobilisierung für ihre Interessen. Veränderte Konflikt- und Interessenlagen irritieren zuvor in bekannten Bahnen verlaufende Prozesse und pluralisieren diese. Bandelow (vgl. 1998) argumentiert für den Gesundheitsbereich, an die Stelle fester Bündnisse würden *Issue*-Koalitionen treten. Andere vermuten in der Ausdifferenzierung der Akteursfelder staatlich-verbandlicher Beziehungen eine Entkopplung von Politikproduktion und -implementation (vgl. von Winter/Willems 2009: 21). Sie kann mit einer Zunahme kooperativen Staatshandelns im Bereich der Implementation einhergehen. Der Fokus der Verbände liegt dann allein auf der Chance, die Umsetzung rechtlicher Regulierungen nach den eigenen Präferenzen zu gestalten (vgl. Töller 2003).

Einige Autoren diskutieren diese und ähnliche Phänomene hingegen unter dem Slogan »vom Korporatismus zum Pluralismus« (vgl. Bandelow 2004; Schroeder/von Winter 2019). Es kann allerdings festgehalten werden, dass die Pluralisierung der Entscheidungsarenen keineswegs auf ein Ende des korporatistischen Verhandlungsmodus hindeutet. Eine entsprechende Interpretation stellt auch keinen wissenschaftlichen Gemeinplatz dar. Die grundsätzliche Beständigkeit des korporatistischen Arrangements dauert auch in Krisenzeiten an, wie jüngst im Rahmen der COVID 19-Pandemie deutlich wurde (vgl. Klemm/Knieps 2020).

Weil die Geschichte der inkrementellen Gesundheitsreformen maßgeblich von Pfadabhängigkeiten (vgl. Schreyögg/Farhauer 2004) und recht starren Vetospielerpotenzialen (vgl. Pannowitsch 2012) geprägt ist, verwundert es nicht, dass in den jüngeren Studi-

en als Erklärungsfaktoren für Möglichkeitsfenster des Politikwandels (vgl. Kingdon 1984) im ambulanten Sektor weiterhin (auch) die tradierten Akteure im Fokus stehen. Die Analysen fragen, warum im Rahmen auftretender Problemstellungen wie der regionalen Unterversorgung, tendenziell klassische Instrumente ergriffen werden. Hassenteufel et al. (2020) argumentieren mit Blick auf Versorgungsmängel in unterschiedlichen nationalen Gesundheitssystemen wie folgt: Den tradierten Akteuren gelinge es eher, ihre Präferenz für den Ausbau finanzieller Mittel in die Aushandlungsprozesse gewinnbringend einzuschreiben oder zumindest strukturelle Reformen als inadäquat abzuwerten. Damit verweisen die Autor:innen auf die diskursiven Konstruktionen der jeweiligen Probleme zum Beispiel in Frankreich (vgl. Moyal 2021) und Österreich (vgl. Theres 2021). Akteure, die bisher weniger relevant in den politischen Aushandlungsprozessen waren, sogenannte »*medical entrepreneurs*«, werden auf ihre Einflüsse auf das Agenda-Setting und die Politikformulierung hin abgeklopft. Im deutschen Fall konnte der Hausärzteverband seine Interessen im Rahmen eines Selektivvertrags zur hausärztlichen Versorgung gemäß § 73b SGB V einbringen (Gerlinger 2021: 40b.). Zugleich gelingt es auch (freien) Ärzteverbänden, Prozesse, wie den der Digitalisierung der Gesundheitsversorgung durch die elektronische Gesundheitsakte, nach den eigenen Interessen zu beeinflussen (vgl. Bogumil-Uçan/Klenk 2021). Wegen der wachsenden Anzahl von Akteuren, die politische Entscheidungsfindungsprozesse beeinflussen, setzen Forschungsarbeiten vermehrt auf Ansätze, die den Einfluss dieser Akteure und Akteurskonstellationen auf den Policy Prozess nehmen. Dabei wird nicht mehr allein auf klassische Konzepte wie den Advocacy Coalition Ansatz zurückgegriffen (ebd.), sondern es werden neue Veto-Spieler ausgemacht (vgl. Gerlinger 2021a) oder es wird nach programmatischen Eliten gesucht (vgl. Bandelow et al. 2020).

Die demografischen Entwicklungen westlicher Gesellschaften stellen die Wohlfahrtsstaatsregime seit nunmehr 20 Jahren vor große Herausforderungen. Bereits seit vielen Jahrzehnten steht die Gesundheitspolitik nicht mehr nur im Mittelpunkt wissenschaftlicher, sondern auch öffentlicher Diskussionen. In nahezu allen westlichen Industrienationen altert die Bevölkerung, nehmen chronisch-degenerative Erkrankungen zu, bestehen zum Teil erhebliche Mängel in Prävention und Versorgung und steigen die Ausgaben für Gesundheit. Gerlinger und Schmucker (2011) interpretieren den damit einhergehenden Wandel des Politikziels in Richtung Effizienz und Effektivitätserhöhung der GKV als Abkehr vom Bismarck'schen System. Seit der Jahrtausendwende werden vergleichbare Momente der Dynamisierung und Pluralisierung diversen Gesundheitssystemen unterschiedlicher Couleur attestiert. In der Folge stellt sich die Politikwissenschaft die Frage, in welche Richtung sich der Wandel der Gesundheitssysteme vollzieht, insbesondere da das Ausmaß an Ökonomisierung variiert. Teilweise lassen sich diese Entwicklungen durch wohlfahrtstaatliche Traditionen pfadabhängig erklären. Oder sie werden nationalen Politikstilen, parteipolitischen Präferenzen und dem Selbstverständnis der politischen Eliten zugeordnet (vgl. Bandelow et al. 2021). Grundsätzlich kommen internationale Vergleichsstudien darin überein, dass die Typologie der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung nicht ohne Weiteres auf die Gesundheitspolitik übertragbar ist. Ansätze zur Verwirklichung der Konzepte *mangaged care* und *managed competition* (Endthoven 1988; Luthé 2017: 57f.) liefern dem hingegen einige belastbare Erkenntnisse. Beide Konzepte zielen darauf, durch mehr

Wettbewerbsmechanismen und ökonomische Anreize, gesundheitspolitische Potenziale effizient auszuschöpfen. Erklärt wird der verbundene Politikwandel durch den geringen Wirkungsgrad vorangegangener Reformen, die wachsende Aufmerksamkeit für Qualitätsmängel im Gesundheitswesen und das Einsetzen des demografischen Wandels. Zudem wird auf die Kompatibilität dieser Konzepte mit in weiten Teilen der EU und OECD-Welt bereits hegemonialen Strategien zur Reform des öffentlichen Sektors verwiesen (Stichwort *New Public Management*, vgl. Marmon et al. 2009; Verspohl 2012).

Tabelle 1: Auswahl relevanter Versorgungs- und Strukturreformen in der GKV

Gesundheitsreform	Ausgewählte Maßnahmen
Modernisierungsgesetz 2004	Hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung
Vertragsarztänderungsgesetz 2007	Teilzulassung, Wegfall der Altersgrenze für die Niederlassung und für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit
Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007	Verpflichtende Tarifangebote, Ausweitung der Vertragspartnerschaft für Kassen
Versorgungsstrukturgesetz 2012	Mitspracherecht des Landes im G-BA, bessere Verdienstmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten, Strukturfonds, gemeinsames Landesgremium zur sektorenübergreifenden Versorgung, Delegation ärztlicher Leistungen
Versorgungsstärkungsgesetz 2015	Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin, Ziel der Reduktion von Überversorgung in Ballungszentren, Terminservicestellen, Innovationsfonds, mehr Gestaltungsspielraum der Kassen und ihrer Vertragspartner im Rahmen von Selektivverträgen
Terminservicestellengesetz 2019	Beraterstatus der Länder im G-BA, Ausbau von Sprechstunden, Förderung von Hausbesuchen auf dem Land, verpflichtend reg. Zuschläge in unterversorgten Gebieten, Verpflichtung zum Strukturfonds, Möglichkeiten zu KV-Eigeneinrichtungen

Quelle: Futterer 2022: 40

Die jüngere gesundheitspolitische Debatte ist durch die geteilte Annahme gekennzeichnet, dass das deutsche Gesundheitssystem vor großen und grundsätzlichen Herausforderungen steht. Die Listen der konsensfähigen Herausforderungen unterschiedlicher Akteure divergieren unwesentlich (vgl. Schönbach 2015; Knieps 2020). Zentrale Aufgaben werden in den Bereichen Finanzierung (vgl. Greß 2019) und Digitalisierung der GKV (vgl. Baas 2019), Gesundheit im Alter (vgl. Kuhlmeier/Schaeffer 2012) sowie den Versorgungskonzepten der Zukunft (vgl. Knieps 2012; Knieps et al. 2012) ausgemacht. Letztere behandeln vor allem die Konzepte, die durch die Gesundheitsreformen der Jahre 2012 und 2015 (Tab. 1) eingeführt wurden.

Denn der Gesetzgeber reagiert durchaus auf die Fehlsteuerung im ambulanten Sektor. Schließlich wurden bereits kurz nach ihrer Einführung die Mängel der Bedarfsplanung diskutiert. Damals wurden sie oft in Richtung mehr Wettbewerb aufzulösen versucht (vgl. Neubauer 1978: 247). Auch heute stehen für die flächendeckende Versorgung in strukturschwachen Regionen gesundheitsökonomische Lösungsoptionen parat (vgl. Mühlenbacher/Wessels 2011: 62).⁵ Die Bedarfsplanung wird auch aus weniger elementaren Gründen fortlaufend diskutiert. Ozegowski und Sundmacher (vgl. 2013) fragen angesichts der eröffneten regionalen Gestaltungsspielräume, insbesondere durch die Reformen von 2012 und 2015 nach den Folgen für die gesundheitspolitischen Prinzipien der Bedarfsgerechtigkeit und der gleichwertigen Zugangschancen zur Versorgung. Sie konstatieren, der Gesetzgeber versäume es, für die Patient:innen »relevante Standards zu definieren [...] und damit die abstrakten Rechtsbegriffe [...] greifbar zu machen« (ebd.: 67). Wo Ozegowski und Sundmacher skeptisch sind, sieht Martin Burgi (vgl. 2013) zu erweiternde Kompetenzen. Er geht zwar von der Regionalisierung einiger Steuerungselemente aus, betont allerdings, dass der Gesetzgeber die Gebietskörperschaften nicht in angemessener Weise an der Bearbeitung struktureller Versorgungsfragen beteiligt. Knieps und Reiners (2015: 253) betonen, die regionale Bezugsgröße der Bedarfsplanung erweise sich bereits seit Anfang der 2000er Jahre als ungeeignet zur Versorgungssicherung (vgl. Schöpe et al. 2007; Fülöp et al. 2008; Ozegowski/Sundmacher 2012). Michael Simon erläutert, warum die Sicherstellungsmaßnahmen der KVen, die in der Regel zunächst als wirtschaftliche Vergünstigungen eingesetzt werden, der Vertragsärzteschaft sauer aufstoßen. Zuschüsse zu den Praxiskosten, zinsgünstige Kredite oder Mindestumsätze müssten innerhalb der Gesamtvergütung finanziert werden, die die KVen von den Krankenkassen erhalten. »Dass sie zulasten der vertragsärztlichen Vergütungen geht, folgt aus dem Sicherstellungsauftrag.« (2017: 169) Gerlinger et al. halten fest, es fehle an zahlreichen Voraussetzungen wie Personal, Verantwortungsgefühl, rechtlichen Legitimationshürden und Ressourcen der Kommunen, um den »erweiterten Rechtsrahmen« (2018: 110) in der vertragsärztlichen Versorgung mit Leben zu füllen. Reiners (2018) spricht gar von der Bedarfsplanung und Sicherstellung als »Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik«. In der wissenschaftlichen Debatte unterscheiden sich die Wahrnehmung

5 Es verwundert nicht, dass die Gesundheitspolitik nicht nur für Akteure im Gesundheitswesen und die Politikwissenschaften von Interesse ist, sondern auch zentraler Gegenstand der (Gesundheits-)Ökonomik ist. Schließlich ist das Gesundheitswesen zu einem enormen Beschäftigungs- und Wirtschaftsfeld herangewachsen. Es mag aufgrund häufig gegensätzlicher Interessen und Ziele voraussetzungsvoll erscheinen, Komplementaritäten gesundheitspolitischer und gesundheitswirtschaftlicher Perspektiven auszumachen. Bandelow et al. betonen, die Gesundheitspolitik befinde sich »im konstanten Spannungsfeld zwischen finanzierungsseitigem Worst-Case- und wachstumsseitigen Best-Case-Erwartungen« (2010: 7). Gerlinger und Sauerland ergänzen, gesundheitsökonomische Analysen seien explizit auch normativ ausgerichtet und zielten darauf, gesundheitspolitische Entscheidungen zu fundieren. »So etwa werden auf der Basis der Untersuchung von Finanzierungs- und Entlohnungssystemen und ihrer (Anreiz-)Wirkungen normative Lösungsvorschläge für die im Wandel der Zeit auftretenden gesellschaftlich und ökonomisch relevanten Probleme im Gesundheitssystem entwickelt.« (2018: 524) Nichtsdestotrotz, so argumentieren sie, können die Erkenntnisse der Politikwissenschaft und der (Gesundheits-)Ökonomik ergänzend genutzt werden – sofern ein Wissen und Verständnis über die Besonderheiten der jeweils anderen Disziplinen vorhanden ist.

und Deutung der Sicherstellungsprobleme weniger als zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren und der Politik. In aller Regel stimmen die unterschiedlichen Autor:innen mit dem Sachverständigenrat überein, der in seinem Gutachten von 2014 »erhebliche Allokationsprobleme« (SVR-G 2014: 103) anspricht. Dabei werden räumlich ungleiche Zugänge zu medizinischen Versorgungseinrichtungen weniger mit der ungleichen Verteilung von Gesundheit als mit sozio-ökonomischen Faktoren in Beziehung gesetzt (vgl. Geyer 2020).

Dabei wurden die Grenzen der Bedarfsplanung generell prominenter. Die festgestellten Unterversorgungen in nach der Bedarfsplanung übertersorgten Gebieten werden analysiert (vgl. Kistemann/Schröer 2007) und eine allgemeine Verschiebung der Wahrnehmung von Versorgungsproblematiken festgehalten (vgl. Knieps et al. 2012). Angesichts dieser Erkenntnisse erweisen sich einige in der Einleitung genannte Befragungen von Lokalvertreter:innen als aufschlussreich. In einer Studie aus dem Jahr 2012 wurden Bürgermeister:innen in Baden-Württemberg nach ihrer Perspektive und ihren Erfahrungen mit Maßnahmen gegen den Hausärztemangel befragt. 698 Bürgermeister:innen nahmen teil, wobei es über 90 Prozent als ihre Aufgabe ansehen, die Versorgung zu sichern. 16 Prozent berichten, dass eine Praxis in ihrer Gemeinde wegen einer fehlenden Nachfolgeregelung geschlossen werden musste. 50 Prozent halten die Unterstützung durch die Gemeinde für realisierbar und machen besondere Bedarfe in innovativen Versorgungsprojekten aus (vgl. Steinhäuser et al. 2012). In Niedersachsen stellt sich die kommunale Perspektive auf die ambulante Versorgungssituation vergleichbar dar, wobei die Rolle der Kommune von den Befragten als geringer eingeschätzt werden. 411 Bürgermeister:innen und 38 Landrät:innen wurden gefragt. 30 Prozent bewerteten die hausärztliche Versorgung als ungenügend, 71 Prozent die sonstige fachärztliche Versorgung. Zwei Drittel der Befragten verwiesen auf lokale Probleme, wobei nur ein Drittel ein kommunales MVZ für eine adäquate Lösung hält. 72 Prozent der Bürgermeister:innen und 75 Prozent der Landrät:innen leisten kommunale Unterstützungsmaßnahmen wie finanzielle Zuschüsse, Beratungsleistungen oder den Aufbau von Kooperationen und Netzwerken (vgl. Kuhn et al. 2018). Eine Bevölkerungsbefragung in Niedersachsen (vgl. Tangermann et al. 2019) unterstreicht, dass die gegenwärtige hausärztliche Versorgung überwiegend als gut bewertet wird, wobei insbesondere in schwer zu versorgenden Regionen eine Verschlechterung der Versorgungssituation erwartet wird. Eine weitere Studie sammelte Informationen zur Problemwahrnehmung, -beschreibung und -bewertung der regionalen Versorgungsstruktur aus Perspektive von 123 hauptamtlichen Bürgermeister:innen in Sachsen-Anhalt. Bei einer 51 prozentigen Rücklaufquote rechnen 87 Prozent der hausärztlichen Versorgung einen hohen Stellenwert als Standortfaktor zu, und ca. 45 Prozent sehen es als ihre Aufgabe an, zur Sicherstellung beizutragen. In der Befragung wiesen allerdings auch 40 Prozent darauf hin, dass die infrastrukturelle Ausstattung ihrer Gemeinde nicht attraktiv genug für eine Niederlassung sei und 75 Prozent befürchteten eine Verschlechterung der Versorgungslage (vgl. Barthen/Gerlinger 2016).

Die Datenlage zu den Gründen für räumliche Disparitäten im Zugang zu Versorgungseinrichtungen und -leistungen und den mangelhaften Strategien, ihnen zu begegnen, ist umfangreich. Es wird auf die Überbewertung von finanziellen Anreizen gegenüber weichen Standortfaktoren hingewiesen (vgl. Kistemann/Schroer 2007; Natanzon

2010; Küpper/Mettenberger 2018) und auf die angebotsseitigen Nachfrage nach Freizeit (vgl. Berchthold et al. 2015), familienfreundlichem Umfeld, Attraktivität des Ortes und Teamarbeit (vgl. Roick et al. 2012; Schmidt et al. 2017; Ziegler et al. 2017), sowie auf angemessene Arbeitsbedingungen (vgl. Gunter et al. 2010). Der medizinische Nachwuchs präferiert tendenziell urbane und sozio-ökonomisch attraktive Räume, bestätigen einige internationale (vgl. Ono 2014) und nationale (vgl. Gibis et al. 2012) Erhebungen. Zusätzlich beschäftigt ihn eine ausgewogene Work-Life-Balance aus Angst vor einer erhöhten Arbeitsbelastung im ländlichen Raum (vgl. Steinhäuser 2011). Autor:innen diskutieren zudem private Zusatzeinnahmen kontrovers, wobei ihr Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung unklar bleibt (vgl. Sundmacher/Ozejowski 2016). Einen Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren und die daraus abgeleiteten Handlungsoptionen liefern Langer et al. (2015). Sie folgern, dass sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Faktoren bei der Niederlassung eine Rolle spielen, und Ärzt:innen, die auf dem Land aufgewachsen sind, einer späteren Tätigkeit auf dem Land aufgeschlossener gegenüberstehen als ihre städtischen Kolleg:innen. Dies meint der sogenannte »Klebeeffekt«, der das Phänomen eines positiven Zusammenhangs zwischen der Sozialisation im ländlichen Raum zu einer späteren ärztlichen Niederlassung im selbigen beschreibt.

Die Ländlichkeit der betroffenen Regionen spielt eine zentrale Rolle für die Deutung der vertragsärztlichen Versorgungsprobleme. Wegen der »De-Infrastrukturalisierung« (vgl. Kersten et al. 2012; Krajewski/Wiegandt 2020) sind die Leistungen der Daseinsvorsorge mit höheren Kosten pro Kopf verbunden und schwerer erreichbar. Für die regionale Gesundheitsversorgung spielt das insbesondere dann eine Rolle, wenn das Postulat gleichwertiger Lebensverhältnisse auf den Sachverhalt sich auseinanderentwickelnder Regionen bezogen wird (vgl. Ried 2016). Die Rolle der Kommunen wird in diesem Zusammenhang wegen ihrer begrenzten Ressourcen und der oft unzureichend erfüllten Aufgaben problematisiert. Nur selten werden Indikatoren oder »Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene« (vgl. Greß/Stegmüller 2011, 2017, 2018) festgestellt. Zudem verweist Gerlinger (2022: 57) darauf, dass die kommunale Governance trotz aller Entwicklung weiterhin »durch die schwache Position der Kommune gekennzeichnet« ist.

Aus der Debatte um die zunehmenden Sicherstellungsprobleme lassen sich nicht nur Erkenntnisse zu den beständigen Herausforderungen – wie den abgeschotteten Sektoren (vgl. Gerlinger 2021) – sondern auch einige potenziell versorgungsstabilisierende Erkenntnisse ableiten. Die folgenden Versorgungsmodelle rücken dabei in den Blick: die Leistungsverlagerung von stationär nach ambulant (Ambulantisierung, vgl. Stillfried et al. 2011; Stillfried/Czihal 2018), die partiell erfolgreiche Integrierte Versorgung (vgl. Ehlerl/Wein 2014; Hildebrandt 2021; Hildebrandt et al. 2020), die sektorenübergreifende (vgl. Schreyögg 2019; Sundmacher et al. 2019) und die interprofessionelle Versorgung (vgl. Schaeffer/Hämel 2019), sowie die Option der Anstellung von Ärzt:innen (vgl. Gerlinger 2022) in MVZs (vgl. Rieser 2014; zu MVZs und *Private Equity* vgl. Scheuplein et al. 2019; Scheuplein/Bůžek 2021). Zudem wird explizit die Stärkung der hausärztlichen Versorgung debattiert: im Rahmen des Selektivvertrags zur Hausarztzentrierten Versorgung (HzV) (vgl. Freytag et al. 2016; Sauer 2018), der zu vereinfachenden und auszubauenden Teamarbeit in der Primärversorgung (vgl. Hermann/Hämel 2019), durch Delegations-

modelle (vgl. Harries et al. 2015), die Digitalisierung (vgl. Amelung/Ex 2019; Ex/Amelung 2021) und telemedizinische Anwendungen (vgl. Brauns/Loos 2015; van den Berg et al. 2015; Buck et al. 2020).

Mit der Summe an neuen Versorgungsmodellen gehen auch Studien zu den damit verbundenen Implementationsbarrieren, insbesondere zur Finanzierung in der Regelversorgung, und Berührungängsten mit neuen Strukturen seitens der unterschiedlichen Akteure, einher (vgl. Berghöfer et al. 2020). Dabei zielen unzählige Modellprojekte darauf ab, die Rolle der Kommunen in der wohnortnahen Gesundheitsversorgung neu zu bestimmen. Die Autor:innen einer vielbeachteten Studie in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg beispielsweise sind sich sicher: Die Bundesebene davon zu überzeugen, die Rahmenbedingungen der Versorgung besser auf die regionalen Probleme anzupassen, wäre ein komplexes und langwieriges Unterfangen (vgl. Faller et al. 2019: 36). Weil es den KVen aktuell nur bedingt gelinge, die Niederlassung in ländlich geprägten Regionen erfolgreich zu steuern (ebd.: 37), sollten die Kommunen eine aktivere Rolle in der Versorgungssicherung einnehmen. Auch einige jüngere – mitunter gesetzgeberisch ermöglichte – Entwicklungen außerhalb der klassischen Sicherstellungsinstrumente fokussieren sich dezidiert auf die territorialen Aspekte in der lokalen Versorgungsgestaltung. Zu den raumwirksamen Instrumenten zählen Gesundheitsregionen (vgl. Stinn 2017; Weinholt/Wende 2018), Gesundheitskonferenzen (vgl. Holleder 2015) und Institutionen wie Kommunalbüros (vgl. Geuter et al. 2017) oder kommunale Gesundheitslandschaften (vgl. Luthe 2013). Die Forschungslage zu diesen Foren und Strukturen ist unbefriedigend. Die hier zitierten Autor:innen gehen in Summe davon aus, dass die raumwirksamen Instrumente in aller Regel wegen der begrenzten Mittel- und Personalausstattung in ihrer Wirkung begrenzt sind. Zudem verfügen sie häufig maximal über einen Empfehlungscharakter, sodass sie im tradierten Regulierungsgefüge eine untergeordnete Rolle spielen.

Darüber hinaus steht der Zugang zu Versorgungseinrichtungen mit der Mobilität älterer Menschen in ländlichen Regionen in Verbindung (Giesel et al. 2013). Einige Studien beschäftigen sich mit den Effekten von Mobilitätskonzepten, wie Patientenmobilen oder Arztbussen (vgl. Meyer 2020). Letztlich wird für die Nachfrageseite folgendes konstatiert: »Insgesamt ist festzuhalten, dass Patientenorganisationen in der Gesundheitspolitik eine nur randständige Rolle spielen und wenig Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen ausüben können.« (Simon 2015). Die Rolle von Bürger:innen als Patient:innen, Versicherten und/oder Nutzer:innen und die damit einhergehenden Herausforderungen untersucht Gerhards (2022) in einer jüngst erschienenen Studie. Arbeiten zu den Einflusschancen der betroffenen Wohnbevölkerung, auf die lokalpolitischen Handlungsprozesse im Sinne einer Stärkung der Infrastruktur einzuwirken, bleiben nach Erachten der Autorin der vorliegenden Arbeit aus. Offen bleibt auch der lokalpolitische Prozess an sich. Greifbar ist der unterschiedlich starke Unterstützungsbedarf und es ist offensichtlich, dass die Kommunen sich engagieren. Unklar ist, warum und unter welchen Bedingungen Kommunen handeln, in welchem Umfang, mit welchen Präferenzen und vor allem mit welchen Effekten auf die Staatlichkeit sie dies tun. Wann immer Staatlichkeit diskutiert wird, ist die Frage der Durchlässigkeit der Interessenvermittlung zentral. Die Forschung zur gesundheitspolitischen Steuerung weist hier einen blinden Fleck auf. Denn trotz der Pfadabhängigkeiten scheint das Regulierungsarrangement vor dem Hintergrund des demografischen Wandels irritiert zu sein. Um

eine gesellschaftspolitisch fundierte Analyse vorzulegen, gilt es darzustellen, wie sich diese Irritation darstellt und was aus ihr folgt. Deshalb lohnt ein Blick in die Diskurse um Verantwortung, Leistungserbringung und Infrastrukturorganisation sowie die Bearbeitungsprozesse.

3 Der theoretisch-konzeptionelle Zugang zur Entschlüsselung der Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehung

Der vorgenannte Forschungsstand macht den Anschlussbedarf einer staatstheoretisch fundierten Analyse der Politisierung und lokalstaatlichen Bearbeitungsstrategien des Landarzt mangels deutlich. Schließlich ist die Organisation des transformierten ambulanten Sektors weiterhin maßgeblich staatlich geprägt. Die ambulanten Organisations- und Versorgungsstrukturen drängen das Verständnis eines desaggregierten Staates, oder noch genauer: einer desaggregierten Staatlichkeit auf. Der Staat im Gesundheitswesen sollte deshalb desaggregiert werden, weil die Delegation von öffentlichen Aufgaben an Dritte hybride Akteure und damit verbunden subnationale Verhandlungsarenen schafft. Die Anlage des Staates ist im Gesundheitswesen zwar national orientiert, sie trägt aber wegen des Korporatismus durchaus dezentrale und heterogene Züge.

Angesichts der öffentlich problematisierten lokalen Probleme wird davon ausgegangen, dass die Repräsentant:innen des lokalen Staats auf die Forderungen der Bürger:innen reagieren und mit den KVen als mittelbare Staatsverwaltung in Kontakt treten. Es wird weiter angenommen, dass die verbundenen Akteursgefüge öffentlich verhandelt werden und sich mithin verändern. Deshalb wird ein dynamisches Staatsverständnis, im Anschluss an post-weberianische Autor:innen, diskurstheoretisch ausbuchstabiert. Um die Durchlässigkeit der lokalen Aushandlungsarenen – der eingespielten und neuen Gewährleistungsstaatlichkeit – zu durchdringen, werden die diskurstheoretischen Konzepte macht- und wissenstheoretisch unterfüttert.

3.1 Infrastrukturpolitik: Staatliche Gewährleistung öffentlicher Güter

Jüngst betont ein internationales Autorenkollektiv die »(Wieder-)Entdeckung des Fundamentalen« (Foundational Economy Collective 2019: 47), die eintritt, weil die »alltägliche[n], aber unverzichtbare[n] Dienste ihre Selbstverständlichkeit verlieren« (ebd.: 51). Die Autor:innen der »Ökonomie des Alltagslebens« zeichnen nach, wie die für den Alltag

fundamentalen Güter und Dienste – von der Lebensmittelversorgung und dem Verkehr bis zum Bankenwesen und der Pflege – sowohl hergestellt als auch auf die Menschen verteilt werden. Hierfür sind wirtschaftliche Aktivitäten von Nöten, die einen wesentlichen, aber häufig, so die These, übersehenen Teil der Volkswirtschaften ausmachen. Die Summe dieser Güter und Dienste nennen die Autor:innen »Fundamentalökonomie«, wobei sie deren Umfang nicht final definieren. Der »materiellen Fundamentalökonomie« (ebd.: 65), der Versorgung mit Wasser, Strom und Verkehrsinfrastruktur, stellen sie die »providentielle Fundamentalökonomie« (ebd.: 66) gegenüber. Dabei ist providentiell dem englischen *to provide with* oder *for* (versorgen mit oder sorgen für) abgeleitet und meint diejenigen Dienste und Güter, die laut den Autor:innen vom Staat bereitgestellt werden. Der Umfang der providentiellen Fundamentökonomie bleibt unbestimmt. Diverse Referenzen legen ein breites, den erweiterten Wohlfahrtsstaat überschreitendes Leistungsspektrum nahe (vgl. Möhring-Hesse 2020: 7), dem auch die medizinische Versorgung zuzuordnen wäre. Deutet man Wohlfahrtsgüter vornehmlich als vom Staat erbrachte Güter, dann bleiben die wirtschaftlichen Aktivitäten, die mit dem Staat kooperierenden Akteure und die damit verbundenen Verweisungszusammenhänge im Verborgenen. Ein zentraler Verdienst des Buches ist dennoch der Verweis auf den Alltagsgehalt vieler dieser Güter und Dienstleistungen.

Eine weitere Perspektive, die ebenso die zentrale Rolle des Staates in der Gewährleistung von Gütern und Dienstleistungen annimmt, findet sich in der Infrastrukturforschung. Infrastrukturen (*infra* = unterhalb und *struktura* = Zusammenführung) zeichnen sich dadurch aus, dass sie »gesellschaftliche Handlungsräume und soziale Praktiken miteinander verbinden« (Bieling/Möhring-Hesse 2022: 5). Diese Konnektivität ermöglicht es Menschen, materiell, sozial und kulturell am gesellschaftlichen Leben teilzuhaben. Doch Infrastrukturen haben nicht nur einen ermöglichenden, sondern auch einen strukturierenden Effekt auf Gesellschaften. Dies trifft besonders auf ihre Materialität zu. Auf Autobahnen können beispielsweise keine Züge fahren und innerhalb eines Leistungsbereichs bestimmt die materielle Komponente einer Infrastruktur deren Nutzung. So lässt sich aus einem Krankenhaus kein dezentrales Gesundheitszentrum mit mehreren Standorten formen. Doch nicht nur die physische und technische Beschaffenheit von Infrastrukturen wirkt in die Gesellschaft hinein. Auch ihre Normen, Qualitätsstandards und politischen Nutzungsregeln beeinflussen den Alltag der Menschen in vielerlei Hinsicht. Die Verfügbarkeit und Zugangsregeln zu Gütern und Dienstleistungen formen die infrastrukturell erzeugten Beziehungen. Infrastrukturen tragen ein Vergesellschaftungspotenzial in sich. Die Soziologin Eva Barlösius spricht in diesem Zusammenhang von einer »infrastrukturelle Sozialität« (2019: 76ff.). Schließlich sind Infrastrukturen nicht nur angebotsseitig geprägt, sondern – wie die vorliegende Studie verdeutlicht – auch durch die Gewohnheiten und Praktiken der sie nutzenden Menschen bestimmt. Auf diese Weise steht auch das oftmals über Generationen gewachsene Vertrauensverhältnis zwischen Ärzt:innen und Patient:innen für das vergesellschaftenden Potenzial von gesundheitsbezogenen Versorgungsinfrastrukturen. Es spielt für die nachfrageseitige Vorstellung einer adäquaten Versorgung eine zentrale Rolle.

Die Sozialität von Infrastrukturen verweist auch darauf, dass Infrastrukturpolitik unterschiedlichen Gestaltungslogiken folgt (vgl. Bieling/Möhring-Hesse 2022). Schließlich sind Infrastrukturen eng mit dem jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklungsmo-

dell verknüpft. Dieses ist mit Nichten konfliktfrei zustande gekommen und reproduziert sich in aller Regel auch unter den Bedingungen konkurrierender Interessen. Vier solcher Interessenlagen oder Gestaltungslogiken sind prägend für den Charakter öffentlicher Infrastrukturpolitiken: die ökonomische, die soziale, die ökologische und die geopolitische Gestaltungslogik (vgl. Bieling/Futterer 2021: 20f). Sie weisen darauf hin, dass Infrastrukturen gesellschaftlich – materiell, politisch und diskursiv – produziert werden müssen, sind mit Interessensdifferenzen verknüpft und begründen infrastrukturpolitische Konflikte. Dies gilt auch für den Bereich der Gesundheitsversorgung in der GKV. Die ökologischen und geopolitischen Erwägungen spielen für den vorliegenden Gegenstand eine nachgeordnete Rolle, wenngleich in der Pandemiebekämpfung deutlich wurde, dass sich auch im Gesundheitsbereich größere Konzerne herausgebildet haben und zuweilen die Verfügung über Impfstoffe und medizinisches Personal problematisiert wurde. Deutlicher zeigt sich die zentrale Konfliktlinie zwischen den ökonomischen – genauer den kapitalistischen – Verwertungsinteressen (begrenzte Sozialabgaben, effiziente Organisation der Dienste, Möglichkeiten der Profiterzeugung im Gesundheitssystem selbst) auf der einen Seite und den Ansprüchen der Patient:innen und Beschäftigten auf eine adäquate und flächendeckende, durch Formen der demokratischen Partizipation organisierte medizinische Versorgung auf hohem Niveau auf der anderen Seite.

Die infrastrukturpolitischen Gestaltungslogiken verdichten sich zu kontingenten Infrastrukturregimen, die ihrerseits entschlüsselt werden können. Hierfür erweisen sich deren institutionalisierte Prinzipien und Praktiken als aufschlussreich. Erstens sind die Formen der materiellen Produktion und Bereitstellung von Infrastrukturen zu nennen, etwa im Rahmen einer öffentlichen oder privaten Finanzierung und Herstellung. Zweitens verleihen die Prinzipien der Operationsweise von Infrastrukturen einem Infrastrukturregime Profil. Drittens setzen die handlungsleitenden Normen und Regeln kontingente Verhaltensstandards für Betreibende, Regulierende und Nutzende. Viertens ist die alltägliche Praxis der Infrastrukturregime von den Verfahren der Rechtssetzung und deren Konkretisierung geprägt. Diese vier Komponenten verändern sich im Rahmen sich wandelnder Infrastrukturregime mit der Zeit und wirken auf diese zurück. Für solche Veränderungen sorgt der Staat vielfach selbst. Im Bereich einiger netzgebundener Infrastrukturen, wie der Telekommunikation, Post oder Bahn, war der Staat lange Produzent und Erbringer von Dienstleistungen. Der für das Regime zentrale Produktions- oder Leistungsstaat zog sich im Zuge der Liberalisierung und damit einhergehender Privatisierungen jedoch zurück (vgl. Bieling 2008: 542) und wandelte sich zum Regulierungsstaat. In der Folge gewannen die Interessen von privaten Infrastrukturunternehmen, deren Effizienz- und Profitabilität, an Gewicht. Es leuchtet ein, dass der eingeführte Markt auch die Nutzungsregeln und die Standards der Infrastrukturleistungen veränderte.

Ein anschlussfähiges Verdienst der Infrastrukturperspektive ist, dass sie auf die gesellschaftliche und politische Gestaltbarkeit von Infrastrukturregimen verweist. Dabei können die unterschiedlichen Komponenten der Erbringungsformen, Operationsweisen, Normen und Verfahren unterschiedlich stark oder zu unterschiedlichen Zeitpunkten zur Disposition stehen. Mitunter wird nur über die Passgenauigkeit der vorhandenen Instrumente gerungen. Mit Blick auf die vorliegende Studie, wird vor

allem auf dem Feld der Gesundheitspolitik um infrastrukturelle Fragestellungen gerungen. Für die flächendeckende ambulante medizinische Versorgung bedarf es zunächst wohnortnaher Versorgungseinrichtungen, dem medizinischen Fortschritt entsprechenden Behandlungsgeräte und ausreichend ausgebildeter Ärzt:innen und Praxismitarbeiter:innen. Bei genauerer Auseinandersetzung mit den Bedarfen in ländlichen und insbesondere strukturschwachen Regionen wird deutlich, dass weitere Komponenten des sozio-technischen Systems (Edwards 2003, Mayntz 1998) von Nöten sind, um die Versorgung zu gewährleisten. Man denke an die Anbindung der Praxen an den ÖPNV und eine gesicherte Internetverbindung in den Einrichtungen, um mit anderen Fachärzt:innen zu kommunizieren oder distanzüberbrückende Leistungen der Telemedizin anbieten zu können. Gesundheitspolitisch wird über die verbundenen Fragen der Materialität, der Prozesse, Normen und Nutzungsregeln von Gesundheitsleistungen entschieden. Dabei sind gesundheitspolitische Programme und policies durchaus auch vom Zeitgeist mitbestimmt. Dies wurde bereits in 2.1. deutlich (zu gesundheitspolitischen Paradigmen vgl. u.a. Fink 2005; zu den konkurrierenden Zielsetzungen in der Gesundheitspolitik Bandelow 2009: 15; Sauerland 2022).

Die Infrastrukturperspektive ist auch deshalb fruchtbar, weil sie eine besondere Aufmerksamkeit für die Angewiesenheit von Infrastrukturen – und damit auch der durch sie erst ermöglichten Güter und Dienstleistungen – auf eine staatliche Gewährleistung hat. Bieling und Möhring-Hesse setzten dies wie folgt in Kontext:

»Der ›Staatsbedürftigkeit‹ (Vogel 2007) von Infrastrukturen liegt der ökonomische Sachverhalt zugrunde, dass Märkte bei Infrastrukturen typischerweise allokativ und distributiv versagen: U. a. weil entsprechende Bedarfe nicht hinreichend in kaufkräftige Nachfrage übersetzt werden können, werden die zur Deckung dieser Bedarfe eigentlich notwendigen wirtschaftlichen Ressourcen nicht mobilisiert, werden Güter in der eigentlich notwendigen Menge und Qualität nicht hergestellt und können von all denen, die diese Bedarfe haben, nicht angeeignet und damit auch nicht genutzt werden. Außerdem ergibt sich die Staatsbedürftigkeit der Infrastrukturen aus den sozialen Abhängigkeiten einer zunehmend individualisierten Lebensführung. Beides, das Marktversagen und soziale Abhängigkeiten infolge von Individualisierung, machen die Gewährleistung von Infrastrukturen zu einer staatlichen Aufgabe.« (Ebd.: 9)

Um auf das veränderte Rollenverhältnis von Staat und Gesellschaft hinzuweisen, insbesondere mit Blick auf die gesellschaftlichen Teilhabebedingungen von Individuen, verknüpfen unterschiedliche Akteure in politischen, öffentlichen und sozialwissenschaftlichen Diskussionen die Gesundheitsversorgung mit dem Konzept der Daseinsvorsorge. Der Begriff der Daseinsvorsorge beinhaltet die Forderung oder zumindest die Erwartung, dass der Staat den Bürger:innen die gemeinten Güter und Leistungen zur Verfügung stellt. Dabei ist der erwartete Modus der staatlichen Gewährleistung kontingent. Grundsätzlich geht die Forderung und Bestimmung von Daseinsvorsorge als Staatsaufgabe auf den Verwaltungsrechtler Ernst Forsthoff zurück, der wegen seiner Rolle in der Zeit des Nationalsozialismus umstritten ist. Die Folgen der Industrialisierung veranlassten Forsthoff (vgl. 1938: 13) zu der Beobachtung, dass Menschen, die ihre Sicherun-

gen und Eigenständigkeit verloren hatten, maßgeblich auf den Staat angewiesen waren. Dieser garantierte als Leistungsträger seinerseits durch die Bereitstellung von Daseinsvorsorgeleistungen die Versorgung und soziale Sicherung »seiner« Bürger:innen. Forsthoff konzeptualisierte die Daseinsvorsorge im Dritten Reich völkisch-begrenzt, wohingegen heute durchaus emanzipative Varianten vorliegen, die beispielsweise einen »Platz für demokratische Mitbestimmungen und bürgerschaftliche Beteiligung« (Neu 2009: 13) konzeptualisieren.

Lange Zeit wurden nur einige spezifische Infrastrukturbereiche wie Wasser, Strom, Gas und Verkehrsbetriebe der Daseinsvorsorge zugeordnet. In weiteren, mitunter unbestimmten und immer wieder auszuhandelnden Verständnissen (vgl. Kingreen 2004), kann auch die Gesundheitsversorgung der Daseinsvorsorge, also den staatlichen Aufgaben, zugeordnet werden. In Deutschland sind nach dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung die Kommunen für die Bereitstellung der für das menschliche Dasein notwendigen Güter und Leistungen verantwortlich. Ursprünglich erbrachten sie die Güter und Leistungen in eigenen Einrichtungen. Wie oben erwähnt, änderte sich dies insbesondere im Zuge der Privatisierungswelle der 1990er Jahre (vgl. Engartner 2016, 2017). Angesichts der zentralen Bedeutung von Daseinsvorsorgeleistungen für die Lebensführung von Individuen spielt der Begriff zudem auf einen weiteren Umstand an. Die Leistungen der Daseinsvorsorge stellen für Unternehmen, insbesondere in strukturell benachteiligten Regionen, eine gewichtige Voraussetzung für deren Wirtschaftlichkeit dar (vgl. Ried 2016: 6). Sie stärken die Attraktivität eines Standortes und sichern die Versorgung von Arbeitnehmenden im Krankheitsfall.

Die auszuhandelnde Kontingenz von Daseinsvorsorgeleistungen weist Ähnlichkeiten mit dem Konzept der »öffentlichen Güter« auf. Die Volkswirtschaftslehre definiert öffentliche Güter anhand von zwei Kriterien (vgl. Samuelson 1954): Das Prinzip der Nicht-Ausschließbarkeit besagt, dass öffentliche Güter allen zur Verfügung stehen und das der Nicht-Rivalität, dass niemand von ihrer Nutzung ausgeschlossen werden kann. Schnell wird deutlich, dass solche Güter kaum vorzufinden sind. Die Luft wäre eines der wenigen definitionstreu oder »reinen« öffentlichen Güter.

Eine für die vorliegende Arbeit anschlussfähige Annahme ist, dass öffentliche Güter nicht einfach existieren, sondern gesellschaftlich hergestellt werden müssen und deshalb zumindest das Potenzial in sich tragen, das Gemeinwohl zu stärken (Bieling/Möhring-Hesse 2023: 6ff.). Hier lassen sich die vorgenannten Konzepte gewinnbringend mit den öffentlichen Gütern verknüpfen. Um Güter und Dienstleistungen in angemessener Qualität und ausreichendem Umfang her- und bereitzustellen, bedarf es funktionsfähiger Infrastrukturen. Oder anders ausgedrückt, Infrastrukturgüter und -dienstleistungen können als öffentliche Güter gefasst werden, wenn diese auf einen möglichst großen Nutzerkreis und eine beinahe universelle Bereitstellung abzielen. Sie meinen dann die »sachliche Komponente« (Offe 2001: 482) dessen, was man Gemeinwohl nennt.

Es mag zunächst etwas überraschen, die ambulante medizinische Gesundheitsversorgung als öffentliches Gut zu konzipieren. Schließlich gilt die Erwerbstätigkeit noch immer als maßgebende Zugangsbedingung zur Sozialversicherung. Allerdings verdeutlichen die durch die Wohnbevölkerung, durch Parteien und Verbände öffentlich problematisierten lokalen Versorgungsmängel nicht nur den Druck auf den Staat, sich

der Problematik anzunehmen. Zugleich unterstreicht die vorgenannte Entwicklung die Staatsbedürftigkeit der Bürger:innen in Gesundheitsbelangen. Gesundheitsversorgung kann nicht privatindividuell hergestellt werden. Mehr noch, es besteht kein substanzieller Diskurs, der eine marktliche Versorgung fordert. Zu relevant ist die Gesundheit der Menschen für deren Lebensplanung, ihre Arbeit(-sfähigkeit), ihren Wohlstand und ihre Teilhabechancen. Gesundheit gilt als Voraussetzung all dessen. Lokal problematisierte Versorgungsdefizite offenbaren somit eine Irritation oder Verunsicherung der gewohnten Gegebenheiten. Im Sinne der Fundamentalökonomie, verweisen sie vor allem darauf, dass das Alltagsleben der Menschen hergestellt werden muss und dass diese Herstellung in ein Ungleichgewicht geraten zu sein scheint.

Angesichts dessen geht mit dem eingeforderten öffentlichen Gut einer flächendeckenden wohnortnahen ärztlichen Versorgung mit Bezug auf die vergangene, gute Versorgung die Vorstellung einer staatlichen Gewährleistungsverantwortung einher. Dabei sind der Modus der staatlichen Gewährleistung und die Gestaltungslogiken der infrastrukturpolitischen Maßnahmen näher zu bestimmen. Schließlich kommt der Staat nicht umhin in der sozialen Sicherung der anspruchsberechtigten Bürger:innen die Qualität und Finanzierbarkeit der Leistungen im Auge zu behalten. »Dieser Konflikt findet seinen Niederschlag auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene. Jeder Landrat wird sein noch so ineffizientes Kreiskrankenhaus mit allen ihm zur Verfügung stehenden Mitteln verteidigen.« (Schmacke 2004: 145)

Versteht man das wachsende Interesse an sozialen Infrastrukturpolitiken und der regionalen Daseinsvorsorge (Wiegandt/Krajewski 2020: 26) als einen Ausdruck der durch den demografischen Wandel mit hervorgerufenen Strukturkrisen des Wohlfahrtsstaats, rücken Fragen territorialer und sozialer Integration in den Blick (vgl. Neu 2009). Der verbundene

»Paradigmenwechsel in Bezug auf die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse (gleichwertig ist nicht gleich) muss eingebettet werden in den sich vollziehenden Wandel von (Wohlfahrts-)Staatlichkeit [...], der mit der Formel vom ›sorgenden‹ zum ›gewährleistenden‹ Wohlfahrtsstaat umschrieben werden kann« (ebd.: 12).

Dieser Wandel von Staatlichkeit korrespondiert mit sich wandelnden politischen Leitbildern (vgl. Bieling 2009). Nun entwickeln Leitbilder nicht automatisch Effekte im Sinne einer politischen Richtschnur für die Rolle des Staates. Vielmehr beschreiben Staatsbilder zunächst Veränderungen oder bestimmte Ausprägungen moderner Staatlichkeit, die erst in der Auseinandersetzung zu Leitbildern werden (vgl. Krajewski 2011). In der deutschen Debatte genießen rechtlich-orientierte Staatskonzeptionen einen entscheidenden Einfluss, wobei auch die lange Tradition der Staatsrechtlehre durchaus von Brüchen gekennzeichnet ist (vgl. Benz 2008: 71ff.). Juristisch begründete, normative Staatskonzeptionen konnten in der Vergangenheit Einfluss auf die Konstitution des Staates nehmen.

Bis in die 1980er Jahre wurde der deutsche Wohlfahrtsstaat mit den Adjektiven »hoheitlich«, »intervenierend« oder »fürsorgend« beschrieben. Ende der 1990er Jahre akzentuierte das Leitbild des Gewährleistungsstaats das ihm zeitlich vorgelagerte, auch andere Staatsaufgaben betreffende Leitbild des aktivierenden Staates (vgl. Bieling 2009:

236f.; Blanke 2009; Dingeldey 2006). In den 1980er und 1990er Jahren wurden staatliche Leistungen im Bereich netzgebundener Dienste »liberalisiert«, (partiell) privatisiert oder stärker wettbewerblich reguliert (vgl. Engartner 2016). Dennoch gab der Staat diese Bereiche nicht gänzlich auf. Das Leitbild des Gewährleistungsstaats wendete sich gegen das Konzept eines Minimalstaates beziehungsweise das Bild eines einfachen Rückzugs des Staates (vgl. Schuppert 2005). Vielmehr veränderte der Staat die Zusammensetzung der Zuständigkeiten, rechtlichen Kompetenzen und politischen Verantwortungen, indem er private Akteure in die Produktion und Bereitstellung vormals staatlicher Aufgaben integrierte. Auf diese Weise wurden Fragen des Gemeinwohls und der Erwartungen an eine staatliche Gewährleistung im Rahmen öffentlicher Diskurse verhandelt (vgl. Krajewski 2011: 549ff.), wobei man sich politisch am Leitbild des Gewährleistungsstaates orientierte. Dabei ist die Rücknahme der Erfüllungsverantwortung mit der Übernahme neuer organisatorischer und regulativer Aufgaben verknüpft. Schließlich muss der Staat weiterhin garantieren, dass die Leistungserbringung durch oder unter Einbeziehung privater Akteure den zuvor festgelegten Gemeinwohlstandards gerecht wird. Hierzu behält er sich das Recht vor, die Regelsysteme zu ändern oder Aufgaben wieder an sich zu nehmen (vgl. Dingeldey 2008: 317).

Das Leitbild des Gewährleistungsstaates zielt darauf, dass der Staat Möglichkeiten hat, gesellschaftliche Abläufe und individuelles Verhalten gezielt zu beeinflussen. Einer der zentralen Begründer selbst, Gunnar F. Schuppert, bezeichnet das Leitbild als »Drehbuchbegriff« (2000: 412). Aber auch andere Autor:innen argumentierten in den 1980er Jahren gegen die These, der Staat stoße aufgrund einer zu großen Aufgabenfülle an seine Grenzen. Vielmehr, so die Annahme, gelinge es der herkömmlichen Staatstheorie nicht, »den Bedingungen der modernen Gesellschaft und ihren Anforderungen an ein modernes Recht« (Hoffmann-Riem 2001: 16) gerecht zu werden. Einschlägige Vertreter:innen plädierten dieser Logik folgend für eine produktive Perspektive auf die Potenziale des Sozialkapitals. Es könne zur Entlastung des Staates beitragen. Staatliche Infrastrukturpolitik gewährleistet dann lediglich Grundfunktionen, öffentliche Güter werden nicht staatlich hergestellt, sondern ihre Produktion reguliert (vgl. Schuppert 2000: 380ff.). Anstelle eines Versorgungsmonopolisten wurde der Staat in der Rolle eines Versorgungsmanagers konzeptualisiert. Prominente Vertreter:innen des Leitbilds sprachen von den Chancen des regulierenden, aktivierenden oder kooperativen Staats als »dritten Weg« (ebd.). Für den Sozialleistungsbereich plädierten sie dafür, die Modi der (kommunalen) Selbstverwaltung zu nutzen.

Die beobachtbaren staatlichen und marktlichen Steuerungsdefizite sind nach Hoffmann-Riem (2001: 21) »kein Anlaß, auf die Steuerung durch Markkräfte oder durch Hoheitsträger prinzipiell zu verzichten«. Die Leistungstiefe des Staates wird nicht vorbestimmt. Wichtiger ist, dass es im Gewährleistungsstaat »kein staatliches Problemlösungsmonopol« (ebd.: 23) gibt. Stattdessen sollen die Beziehungen zwischen Staat und Gesellschaft neu bestimmt werden, wobei auch die kooperativen Momente zum Teil neu ausgestaltet werden. Die Verschiebung staatlicher Verantwortung in Richtung Rahmensetzung (ebd.: 24) wird als graduelle Veränderung von *providing* zu *enabling*, von der Bereitstellung zur Gewährleistung, gefasst.

Zentrale Vertreter des gewährleistungsstaatlichen Leitbilds waren vor allem im deutschen Kontext unterwegs. Doch für den Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung im Be-

reich vormals öffentlicher Dienstleistungsunternehmen rücken im Kontext der Liberalisierung und Privatisierung auch andere europäische Länder, und damit die nüchterne Debatte um den *regulatory state* (vgl. Majone 1994), in den Blick. Sie ist im Gegensatz zur deutschen Debatte nicht im gleichen Maße von einer Entstaatlichungspolitik gekennzeichnet. Die Gewährleistungsstaatsdebatte übersprang die Diskussion darüber, ob Privatisierung und Regulierung adäquate Antworten bieten. Sie fokussierte sich auf die Konditionen der beiden Mechanismen mit Blick auf wettbewerbs- und sozialpolitische Vorhaben (ebd.: Hoffmann-Riem 2001: 239).

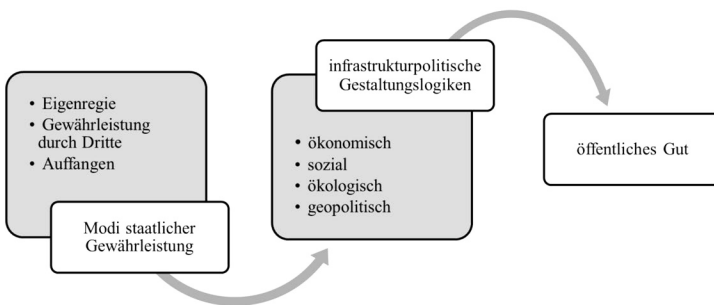
In den Sozialwissenschaften beschäftigen sich Arbeiten zum gewährleistungsstaatlichen Leitbild mit dessen Rückwirkungen auf arbeits- und sozialpolitische Reformprozesse (vgl. Dingeldey 2008; Möhring-Hesse 2009; Bieling/Buhr 2015), spezifischer auch auf Wohlfahrtsverbände im Zuge ihrer Modernisierung (vgl. Boeßenecker 1995; Nullmeier 2004; Möhring-Hesse 2008; Boeßenecker/Vilain 2013; Vaske 2016). Jüngst wird der Gewährleistungsstaat in der Suche nach einem zeitdiagnostischen sozialpolitischen Narrativ neu entdeckt (vgl. Möhring-Hesse 2022). Vereinzelt Anwendungen auf das deutsche Gesundheitswesen durch die Rechtswissenschaften liegen vor (vgl. Höfling 2008). Sie liebäugeln mitunter mit einer stärkeren staatlichen Steuerungsfähigkeit im Gesundheitswesen, um dessen »Chaos« und »Steuerungsdysfunktionalitäten, die nicht Allokationseffizienz, sondern finanzielle Insuffizienz generieren« (ebd.: 112), zu beseitigen. Die Rechtswissenschaftlerin Katarina Weilert (2015: 119ff.) betont, dass die Gewährleistungsstaatlichkeit im Gesundheitsbereich historisch angelegt ist und nennt beispielhaft die gemeinnützigen und heute privaten Träger:innen und Dienstleister gesundheitsbezogener Leistungen. Sie plädiert dafür, das gegenwärtige Zusammenspiel von öffentlichen und privaten Kräften nicht übereilt über Bord zu werfen, sondern wie folgt nachzuschärfen:

»Auf der anderen Seite muss der Gewährleistungsstaat die Entwicklungen für die einzelnen Bevölkerungsgruppen beobachten und in der Lage sein, effektiv einzuschreiten und Gefahren für die Gesundheitsversorgung umgehende zu beseitigen [...]. Die ›Ergebnisverantwortung‹ einer gewährleisteten soliden Gesundheitsversorgung liegt weiterhin beim Staat, der in der Wahl seiner Mittel allerdings flexibel agieren kann.« (Ebd.)

Der vorliegenden Studie liegt in Abgrenzung zum Leitbild des Gewährleistungsstaates ein deskriptiv-analytisches Verständnis von Gewährleistungsstaatlichkeit als organisationspolitische Kontinuität oder Strukturkomponente zugrunde. Denn die Produktion und Bereitstellung der ambulanten medizinischen Versorgung ist einerseits in hohem Maße staatlich geprägt und andererseits arbeitsteilig organisiert. Der Staat stellt nicht selbst Ärzt:innen an, sondern delegiert die Einzelheiten der Versorgung an die Verbände der Ärzt:innen und Krankenkassen. Es lässt sich, wie dargestellt, allerdings keinesfalls von einem Rückzug des Staates sprechen. Vielmehr geht der Staat in seiner Gewährleistungsverantwortung auf. Diese Begrifflichkeit geht auf Schuppert zurück. Er unterschied drei Modi staatlicher Aufgabenerfüllung: die Erfüllungs-, Gewährleistungs- und die Auffangverantwortung (vgl. 1998: 426, 2003, 2005). Verdichtet sich einer dieser Modi zum prägenden Modus, wird respektive vom Leistungsstaat, Gewährleistungsstaat oder

Interventionsstaat gesprochen. Die Verdichtung zu einer prominenten Staatlichkeit bedeutet nicht, dass ein Leistungsstaat nicht auch gewährleistet oder ein Gewährleistungsstaat nie eigene Leistungen erbringt. Dies geschieht zum Beispiel durch selektives Auffangen, wenn die Verfehlung eines Versorgungsziels droht. Das Konzept des Gewährleistungsstaates schließt auch eine öffentliche Produktion von Daseinsvorsorgedienstleistungen ausdrücklich nicht aus (vgl. Schuppert 2001: 409).

Abbildung 2: Staatliche Gewährleistung öffentlicher Güter durch Infrastrukturpolitik



Quelle: Selbstgestaltet; angelehnt an Bieling 2023

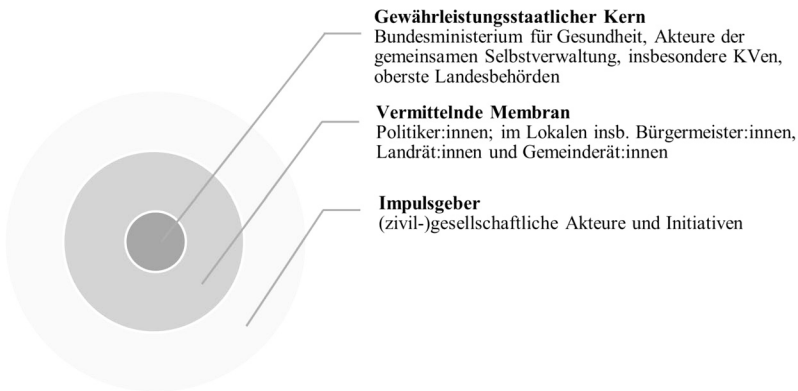
Im Gewährleistungsstaat werden die Träger von unmittelbarer oder mittelbarer Staatsverwaltung oder die durch den Staat beherrschten Organisationen als Dritte relevant. Entsprechende Kooperationen stellen keinen Selbstzweck dar, sondern sie dienen einem die staatliche Tätigkeit überschreitenden Zweck, indem sie dem Staat die »Selbstregelungskräfte der Privaten oder halbstaatliche[n] Akteure zur Erfüllung öffentlicher Zwecke« (Hofmann-Riem 2001: 27) zugänglich machen. Letztlich rücken damit auch die staatliche Steuerungsfähigkeit und deren Effekte in den Blick. Es ist offenkundig, wie passgenau diese Konzeption auf das aktuelle Regulierungsmodell des ambulanten Sektors zutrifft. Der Staat hat öffentliche Aufgaben, unter Annahme vorteiliger Entwicklungen, an Körperschaften öffentlichen Rechts delegiert und die Rechtsaufsicht über diese behalten. Ergänzend erweist sich insbesondere die im Gewährleistungsstaat arbeitsteilige Verantwortungsübernahme als anschlussfähig, weil sie korporatistische Modelle der Güter- und Dienstleistungsproduktion und die staatliche Rechtsaufsicht einschließt. Entsprechend erfolgt die staatliche Gewährleistung öffentlicher Güter nach der Logik in Abbildung 2: Vor dem Hintergrund eines prominenten Modus staatlicher Aufgabenerfüllung werden öffentliche Güter durch ein kontingentes Infrastrukturregime her- oder bereitgestellt, dessen Verfasstheit von den austarierten infrastrukturpolitischen Gestaltungslogiken bestimmt ist.

Im Gesundheitswesen werden politische Projekte dezidiert an intermediäre Gesellschaftsakteure delegiert, die zu einer »konfliktabsorbierenden« (vgl. Urban 2001: 7) Vermittlung in der Lage sind. Es liegt keineswegs nur eine Auftraggeber-Auftragnehmer-Beziehung vor. Vielmehr sind die sozialen Interaktionen zwischen den gesellschaftlich (dann semi-staatlichen) und staatlichen Akteuren als »Selbstorganisation im

Schatten des Staates« (Scharpf 2000: 327) zu verstehen. Im Sinne einer direkten Interventionsfähigkeit behält der Staat seine Eingriffs- und Regulierungsfähigkeit, um die Handlungspräferenzen und Machtressourcen unter veränderten Rahmenbedingungen durch gezielte Eingriffe nachjustieren zu können. Über die Ausgestaltung der Rahmenbedingungen gewährleistet der Staat im Schuppert'schen Sinne. Er gewährleistet aber nicht nur die Versorgung, sondern beeinflusst die Strategiebildung der intermediären Akteure. Die Kunst besteht darin, über die Kontextsteuerung, also die Herstellung von ökonomischen oder rechtlichen Anreizstrukturen, den Akteuren die politisch gewünschten Verhaltensweisen nahezulegen, diese aber gleichwohl durch die Verteilung von mit den Handlungsoptionen verbundenen Vor- und Nachteilen zu protegieren. Es gilt: Die staatliche Gewährleistungsverantwortung im Bereich ambulanter medizinischer Gesundheitsversorgung stützt sich materiell und prozedural auf ein System sektoraler korporatistischer Selbstverwaltung. Grundsätzlich weisen die bisherigen Studien auf eine Reproduktion dieser Operationsweise des Staates hin, auch unter den Vorzeichen anwachsender Versorgungsunsicherheiten. Der Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen wird von unterschiedlichen Interessengruppen in Anspruch genommen, erhebt aber auch selbst den Anspruch eine sowohl effiziente und wirtschaftliche als auch hochwertige und flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Diese Gewährleistung erfolgt nur sehr punktuell direkt, etwa über die universitäre Ausbildung medizinischen Personals. Ansonsten basiert sie auf der Kooperation mit und zwischen nicht-staatlichen Akteuren, die unter staatlicher Rechtsaufsicht relativ eigenständig die Kriterien, Modi und Organisationsformen der Versorgung konkretisieren (vgl. Bieling/Futterer 2021: 20f.).

Im deutschen Gesundheitswesen ist die ambulante Versorgung in ihren Zuständigkeiten klar geregelt. Auch für die Versorgung vor Ort liegen Zuständigkeiten vor. Die Gewährleistungsstaatlichkeit stellt sich wie folgt dar (Abb. 3): Die Gewährleistungsakteure gestalten den Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch Gesetze und untergesetzliche Normen. Die zur Bearbeitung öffentlicher Aufgaben beauftragten Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, die Verbände der Ärzt:innen und Krankenkassen unterstehen einer öffentlichen Rechtsaufsicht. Die übertragenen öffentlichen Aufgaben sind mit Instrumenten und Pflichten hinterlegt, die kontinuierlich angepasst werden können. In der vertragsärztlichen Versorgung kommt den KVen wegen des Sicherstellungsauftrags eine besondere Bedeutung zu, weshalb sie dem gewährleistungsstaatlichen Kern zuzurechnen sind.

Abbildung 3: Die staatliche Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung



Quelle: Selbstgestaltet

In diesem Verständnis kommt der Politik eine in großen Teilen vor allem vermittelnde Rolle zu. Politiker:innen treten auf allen föderalen Ebenen vermittelnd auf. Im lokalen Kontext sind insbesondere Kommunalpolitiker:innen der vermittelnden Membran zuzuordnen. Ihnen kommt im sozialrechtlichen Sinne keine Rolle in der Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung zu. Sie können Impulse aus der engagierten Zivilgesellschaft oder von sozialen Akteuren wie Gewerkschaften aufnehmen und in föderal höher gelegene Gremien tragen. Oder sie fordern, dass die gewährleistungsstaatlich-relevanten Landesvertreter:innen von ihrem Antrags- und Mitberatungsrecht oder ihrem Recht auf Stellungnahme Gebrauch machen. Letztlich können Politiker:innen auch auf eine veränderte hochschulpolitische Praxis pochen, sodass mehr (fachspezifische) Mediziner:innen ausgebildet werden. Der Zivilgesellschaft und den sozialen Akteuren kommt eine impulsgebende Rolle zu. So rücken (lose) Initiativen und das Engagement unterschiedlicher Interessensvertreter aus der Selbsthilfe, Patientenvertretungen oder dem Verbraucherschutz in den Blick.

In der vorliegenden Arbeit interessiert im Sinne der infrastrukturpolitischen Gestaltungslogiken, ob und welchen Effekt die lokale Politisierung des Landarztmangels auf die Operationsweise des Staates entwickelt. Schließlich bestimmen die Prinzipien der Operationsweise die gesellschaftlichen Leistungen, die hervorgebracht werden sollen. Dass infrastrukturpolitische Gestaltungslogiken gleichermaßen von den Strukturen der politischen Handlungsfelder bestimmt sind, in denen sie sich positionieren, verdeutlichen die Transformationsprozesse des ambulanten Sektors hin zum Wettbewerbskorporatismus. Die Arbeit untersucht die Gewährleistungsstaatlichkeit im Kontext des Landarztmangels als organisationspolitische Kontinuität, um ihre Erscheinungsform zu untersuchen und etwaige Entwicklungsmomente auszuweisen.

3.2 Die ständige diskursive Rekonfiguration der Sozialstaatlichkeit

Um auf den Landarztmangel bezogenes staatliches Handeln zu fassen, gilt es den Staat entsprechend der erläuterten Gewährleistungskompetenzen zu disaggregieren (Abb. 3). Der Mix aus staatlicher Regulierung und sozialen Selbstverwaltungskomponenten drängt ein heterogenes Verständnis von Staatlichkeit auf. Eine Analyse der Staatlichkeit bedarf der Interpretation der vorgebrachten Vorstellungen von Staatlichkeit und den damit verbundenen Äußerungen sowie einer Analyse der Praktiken der staatlichen Akteure.

Es gilt, die Adressierung und Inanspruchnahme des Staates, seine diskursiven und materiellen Reaktionen und etwaige Rückwirkungen der lokal eingeschlagenen Pfade auf den Regulierungspfad zu analysieren. Ziel ist es, die Selbstwahrnehmung, Präferenzen und Strategiebildung der wohlfahrtsstaatlich-korporatistischen Gewährleistungsstaatlichkeit zu verstehen. Hierfür ist es aufschlussreich, lokale Aushandlungsprozesse als Prozesse der Produktion und Rekonfiguration von Staatlichkeit zu verstehen und zu analysieren. Einem solchen Vorgehen liegt ein dynamisches, postmaterielles Verständnis von Staatlichkeit zugrunde, wie es sich in der post-weberianischen Staatskonzeption findet.

Im Sinne der oben genannten juristischen Staatsreflexionen, aber auch darüber hinaus gilt die Unterscheidung von Staat und Gesellschaft als eine zentrale Bedingung für die Entwicklung des demokratischen Verfassungsstaates (vgl. Benz 2008). Das Verhältnis zwischen Staat und Gesellschaft wird in entsprechenden Arbeiten interdependent interpretiert (ebd.: 75ff.). Diese Perspektive ist aufschlussreich, weil sie in den gesellschaftstheoretischen Erklärungen wichtige Erkenntnisse für die gewandelte Operationsweise des Staates ausmacht. Allerdings unterscheiden sich die sozialwissenschaftlichen Auffassungen zum Verhältnis von Staat und Gesellschaft maßgeblich, insbesondere ihre Staats- und Gesellschaftsbegriffe variieren. Unterschiedliche Staatskonzeptionen divergieren nicht nur entlang historischer Entwicklungspfade, sondern auch entlang politischer Standpunkte gegenüber der Frage nach legitimer Herrschaft (vgl. Schlichte 2018: 50).

Die dieser Arbeit zugrundeliegende post-weberianische Staatskonzeption entstand im Anschluss an Debatten um Staatlichkeit außerhalb der OECD-Welt. Dies ist relevant, weil hier anders als in anderen Öffentlichkeiten, mit dem Staat nicht immer eine überwiegend positive Konnotation verbunden ist. Um die Debatten, die sich mit dem Staat befassen, zu verstehen, schlägt Klaus Schlichte vor, drei Konzepte des Staats voneinander abzugrenzen: den souveränen Staat als eine ein spezifisches Gebiet beherrschende Organisation von einem Staat in einem funktionalen Governance-Verständnis und einer historisch-soziologisch konzipierten Staatlichkeit. Im Vergleich zum ersten Konzept habe das Governance-Paradigma bereits maßgeblich dazu beigetragen, auf die Grenzen von Staatlichkeit und Aktivitäten von Dritten hinzuweisen, während es allein der historisch-soziologischen Staatskonzeption gelinge, gegenwärtige Staatlichkeit umfassend zu entschlüsseln (ebd.). Die Konzeption wird vor dem Hintergrund ihrer Entstehung und jener Vorstellungen, von denen sie sich abgrenzt, deutlich.

Die historisch-soziologische Staatskonzeption wird für die vorliegende Arbeit als angemessen betrachtet, weil sie sich gewinnbringend von Entwürfen einer stärker homo-

gen konzeptualisierten Staatlichkeit abgegrenzt. Angesichts dieser Überlegungen rückt der deutsche Soziologe und Nationalökonom Max Weber (1864–1920) in den Blick. Weber war mit dem Staatsrechtler Georg Jellinek (1851–1911) befreundet, der in der Verbindung des Staatsgebiets, des Staatsvolks und der Staatsgewalt die notwendigen Bedingungen eines Staats ausmachte (vgl. Jellinek 1921). Weber sympathisierte mit Jellineks sozialer Staatstheorie, weil dieser, entgegen vieler anderer Staatsrechtler und Nationalökonomien, die Begriffe Staat und Politik nicht synonym verwendete (vgl. Weichlein 2007). Weber übernahm Jellineks Trennung zwischen der Theorie des Staatsrechts und der Gesellschaftstheorie des Staates (vgl. Hübinger 2009: 26), verwarf jedoch andere seiner Überlegungen und entwickelte eine eigene Staats- und Herrschaftssoziologie. Neben vieler anderer Überlegungen unterstrich Weber nachdrücklich, der moderne Staat ziehe seine Legitimität aus seiner rationalen Strukturierung (vgl. Benz 2008: 11). Weber verstand und konzeptualisierte den Staat als zentralisierten, bürokratischen Anstaltsstaat (vgl. 2010: 27). Die immer wieder neu herzustellende Ordnung wird in solch einem Staat durch einen Verwaltungsstab verwirklicht und auf Dauer gestellt (ebd.). Dieses Rationalisierungsverständnis findet deswegen nachhaltig Anklang, weil es als fähig gilt, die Leistungssteigerungen des modernen Staates zu entschlüsseln.

Trotz abweichender Perspektiven auf den Staat teilen Theoretiker:innen disziplinenübergreifend die Annahmen Webers, mit Hilfe derer sie die Politik und die Beziehungen von Staaten und Gesellschaften analysieren können. Viele dieser Annahmen fußen auf der von Weber angenommenen »coherence, integrity, and autonomy« (Migdal/Schlichte 2005: 2) des Staates. Einige weitreichende Akzentuierungen findet die weberianischen Staatskonzeption in neo-weberianischen Ansätzen. Dabei formulieren unterschiedlichen Schulen unterschiedliche Vorstellungen staatlicher Autonomie wie folgt: Die in den Internationalen Beziehungen dominante Weber-Rezeption leitet aus der anarchischen Logik des internationalen Staatensystems die Autonomie des Staates ab. In dieser realistischen Konzeption wird der Staat – nah an Weber – als bürokratisch zentralisierter und autonomer Akteur gefasst. Er verfügt über eine aktive staatliche Gestaltungsmacht, die ihm zur politischen Reorganisation der Gesellschaften verhilft.

In der vergleichenden Politischen Ökonomie der 1980er Jahre wurde Staatlichkeit ambivalenter diskutiert. Die starke Autonomie-These beschwört in Abgrenzung zu gesellschaftszentrierten Ansätzen die Gestaltungsmöglichkeiten des Staates. Die US-amerikanische Vertreterin des Historischen Institutionalismus, Theda Skocpol, betonte, es brauche keine neue Großtheorie des Staates, als vielmehr »solidly grounded and analytically sharp understandings of the causal regularities that underlie the histories of states, social structures, and transnational relations in the modern world« (1985: 28). Skocpol trug maßgeblich dazu bei, den Staat in der international vergleichenden Politikwissenschaft aufzuwerten (vgl. Benz 2008: 9).

Die Autonomie der staatlichen Gestaltungsmöglichkeiten wird in Richtung einer schwachen Autonomie-These konzeptualisiert (vgl. Bieling 2010: 31f.). Dann wird eine Auseinandersetzung mit und Analyse der sozioökonomischen Strukturen und sozipolitischen Organisationsmustern der Gesellschaften notwendig. Diese Perspektive wird in der »*bringing the state back in*«-Diskussion (vgl. Evans et al. 1985) der 1980er Jahre wiederholt betont. Deren Blick richtet sich auf die Funktionsweise von staatlichen Strukturen und Institutionen und damit auf die durch den Staat erzeugten gesell-

schaftlichen Effekte. Die staatlichen Gestaltungsmöglichkeiten werden erst durch seine charakteristischen Strukturmerkmale zugänglich (vgl. Gourevitch 1986; Hall 1986). Zu ihnen zählen die den Staat repräsentierenden Akteure und Institutionen sowie die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen und Instrumente. Bieling (2010) markiert in dieser Reflexion der Staats-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehung eine Verengung des neo-weberianischen Staatsverständnisses. Die Analyse verhafte in einem dichotomen Raster aus Staat auf der einen und Gesellschaft auf der anderen Seite (vgl. Jessop 1990: 288). So könnte weder der gesellschaftliche Charakter des Staates noch die staatliche Konstitution der gesellschaftlichen Verhältnisse erschlossen werden.

Für die vorliegende Arbeit sind eben dieser Verweisungszusammenhang und die »hybriden Interaktionslogiken« (Bieling 2010: 32), wie sie sich in korporatistischen Arrangements oder Netzwerkstrukturen finden, aufschlussreich. Ein dahingehend offenes Verständnis findet sich in der post-weberianischen Staatskonzeption, die sich auf die Entschlüsselung der Staats-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen besinnt. Post-weberianische Arbeiten beziehen sich auf Weber, indem sie sich auf die von ihm diskutierten »gesellschaftlichen Voraussetzungen staatlichen Handelns« (Bieling 2019: 120) fokussieren. So rücken die »sozialen (Klassen-)Beziehungen und deren diskursive Artikulation im politischen Raum« (ebd.) in den Blick. Für die vorliegende Arbeit erweist sich diese Perspektive insbesondere angesichts der ressourcenstarken Ärzteschaft und ihrer strukturellen Bevorzugung im Regulierungsgefüge als anschlussfähig. Nach dem Motto »*bringing state-society relations back in*« (vgl. Hobson/Seabrooke 2001: 240) können aus dieser Perspektive staatliche Transformationsprozesse präzise analysiert werden, »weil die Autonomie der staatlichen Handlungslogik [...] als komplementäres Spannungsverhältnis zu den gesellschaftlichen Verkehrsformen« (ebd.: 29) gefasst wird. Die Post-weberianer verwerfen Webers staatszentriert-akteurstheoretische Konzeption weitestgehend und entwickeln ein Verständnis des Staates als Prozess. Staatlichkeit und Staatshandeln werden in der post-weberianischen Literatur auf einer akteurs- und diskurszentrierten Ebene analysiert und diskutiert. Dieses Vorgehen gleicht einem positiven Bezug auf die schwache Autonomie-These.

Nach Bieling (2010: 30ff.) rücken für die Entschlüsselung des Verhältnisses der Beziehung von Staat und Gesellschaft die heteronomen, dezentralisierten und dynamischen Charakteristika und Prozesse des Staates in den Fokus. Heteronome Staatlichkeit meint, dass staatliche Gestaltungskraft nicht dadurch entsteht, dass staatliche Apparate relativ losgelöst von zivilgesellschaftlichen Interessensgruppen agieren können. Vielmehr sieht die post-weberianische Perspektive in ihren Analysen Grund zu der Annahme, eine solche Gestaltungskraft speise sich erst aus dem spannungsgeladenen Zusammenspiel von Staat und Zivilgesellschaft. Leonard Seabrooke (vgl. 2001: 15ff.), ein Vertreter der Internationalen Politischen Ökonomie und Wirtschaftssoziologie konstatiert, Staatshandeln sei durch eine produktive »*interactive embeddedness*« bedingt und so auch strukturell in die zivilgesellschaftlichen Kommunikationssphären integriert. Diese Einbettung stellt sich für unterschiedliche Staatsakteure unterschiedlich dar und verweist auf die Dezentralität des Staates. Bieling spricht von einem »Geflecht von zum Teil eigenlogischen und auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelten Organisationselementen« (2019: 120). Spätestens mit der dezentralisierten Staatlichkeit kehrt sich der Post-weberianismus vollends

vom weberianischen Verständnis ab, das eine zentralisierte Staatsmacht annimmt, die abgetrennt von zivilgesellschaftlichen Dynamiken existiert.

In dem Aufsatz »Rethinking the State« der beiden Post-Weberianer Joel Migdal und Klaus Schlichte aus dem Jahr 2005 weisen die beiden Autoren zwar darauf hin, dass spezifische Praktiken, wie Grenzkontrollen, oder Institutionen, wie die Polizei, eine einheitliche Vorstellung vom Staat reproduzieren. Diese werde jedoch auch fortwährend unterlaufen und in Frage gestellt, etwa im Rahmen von Protesten. Auf diese Weise überkomme die post-weberianische Staatskonzeption die Trennung von Staat und Zivilgesellschaft, von öffentlich und privat, von formell und informell, von legal und illegal (ebd.: 25). Dies ist ein zentraler Vorteil der Perspektive gegenüber den tradierten Staatstheorien (vgl. Schlichte 2016: i). Der Staat stellt so

»das komplexe Ensemble einer Vielzahl von Institutionen und Akteuren, deren Leitbilder und Interessen sich nicht nur wechselseitig stützen, sondern mitunter auch in einem Spannungsverhältnis zueinander stehen. Als ein spezifisch institutionalisiertes Kraftfeld ragt der Staat einerseits weit in die Gesellschaft hinein; andererseits bleibt er zugleich auf die Zusammenarbeit mit einflussreichen sozialen Kräften angewiesen.« (Bieling 2010: 33)

Post-weberianische Ansätze berücksichtigen unter Einschluss der gesellschaftlichen Praktiken und Diskurse im dezentralisierten Staat auch die Mechanismen der Diffusion staatlicher Macht. Eine dynamisch-flexible Staatlichkeit umfasst diese fortlaufende Rekonfiguration (vgl. Migdal/Schlichte 2005: 19ff.), die sich auf unterschiedlichen Ebenen vollziehen kann.

»The dynamics of the state involve its changing image, its changing practices, and the changing relationship between them, as well as the effects of all these changes on the field of power that is the state. In this process social groups are transformed, including their goals, and, ultimately, the rules they are promoting. Like any other group or organization, the state, then, is constructed and re-constructed, invented and re-invented, through its interaction as a whole and of its parts with others. It is not a fixed entity; its organization, goals, means, partners, and operative rules change as it allies with and opposes others in and outside its territory.« (Migdal/Schlichte 2016: 19)

Tradierte staatszentrierte Ansätze tendieren dazu, die Netzwerke der zivilgesellschaftlichen Kooperation und Marktverhältnisse als Hindernisse oder Schranken einer starken Gestaltungsmacht zu betrachten. Sie machen die Gegensätzlichkeit von Staat und Zivilgesellschaft oder Staat und Markt stark. So wird diese Sicht jedoch reproduziert, anstatt das Potenzial spannungsvoller, oft komplementärer Interaktionsmuster staatlicher und nicht-staatlicher Akteure zum Gegenstand der Untersuchung zu machen (vgl. Bieling 2010). Leonard Seabrooke schlägt deshalb vor, die Handlungsfähigkeit von Staaten als »developed interactive embeddedness« (Seabrooke 2001: 44) zu begreifen, als »competition and cooperation between a state and its key actors« (ebd.).

»This dynamic minimizes the costs for a state, in the sense that coercion and repression to enforce participation is much more expensive than voluntary participation. Thus,

a diffusion of power through society is less costly for a state than a centralization of power against society, and increases the ability of a state to reconstitute itself in response to or to enact international and domestic change.« (Seabrooke 2001: 44)

Im sektoralen Korporatismus des deutschen Gesundheitssystems greifen diese Dynamiken. Die Delegation öffentlicher Aufgaben an soziale Akteure, die dann als semi-staatliche Akteure oder mittelbaren Staatverwaltung gefasst werden, entlastet den Staat. Zudem erlaubt die oben erläuterte Möglichkeit der indirekten Intervention über Kontextsteuerung die GKV und ihre Akteure in ihrem Handeln an den Globalzielen der Bundesregierung auszurichten.

Auch hier verdeutlicht die ebenübergreifende Arbeitsteilung einen wechselseitigen, oft spannungsvollen Verweisungszusammenhang. In der post-weberianischen Perspektive können Veränderungen der Organisationsformen, Operationsweisen und Instrumente einen inkrementellen Charakter haben oder grundlegende Brüche in gesellschaftlichen Krisen begleiten. Im letzteren Fall verschieben sich »gesellschaftliche Kräfteverhältnisse und das vorherrschende Selbstbild staatlicher Politik wird einer grundlegenden Revision unterworfen« (Bieling 2010: 34). Für das deutsche Gesundheitswesen sind inkrementelle Reformen charakteristisch und es liegt recht hohes Vetospielerpotenzial vor, weshalb etwaige Umbrüche eher unrealistisch erscheinen. Gleichwohl können sowohl exogene als auch endogene, kleinteilige Irritationen in Kombination mit einem günstigen Möglichkeitsfenster institutionellen Wandel vorantreiben (vgl. Weishaupt et al. 2013: 281).

Vor allem in Krisenzeiten kommt diskursiven Legitimationszwängen eine große Bedeutung zu. Der Staat kann in Kooperation oder unter konkurrierenden Bedingungen gemacht werden (vgl. Migdal/Schlichte 2005: 14f.). In entsprechenden Aushandlungsprozessen werden für den Staat seine eigenen Regulierungskapazitäten zum gewichtigen Faktor. Auch diese Dynamik hat das Gesundheitswesen wiederholt gestaltet, wie die oben ausgeführten Re-Regulierungen als Reaktion auf nicht-intendierte Folgen der Strukturereformen der 1990er Jahre zeigen. Die Fähigkeit Beziehungen effektiv zu organisieren, stützt sich auf eine »kontrollierte Diffusion politischer Macht« (Bieling 2010: 35) und deren Absicherung. Im ambulanten Regulierungsarrangement wirkt insbesondere die staatliche Aufsicht und Option der Ersatzvornahme machtsichernd. Ein solches kompetitiv-kooperatives Arrangement kann Rivalitäten, »ebenso aber auch das Potenzial einer produktiven Zusammenarbeit« (ebd.) enthalten.

Auf die Überlegungen und einige Arbeiten der zentralen Vertreter:innen der post-weberianischen Staatstheorie wurde bereits indirekt Bezug genommen. Im Vorwort des 2016 neu aufgelegten Aufsatzes von Migdal und Schlichte schreibt Schlichte:

»As this volume shows, the tendencies of state domination are ambiguous. States can extend their reach in one functional area, and at the same time, shrink in others. Phenomena like the delegation of state functions are typical in this regard. What looks like a weakening of the state's grip might, in reality, reach into the societal world.« (Schlichte 2016: i)

Die Komplementaritäten der post-weberianischen Perspektive und des Ansinnens der vorliegenden Arbeit sind evident. Die Gewährleistungsstaatlichkeit im ambulanten Sektor ist zentralstaatlich orientiert, aber auch in hohem Maße auf Akteure und Schaltstellen auf unterschiedlichen Ebenen und Arenen angewiesen. Insbesondere vor dem Hintergrund der sektoralen Transformation und folgenreichen Erosion des Ordnungsmodells drängt sich eine heterogene Perspektive auf. Zumal die Effekte dieser Entwicklungen auf einzelne Akteursgruppen und auf Ebene der staatlichen Interessenvermittlung untersucht wurden, wohingegen Studien zu den Prozessen auf der lokalen Ebene ausbleiben. Der stark kompetenzielle Fokus auf das Regulierungssystem verstellt den Blick für die Vermittlung zwischen Staat und Gesellschaft im Rahmen lokaler Infrastrukturverhandlungen.

Die post-weberianischen Perspektive wird in diversen Qualifizierungsarbeiten eingenommen, die zum Beispiel den Einfluss argentinischer Bergbauunternehmen auf lokale Politik und Staatlichkeit entschlüsseln (vgl. Bechtum 2022) oder die Organisation des Bildungswesens zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren in der Republik Somaliland als Form der Ko-Produktion als hybride Staatlichkeit analysieren (vgl. Gandrup/Titeca 2019: 654). Ein post-weberianisch inspirierter Vergleich ghanaischer und deutscher Polizeiarbeit richtet den Blick auf alltägliche staatliche (Re-)Produktionsformen (vgl. Beek 2019). Weitere Arbeiten zu vergleichbaren Sachverhalten in Pakistan (vgl. Munir 2019) und der autonomen Region Bougainville in Papua-Neuguinea liegen vor (vgl. Peake/Forsyth 2022). Außerhalb des genannten vergleichenden Beispiels liegt eine Anwendung auf den deutschen Kontext, insbesondere im Bereich Sozial- oder gar Gesundheitspolitik, nicht vor. Der Verdienst der post-weberianischen Perspektive für die vorliegende Studie ist dabei offensichtlich: Das offene, dynamische Staatsverständnis erlaubt, dass die (ideellen und materiellen) Effekte der lokalen Politisierung des Landarztmangels ernst genommen, nach ihren Effekten gefragt und etwaige Veränderungen der politischen und gegebenenfalls der gewährleistungsstaatlichen Operationsweise reflektiert werden können. Weiterhin bietet die Konzeption eine Perspektiverweiterung um diskursive Praktiken. Diese verweisen ihrerseits auf prozessrelevante Strategieentwicklungen wie Vernetzung und Netzwerkbildung aber auch (Nicht-)Responsivität und (De-)Politisierung.

(Gewährleistungs-)Staatlichkeit zeigt sich in Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen, die über Bilder und Praktiken entschlüsselt werden können. Die vorliegende Arbeit schlägt deshalb eine diskurstheoretische Lesart der post-weberianischen Staatskonzeption vor. In Deutschland herrscht eine gewisse, wenn auch in Teilen produktive, Unsicherheit über die Analyse von Diskursen. Ähnlich wie in anderen Wissenschaftsdisziplinen gehen auch in der Politikwissenschaft die Einschätzungen über die Reichweite diskursorientierter Perspektiven auseinander. Dennoch lassen sich einige theoretische Gemeinplätze ausmachen. Grundsätzlich betonen Diskursforschende, dass der Gebrauch von Sprache in Diskursen einen performativen und einen weltkonstituierenden Charakter hat. Ein zentraler Vertreter der Diskursanalyse, der anschlussfähige Elemente für die politikwissenschaftliche Analyse formuliert hat, ist der niederländische Politikwissenschaftler Maarten Hajer. Es gelang ihm eine recht systematische Behandlung der Diskursanalyse zu etablieren, die für weite Kreise anschlussfähige Instrumente bereithält. Hajers Vorgehen ist insofern spezifisch politikwissenschaftlich, als es die institutionelle

Dimension von Diskursen unterstreicht. Auf diese Weise ähnelt Hajers institutioneller Konstruktivismus (vgl. [1997]2010) dem soziologischen oder organisationstheoretischen Institutionalismus (vgl. Nullmeier 2006: 291). Dieser gleicht in vielerlei Hinsicht konstruktivistischen Überlegungen, ermöglicht allerdings ein ständiges »Changieren zwischen traditioneller Institutionenanalyse und interpretativem Vorgehen« (ebd.).

In seiner prominenten Studie, die die Debatte um den sauren Regen in Großbritannien zum Gegenstand hat, zeigt Hajer (vgl. 1995), wie sich die Politisierung des Problems vollzog. Der Umstand, dass das politische Problem des sauren Regens sozial konstruiert ist (vgl. Berger/Luckmann 1969), relativiert nicht die Problematik an sich, sondern zeigt auf, dass es mehrere Realitäten geben kann. So betont die Interpretationsfolie der Verschmutzung die strukturelle Komponente des Problems, wodurch die Metapher des sauren Regens leichter verständlich wird. Ein Teil eines größeren Diskurses – der Gebrauch von Sprache – bewirkt, dass ein natürliches Problem zu einem handlungsleitenden politischen Problem wird (vgl. Hajer 2003: 273).

»Determining the way a phenomenon is linguistically represented has repercussions for politically essential questions such as, ›Who is responsible?‹ ›What can be done?‹ ›What should be done?‹ The study of discourse thus opened up new possibilities for studying the political process as the mobilisation of bias.« (Hajer 2002)

Hajer entwickelt für die Analyse von Diskursen unterschiedliche Konstruktionen aber auch präzise Konzepte wie die Erzählung, die Metapher und den Diskurs. Der saure Regen ist in Hajers Beispiel sowohl Erzählung als auch Metapher, wohingegen erst die Interpretationsfolie der Verschmutzung den Diskurs konstituiert. Er versteht den Diskurs demnach als »Ensemble von Ideen, Konzepten und Kategorien« (ebd.: 275), durch die Phänomene mit Bedeutung versehen werden. Die Ideen, Konzepte und Kategorien werden erst durch ein benennbares Set von Praktiken hervorgebracht. So führt die Referenz auf eine Tradition des Umgangs mit Umweltproblemen zu einer Verengung der politischen Handlungsanleitungen. Schließlich sind diese Traditionen ihrerseits von spezifischen Ideen über die Bedeutung (staatlicher) Kontrolle geprägt und verfügen über entsprechend Vorstellungen darüber, was etwa die Industrie tun sollte.

Ein Diskurs ist nicht mit einer Diskussion gleichzusetzen. Vielmehr kann das Set von Konzepten, auf das sich der Diskurs bezieht, die Beiträge einer Gruppe von Diskussionsteilnehmern strukturieren. Auch analytisch sollten Diskussionen und Diskurse getrennt werden, etwa um unterschiedliche Diskurse unterscheiden zu können. Der Mehrwert der Diskursanalyse besteht im besseren Verständnis gesellschaftlicher Kontroversen im Sinne argumentativer anstelle rationaler Erklärungen. Als Gegenstand politikwissenschaftlicher Analysen wird der Gebrauch von Sprache im Politischen in diesem Sinne auch für die Strukturierung und Reproduktion von Herrschaftsbeziehungen herangezogen (vgl. Hajer 2003: 273). Hajer betont die gesellschaftliche Einbettung diskursiver Praktiken: Entsprechende Untersuchungen müssten die »sozio-historischen Bedingungen, unter denen Aussagen produziert und rezipiert wurden« (ebd.) mitdenken. Erst so wird ein Sprechakt in einen argumentativen Zusammenhang gestellt. Insbesondere für Bedeutungszuweisungen werden sodann Sprecherpositionen und -praktiken aufschlussreich. Der Diskurs wird als sprachlicher Ausdruck einer Struktur verstanden,

die ihrerseits interpretativ aufgespürt werden muss. Aus wissenspolitischer Perspektive geht es öffentlich handelnden Akteuren um die »Produktion und Wirkung von politisch relevanten Deutungsmustern innerhalb öffentlicher Debatten« (Münch 2016: 37).

Bevor auf die Positionen und Praktiken eingegangen werden kann, sei der folgende Hinweis erlaubt: In aller Regel finden sich mehrere Diskurse, die die Äußerungen von Akteuren strukturieren. Ein Weg, wie Akteure unter diesem Umstand produktiv miteinander kommunizieren, ist die Verständigung über eine der oben genannten diskursiven Konstruktionen. Ein für die vorliegende Studie anschlussfähiges Beispiel ist die Storyline. Sie hilft, die Herausforderung komplexer Kommunikation zu erklären. Nach Hajer werden ungleiche diskursive Elemente im Rahmen von Storylines präsentiert und so zu »mehr oder weniger kohärenten Ganzen« (Hajer 2003: 280) verknüpft. Hinter diesem Ganzen verschwindet die diskursive Komplexität. So kann mehrdeutigen sozialen Phänomenen über ein spezifisches Set an Storylines Bedeutung zugeschrieben werden. Dabei verweisen die Storylines auf die Intentionen der Diskursakteure. Hajer definiert sie als »medium through which actors try to impose their view of reality on others, suggest certain social positions and practices, and criticize alternative social arrangements« (Hajer [1993]2005: 47). Prominente Storylines weisen durchaus auf eine gewisse Deutungshoheit der Akteure hin. Der amerikanischen Soziologe Steven Lukes (vgl. 2005) würde von einer damit verbundenen Deutungsmacht seitens der Diskursakteure sprechen. Storylines gelten damit als ein höchst signifikantes Phänomen des politischen Prozesses. Sie organisieren und strukturieren soziale Interaktion maßgeblich.

Es wurde erwähnt, dass Diskurse durch bestimmte Praktiken (re-)produziert werden. Sie gehören zum politisch-diskursiven Instrumentarium. Akteure weisen durch diskursive Konstruktionen Phänomenen Bedeutung zu. Auf diese Weise strukturieren verschiedene Praktiken Phänomene als »Erfahrungen« eines Feldes (Hajer 2003: 278). Spannend ist, dass Akteure auch dann zu einer produktiven Politikgestaltung fähig sind, wenn sie nicht gänzlich in ihren Argumenten übereinstimmen, aber eine Kompatibilität der verwendeten diskursiven Bezugsgrößen ausmachen. Hajer (2002: 3) zitiert Billig (1987: 91), um diesen Punkt zu illustrieren:

»To understand the meaning of a sentence or whole discourse in an argumentative context, one should not examine merely the words within that discourse or the images in the speaker's mind at the moment of utterance. One should also consider the positions which are being criticized, or against which a justification is being mounted. Without knowing these counter-positions, the argumentative meaning will be lost.«

Das Beispiel hierfür ist die Diskurskoalition, die Hajer zunächst noch »discourse cluster« (1993: 47) nennt. Sie beschreibt eine Gruppe von Akteuren, die aus vielfältigen Beweggründen ein bestimmtes Set an Storylines verwenden und deren Praktiken sich diesen Storylines anpassen (vgl. Hajer 2008: 278). Auf diese Weise erklärt Hajer über die Diskursanalyse das historisch eingebettete strategische Handeln von Akteuren. Ein Zusammenschluss in einer Diskurskoalition wird nicht als zufällig hingenommen, sondern als intentionale Handlung und institutionelle Praktik eingebettet. Darüber hinaus hilft der Blick auf Diskurskoalitionen zu verstehen, wie Akteure und deren Praktiken dazu bei-

tragen eine bestimmte Haltung herzustellen oder zu verwerfen, ohne koordinierte oder geteilte Werte zwischen den Akteuren vorfinden zu müssen (vgl. Hajer 2008: 281).

Mit Bezug auf politikwissenschaftliche Analysen rücken zwei Aspekte in den Blick, die einer Vertiefung oder Erweiterung bedürfen. Erstens können Diskurskoalitionen – außerhalb diskursanalytischer Begrifflichkeiten gegebenenfalls auch Politiknetzwerke oder passender Akteursnetzwerke genannt – sehr unterschiedliche Formen annehmen. Sie können stark inklusiv oder exklusiv, vorübergehend oder beständig, auftreten (vgl. Janning et al. 2009; Leifeld 2017). Dies gilt es in der Analyse zu benennen und einzuordnen. Zweitens erscheint der Machtbegriff in der Diskursanalyse nach Hajer mitunter vage. Den Einfluss von Diskursen misst er anhand des zweistufigen Verfahrens der Diskursstrukturierung und -institutionalisierung. Strukturierend ist ein Diskurs, wenn er beginnt für eine Gruppe an Menschen die Konzeptualisierung der Welt zu dominieren (vgl. Hajer 2008: 278). Manifestiert sich ein Diskurs schließlich in einem institutionellen Arrangement – Hajer nennt hier die Einrichtung eines Messsystems für Luftverschmutzung als Beispiel –, so spricht man von einer Diskursinstitutionalisierung (ebd.: 278). Für die vorliegende Studie interessieren weiterhin die Machtasymmetrien innerhalb des Diskurses und wie diese sich darauf auswirken, ob ein Akteur sein Interesse überhaupt öffentlich artikulieren kann.

Die Fähigkeit von Policy-Akteuren Diskurskoalitionen einzugehen oder sich bewusst von ihnen abzugrenzen, hängt »von den wissensrelevanten Ressourcen der Akteure [...] und von ihrem Vermögen [ab], die eigene Deutungshoheit zu verteidigen« (Schneider/Janning 2006: 100). Dabei ist Wissen ungleich verteilt und die Fähigkeit sowie die Ressourcen es zu erlangen, zu bündeln, zu artikulieren und zu verteidigen komplex. Im interpretativen Sinne ist dabei weniger Wissen im Sinne von objektiven Fakten als vielmehr solches Wissen relevant, aus dem Erzählverläufe entstehen, die auf »sehr allgemeinem Wissen beruhen, aber soziale Orientierung geben, in dem sie Ereignisse, Verantwortlichkeiten und Lösungsmöglichkeiten in ihrer wechselseitigen Bedingtheit vereinfacht darstellen« (Münch 2016: 127).

Grundsätzlich setzen sich wissensorientierte Ansätze der Diskursanalyse¹ mit Ideen, Wissen, Argumenten und Interpretationen auseinander. Die etablierten Ansätze in der Politikwissenschaft sind ein Zeichen für die Abkehr von Modellen, die Akteure annehmen, die rational agieren, von Eigeninteressen geleitet sind, gegebene Präferenzen und ein entsprechendes Weltwissen aufweisen (ebd.). Vertreter:innen wie Reiner Keller (vgl. Keller et al. 2012) interessieren sich für die diskursive Konstruktion gesellschaftlicher Wirklichkeit »in Prozessen intersubjektiv und medial vermittelter Kommunikation« (Traue et al. 2019: 38). So rücken neben kontingenten Präferenzen die

1 Sie sind in der deutschsprachigen Forschung und insbesondere in der Policy-Forschung im Vergleich zur angelsächsischen vergleichsweise wenig vertreten. Frank Nullmeier beobachtet hier »ein weiches institutionalistisches Programm« (2006: 289), wie es sich im Akteurszentrierten Institutionalismus findet. Dennoch habe die Rolle der Wissenschaften in übergreifenden Policy-Entwicklungen das Interesse an wissensorientierten Ansätzen geweckt. Nullmeier betont deren Mehrwert für die Erklärung und insbesondere der Entfaltung der keynesianischen Finanzpolitik und des ordnungspolitischen Wandels in der Wirtschaftspolitik der 1980er Jahre (vgl. 2006: 289).

Bedeutung von Wissen und von Öffentlichkeit in den Fokus. Nullmeier folgert, der Kerngedanke wissensorientierter Diskursansätze bestehe darin, gesellschaftliche Probleme nicht als gegeben vorauszusetzen und sich ihrer Bearbeitung zuzuwenden, sondern die Problemkonstruktion durch Akteure interpretativ zu erschließen. »Bedeutung«, »Interpretation« und die politisch-diskursive »Konstitution von Wirklichkeiten« sind die Schlüsselvokabeln.« (Nullmeier 2006: 290)

Zugleich gilt es auf einer innerdiskursiven Ebene zu bestimmen, wer am Diskurs unter welchen Bedingungen teilnehmen kann. Es bedarf dieser Erweiterung, weil Hajer selbst keine substanziellen Überlegungen zu der Offen- oder Geschlossenheit diskursiver Räume und den Praktiken, die die Diskurse (re-)produzieren, formuliert hat. Hierfür erweist sich der britische Politikwissenschaftler David Howarth (vgl. 2010) als anschlussfähig. Er definiert Diskurse als artikulatorische Praktiken, die die Bedeutungen von Einzelphänomenen spezifisch miteinander verbinden, sodass ihnen eine eigene Bedeutung verliehen wird. Weiterhin beschreibt Howarth politische Grenzziehungen durch Praktiken des Ein- oder Ausschlusses als Machtphänomene (ebd.: 2). Sie sind nicht nur auf Ebene von Praktiken, *policies* oder Regimen, sondern auch in den »Bodensätzen« (ebd.) sozialer Beziehungen beobachtbar. So würden wirkmächtige – oder in Howarths Worten hegemoniale – Diskurse mitunter die Kontingenz sozialer Beziehungen relativieren und Herrschaft als naturgegeben darstellen (ebd.). Für die vorliegende Studie ist im Anschluss davon auszugehen, dass die Diskurse und die an ihnen zentral beteiligten Akteure sowie die prominenten Deutungen eine gewisse Verallgemeinerbarkeit über die wirkmächtigen Akteurs- und Interessenskonstellationen im Allgemeinen zulassen. Zugleich trägt die lokale Politisierung das Potenzial in sich, diese eingespielten Muster aufzubrechen. Schließlich könnte die gesellschaftliche Problematisierung der Versorgungsdefizite als Versorgungskrise, die im bisherigen Alltag verborgene Operationsweise des ambulanten Sektors zum Gegenstand öffentlicher Diskussion machen.

Es geht in Bedeutungszuschreibungen und politischen Aushandlungen im öffentlichen Raum um bewusste Interaktionen, die spannungsgeladen sein können und deren interpretative Analyse nicht nur die Interessen, sondern vor allem die Strategien der beteiligten Akteure offenbart. Diskursakteure und -koalitionen bringen ihre spezifischen analytischen und normativen Argumente in Diskurse ein und beeinflussen und dynamisieren so den politischen Prozess, obgleich ihre formalen Mitwirkungskompetenzen häufig recht begrenzt sind. Dieser Umstand hat vor allem für Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen Implikationen dafür, inwiefern sie auf den politischen Prozess einwirken können.

Die Arbeit will die Chancen von Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen, auf den politischen Prozess Einfluss zu nehmen, analysieren. Unter »schwachen Interessen« werden Interessen gefasst, die es relational schwerer haben, sich Gehör zu verschaffen und Einfluss auf den politischen Prozess zu nehmen (kritisch zur interessen-theoretischen Herleitung vgl. Cress 2019). Das Konzept der schwachen Interessen hat in den Sozialwissenschaften durchaus Tradition (vgl. von Winter/Willems 2000: 14). Seine Vertreter:innen wollen auf die »relative Benachteiligung in der politischen Interessenkonkurrenz« hinweisen und die verhältnismäßig geringe »Artikulations-, Organisations-, Mobilisierungs- und Durchsetzungsfähigkeit« schwacher Interessen betonen.

Für die vorliegende Studie werden die Bewohner:innen der von Versorgungsdefiziten betroffenen Regionen als Träger:innen schwacher Interessen gefasst. Dabei stellt sich diese Gruppe heterogen dar. Junge, gesunde Gemeindegänger:innen und ihre alten, kranken, immobilen Mitbürger:innen sind in der Tat nicht gleichermaßen betroffen, wenn eine Arztpraxis schließt. Gleichwohl liegt der vorliegenden Studie die Annahme zugrunde, dass der Wohnbevölkerung einer Gemeinde ein kollektives Interesse an einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung gemein ist. Da etwaige Interessenkonflikte auf individueller Ebene mit dem vorliegenden Untersuchungsdesign nur begrenzt aufzuspüren sind, wird sich zwar auf die Alten, Kranken und Immobilen fokussiert, können spezifische Teilinteressen der lokalen Wohnbevölkerung allerdings nicht herausgefiltert werden. Die relationale Schwäche der vorgenannten Gruppe betrifft deren Artikulations-, Organisations-, Mobilisierungs- und Durchsetzungsfähigkeit. Deshalb spielen die folgenden Modi der Interessenvertretung eine anschlussfähige Rolle.

Die vorliegende Studie untersucht die Selbstvertretung, Mitvertretung (in Anlehnung an Klenk et al. 2022: 5) und die anwaltschaftliche oder advokatorische Vertretung (Clement et al. 2010: 15) schwacher Interessen in den öffentlichen Diskursen und lokalpolitischen Prozessen. Unter Selbstvertretung werden die Äußerungen und Praktiken verstanden, die von den Träger:innen schwacher Interessen selbst oder Organisationen aus der Gruppe (Vereine, Verbände, Initiativen, soziale Bewegungen) ausgehen. Hierzu zählen unter anderem Äußerungen in der Presse, Leserbriefe, zivilgesellschaftliche Proteste, Unterschriftenlisten, Anfragen an politische Gremien, Positionspapiere oder die Organisation von Veranstaltungen. Unter dem Modus der Mitvertretung sind demokratisch legitimierte, zumindest repräsentative Interessenvertreter:innen zu verstehen. Dazu zählen die Äußerungen und Praktiken von Vereinen, Verbänden und Gewerkschaften. Es wird deutlich, dass einige relevante Akteure eine Doppelrolle eingehen können. Krankenkassen und KVen können durchaus beanspruchen, insbesondere wegen ihrer internen Strukturen, Patienteninteressen mitzuvertreten. Andere sind auf spezifische Interessen von Patient:innen fokussiert, etwa eine auf ein Krankheitsbild fokussierte Selbsthilfegruppe. Was daraus für ihr Handeln folgt, gilt es zu analysieren. Weiterhin zählt die Berücksichtigung von Interessen durch das Parteiensystem zur Mitvertretung. Hierzu zählen neben den Parteien selbst auch beratende Gremien wie Seniorenräte, die die Interessen der älteren Generation in den politischen Prozess auf kommunaler oder Landesebene einbringen. Letztlich sind auch die Versicherten-, Patienten-, Selbsthilfe und Verbraucherorganisationen der Mitvertretung zuzuordnen. Es geht weniger darum, die Modi der Interessenvertretung genau zu bestimmen, als sie voneinander abzugrenzen. Der Unterschied der Mitvertretung zur anwaltschaftlichen oder advokatorischen Vertretung liegt darin, dass Advokator:innen Interessen vertreten, die nicht ihre eigenen sind. Sie profitieren eher ideell oder emotional davon, das angestrebte Ziel zu erreichen. Hierzu zählen Wohlfahrtsverbände, Kirchen oder NGOs.

Es wird davon ausgegangen, dass die Modi der Interessenvertretung in unterschiedlichen Teildiskursen unterschiedlich stark aufkommen und unterschiedlich durchsetzungsstark sind. Es ist von Interesse, welche Akteure sich der schwachen Interessen annehmen, mit ihren Träger:innen oder Vertreter:innen Diskurskoalitionen eingehen und zu welchen Zweck sie dies gegebenenfalls tun. Entsprechende Erkenntnisse leisten ei-

nen Beitrag zu der Debatte um schwache Interessen in der politischen Organisation der flächendeckenden gesundheitlichen Versorgungsinfrastruktur.

4 Methodologie, Operationalisierung und Vorgehen

Die vorliegende Methodik ist der interpretativen Policy Analyse (vgl. Münch 2016) zuzuordnen. Dabei ist den Grundbegriffen der Politikwissenschaft folgend, unter policy der politische Inhalt (Gesetze, Verordnungen, Programme, Einzelentscheidungen) zu verstehen, wobei policy-making jenes Handeln von Akteuren und Organisationen meint, das gesamtgesellschaftlich verbindliche Regelungen beansprucht (vgl. Schmidt 2003: 261). »Policy analysis is finding out what governments do, why they do it, and what difference it makes« (Dye 1976). Schneider und Janning (2006: 78ff.) machen drei grobe Theoriefelder in der Politikfeldanalyse aus: *erstens* Forschung, die auf der Makroebene quantitativ-vergleichend vorgeht. Sie wird in Deutschland auch Staatstätigkeitsforschung genannt (vgl. Schmidt 1998). Es folgen *zweitens* stärker akteur- und strukturtheoretische Theorien, etwa der beziehungsstrukturelle Ansatz (vgl. Ostrom 1990), der Rational-Choice-Institutionalismus (vgl. Knoke et al. 1996) und der Akteur-zentrierte Institutionalismus (vgl. Mayntz/Scharpf 1995). Drittens nennen sie eine »neue Richtung der Policy-Analyse, [sie] kulturalistisch nennen, die kognitive Analysebereiche betont [...] und explizit Alternativen zu rationalistischen Policy-Modellen entwickelt« (Schneider/Janning 2006: 79). Die vorliegende Studie schließt an Annahmen der letzten Gruppe von Ansätzen an.

Zunächst ein paar Worte zur Policy Analyse oder Politikfeldanalyse: Sie verfolgt im Kontext der deutschen Politikwissenschaft zwei Fragestellungen. Sie fragt nach den Faktoren, die auf Inhalte von Politik wirken und sie denkt darüber nach, wie Politikfelder gesteuert und deren Ergebnisse kontrolliert werden können (vgl. Lauth/Thieri 2012). Die Policy Analyse existiert in einer beschreibend-erklärenden Variante und einer Variante, in der die Forschung auch auf Politikberatung angelegt ist (vgl. Münch 2016: 1). Die traditionelle Policy Analyse geht tendenziell von der Vorstellung aus, Politik bearbeitete Probleme (vgl. Saretzki 2003: 431). Steuerungstheoretische Arbeiten nehmen an, es existieren eindeutige Ziele, angemessene Kausaltheorien zur Erklärung von Ursache-Wirkungszusammenhängen und generelle Durchführungsstrukturen (vgl. Münch 2016: 2).

In den 1990er Jahren gewinnt die Beobachtung an Bedeutung, dass die Wahrnehmung von politischen Problemen und die Vorschläge, wie diese zu lösen sind, keinem objektivem Mechanismus folgen. Die Policy Analyse entwickelt ein Interesse an bestimmten Inhalten, Situationsdeutungen, Wissensformen, Werthaltungen und Inter-

essenorientierungen als Erklärungsfaktoren im Politikprozess (vgl. Schneider/Janning 2006: 96f.). Oftmals wird diese Entwicklung als »argumentative turn« in den Sozialwissenschaften beschrieben (vgl. Fischer/Forester 1993). Die Erkenntnis, dass sprachliche Praxis und soziale Wirklichkeit für die Policy Analyse bedeutsame Erklärungsfaktoren sind, wurde bereits in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in konstruktivistischen und (post-)strukturalistischen Theorien aufgegriffen.

Heute gilt es in der Policy Analyse als Gemeinplatz, dass policy Probleme komplex sind, häufig keine einfachen Lösungen zur Verfügung stehen und Problemwahrnehmungen und -deutungen für policy Prozesse relevant sind (vgl. Blatter et al. 2007: 24ff.). Über den Grad der Relevanz besteht eine gewisse Uneinigkeit: So ergänzen der Akteurszentrierte Institutionalismus oder der Advocacy Koalitionen Ansatz (vgl. Sabatier 1988; 1993) strategisches und interessengeleitetes Handeln um den Einfluss von Grundorientierungen und moralischen Wertvorstellungen (vgl. Schneider/Janning 2006: 96). Schneider und Janning begreifen die Ansätze deshalb als »kulturalistisch« (ebd.) und beschreiben die interpretative Policy Analyse als eine »radikale Position« (ebd.: 98) innerhalb dieser Gruppierung. Grund hierfür ist, dass interpretative Ansätze die kollektive Wahrnehmung und Anerkennung von Institutionen oder auch Zwängen als herzustellende Phänomene begreifen.

Das geht mit der Beobachtung einher, dass »die Begründungsfähigkeit von Politik und der Kampf um Ideen und Interpretationshoheit an Bedeutung gewinnen« (Münch 2016: V). Somit rücken das Argument und der Diskurs in den Fokus der Aufmerksamkeit. Diese neue Aufmerksamkeit ist insofern anschlussfähig, als policy-making nun auch abseits von Gesetzgebungsprozessen und Institutionen, etwa im Rahmen neuer Netzwerke oder Governance-Strukturen, untersucht werden kann. Entsprechende Überlegungen differenzieren sich insbesondere durch die Analyse der »wirklichkeitskonstruierende[n] Dimension von Ideen, Wissen, Deutungsmustern, frames, Interpretationen, Argumenten oder Diskursen« (ebd.: 2) aus. Dabei liegt interpretativen Ansätzen die Annahme zugrunde, dass die Akteure den spezifischen Prozess bestimmen, nicht das Ereignis selbst über eine Kraft verfügt (vgl. Nullmeier 2021). Es geht weniger um den prozessbestimmenden Mechanismus als die Ergebnisse von Wahrnehmungen und Interpretationen.

Für die vorliegende Studie wurden sechs Landkreise als Fallstudien ausgewählt. Ein Fallstudien-Design ermöglicht, das Politikfeld und das zu erklärende Phänomen tiefschärfer und kontextgebunden zu analysieren (vgl. Lauth/Thiery 2012: 274). Für die Fallauswahl waren unterschiedliche Faktoren relevant. Die Selektion ist einem qualitativen Design folgend weniger standardisiert durchgeführt worden (vgl. Strübing 2018: 21f.), jedoch durch das umfassende und den wissenschaftlichen Gütekriterien entsprechende Material begründbar. Aus der bisherigen Forschung ist bekannt, dass insbesondere strukturell benachteiligte, ländlich geprägte Regionen von vertragsärztlichen Versorgungsproblemen betroffen sind. Das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung kennt »ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen« und »dünn besiedelte ländliche Kreise« (vgl. BBSR 2018). Die Typenbildung sieht für diese Ausprägung einen Bevölkerungsanteil in Groß- und Mittelstädten von unter 50 Prozent und eine Einwohnerdichte ohne Groß- und Mittelstädte von unter 100 Einwohnenden/km² vor (ausführlich vgl. Ried 2016: 4ff.). Der Begriff der »Strukturschwäche« ist in der Raumordnung ebenfalls zentral. Er bezieht sich in der Regel auf die regionalen Ein-

kommensverhältnisse, Arbeitsmarktentwicklungen, Entwicklung der Erwerbstätigkeit und Infrastrukturausstattung. Da die versorgungsrelevante Literatur mit dem Begriff eher vage umgeht, wurde eine Strukturschwäche nicht als hartes Kriterium festgesetzt. In der Regel wirkt sich das Stadt-Land-Gefälle in diesen beiden Siedlungstypen auch deshalb besonders aus, weil die Strukturschwäche durch den demografischen Wandel in erhöhtem Maße herausgefordert wird. Räumliche Distanzen zwischen Patient:innen und Praxen fallen in der Tendenz größer aus und wirken sich limitierend auf den Zugang zu Versorgungseinrichtungen aus (vgl. Buck et al. 2020).

Im nächsten Schritt der Fallauswahl folgte eine Recherche bei der KBV und den Länder-KVen. Aufschlussreiche Dokumente wie der Sicherstellungsatlas, die Bedarfspläne und unterschiedliche Publikationen zu regionalen Entwicklungstendenzen wurden gesichtet, um einen Eindruck über die Entwicklung der regionalen ärztlichen Versorgung zu gewinnen. Ausschlaggebend für die Auswahl war, dass die hausärztliche Versorgung in den Kreisregionen Auffälligkeiten aufwies, also bereits im Bereich einer (drohenden) Unterversorgung waren oder sich in diese Richtung entwickelten. Darüber hinaus und für die Erhebung wichtiger, sollten die Fallregionen Aufschluss darüber geben, wie die Akteure vor Ort auf die Problematisierung der Versorgungslage reagieren, insbesondere mit welchen Bedeutungszuschreibungen lokalstaatliches Handeln eingefordert wird. Um eine solche Politisierung rekonstruieren zu können, muss eine aussagekräftige Datengrundlage vorliegen. Hierfür bieten Lokalzeitungen einen adäquaten Zugang zu den lokalen öffentlichen Diskursen. Zeitungen bieten Informationen, aber sind auch Plattformen, um sich über politische Probleme und deren Lösungen auszutauschen sowie Stellung dazu zu beziehen. Entsprechend sind sie eine aufschlussreiche Datenbasis, um Debatten, Konflikte und Akteurskonstellationen aufzuspüren und Veränderungen über die Zeit auszuwerten (vgl. Brugger/Henry 2021: 145).

Zunächst wurden überregionale Pressedatenbanken auf die Suchwörter »Ärztmangel« und »ärztliche Versorgung« durchforstet, um wiederkehrende Regionen und Debatten auszumachen. Im Anschluss wurden bundesweit Archive lokaler Zeitungen gescannt und Internetrecherchen durchgeführt, bis sechs Kreise mit einer erhöhten Problemsalienz ausfindig gemacht wurden. Innerhalb dieser ausgewählten Fälle besteht insbesondere für die Anzahl der politischen Projekte eine gewisse Varianz. Diese kann gegebenenfalls Aufschlüsse über Politisierungsfaktoren, Bedingungen für lokalstaatliches Handeln, Gelingensbedingungen und Gründe für das Scheitern von Maßnahmen geben. Die beschriebene Fallauswahl wurde unter anderem im Rahmen eines Workshops im Frühjahr 2021 mit 40 geladenen Expert:innen aus betroffenen Regionen, dem Verbraucherschutz, der Patientenvertretung, der Versorgungsforschung und der Politik- und Verwaltungswissenschaft vorgestellt und diskutiert. Die folgenden Landkreise wurden ausgewählt: der Landkreis Leer in Niedersachsen, der Landkreis Potsdam-Mittelmark in Brandenburg, der Eifelkreis Bitburg-Prüm in Rheinland-Pfalz, der Vogelsbergkreis in Hessen, der Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt und der Landkreis Ansbach in Bayern.

Für die Erhebung der lokalen Diskurse und Bearbeitungsprozesse wurden Diskursnetzwerkanalysen (DNA) durchgeführt, Dokumente ausgewertet und 33 Expert:inneninterviews geführt. Für alle drei Analyseinstrumente wurden die theoretisch-konzeptionelle Perspektive im Sinne der Fragestellungen operationalisiert. Um die Textdaten

interpretieren zu können, wurden drei Kategorien erstellt: die Problemwahrnehmung und -deutung, der Bearbeitungsprozess und die Akteurspositionierung. Folgende Fragen und Zielsetzungen sind mit diesen Kategorien verbunden:

- **Problem:** Zunächst werden die Problemwahrnehmung und die Ursachenkritik der Akteure erhoben und die Betroffenheit, der Bedarf und der strategische Umgang mit dem Problem eingeordnet. Darauffolgend kann auf die Vorstellungen einer adäquaten Versorgung (öffentliches Gut) und die Mechanismen der Politisierung (Gewährleistungsverantwortung) geschlossen werden. Insbesondere die prominente Storyline (vgl. Hajer 2008: 277ff.) erweist sich für die vorliegenden Diskurse als relevant, weil prominente Diskurskoalitionen im Anschluss an eine gemeinsame Problemdeutung bestimmte Pfade als adäquat für die Problembearbeitung betrachten und andere verwerfen.
- **Bearbeitung:** Die Forderungen und diskutierten sowie getesteten Instrumente in den lokalen Kontexten verweisen auf die Steuerungspräferenzen der Akteure und die Gewährleistungsmodi des lokalen Staates. Zudem ermöglichen es die rekonstruierten Aushandlungen, Interessenlagen und Erfahrungen im Rahmen der lokalen Prozesse herauszuarbeiten, ob und wie die Akteure die lokale Gewährleistungsstaatlichkeit reflektieren.
- **Akteurspositionierung:** Diese Reflexionen der Akteure können in Kontext gesetzt werden. Die etwaig veränderten Strategien der Akteure und die neuen Instrumente weisen darauf hin, dass Akteure gelernt haben, mit der Gewährleistungsstaatlichkeit umzugehen, sie gegebenenfalls zu ihren Gunsten oder den Gunsten der lokalen Bevölkerung zu nutzen. Fragen der Verantwortung und der Erfahrungen mit raumwirksamen Instrumenten liefern Aufschluss über die Chancen der Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen, Einfluss auf die lokalpolitischen Prozesse nehmen zu können.

Diese Kategorien gehen, wie im Folgenden dargestellt wird, in den Analyseschritten unterschiedlich auf und finden sich auch in der Darstellung der Analyse wieder. Die Kapitel sind in eine Analyse des medialen Diskurses und eine anschließende Reflexion der lokalen Bearbeitungspfade nach den genannten Kategorien (Problem, Bearbeitung, Akteurspositionierung) untergliedert. Dieses Vorgehen erlaubt es, den medialen Diskurs mit den Bearbeitungspfaden abzugleichen, um genauer zu bestimmen, ob auf die Äußerungen der Akteure auch Handeln folgt.

Die Pressediskurse werden aus einer Netzwerkperspektive untersucht, die sich auf Interaktionen zwischen Akteuren im Netzwerk bezieht (vgl. Kenis/Schneider 1991). Die Diskursnetzwerkanalyse (DNA) als spezifische Methode erlaubt die Analyse und visuelle Auswertung der »coevolution of actors and concepts« (Leifeld 2010: 13) über die Zeit. Sie kombiniert eine qualitative Inhaltsanalyse mit quantitativen Elementen aus der Sozialen Netzwerkanalyse. Sie konzeptualisiert Akteurskonstellationen und misst die Entstehung des Diskurses und seiner Entwicklung über die Zeit (ebd.: 4). Indem einzelne Aussagen übergeordneten Konzepten zugeordnet werden, können theoretisch-konzeptionelle Annahmen operationalisiert werden.

Tabelle 2: Pressematerial¹

Landkreis	Zeitung(en)/Portale, Auflage	Suchworte	#	Zeitraum
Landkreis Leer	Ostfriesen-Zeitung, 26.820	Ärztmangel, ärztliche Versorgung	127	2001–2020
Landkreis Potsdam-Mittelmark	Potsdamer Neueste Nachrichten, 8.276	Ärztmangel	83	2003–2020
	Märkische Allgemeine, 81.107	Ärztmangel		2014–2021
Eifelkreis Bitburg-Prüm	Trierischer Volksfreund, 59.820	Ärztmangel, ärztliche Versorgung	90	2009–2020
Vogelsbergkreis	Oberhessische Zeitung, 4.962	Ärztmangel, ärztliche Vers., Hausarzt	95	2017–2022
Altmarkkreis Salzwedel	Volksstimme, 135.792	Ärztmangel	116	2009–2022
	Altmark Zeitung, 9.338	Ärztmangel		2010–2022
Landkreis Ansbach	Nordbayern.de (Online-dienst der Nürnberger Nachrichten)	Ärztmangel	125	2006–2022
	Fränkischer.de (Nachrichtenportal für Stadt u. Landkreis Ansbach)	Hausarzt		2017–2022

Quelle: Selbstgestaltet

Hierfür wurden zunächst im Durchschnitt 100 relevante Artikel aus der Lokalpresse (Tab. 2) in das Programm *Discourse Network Analyser* eingespeist. Es erlaubt jeden Artikel mit einem Datum zu markieren und einzelnen direkten oder indirekten Aussagen von Akteuren drei Eigenschaften zuzuordnen (vgl. Janning et al. 2009; Leifeld 2010). Einem Statement, also einer direkten oder indirekten Äußerung in einem Zeitungsartikel, wird die sprechende Person, deren Zugehörigkeit zu einer Organisation, ein Konzept und die Zu- oder Ablehnung zu diesem Konzept zugeordnet. Die Konzepte wurden zuvor theoriegeleitet ausgewählt und operationalisieren die theoretischen Überlegungen. Der Kodierung des Pressematerials wurden die oben genannten Konzeptgruppen zugrunde gelegt. Im Folgenden sind pro Gruppe Ankerbeispiele und relevante Codierungen angeführt. Die gesamte Code-Liste findet sich im Anhang.

1 Die von den Artikeln abgedeckten Zeiträume variieren wegen der unterschiedlich zugänglichen Pressearchive und Onlineportale. Für die Suche wurden die Schlagworte »Ärztmangel«, »ärztliche Versorgung« und in einem Fall »Hausarzt« verwendet. Irrelevante Artikel wurden aussortiert und zusätzlich randomisiert weitere Artikel stichprobenartig gesichtet, um keine relevanten Berichte zu übersehen. Um eine Bias in der Kodierung zu minimieren, wurde einzelne Datensätze von einer studentischen Hilfskraft codiert und die Ergebnisse verglichen. Das Codebook wurde zusätzlich mit einer Kollegin und ausgewiesenen DNA-Expertin wiederholt überarbeitet.

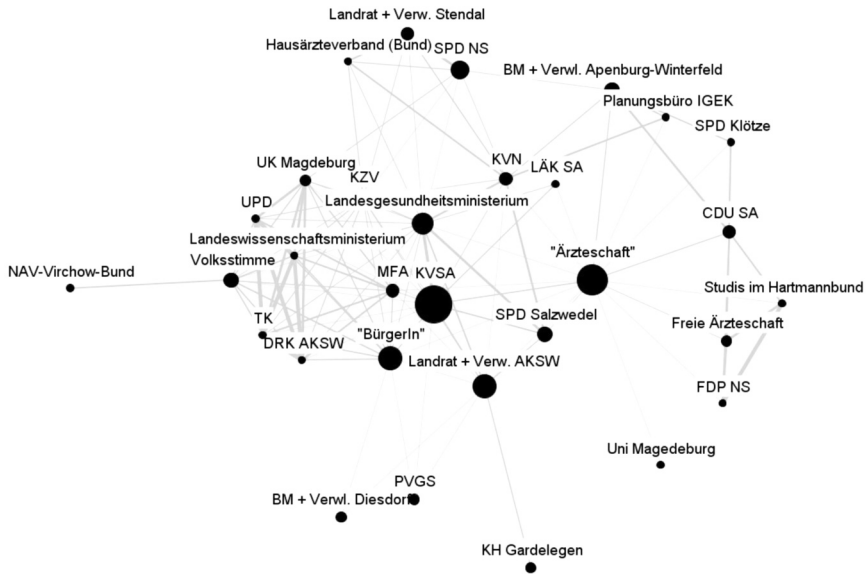
- **Problemwahrnehmung:** Die Äußerungen »dem Gesundheitssystem gehen die Ärzte aus« oder »jede Praxisschließung stellt ein Problem für die Versorgung dar« wird dem Konzept »Ärztmangel (kommt)« zugordnet.
- **Lösungsvorschläge und Reflexion der getesteten Instrumente:** Die Äußerung »mit einem Patientenmobil sichern wir in Gemeinde x die Versorgung« wird dem Konzept »Mobilitätskonzept« zugeordnet, während »ein Gesundheitszentrum löst das Problem nicht« als Ablehnung des Konzepts »Gesundheitszentrum/Ärztehaus« codiert wird.
- **Verantwortungszuschreibung:** Die Äußerung »das Land muss Studienplätze schaffen« wird dem Konzept »Land in Verantwortung« zugeordnet, die Äußerung »unsere Gemeinde hat keine Mittel, um ein Stipendium anzubieten, zumal dessen Effekte sich zu spät einstellen« dem Konzept »Kapazitätsgrenze Kommune«. Zugleich wird die letzte Aussage als Ablehnung des Konzepts »Stipendienprogramm« codiert. »Ärzterversorgung ist Daseinsvorsorge« schließt auf eine öffentliche Verantwortung, die aus dem Kontext spezifiziert werden muss.

Der codierte Datensatz wird mithilfe des Programms *Visone* (vgl. Brandes/Wagner 2004) in Netzwerkgraphen umgewandelt. Die Graphen visualisieren die Diskursnetzwerke, wobei die Netzwerke als »eine abgegrenzte Menge von Knoten oder Elementen und der Menge der zwischen ihnen verlaufenden sogenannten Kanten« (Jansen 2006: 58) zu interpretieren sind. Ein Großteil der in der Studie abgebildeten Netzwerkgraphen besteht aus Knoten, die Akteure abbilden, und Kanten, die die argumentative Verbindung zwischen den Akteuren darstellen. Die Größe der Knoten und ihre Einfärbung korrespondiert mit der Frequenz, mit der sich die Akteure am Diskurs beteiligen. Häufig auftretende Akteure oder Konzepte werden mit großen Knoten, weniger häufig auftretende mit kleineren Knoten visualisiert (Abb. 4). Die Menge der geteilten Aussagen zwischen zwei Akteuren, das Kantengewicht, ist über die Dicke der Kanten ablesbar, wobei mehr geteilte Argumente eine dickere Kante bedingen. Beim Exportieren der Datensätze aus DNA und der Visualisierung in *Visone* wurden drei Einstellungen vorgenommen, deren Kenntnis zur Interpretation der Netzwerkgraphen notwendig ist.

- Die Normalisierung »garantiert, dass die generelle Neigung der Akteure, z.B. aufgrund ihrer institutionellen Stellung viele oder wenige Statements abzugeben, die Kantengewichte nicht beeinflusst« (Leifeld 2009: 398). Tritt ein Akteur in einem Artikel häufig auf, sichert die Normalisierung, dass seine Präsenz im gesamten Diskurs nicht überbewertet wird.
- Die *Subtract*-Funktion verdeutlicht die verschiedenen Koalitionen im Netzwerkgraphen. Zwischen Akteuren wird das Verhältnis von zu einem Konzept getroffenen Zustimmungen/Ablehnungen bilanziert. Positive Kantengewichte weisen eine höhere Zustimmung als Konflikthaftigkeit zwischen zwei Akteuren aus, negative Kantengewichte unterstreichen konflikthafte Verbindungen. Die *Subtract*-Funktion subtrahiert übereinstimmende und nicht-übereinstimmende argumentative Verbindungen. Entstehen daraus Kanten mit einem negativen Gewicht, werden diese gelöscht, sodass die Nähe der abgebildeten Akteure auf deren tatsächliche argumentative Nähe schließen lässt.

- Der Schwellenwert eines Netzwerkgraphen kann manuell erhöht werden, um niedrigfrequente Verbindungen auszuschließen. Dadurch reduziert sich die Komplexität der Netzwerkgraphen. Sie werden aufgrund der reduzierten Anzahl der Knoten und Kanten lesbarer. Wenn ein erhöhter Schwellenwert eingestellt wurde, ist dies ausgewiesen. Andernfalls zeigt der Graph das komplette Diskursnetzwerk und der Schwellen ist nicht zusätzlich ausgewiesen.

Abbildung 4: Beispiel eines Diskursnetzwerkgraphen zur Methodenerläuterung



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Diskursnetzwerke, wie in Abbildung 4 dargestellt, werden *one-mode*-Netzwerke oder Akteurskongruenznetzwerke genannt, weil nur ein Akteurstyp (Knoten) und eine Verbindungsart (Kanten) vorliegt. Die Entfernung zwischen den Akteuren und die Positionierung der Akteure im Netzwerk lässt aufgrund des implementierten Algorithmus (vgl. Brandes/Wagner 2004) auf die argumentative Nähe der Akteure schließen. Er bezieht die Nähe der Knoten und die Gewichtung der Kanten auf die Zentralität der Akteure im Diskurs. Aus Abbildung 4 lässt sich folgern, dass sich die KV Sachsen-Anhalt und die Ärzteschaft sehr häufig im Diskurs positionieren (Größe des Knoten) und in ihren Aussagen mit einer Vielzahl an Akteuren übereinstimmt (Zentralität und Menge der Kanten). Links im Diskursnetzwerk ist eine Diskurskoalition abgebildet. Die Dicke der Kanten visualisiert, dass sich die Akteure argumentativ nahestehen.

Neben *one-mode* können auch *two-mode*-Diskursnetzwerke dargestellt werden. Bei letzterem visualisieren zwei Arten von Knoten je Akteure und Konzepte, wobei die Kanten die Zustimmung der Akteure zu den Knoten abbildet. Eine letzte Art der Visualisierung ist das Zentralitätsnetzwerk. Auf Grundlage des Zentralitätsmaßes

»Gradzentralität« (vgl. Wassermann/Faust 1994: 178ff.) besitzt ein Knoten mit vielen Verbindungen eine hohe Zentralität. Vice versa besitzen Knoten mit wenig Verbindungen eine niedrige Zentralität. Diese Netzwerke werden als eine Art Zielscheibe dargestellt. Zentral gelegene Knoten verweisen auf viele Verbindungen im Netzwerk (hohe Zentralitätswerte). Die Größe der Knoten korrespondiert mit seiner Frequenz. Die Visualisierung der Diskursnetzwerke ermöglicht ein intuitiveres und tiefgreifendes Verständnis der Diskursinhalte, -dynamiken und -konstellationen der Akteure und Gegenstände (vgl. Baur et al. 2002). Sie können für bestimmte Zeitabschnitte oder Konzeptgruppen erstellt werden, um Dynamiken aufzuzeigen, auf Veränderungen in Akteurskonstellationen oder zeitlich begrenzte Themensalienzen aufmerksam zu machen.

Eine Erhebung der Diskurse gelingt insbesondere dann, wenn die Sprachbilder und Argumentationsmuster systematisch nachverfolgt werden können. Für die untersuchten Diskurse in den Fallstudien wird deutlich, dass sich die Kombination aus qualitativer Inhaltsanalyse und sozialer Netzwerkanalyse für die vorliegende Arbeit als fruchtbar erweist. Die Visualisierung der Diskursnetzwerke ermöglicht es, zentrale Akteure und Konzepte zu identifizieren. Akteure können eine zentrale Stellung im Diskurs explizit verfolgen und mit vielen anderen Akteuren entsprechende Konzepte teilen. Durch häufige Statements (hohe Frequenzwerte) und viele geteilte Konzepte (hohe Gradzentralität) dominieren sie die Debatte.

Eine weitere Quelle stellen Dokumente dar. Für die vorliegende Studie werden Publikationen der relevanten Akteure und Foren wie Pressemitteilungen, Stellungnahmen, Positions- und Strategiepapiere, Berichte, Analysen, Gremienprotokolle zusammengetragen und in die Software MAXQDA eingepflegt. Ergänzend erwiesen sich im Rahmen der Recherchen auch einzelne Podcasts und Videomitschnitte von Veranstaltungen als aufschlussreich. Die Audiospuren dieser Medien wurden transkribiert und zum Textmaterial hinzugefügt. In der Software werden den Textpassagen die oben genannten Kategorien zugeordnet, wie bei der Kodierung der Pressetexte. Dies ermöglicht, einen Überblick über den Datensatz zu behalten und für die Fallstudien relevante Passagen, ähnlich der Strukturierung bei Mayring (vgl. 2015: 67), zu organisieren.

Im Anschluss wurden 33 problembezogene Experteninterviews mit Akteuren vor Ort geführt. Laudel und Gläser (2004: 10) definieren Expert:innen und deren Befragung wie folgt: »Experten sind Menschen, die ein besonderes Wissen über soziale Sachverhalte besitzen, und Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen«. Im Kontext der vorliegenden Studie wurden Expert:innen der lokalen politischen Prozesse ausgewählt. Das Sample ist demnach recht heterogen: Hierfür kommen insbesondere Bürgermeister:innen und Lokalpolitiker:innen infrage, aber auch Landrät:innen und Kreistagsabgeordnete erweisen sich als kenntnisreich. Darüber hinaus gehören Repräsentant:innen der lokalen Ärzteschaft, der KVen, freier Ärzteverbände, Patientenvertretungen, der Selbsthilfe, zivilgesellschaftlicher Initiativen, Gewerkschaften und etwaige weitere Mitwirkende an Gesundheitskonferenzen zum Kreis der Expert:innen. Die Expert:innen wurden per Mail kontaktiert; auf Nachfrage erhielten sie den teilstandardisierten Fragebogen (s. Anhang). Die Interviews wurden zwischen April 2021 und Februar 2023 online durchgeführt. Grundsätzlich sind Interviews in Präsenz Video-Calls oder Telefonaten vorzuziehen. Allerdings ergaben sich aus der Kombination der relevanten Be-

rumsfelder der Interviewten und der Pandemiebekämpfung einige Vorteile des Online-Vorgehens. Es konnte auf Reisen verzichtet und die Terminfindung daher zeitlich flexibel gestaltet werden, was insbesondere den Mediziner:innen und den in der Organisation der Pandemiebekämpfung eingebundenen ÖGD-Mitarbeitenden und Kommunalverwaltungen entgegenkam. Den Interviewten wurde eine Anonymisierung auf Organisationsebene zugesagt. Wenn von dieser abgewichen wurde, dann auf ausdrücklichen Wunsch der Interviewten.

Die Interviews dienten dazu herauszufinden, wie die Akteure die bestehenden Probleme in der ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung erfahren, wahrnehmen und sich argumentativ mit ihnen auseinandersetzen. Deshalb wurden offene Fragen gestellt und spezifische Nachfragen zu Resonanzen auf das eigene Handeln und daraus abgeleitete Strategieentwicklungen gestellt. Passagen der Interviewtranskripte werden Teil des zu interpretierenden Datenmaterials (vgl. Laudel/Gläser 2004: 107). Zusätzlich verfügen die Interviewten über spezifisches Fallwissen. Sie können Lücken im Datenmaterial füllen, etwaig schwer zugängliche Daten und Dokumente weiterleiten und Kontakte vermitteln. In diesem stärker explorativen Sinne liefern einzelne Passagen Informationen und werden nicht als Datenmaterial interpretiert (ebd.: 108). Die Interviewtranskripte wurden in die Software MAXQDA eingepflegt und nach der Logik der oben genannten Kategorien codiert, um die interpretative Aufarbeitung der Fallstudien vorzubereiten.

Die Limitationen der einzelnen Analyseinstrumente konnten durch eine Triangulation stark reduziert werden. Die Diskursnetzwerkanalyse auf Grundlage von Mediendaten lieferte Erkenntnisse zur Intensität und zeitlichen Dynamik der Politisierungs- und Aushandlungsprozesse. Die Medienanalyse ermöglichte die Diskurslandschaft dynamisch abzubilden. Mitunter fehlten einzelne Details und vertiefende Informationen. Diese einzelnen Ereignisse oder Prozessschritte konnten jedoch mithilfe der Dokumentenanalyse kontextualisiert und vertieft dargestellt werden. Letztlich lieferten die Experteninterviews hilfreiche Informationen, die für die vorherigen Instrumente im Verborgenen bleiben. Auf diese Weise konnte ein detailliertes Bild der lokalen Diskurse und Bearbeitungspfade erstellt werden.

5 Die lokale Politisierung und Bekämpfung der ärztlichen Versorgungsdefizite

Im Folgenden werden die Mediendiskurse (5.1.1) und lokalpolitischen Bearbeitungspfade (5.1.2) in sechs Landkreisen mit Hilfe des entwickelten Analyserasters untersucht. Der Darstellung der diskursiven und materiellen Entwicklungen in den Kreisen und Kommunen folgt je eine Diskussion der zu entschlüsselnden Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen anhand der prominenten Bilder und Praktiken des lokalen Staats. Hier wird bereits abstrahiert, um die beobachtbaren Phänomene im Anschlusskapitel zu diskutieren.

5.1 Landkreis Leer, Niedersachsen

Der Landkreis Leer liegt im Nordwesten Niedersachsens im südlichen Ostfriesland. Er ist traditionell landwirtschaftlich geprägt, wenngleich diese Bedeutung in den vergangenen Jahrzehnten stark abgenommen hat. Trotz einiger weniger Industriebetriebe, wie der Meyer Werft in Papenburg, tut sich die Region deshalb seit geraumer Zeit schwer, Fachkräfte anzusiedeln. Ein Repräsentant der Wachstumsregion Ems-Achse, einer regionalen Kooperation zwischen Unternehmen, Landkreisen, Kommunen, Bildungsrichtungen und Verbänden, schätzt die jüngere Strukturentwicklung dennoch positiv ein:

»Früher war es so, dass aus Emden, aus Leer die Leute in Bussen nach Stuttgart gefahren sind, um bei Mercedes und bei Porsche zu arbeiten. Die Zeiten sind – Gott sei Dank – vorbei, jetzt kämpfen wir um jede Fachkraft. Aber genau dieses Anpacken hat unsere Region wirtschaftlich stark gemacht.« (Interview LL IV)

Die gewachsene Aufmerksamkeit für die Ansiedlung von Fachkräften besteht fort, insbesondere wegen der erhöhten Binnenwanderung und des demografischen Wandels. In einem Bericht aus dem Jahr spitzt der damalige Landrat zu: »Demografie hat Stellenwert wie Deichbau« (Landkreis Leer 2013). Zwar verzeichnet der Landkreis seit den 1970er Jahren einen leichten Bevölkerungszuwachs (vgl. Statistisches Bundesamt 1973: 23ff, 2022)

und kann, laut eigenen Angaben, auf eine »positive, dynamische Bevölkerungsentwicklung« (Landkreis Leer 2012: 10) zurückblicken. Doch die relative Verteilung der Bevölkerung im Raum offenbart eine typische Entwicklung ländlich geprägter Regionen: Einzig der Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen wächst an, wohingegen junge Menschen, die das Kreisgebiet für ihre Ausbildung und erste Berufserfahrungen verlassen, nicht in gleichem Maße in die Region zurückkehren (ebd.: 19). Wenn sie es tun, siedeln sie sich eher in den Städten als in den peripher gelegenen Gemeinden an, weshalb diese Räume in besonderem Maße von Abwanderung betroffen sind.

Zum Zeitpunkt des zitierten Berichts, vor rund 10 Jahren, versicherte der damalige Landrat, er werde die demografische Entwicklung im Blick behalten, weil sie »die Kinder-, Jugend- und Familienpolitik ebenso wie die Senioren- und Gesundheitspolitik, Wirtschaft, Arbeitsmarkt, Bildung und Tourismus, Integration und Kultur, sowie Infrastruktur- und Siedlungsentwicklung« (ebd.: 8) betreffe. In den kreiseigenen Publikationen dieser Zeit wird vor allem die eingeschränkte Mobilität älterer Menschen problematisiert. Auf sie müsse gesondert geachtet werden, da es in den ländlichen Regionen darauf ankäme, »die Orte der Nahversorgung wie Einkaufszentren, Ärzte etc. zu erreichen« (ebd.: 58). Die ärztliche Versorgung der Bevölkerung reiht sich ein neben anderen Versorgungsstrukturen des täglichen Lebens, die aus Sicht des Landrats »eine passgenaue und langfristig tragfähige Ausrichtung des Infrastrukturangebots« (ebd.) erfordern. Eine Befragung der Bürgermeister:innen des Kreisgebiets aus dem Jahr 2011 bestätigt: Die Sicherung der Gesundheitsversorgung ist in den Rathäusern der Region ein zentrales Zukunftsthema (ebd.: 65f.). Folglich beschließt der Kreis 2011 ein Maßnahmenpaket zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und richtet jüngst eine Personalstelle »Versorgungskoordination« beim Gesundheitsamt ein.

5.1.1 Der mediale Diskurs in der Ostfriesen-Zeitung

Zwischen 2001 und 2010 spielt eine lokalpolitische Verantwortung für die ambulante medizinische Versorgung im öffentlichen medialen Diskurs im Landkreis Leer noch keine explizite Rolle. Mit der Einführung eines Stipendienprogramms auf Kreisebene (2011) verändert sich der öffentliche Diskurs und es sind Schritte in Richtung lokalstaatlicher Aktivitäten zur Versorgungssicherung zu erkennen. In dieser Phase des medialen Diskurses wächst innerhalb der lokalen Akteurskonstellation jedoch eine gewisse Skepsis gegenüber den ergriffenen Maßnahmen. Zu schwach scheinen deren Effekte auf die Versorgung zu sein. 2016 steigt die Anzahl der Diskursakteure merklich an. Dies mag an den Landtagswahlen im Herbst 2017 liegen, doch der Diskurs verdichtet sich auch punktuell um versorgungsrelevante Initiativen. Die wachsende öffentliche Kritik an der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN) seitens einiger Bürgermeister:innen unterstreicht den entstehenden Unmut in der lokalen Akteurskonstellation.

5.1.1.1 Warnung vor dem Ärztemangel (2001–2010)

Bereits im Jahr 2003 weisen Repräsentant:innen der Vertragsärzteschaft öffentlich auf die negativen Entwicklungen in der vertragsärztlichen Versorgung hin. In der Ostfriesen-Zeitung (OZ) warnt ein Vorsitzender der Bezirksstelle der Landesärztekammer vor einem Ärztemangel. Er begründet dies mit der »Berufsmüdigkeit« (OZ 11.01.2003) des

medizinischen Nachwuchses. Die nachrückende Generation sei nicht bereit in gewohntem Umfang und zu den bestehenden Konditionen die Patient:innen zu versorgen. Die mediale Berichterstattung ist in diesem Zeitraum noch stark entlang einzelner Ereignisse zergliedert. Erst zwei Jahre später macht der damalige Geschäftsführer der KVN-Bezirksstelle in Aurich die zunehmenden Unzufriedenheit der Vertragsärzt:innen öffentlich. Sie habe mit den Rahmenbedingungen, den gedeckelten Budgets im Gesundheitswesen und der verschlechterten Einkommenssituation der Mediziner:innen zu tun (vgl. OZ 05.04.2005). 2007 titelt die OZ schließlich: »Im Landkreis Leer herrscht Ärztemangel« (OZ 08.08.2007). Der damalige Bezirksgeschäftsführer der KVN bestätigt 13 offene Hausarztstellen, die auch zukünftig nicht nachbesetzt werden könnten.

In der Folge erhebt der Landkreis die Perspektive der lokalen Vertragsärzteschaft im Rahmen einer Umfrage. Die Ergebnisse werden in der OZ nicht genauer ausgeführt. Allerdings versichert ein Repräsentant des Landkreises in einem Artikel aus dem Dezember 2009, dass sich der Kreis dafür einsetzen wolle, mehr Mediziner:innen auszubilden (vgl. OZ 04.12.2009). Und nur wenige Monate später berichtet die Lokalpresse von einer Debatte zur Versorgungslage im Kreissozialausschuss. Die Leiterin des Gesundheitsamtes habe den Kreistagsmitgliedern in dem besagten Treffen Mut zugesprochen. Neben anderen Faktoren spiele die Kinderbetreuung eine Rolle für den niederlassungsinteressierten Nachwuchs. Darauf könne der Landkreis Einfluss nehmen. Überdies schlug die Gesundheitsdezernentin vor, ein Stipendium zur Niederlassungsförderung einzurichten. Ziel sei es, die Studierenden im Gegenzug für eine finanzielle Unterstützung im Studium oder der Weiterbildung dazu zu verpflichten, sich später im Kreisgebiet niederzulassen (vgl. OZ 13.04.2010).

5.1.1.2 Vom Kreisstipendium zu Unruhe in den Gemeinden (2011–2015)

Der Vorschlag des Stipendiums zur Sicherung der ärztlichen Versorgung stößt nicht nur auf Zustimmung. Im Rahmen einer Podiumsdiskussion eines SPD-Ortsvereins äußert ein Hausarzt im Herbst 2011 Kritik. Es sei unzulässig, die Studierenden fachärztlich und örtlich zu verpflichten (vgl. OZ 08.09.2011). Eine anwesende SPD-Landtagsabgeordnete erwidert daraufhin: »Die Stipendien mögen nicht die perfekte Lösung sein, aber sie sind ein Weg, auf dem man auf jeden Fall weitergehen sollte« (ebd.). Das Stipendium wird noch 2011 vom Kreistag beschlossen. Es bleibt lange ein zentraler Diskussionsgegenstand, auch weil die Fördermittel des Landes Niedersachsen nach drei Jahren Anschubfinanzierung in Höhe von einer Millionen Euro auf 400.000 Euro gekürzt werden. Leers Landrat kritisiert daraufhin, dass »[d]er Plan, die Förderung für Landärzte zu kürzen, ein Schritt in die falsche Richtung [sei.] Es wäre gut und sinnvoll, wenn auch das Land deutliche Zeichen gegen den Ärztemangel auf dem Lande setzen würde.« (OZ 11.10.2013) Auch ein CDU-Landtagsabgeordneter aus einer Leereraner Gemeinde unterstreicht die negativen Auswirkungen der Kürzungen durch die CDU-geführte Landesregierung (vgl. OZ 12.10.2013).

Der Umfang der Presseberichte zu versorgungsrelevanten Themen nimmt ab 2011 stark zu. Blickt man auf die Artikeltitel im Jahr 2011 (Tab. 3), fällt auf, dass nicht nur um Lösungen, sondern auch um eine gemeinsame Ursachenkritik gerungen wird. Im März stellt sich die Frage, ob möglicherweise zu viele Patient:innen die hausärztlichen Versor-

gungskapazitäten belasteten, wohingegen im September die ärztlichen Honorare und im Oktober der bürokratische Aufwand im Zentrum des Deutungsprozesses stehen.

Tabelle 3: Presseberichterstattung in der Ostfriesen-Zeitung aus dem Jahr 2011

Datum	Artikeltitlel
18.03.2011	Immer mehr ältere Personen besuchen den Hausarzt
14.04.2011	Residenzpflicht für Ärzte soll aufgehoben werden
31.08.2011	Ärztmangel: Diskussion in Bunde
08.09.2011	Zuschuss für Praxis könnte Anreiz bieten
19.10.2011	Ostfriesland sucht Rezept gegen den Ärztemangel
20.10.2011	Ärzte wollen mehr Kollegen und weniger Bürokratie
06.12.2011	4.000 Unterschriften gegen Ärztemangel
10.12.2011	Ärztmangel: Gemeinde sucht Gegenmittel

Quelle: Selbstgestaltet

Zu einer ähnlichen Zeit rückt die landespolitische Ausbildungspraxis in den Fokus der medialen Aufmerksamkeit. Aus Perspektive der Ärzteschaft sind die Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium ursächlich für die lokalen Nachbesetzungsprobleme im niedergelassenen Bereich. Die OZ berichtet im September 2012 diesbezüglich von einem geplanten Ärztestreik. Die Niedergelassene wollten ihre Praxen schließen und für höhere Honorare kämpfen (OZ 04.09.2012).

Überdies wird ab 2011 erstmals die Verantwortung der Kommunen im Kontext des zunehmenden Ärztemangels diskutiert. Ein Repräsentant der KVN argumentiert: »Nur in enger Zusammenarbeit zwischen der KV und den Verantwortlichen in den Rathäusern [kann] das Problem gelöst werden.« (OZ 18.03.2011) Die Rolle der Kommunen bleibt seitens des KVN-Repräsentanten allerdings unbestimmt. Ein niedergelassener Orthopäde, der gleichsam als Sprecher der KVN fungiert, schlägt indes vor, Kommunen sollten bei Praxisgründungen »Geld zuschießen und Zuschüsse für Zweitpraxen gewähren. Zudem könn[ten] sie Image-Werbung betreiben« (OZ 8.9.2011)

Eine der betroffenen Gemeinden im Kreisgebiet ist das südlich gelegene Westoverledingen. Innerhalb von nur zwei Jahren sind in der Gemeinde zwei Ärzte in den Ruhestand gegangen. Der Geschäftsführer der KVN Bezirksstelle versichert damals, es sei ungewöhnlich, dass zwei Kollegen ihre Praxen ohne Nachfolge schließen. Dies sei ein »harter Schlag für die Gemeinde« (OZ 27.02.2014). Westoverledingens Bürgermeister geht noch einen Schritt weiter. Er spricht von einer »unzumutbaren Situation« (ebd.) und verspricht, sich »intensiv mit dem Thema [zu] befassen« (ebd.). Es habe bereits ein erstes vertrauliches Gespräch mit den Fraktionsvorsitzenden gegeben. Man sei sich einig, aktiv werden zu müssen, versichert auch die betroffene Ortsbürgermeisterin. Sie bringt finanzielle Anreize seitens der Gemeinde und den Bau eines »modernen Ärztehauses« (ebd.) in die Diskussion.

Nach einer Sitzung des Verwaltungsausschusses Westoverledingens nimmt sich der Bürgermeister der Thematik an. »Es geht um die Lebensqualität – dazu gehört, dass die Einwohner einen Hausarzt vor Ort haben« (OZ 28.02.2014), lässt er sich zitieren. Die Verwaltung Westoverledingens müsse dringend den Bau eines Ärztehauses prüfen. Im Rathaus fühle man sich von einer naheliegenden Gemeinde inspiriert, die aktuell ein Gesundheitszentrum baue. Bereits einen Monat später nehmen die Pläne Form an. Das Ärztehaus soll 1,4 Millionen Euro kosten. Der Verwaltungsausschuss der Gemeinde spricht sich einstimmig für den Bau aus und die Presse berichtet von ersten Gesprächen mit einer interessierten Allgemeinmedizinerin (vgl. OZ 29.03.2014).

Während einige Gemeinden erste Initiativen diskutieren und deren Umsetzung prüfen, stockt das Vorankommen andernorts. So wird von der Einrichtung eines Runden Tisches in einer Gemeinde im nördlichen Kreisgebiet berichtet. Die dortige Fraktionsvorsitzende und Bürgermeisterkandidatin der SPD zeigt sich aufgrund der immer wieder vertagten Auftaktsitzung des runden Tisches ungeduldig.

»Wer dem Thema Ärztemangel auf kommunaler Ebene wirkungsvoll entgegentreten will, der muss hierzu konkrete Handlungsstrategien erarbeiten. Mit Geld allein lässt sich das Problem nicht lösen. [...] Neben der Ansiedlung von Fachärzten in der Gemeinde muss ein Schwerpunkt das Sichern der hausärztlichen Versorgung in der Fläche sein« (OZ 01.3.2014)

5.1.1.3 Lokale Initiativen zur Anpassung der Bedarfsplanung (2016–2020)

2015 richtet der Landkreis Leer eine Gesundheitsregion ein. Eines der Projekte der Gesundheitsregion, das Patientenmobil, erfährt größere mediale Aufmerksamkeit. Der Kreis kooperiert für das Patientenmobil mit der KVN. Ziel ist es, Patient:innen aus den Gemeinden im südwestlichen Kreisgebiet nach Leer zu transportieren. Die alternde Gesellschaft und der Ärztemangel forderten einen Lösungsansatz, heißt es in einer gemeinsamen Pressemitteilung (vgl. OZ 24.06.2016). Das Projekt soll zunächst ein Jahr lang erprobt werden. Ein regionales Busunternehmen übernimmt die Fahrten und die damit verbundene Organisation. Über eine Rufnummer können vormittags Fahrten per PKW oder Kleinbus gegen eine geringe Gebühr geordert werden.

Der Bezirksstellengeschäftsführer der KVN unterstreicht zu Beginn des Projekts die notwendige Kooperationsbereitschaft der Patient:innen und der Praxen. Schließlich sollten letztere idealerweise die Sprechzeiten für die betroffenen Patient:innen so anpassen, dass diese am selben Tag von ihrem Wohnort zur Praxis und wieder zurück gelangen können. An eben diesem Punkt entfachen allerdings schnell Streitigkeiten. Einige Fachärzt:innen aus der Region äußern gegenüber der Lokalzeitung Bedenken. Es sei den übrigen Patient:innen gegenüber ungerecht den Patient:innen, die auf das Patientenmobil angewiesen sind, gesonderte Sprechstunden einzuräumen. Ein Hausarzt aus der Region betont, das Patientenmobil sei nicht mehr als »eine Lösung auf Zeit« (ebd.). Insbesondere immobile Patient:innen benötigten einen Hausarzt vor Ort. Es sei deshalb grundsätzlich nicht zielführend, Angebote zu zentralisieren. Dies hätte zur Folge, dass Ärzt:innen für bettlägerige Patient:innen weite Fahrten für Hausbesuche auf sich nehmen müssten.

Trotz einer guten Inanspruchnahme durch rund 300 Patient:innen titelt die OZ im Oktober 2017 schließlich: »Patientenmobil in Leer droht das aus« (OZ 13.10.2017). Die Förderperiode des Projekts läuft Ende des Jahres aus. Die KVN verfügt nach eigenen Angaben über keine weiteren Finanzmittel und eine anderweitige Finanzierung sei nicht in Sicht. An der Finanzierung des Patientenmobils waren neben der KVN auch die gesetzlichen Krankenkassen, das Land Niedersachsen und der Landkreis beteiligt.

Neben dem Patientenmobil stehen einige kommunalpolitische Vorstöße im Fokus der medialen Berichterstattung. Sie zielen darauf ab, die Bedarfsplanung lokal anzupassen. Mitglieder des Kreisausschuss Leer äußern im September 2016 den Wunsch, mehr Einfluss auf den Zuschnitt der Planungsbereiche zu nehmen. Sie fordern die KVN auf, die Stadt Leer als eigenes Planungsgebiet auszugliedern. Die Ausschussmitglieder versprechen sich von dem Neuzuschnitt eine erfolgreichere Niederlassungspolitik. Sie planen sowohl mit den Kreisgemeinden als auch im der KVN in der Sache im Gespräch zu bleiben (vgl. OZ 08.09.2016).

Im südlichen Kreisgebiet bereitet derweil das vakante allgemeinmedizinische MVZ in der Stadt Weener Sorgen. Das Marien-Hospital aus Papenburg, das das MVZ als Außenbetrieb führt, hat nach eigenen Angaben Probleme, interessierte Ärzt:innen für eine Anstellung zu gewinnen. Die Praxismanagerin der betreibenden Klinikgesellschaft betont, welche Schwierigkeiten sich in der Folge für die Patient:innen bei der Suche nach Hausärzt:innen ergeben. Es sei nicht einfach, bei einer hausärztlichen Versorgungsquote von 68 Prozent in der Stadt Weener und den relevanten Gemeinden hausärztliche versorgt zu werden (vgl. OZ 01.07.2016). Wegen der Entwicklungen habe es Gespräche zwischen den Verantwortlichen der Stadt, den betroffenen Gemeinden, der KVN und dem Landkreis gegeben. Kurzzeitig stand eine Sicherstellungspraxis der KVN zur Debatte. Schlussendlich wollten die Beteiligten jedoch auf diese Möglichkeit verzichten. Zuvor sollte ein lokaler Versorgungsbedarfsantrag gestellt werden, wonach der Bedarf der Gemeinden unabhängig vom Umland berechnet würde. Einige Kommunen setzen große Hoffnungen in den Neuzuschnitt der Planungsgebiete. Denn auch die Beauftragung einer Personalagentur durch die Klinikgesellschaft habe nicht zu einer Nachbesetzung des vakanten MVZ geführt (vgl. OZ 21.10.2016). Die Presse berichtet, der Landkreis Leer und die betroffenen Kommunen hätten sich dazu entschlossen die Versorgungsanträge auch deshalb zu stellen, um auf die schlechte Versorgungslage hinzuweisen. Der Bezirksstellengeschäftsführer der KVN bestätigt den Eingang der Anträge gegenüber der Presse. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen würde in Kürze über die Anträge beraten. Der Ausgang diese Beratungen ist allerdings nicht erneut Gegenstand der Berichterstattung.

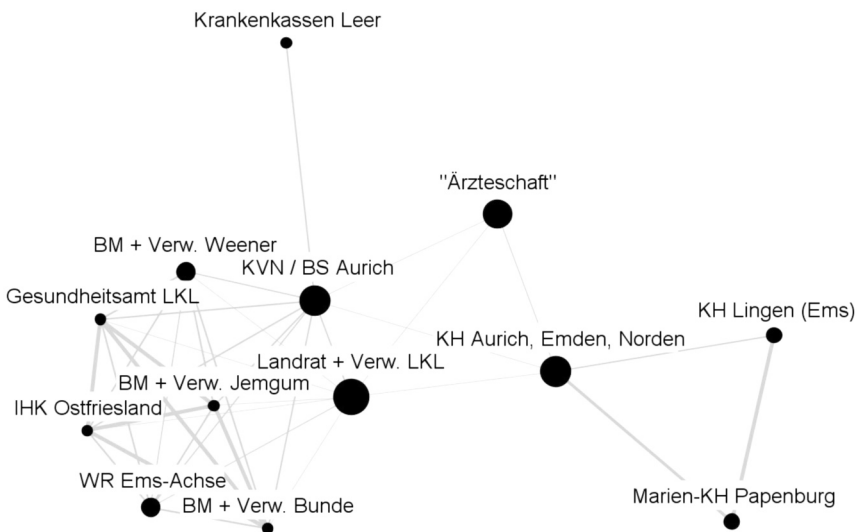
Doch das kommunale Einschreiten wird erneut Thema des öffentlichen Diskurses. Die oppositionelle CDU in Weener kritisiert nämlich rund ein Jahr nach der Antragsstellung – in der Hochphase des Landtagwahlkampfes – einen der involvierten Bürgermeister. Es sei unverantwortlich gewesen, eine Sicherstellungspraxis zu einem früheren Zeitpunkt durch die KVN abgelehnt zu haben (vgl. OZ 16.06.2017).

»Es kann nicht sein, dass unsere Bürger mit einem Mobilbus nach Leer gefahren werden, um einen Hausarzt aufzusuchen. Dieses kann nur eine Übergangslösung sein. Wir müssen alle Möglichkeiten prüfen, um eine bessere ärztliche Versorgung vorzuhalten,

dazu gehören auch finanzielle Anreize der Stadt Weener für eine Arztpraxis oder ein Ärztehauses.« (Ebd.)

Der erwähnte Wahlkampf vor den niedersächsischen Landtagswahlen im Herbst 2017 bestimmt fortan die mediale Berichterstattung. Die Berichte zu der lokalen ärztlichen Versorgungsproblemen verdichten sich und die Anzahl der sich äußernenden Akteure nimmt im Verhältnis zur vorigen Diskursphase zu (Abb. 5 und 6). Das Diskursnetzwerk für den Zeitraum 2017–2018 verdeutlicht die Besetzung des öffentlichen Diskurses durch die kandidierenden Lokalpolitiker:innen. Es illustriert überdies deren argumentative Nähe zueinander. Die Kandidierenden schlagen ähnliche Instrumente zur Versorgungssicherung vor, ohne deren Vor- und Nachteile zu diskutieren.

Abbildung 5: Diskursnetzwerk Landkreis Leer 2015–2016

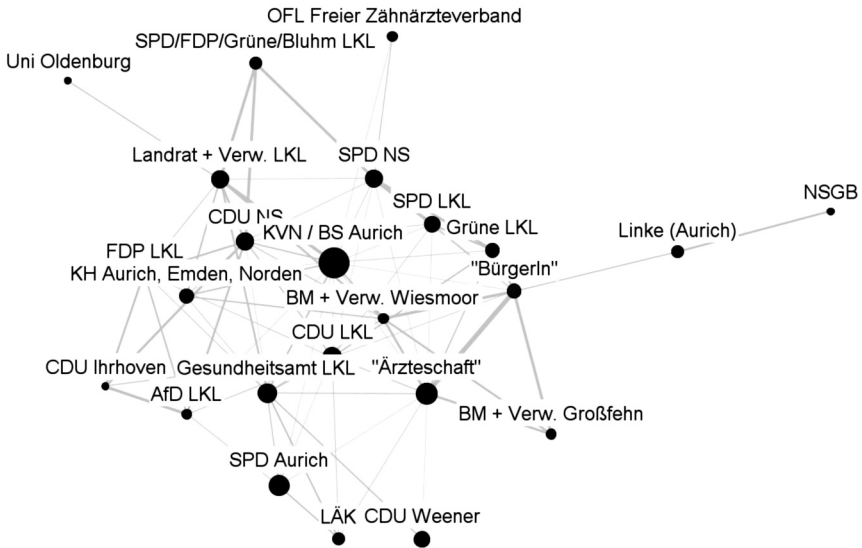


Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Einige Landtagskandidierende diskutieren die Zukunft der lokalen Ärzteversorgung auf einem Podium im Oktober 2017 (OZ 11.10.2017). Die Diskutant:innen werden mit der Forderung des Niedersächsischen Städte und Gemeindebunds (NSGB) nach einem kommunalen Rechtsanspruch auf eine wohnortnahe ärztliche Versorgung konfrontiert. Die Reaktionen der Politiker:innen werden seitens der Presse jedoch nicht eingefangen, ihre Vorschläge werden allein aufgezählt. Sie reichen von Investitionszuschüssen und Ärztehäusern (CDU), über Förderprogramme und Maßnahmen zur gesteigerten Attraktivität des ländlichen Raums (FDP), der Entlastung bei Krediten und Studiengebühren (AfD) und der Abschaffung des Numerus Clausus (die Linke) bis zu einer Landarztquo-

te¹ (SPD). Die Kandidatin der Grünen kritisiert die Niederlassungs- und Förderpraxis der KVN zurückhaltend: »Sie macht die Bedarfsplanung – und da fällt das Land hinten über« (ebd.).

Abbildung 6: Diskursnetzwerk Landkreis Leer 2017–2018



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Eine ebenso zurückhaltende Kritik an der KVN äußert eine Leerer Landtagsabgeordnete in einem anderen Kontext. Das Stipendienprogramm und das Patientenmobil seien unterstützenswerte Projekte, die das Problem allein allerdings nicht zu lösen vermögen (vgl. OZ 06.10.2017). Die Nachbesetzungsprobleme fußten nämlich maßgeblich auf den Forderungen nach erhöhten Vergütungen seitens der Ärzteschaft, weshalb sich die KVN nicht aus der Verantwortung stehlen dürfe. Die Abgeordnete bewirbt indes wiederholt die Landarztquote (vgl. OZ 04.12.2017, 23.01.2020).

1 Die Einführung einer Landarztquote wurde 2017 durch den »Masterplan Medizinstudium 2020« des damaligen Bundesgesundheitsministers Hermann Gröhe, Bundesforschungsministerin Johanna Wanka, Vertreter:innen der Gesundheits- und der Kultusministerkonferenz der Länder und den Koalitionsfraktionen des Deutschen Bundestages ermöglicht. Sie soll Niederlassungen in ländlichen Regionen erhöhen. Die Länder können danach bis zu zehn Prozent der Medizinstudiemplätze vorab an Bewerber:innen vergeben, die sich verpflichten, nach Abschluss ihres Studiums und der allgemeinärztlichen Weiterbildung für bis zu zehn Jahre in einer (drohend) unterversorgten Region zu praktizieren. Mit unterschiedlichen Anteilen haben Niedersachsen (60 Plätze), Mecklenburg-Vorpommern (7,8 Prozent), NRW (7,6 Prozent), Sachsen-Anhalt (5 Prozent), Sachsen (6,5 Prozent/40 Plätze), Thüringen (6 Prozent), Hessen (7,8 Prozent, wobei 65 Plätze an Landärzt:innen und 13 Plätze an Amtsärzte im ÖGD gehen), Saarland (7,8 Prozent), BW (75 Plätze), Bayern (5,8 Prozent) und Rheinland-Pfalz (6,3 Prozent) ab dem WS 2019/2020 eine Landarztquote eingeführt (vgl. Hartmannbund 2022).

Auch nach den Landtagswahlen bleibt die örtliche ärztliche Versorgungslage Gegenstand der Lokalpresse und der kreispolitischen Arbeit. In einem Artikel aus dem Mai 2018 notiert die OZ, im Kreis drohe eine »akute Unterversorgung mit Hausärzten« (OZ 25.05.2018). In der Folge wird das Kreisstipendienprogramm für Medizinstudierende verlängert. In den entsprechenden Sitzungen des Kreistages bewirbt Leers Kreisgesundheitsdezernentin das Instrument erneut. 13,5 unbesetzte allgemeinmedizinische Arztsitze verdeutlichten den Bedarf an öffentlichem Engagement. Die drei ausgelobten, sechsjährigen Stipendien kosten den Kreis rund 120.000 Euro (vgl. OZ 16.08.2018). Ergänzend berichtet die Dezernentin von einer neu eingerichteten Arbeitsgruppe (AG) auf Kreisebene, die zukünftig Werbematerial für die Ärztengewinnung erstellen wolle.

Die allgemeinmedizinische Nachwuchsgewinnung wird zwei Jahre später in Verbindung mit den finanziellen Problemen des Hochschulstandorts in Oldenburg thematisiert (vgl. OZ 12.03.2020, 08.07.2020). Größere mediale Aufmerksamkeit erfährt zu selben Zeit jedoch eine Prognose der KVN für das Jahr 2030. Diese besagt, dass insbesondere im spezialfachärztlichen Bereich eine Überversorgung vorliege. Hiervon zeigen sich diverse Lokaljournalist:innen verwundert, zumal sie seit geraumer Zeit von langen Wartezeiten berichten. Ein Repräsentant der KVN ordnet die Prognose in der Presse wie folgt ein: Die Bedarfsplanung sei ein Modell, das nicht die Versorgungsrealitäten widerspiegele (vgl. OZ 20.01.2020). Die Bedürfnisse der Patienten seien oft nur unzureichend abgebildet, weshalb es trotz der bedarfsplanerischen Überversorgung einzelner Regionen zu einer Überbelastung in den Praxen kommen könne. In diesem Zusammenhang kommen die Effekte der Bedarfsplanungsreform von 2019 zur Sprache. In wenigen Wochen soll die novellierte Bedarfsplanung für Niedersachsen vorgeschellt werden. Die genaue Anzahl der zusätzlichen Sitze für die Region darf der Bezirksgeschäftsführer der KVN laut eigener Aussage noch nicht nennen. Er teilt aber mit, dass das vorhandene Angebot aller Voraussicht nach aufgestockt werde. Zeitgleich relativiert er die erhofften Effekte der Reform des Planungsinstrumentes auf die Versorgungslage. Insbesondere die schwierige Mobilisierung des Nachwuchses würde durch eine höhere Sitzzahl nicht einfacher. Zudem sei die Finanzierung der zusätzlichen Sitze durch die Krankenkassen noch nicht geklärt. Es sei innerhalb der Vertragsärzteschaft nur schwer zu kommunizieren, dass die gedeckelten Honorare für den politischen Vorstoß erhalten müssten.

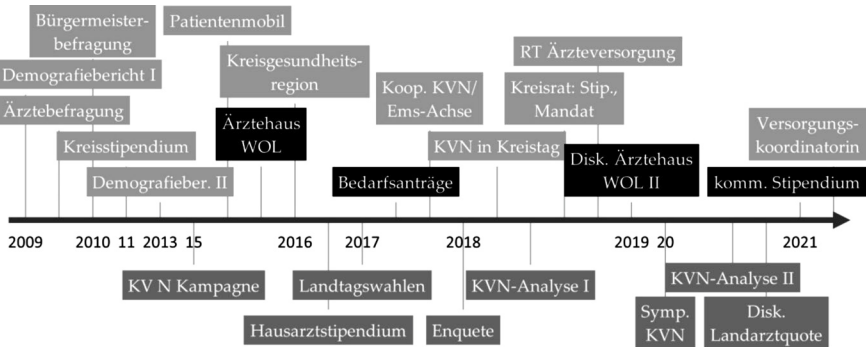
»Auch Überhangmandate im Bundestag werden nicht aus den Vergütungen der anderen Bundestagsabgeordneten bezahlt«. Nach seiner Gesamteinschätzung gefragt, sagt [er], die Reform der Bedarfsplanung sei »nicht der Super-Wurf«, aber »ein mittelgroßer Wurf« sei es auf jeden Fall.« (Ebd.)

5.1.2 Pfad: Lose Kooperationsbestrebungen im Landkreis Leer

Die lokale Presseberichterstattung vermittelt den Eindruck, unterschiedliche Kommunalvertreter:innen versuchten ihrerseits Druck auf die KVN aufzubauen. Ihre Strategie besteht darin, zunächst begründet auf die Versorgungsprobleme hinweisen zu können und im Anschluss auf die zu ergreifenden Sicherstellungsinstrumente hinzuwirken. Die zurückhaltende öffentliche Kritik an der KVN wird im Folgenden auf etwaige konfliktive Kooperationsbemühungen hin überprüft. Auch die Verhältnisse zwischen den Gemein-

den, dem Kreis und der KVN gilt es auszumachen. Zudem offenbart die Datentriangulation zusätzliche lokale Initiativen, die auf ihre Erfolgsbedingungen und Umsetzungsprobleme hin analysiert werden. Abbildung 9 ergänzt die medial behandelten Ereignisse. Dabei beziehen sich die Ereignisse unterhalb der x-Achse auf landespolitische Vorstöße und die oberhalb auf Maßnahmen des Landkreises (grau) sowie in den einzelnen Gemeinden (schwarz).

Abbildung 7: Relevante Ereignisse im Landkreis Leer



Quelle: Selbstgestaltet; Gemeindeebene (schwarz), Kreisebene (hellgrau) und Landesebene (dunkelgrau)

5.1.2.1 Wappnen für den nahenden Ärztemangel

Wie die Diskursnetzwerkanalyse zeigt, herrscht schon im frühen öffentlichen Diskurs im Landkreis Leer die Meinung, es bestehe ein allgemeiner Ärztemangel oder dieser rücke näher. Die Storyline scheint sich für die öffentlichen Akteure durch einige eigens erhobenen Analysen zu bestätigen, zumindest wird sie zur diskursiv prominenten Deutung. So erinnert sich ein Repräsentant der Wachstumsregion Ems-Achse an eine Analyse, die bereits 2006 durchgeführt wurde. Sie sollte die Auswirkungen des demografischen Wandels in der Region bewerten. Damals hätten die Verantwortlichen »von vornherein gesagt: »Der Ärztemangel betrifft uns auf Dauer auch. Da sollten wir von vornherein das Ganze mitdenken.« (Interview LL IV). Für die Kommunalpolitik sind die niedergelassenen Ärzt:innen bis heute von großer Bedeutung. Schließlich verzeichnet das Kreisgebiet einen starken Zuzug von Menschen über 60, die einerseits Bedarfe begründen und andererseits, zur Beruhigung der Ärzt:innen, einen »sicheren Kundenstamm« (ebd.) garantieren.

Eine weitere Umfrage aus dem Jahr 2009, diesmal seitens des Kreises, liefert Erkenntnisse, die die Kreisverantwortlichen verunsichern: Rund 60 Prozent der Allgemeinmediziner:innen planen mit 65 Jahren in den Ruhestand zu gehen, wobei 85 Prozent der Ärzt:innen angeben, dass ihre Praxisnachfolge nicht geregelt sei. Bis 2020 planten 40 Prozent und zum Jahr 2030 sogar 94 Prozent der Mediziner:innen ihre Praxis zu schließen (vgl. Landkreis Leer 2012: 61). 2013 verlautbart der Landkreis: »Der drohende Ärztemangel treibt die Verantwortlichen im Landkreis bereits heute um« (Landkreis Leer

2013: 6). Eine Mitarbeitende des Kreisgesundheitsamtes erinnert sich an die damalige Stimmung: »Also es sah wirklich dunkel aus. Da hätten Sie wirklich gedacht: Ja okay, wir müssen hier auch alle weg hier. Bevor ich in so ein kritisches Alter komme, ist hier gar keinen Arzt mehr, der mir helfen kann.« (Interview LL VII) Die prognostizierten Szenarien seien zwar nicht eingetreten, aber man sehe sich heute in einer vergleichbar verzwickten Lage, betont die Kreismitarbeitende. Die Versorgung sehe nur noch auf dem Papier gut aus. »Als hätten wir die Auswahl bis zum geht nicht mehr« (ebd.). Doch es würden keine Neupatient:innen mehr aufgenommen und Patient:innen könnten ihre:n Hausärzt:in nicht wechseln. Die Diskrepanz zwischen der rechnerischen und der gefühlten Versorgung treibe nicht nur die Bevölkerung um, sondern beschäftige vor allem die Bürgermeister:innen. Für sie spiele die ärztliche Versorgung als Standortfaktor und mehr noch als »gewohnte Infrastruktur« (Landkreis Leer online) eine doppelt gewichtige Rolle.

Die KVN bestätigt in der frühen Diskursphase gegenüber der Presse, dass es eine besondere Betroffenheit älterer, immobiler Menschen gebe (vgl. OZ 19.10.2011). Sie selbst allerdings könne nicht verhindern, dass sich »viele Mediziner mit ihren Praxen vor allem in den Ballungsbereichen niederlassen« (OZ 18.03.2011). Nach damaliger Auffassung der KVN bestand kein Mangel-, sondern ein Verteilungsproblem. Der demografische Wandel verstärkte diesen Effekt. »Dass die Menschen immer älter werden, hat Auswirkungen auf den Ärztedarf« (ebd.), betonte ein KVN-Repräsentant gegenüber der Presse. Doch, so der Bezirksstellengeschäftsführer noch 2011, auch ein »gestiegenes Gesundheitsbewusstsein« (OZ 19.10.2011) innerhalb der Bevölkerung erhöhe den Druck auf das ärztliche Arbeitszeitvolumen. Deshalb zeigte er sich froh darüber, »dass mittlerweile auch bei den Kommunen die Erkenntnis gereift ist, dass sie sich an der Lösung des Problems beteiligen müssen« (ebd.).

Das behauptete kommunale Problembewusstsein bestätigt ein Repräsentant des NSGB im Interview. Der kommunale Spitzenverband beobachte das Thema seit nunmehr 20 Jahren und nehme wahr, dass die »Dramatik immer weiter zunimmt« (Interview LL III). Auch deshalb seien viele Bürgermeister:innen Mitglied im kommunalen Spitzenverband. Heute sähen es die Bürgermeister:innen »ganz klar als ihre Aufgabe, Ärzte zu finden« (ebd.). Blieben sie untätig, würden sie nicht nur »abgewählt« (ebd.) sondern verlören nach und nach die »Infrastruktur im Ort. Also versucht [der Bürgermeister, Anm. d. A.] an allen möglichen Punkten anzusetzen« (ebd.).

Die Bürgermeister:innen selbst weisen je nach Versorgungslage unterschiedliche Problemwahrnehmungen auf. Der Bürgermeister einer Gemeinde mit einem Ärztehaus blickt beruhigt in die Zukunft. Er könne sich zurücklehnen und die Versorgungssituation stehe nicht mehr prioritär auf der lokalpolitischen Agenda. Das sei in der Vergangenheit anders gewesen und nur mit großem kommunalem Engagement sei das Ärztehaus zustande gekommen. Ein Amtskollege aus dem südlichen Kreisgebiet bewertet die Lage in seiner Gemeinde weitaus pessimistischer. Der Neuzuschnitt eines Planungsbereichs habe dazu geführt, dass seine Gemeinde gemeinsam mit weiter entfernten Gemeinden beplant würde. Wegen der topografischen Bedingungen der Region gewinne dieser Umstand an Bedeutung. Wollten Patient:innen zur ärztlichen Behandlung nach Leer oder Papenburg fahren, müssten sie die Ems, »also einen riesengroße[n] Fluss« (Interview LL V) überqueren. Deshalb suchten sich die Bewohner:innen auch dort keine

Praxis, »[w]eil man eine dreiviertel Stunde mit dem Auto unterwegs ist. Das macht kein Mensch« (ebd.).

Der Bürgermeister berichtet, sein eigener Hausarzt wohne in der Gemeinde und er tausche sich hin und wieder mit ihm über die Lage aus.

»Ich habe ein sehr gutes Verhältnis zu ihm und wir reden dann auch über solche Dinge eben.[...] Wenn ich dann mal bei ihm bin, dann nimmt er sich auch ein bisschen Zeit und dann diskutieren wir eben auch solche Dinge: Wie ist es denn mit Ärzten? Wie viele haben wir denn? Wie wird das denn in der Zukunft sein? [...] Da kriegt man dann doch immer wieder eine ganze Menge mit, wo denn die Problemchen liegen.« (Ebd.)

Die Beziehung zwischen dem Bürgermeister und dem in der Gemeinde ansässigen Allgemeinmediziner lässt sich nicht verallgemeinern. Dennoch besteht ein vergleichbarer Austausch auch in einigen anderen Gemeinden: Niedergelassene Ärzt:innen gehen auf die Bürgermeister:innen zu, weil die gewohnten Nachbesetzungspraktiken nicht weiter funktionieren. In der Vergangenheit kümmerten sich Vertragsärzt:innen eigenständig um den Verkauf ihrer Praxen an interessierte Nachfolger:innen. Nun besteht zunehmend ein kommunaler Unterstützungsbedarf, für den die Mediziner:innen zusätzlich werben. Ein niedergelassener Mediziner aus der Stadt Leer zeigt sich besorgt. Ein Kollege aus einer Nachbargemeinde habe sich frühzeitig erfolgreich um eine Nachfolgeregelung bemüht. Doch der interessierte »Quereinsteiger« (Interview LL VIII) sei ihm kurz vor dem Ruhestand abgesprungen, weshalb seiner Praxis nun das Aus drohe. Ein Kollege aus dem südlichen Kreisgebiet berichtet, er müsse vermehrt Patient:innen ablehnen. Das Verhältnis von zu betreuenden Patient:innen und vorhandenen Ärzt:innen sei schon vor der Corona-Pandemie »zu hoch« (Interview LL IX) gewesen. Nun stelle sich die Situation unsicher dar. Eine Praxis sei bereits geschlossen und weitere Ruhestände stünden an.

Zunächst führen die anwachsenden Versorgungsprobleme auf Kreisebene noch nicht zu einer folgenreichen Verschärfung des Problemdrucks. Der Landkreis Leer behandelt die Versorgung weiterhin prioritär. Er listet die Ärzteversorgung auf seiner Webseite als soziale Infrastruktur, deren Sicherung ein zentrales Anliegen ist und äußert sich dabei wie folgt:

»Je geringer aber die Einwohnerdichten, desto schwieriger wird es, gewohnte Infrastrukturen zu unterhalten. Außerdem führt die zunehmende Alterung der Bevölkerung zu einer veränderten Nachfrage- und Nutzerstruktur von Gütern, Dienstleistungen und Infrastrukturen. Daher ist die Sicherung der Daseinsvorsorge für die Bevölkerung im ländlichen Raum durch zukunftsfähige Strukturen ein zentrales Anliegen des Landkreises Leer. Davon betroffen sind beispielsweise Dienstleistungen der Finanzwirtschaft und des Einzelhandels, aber auch soziale und technische Infrastrukturen in den Bereichen Bildung, ÖPNV, Gesundheit/Ärzteversorgung, Trinkwasserversorgung und Abwasserentsorgung, Telekommunikation oder Brand- und Katastrophenschutz.« (Landkreis Leer o.J.a)

In dem Zitat deutet sich folgende nachfrageseitig begründete Ursachenkritik an: Die Alterung der Gesellschaft beeinflusst das Nutzerverhalten, ergo die Inanspruchnahme

vertragsärztlicher Leistungen. Allerdings entsteht hieraus seitens des Kreises keine nutzerorientierte Steuerungsforderung. Vielmehr ordnet der Kreis die soziale Infrastruktur den Leistungen der Daseinsvorsorge zu und verfestigt so das Bild eines zuständigen und gestaltungswilligen lokalen Staats.

Auch die KVN ändert ihre Deutung innerhalb der vergangenen Dekade nicht grundsätzlich. Sie bleibt der Storyline treu, nach der es sich bei den Sicherstellungsproblemen um eine Verteilungsfrage handele. Allerdings weicht sie deren alleinige Erklärungskraft etwas auf. Über die Zeit verweist sie wiederholt darauf, dass sich auch die veränderten Arbeitsvorstellungen des medizinischen Nachwuchses auswirkten und wegen der Konkurrenzsituation um Ärzt:innen zwischen Kommunen, Kliniken und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mehr Mediziner:innen im System gebraucht würden. Die Mengensteuerung ist auch im September 2020 Thema auf einem KVN-Symposium mit dem Titel »Ärztinnen- und Ärztemangel – nur eine Frage der Verteilung?«. Anlass bietet die bereits erwähnte Studie der KVN², die eine Prognose der vertragsärztlichen Versorgung für das Jahr 2030 umfasst und – so die Position der KVN – zeigt, dass sowohl die Kommunen die ländlichen Infrastrukturen ausbauen als auch mehr Medizinstudienplätze eingerichtet werden müssen (vgl. Thomsen et al. 2020). Zusammen mit der Landarztquote könne eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden (vgl. KVN 2020, 50:00 ff.).

Die Diagnose eines für den Landkreis Leer verantwortlichen KVN-Repräsentanten fällt ähnlich aus: Im südlichen Kreisgebiet befinde man sich »schon deutlich unter der normalen Versorgung« (Interview LL I). Der Repräsentant der KVN nennt zwei Phänomene als mitursächlich für diese Entwicklung: Erstens seien die »unterschiedlichen Arzttypen« (ebd.) ausschlaggebend für schwer zu antizipierende Versorgungslücken im Kreisgebiet. Manche Einzelkämpfer:innen würden »2.000 Scheine machen« (ebd.), bei anderen Ärzt:innen liege die weitaus niedrigere Belastungsgrenze bei nur rund 700 Scheinen. Folglich stelle sich die Versorgungslage unterschiedlich angespannt dar, je nachdem welcher Arzttyp aus der Versorgung austrete.

Zweitens macht der KVN-Repräsentant die mangelnde Steuerungswirkung der Bedarfsplanung für die punktuellen Versorgungsprobleme verantwortlich. Es gebe im Kreisgebiet Gemeinden, in denen die ansässigen Ärzt:innen nicht den notwendigen Umsatz erreichten, obwohl im Planungsbereich weitere Niederlassungen möglich wären.

»Rechnerisch könnten wir 12 Ärzte niederlassen, nach dem Zulassungsrecht. Wenn wir das täten, hätten diese 12 aber mit Sicherheit kein ausreichendes Einkommen. Das müssen wir immer abwägen und das bringen wir auch ins Spiel, wenn sich jemand konkret für die Region interessiert. Dann versuchen wir ihn schon auch konkret in ei-

2 Die Studie macht einen Rückgang in der Anzahl an Vertragsärzt:innen im Land innerhalb der vergangenen Dekade aus, bei einem Anstieg der Anstellungsverhältnisse auf ein Fünftel der gesamten Vertragsärzteschaft (vgl. Thomsen et al.: 16). Zum Erhebungszeitpunkt 2018 arbeiten 51 Prozent der Vertragsärzt:innen in Einzelpraxen, 37 in BAG und 12 in MVZ (ebd.: 18). Die Altersstruktur verrät: Rund ein Drittel der Hausärzt:innen steht kurz vor dem Ruhestand und 70 Prozent der Mediziner:innen sind älter als 50 Jahre alt (ebd.: 27). Die Prognose für 2030 geht von 17 unterversorgten hausärztlichen Planungsbereichen aus, inkl. dem Mittelbereich Leer-Süd.

nen Bereich zu lotsen, wo kein anderer bereits heute schon tätig ist.« (Interview LKL I)

Zudem liege der hausärztliche Versorgungsgrad in der Stadt Leer bei rund 140 Prozent, wonach der Planungsbereich für weitere Zulassungen gesperrt ist. Die städtischen Ärzt:innen hätten einen Aufnahmestopp verhängt, weil sie die umliegende Region bereits mitversorgten. Beide Phänomene könne die Bedarfsplanung weder abbilden noch seien die relevanten Mechanismen durch die vorhandenen Instrumente zur Niederlassungsförderung adäquat adressiert. In den Schilderungen wird deutlich, dass der KVN die Anspruchshaltung der Kommunalpolitik widerstrebt. Zudem würde diese die KVN häufig zu spät über Ruhestandspläne und Probleme in der Nachfolgeregelung informieren.

5.1.2.2 Kommunale Wettbewerbsstrategie versus regionale Koordination

Der in der Presse in Teilen bereits problematisierte, stockende Informationsfluss zwischen KVN und Kommunalpolitik erweist sich als vielfach kritizierter Hemmschuh in der Problembearbeitung. Seitens der Bürgermeister:innen wird der (Kommunikations-)Bruch allerdings nicht den einzelnen Niedergelassenen, sondern der KVN zugesprochen. Deshalb und weil sie in der Vergangenheit, ähnlich wie die KVN, von Praxissschließungen überrascht wurden, nehmen sich die Gemeindevorsteher:innen der Ärzteschaft vorausschauend an. Zwei Anekdoten eines Bürgermeisters illustrieren die holprigen Kooperationsbemühungen seitens des Gemeindevertreters gegenüber der KVN. In einem Fall hat der Bürgermeister einen interessierten Arzt mithilfe eines subventionierten Grundstücks für eine örtliche Niederlassung gewinnen können. Der Arzt habe nach kurzer Zeit ein Privathaus bauen wollen. Wegen einer Sprachbarriere bat er den Bürgermeister um Hilfe; er solle sich bei der KVN um etwaig vorhandene Fördergelder bemühen.

»Dann habe ich wieder bei der KVN angerufen und da habe ich dann gefragt, was es da so gibt. Ne, ne, dann soll ich doch bei der [Bank, Anm. d. A.] anrufen, die könnten mir das doch ja auch sagen. Ich sage: »Ja es gibt doch aber auch etwas von der KVN an Fördergeldern und, und, und.« »Das sagen wir Ihnen nicht, das sagen wir nur dem Arzt.« Ich sage: »Der hat mir alles hierhergelegt. Von der Bauzeichnung über den Finanzierungsplan bis hin zu was weiß ich. Und Sie sagen mir, Sie wollen nicht mit mir reden, Sie würden nur mit dem Arzt reden?« »Ja, wir reden nur mit Ärzten.« [lacht] Ja okay, ich sag dann: »Dann gebe ich das so weiter an den Arzt. Der freut sich sicher.« Der hat dann auch nochmal angerufen und denen gesagt: »Was soll denn sowas? Wenn ich jemanden habe, der mich vertritt, dann können Sie ihm das genau so sagen wie mir auch.« Ne, wollten die nicht. Das ist letztendlich die KVN. Also mit denen komme ich irgendwie nicht klar. Finde ich eigentlich sehr schade, weil sie sich immer hinstellen, als wären sie der große Kooperationspartner der Gemeinden. Aber ich finde es gerade in unserem Bereich sehr unglücklich, diese Zusammenarbeit mit der KVN.« (Interview LL V)

In einem anderen Kontext kritisiert der Bürgermeister die fehlende Flexibilität der KVN im Zuge einer angestrebten spezialfachärztlichen Niederlassung. Er musste ein an einer

Niederlassung interessiertes Ärztehepaar abweisen, weil in der Gemeinde keine entsprechende Zulassungsmöglichkeit bestand. Der Bürgermeister ist zu diesem Zeitpunkt allerdings darüber informiert, dass in der Nachbargemeinde zwei Sitze von einem Ehepaar, das kurz vor der Rente stand, als »blockiert« (ebd.) gelten, da beide nicht den Umfang von zwei Sitzen in Patientenäquivalenten behandeln. Er habe deshalb bei der KVN angerufen.

»Von uns wird ja immer verlangt, dass wir so ein bisschen vorausschauend arbeiten. Das wäre super, wenn dann in der Nachbargemeinde der Arzt irgendwann seinen Sitz aufgibt. Dann haben wir einen und dann ist gut. Ja, da habe ich die Rechnung wieder mal ohne die KVN gemacht. Ich habe dabei so ein bisschen das Gefühl, es geht darum den Patientenstamm, den sie haben, die Karteikarten zu vergolden. Denn Arztsitze werden ja wohl relativ hoch gehandelt und je mehr Patienten es da gibt, desto höher ist auch der Wert dieser Praxis. Und dann ist es natürlich klar. Wenn dann in meiner Gemeinde auch ein Praxissitz wäre, wären sicherlich viele von dem anderen abgewandert und er hätte dann am Ende, wenn er in Rente will, nicht mehr so viel Geld für seine Praxis gekriegt. Nur, das mag ja aus finanzieller Sicht so richtig sein. Aber aus der Not, die wir im Moment haben, dass wir keine Ärzte haben, ist es ja der völlig falsche Weg. Nur, auch darüber kann man mit der KVN nicht reden. [...] So, wie es im Moment strukturiert ist, dass die KVN – ich will nicht sagen macht was sie will, aber doch schon, wenn sie da immer den Daumen draufhat – so kommen wir überhaupt nicht weiter.« (Ebd.)

Um 2016/2017 verfestigt sich bei den lokalstaatlichen Akteuren die Überzeugung, kommunalpolitisch tätig werden zu müssen. Fortan bemühen sich die Bürgermeister:innen um Kooperationsbeziehungen mit der KVN und versuchen, wenn dies nicht gelingt, deren versorgungsrelevante Ressourcen durch Druck freizusetzen. Hintergrund scheint auch die Erfahrung zu sein, dass die Mittel des Strukturfonds nicht ohne weiteres ausgelobt werden. Ein Bürgermeister hält fest:

»Ich hätte mir gewünscht vom Grundsatz her, dass die Kassenärztliche Vereinigung deutlich mehr macht. Also auch selbst bereit ist, solche Ärztezentren, medizinische Zentren zu entwickeln, mit möglicherweise Investoren etc. Da ist die KV eher Verwaltung und nicht Organisator.« (Interview LKL VI)

Auf Nachfrage konnte der interviewte KVN-Repräsentant weder genauer benennen, in welchen Fällen im Kreisgebiet Strukturfondsmittel ausgezahlt wurden noch in welcher Höhe. Darüber hinaus fielen ihm im Gespräch keine auf das Kreisgebiet bezogenen Projekt- oder Beratungsfälle ein.

Im Zuge der Recherche konnte ein Vortrag des KVN-Bezirksstellengeschäftsführers im Sozialausschuss der Gemeinde Westoverledingen ausfindig gemacht werden. Darin berichtet er von den Fördermöglichkeiten und Beratungsleistungen für Niederlassungsinteressierte durch die KVN und von möglichen Delegationsmodellen zur Entlastung der Ärzt:innen (vgl. Westoverledingen 2018: 3f). Allerdings konnte in keinen weiteren öffentlichen Sitzungen weiterführende Diskussionen nachvollzogen werden. In einer Kreisgemeinde sind im Sommer 2019 in zwei Sitzungen Bürgeranfragen zu einem möglichen

Ärztehaus vermerkt. Sie werden allerdings beide ablehnend beantwortet (vgl. Westoverledingen 2019; Flachsmeer 2019).

Die Unruhe in der Bevölkerung scheint in dieser Zeit nicht abflachen zu wollen. In der Analyse des Pressediskurses wurde die Kluft zwischen der bedarfsplanerischen Versorgungserhebung und den gefühlten Versorgungsmängeln bereits thematisiert. Eben wegen der fehlenden Passgenauigkeit der Bedarfsplanung stellten einige Kommunen 2016 beim Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen einen Antrag auf einen separaten hausärztlichen Planungsbereich. Dem Antrag auf einen gesonderten Planungsbereich im nördlichen Kreisgebiet wurde nicht stattgegeben. Auch ein weiterer Antrag auf eine Teilung im südlichen Kreisgebiet wurde abgelehnt. Auf Nachfrage wurde betont, die in der Presse erwähnten Sonderbedarfsanträge seien bei der KVN oder dem Landesausschuss nicht eingegangen, zumal zu dieser Zeit freie hausärztliche Sitze zur Verfügung standen (vgl. Interview LL I).

Seit einigen Jahren nehmen diverse Gemeinden das Heft selbst in die Hand. So entstand 2015 ein Ärztehaus in der Gemeinde Westoverledingen. Die Hälfte der Niedergelassenen habe sich damals ohne Nachfolgeregelungen kurz vor dem Ruhestandsalter befunden, weshalb die Kommune unter Druck stand (vgl. Interview LL VI). Damals hätten engagierte Einzelpersonen ihre persönlichen Kontakte zur Ärzteschaft und an die Hochschulen genutzt, um herauszufinden, weshalb die gewohnte Niederlassungspraxis haperte. Die Erkenntnis sei gereift, dass junge Mediziner:innen keine alten Praxen übernehmen wollten, sondern Ansprüche an renovierte Räumlichkeiten und deren Ausstattungen hätten. In der Gemeinde seien die Räumlichkeiten über Jahrzehnte genutzt und deshalb erheblich sanierungsbedürftig gewesen. Deshalb sei die Idee für ein neues Ärztehaus gereift, ohne, dass zu diesem Zeitpunkt Ärzt:innen Interesse bekundet hatten. Es sei die »Philosophie« (ebd.) des Bürgermeisters, den Mut zu finden, einen unbekanntenen Weg zu gehen, ohne Gewissheit zu haben, ob er ihn zum Ziel führe. Wären keine Ärzt:innen zur Niederlassung in die Gemeinde gekommen, hätte die Gemeinde das Gebäude kommerziell vermietet oder in Wohnungen umbauen lassen. Entsprechende Alternativbelegungen habe man nicht diskutieren müssen, weil die ersten Interessenten alsbald Kontakt aufgenommen haben. Sie seien auch deshalb so interessiert gewesen, weil sie zur Miete in die Räumlichkeiten einziehen konnten.

»Heute sind da drin: drei Allgemeinmediziner, drei Zahnärzte, eine Hautärztin, die aus Papenburg gekommen ist aus der Stadt, eine Psychologin und ein Steuerberater und ein Physiotherapeut. Das Ding ist komplett belegt und wir könnten sicherlich auch noch ein, zwei weitere dazunehmen theoretisch. Wir haben aber keinen Platz mehr. Das Ding hatte eine Eigendynamik. Und das ist für uns ein Nullsummenspiel. Das muss man dazu sagen. Wir wollen auf keinen Fall die Ärzte subventionieren im klassischen Sinne, aber wir wollten die auf jeden Fall auch so unterstützen, dass die wirklich auch viel Lust haben, da zu arbeiten.« (Ebd.)

Während und nach der Projektphase seien nur wenige Probleme aufgekommen. Einige Parteien wollten »massiv Einfluss nehmen auf die Gestaltung« (ebd.) der zu belegenden Räumlichkeiten, was zu Mehrkosten und »schwierigen Diskussionen im Nachgang« (ebd.) geführt habe. Auch der privilegierten Lage sei man sich als Gemeinde bewusst. Es

gebe Kommunen im Kreisgebiet die mit dem Ärztemangel große Probleme hätten, während die betreffende Gemeinde aktuell gut versorgt sei. Allerdings beruhe der Erfolg auf der Eigeninitiative der Kommune. Der Bürgermeister ist sich sicher, andernfalls wären die Ärzt:innen, die heute im Ärztehaus arbeiten, nicht in seiner Gemeinde tätig.

Noch nicht öffentlich ist des Weiteren ein kommunales Förderprogramm eines Bürgermeisters einer anderen Kreisgemeinde. Er erhofft sich, dass die 50.000 Euro Förderung der Gemeinde Wirkung entfalten werden, beispielweise eine:n der Stipendiat:innen des Kreises interessierten. Der Gemeindevorsteher berichtet, die Initiative auch ergriffen zu haben, weil er gesehen habe, dass sich immer mehr Gemeinden mit flankierenden Maßnahmen überlasteten, obwohl sich die KVN kümmern sollte. Die Verantwortung würde auf die Gemeinden abgewälzt (vgl. Interview LL V). Der Bürgermeister beschreibt seine Skepsis damit, dass Kommunen zunehmend mehr Aufgaben übernehmen, um die Versorgung zu stabilisieren, wie folgt: »Einige Gemeinden bauen ganze Ärztehäuser, übernehmen für die Ärzte schon mittlerweile die Buchführung und solche Geschichten. Nur das ist eigentlich nicht unsere Aufgabe und die will ich mir eigentlich auch nicht ans Bein binden.« (Ebd.) Aus diesem Grund habe er seinen Gremien vorgeschlagen, es erst einmal über Investitionen in die Ärzteschaft zu versuchen, bevor er darüber nachdenken werde »in Beton zu investieren« (ebd.).

»Eigentlich ist das nicht das, was ich will, denn ja, Ärzte zu haben, ist Daseinsvorsorge und dafür sind eigentlich die Kommunen zuständig, aber die Ärzteversorgung ist Sache der Kassenärztlichen Vereinigung. Und wenn ich jetzt gleich ordentlich schimpfe auf die KVN, müssen Sie mir nicht böse sein, weil die Leute habe ich ordentlich gefressen. Die mag ich gar nicht.« (Interview LL VI)

Auf die Nachfrage, wie optimistisch ihn sein Förderprogramm für die Zukunft stimme, antwortet der Bürgermeister relativierend, er könne nicht abschätzen, ob es den Ärzt:innen letztlich um eine finanzielle Unterstützung gehe. Beinahe resigniert führt er weiter aus: »Aber ich mache mir nichts vor, es wird jetzt nicht so ein super tolles Programm sein, das bis nach Hannover und an sämtliche Studienorte durchdringt.« (Ebd.) Der Wettbewerb zwischen den Gemeinden um die wenigen interessierten Ärzt:innen bereite ihm Sorgen. Ein Ärztehaus bereitzustellen, lehnt er ab. Die Erfahrungen aus umliegenden Gemeinden hätten ihm gezeigt, mit einer Praxis verdiene man als Gemeinde kein Geld, diese müsste eher subventioniert werden (ebd.). Im kommunalen Spitzenverband seien zudem die Vor- und Nachteile kommunal getragener MVZs diskutiert worden, denen der Bürgermeister skeptisch gegenübersteht.

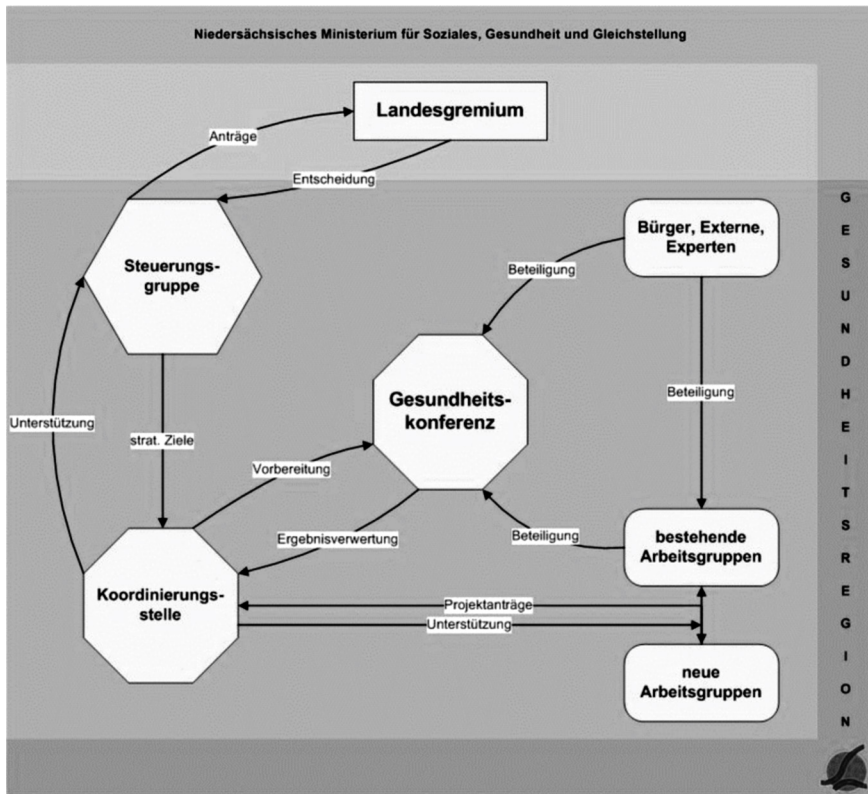
»Wir versuchen es jetzt einmal mit Geld und haben natürlich noch andere Ideen im Hinterkopf. Das ist eben genau das, was auch in Sögel gemacht wird, dass man den Ärzten noch mehr abnimmt, dass sie eigentlich nur noch ihre Praxis aufmachen müssen, die Patienten behandeln und alles andere abgenommen wird. [...] Und das wäre vielleicht nochmal ein Schritt, denen zu sagen: Wir bieten das an, dass wir ein Medizinisches Versorgungszentrum zumindest in der Form unterstützen. [...] Das haben wir auch im Städte- und Gemeindebund mal diskutiert, auch ein bisschen was mit Haftungsfragen und so weiter und sofort zu klären. Das ist also gar nicht mal so einfach, das irgendwie hinzukriegen.« (Interview LLV)

Der kommunale Spitzenverband stellt im Rahmen seines Papiers »Therapie: 10 Punkte für eine gelingende hausärztliche Versorgung« (NSGB 2019) umfangreiche Forderungen an das Land Niedersachsen und den Bund. Diese umfassen neue Studienplätze, eine Landarztquote, Aus- und Weiterbildungsreformen, eine kleinräumigere Bedarfsplanung, Anreiz- und Förderprogramme, Vergütungsreformen, Mobilitätskonzepte, Delegationsmodelle und die Abschaffung des Numerus Clausus als Zulassungsvoraussetzung. Nach eigenen Angaben flossen diese Forderungen erfolgreich in die Arbeit der 2018 eingerichteten Enquete Kommission des Landtags mit dem Titel »Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung« ein (vgl. Interview LL III).

Überdies kooperiert der Landkreis mit der Wirtschaftsförderung im Rahmen der Wachstumsregion Ems-Achse. Hier bilden Werbemaßnahmen einen Schwerpunkt (vgl. Interview LL IV). Kommunalpolitisch interessant ist zudem das Maßnahmenpaket zur Sicherstellung der Ärzteversorgung im Landkreis Leer. Es umfasst bei seiner Einführung 2012 fünf jährliche Stipendien für Studierende der Allgemeinmedizin, die sich im Gegenzug verpflichten, zwei bis drei Jahre in der Region tätig zu werden. Die Stipendiat:innen erhalten zwischen 400 und 600 Euro im Monat über drei Jahre. Zudem wird eine Servicestelle für zuziehende Fachkräfte erwähnt, die Niederlassungsinteressierte und ihre Partner:innen bei der Jobsuche oder zu organisierenden Kinderbetreuung unterstützt. Letztlich pflegt der Landkreis eine Kooperation mit dem Amt für Wirtschaftsförderung und eine Informationsplattform, mit dem Ziel Praxisgründungen, -übernahmen und -erweiterungen zu unterstützen (vgl. Landkreis Leer 2012: 63f.).

Insbesondere in das Stipendienprogramm wird große Hoffnung gesetzt. Eine Landtagsabgeordnete aus dem Kreisgebiet betont, »[w]ir haben ganz frühzeitig überlegt, ob wir nicht auch Stipendien ausschreiben. [...] Das bedarf natürlich einer riesigen Anstrengung, das mit Geld zu hinterlegen, aber auch vertraglich.« (Interview LL II) Eine Repräsentantin des Kreisgesundheitsamts berichtet von den das Stipendium begleitenden Herausforderungen. Man müsse den Stipendiat:innen das Gefühl geben, dass sie im Kreis eine Anbindung haben. Andernfalls kauften sich die Stipendiat:innen nach Ablauf der Aus- und Weiterbildung aus den eingegangenen Verpflichtungen frei (vgl. Interview LL VII). »Ärzte sind so gefragt, da kauft einen halt der raus, der einen haben will. Das erleben wir hier auch.« (Ebd.) Die Zahlen auf der Webseite des Kreises bestätigen diese Äußerung. Von den 46 bislang geförderten Stipendiat:innen befinden sich noch 15 im Studium. 23 haben ihr Studium beendet, vier die Facharztprüfung abgelegt. Der erste Stipendiat nahm im Dezember 2022 seine Tätigkeit als Hausarzt im Landkreis Leer auf. Insgesamt acht der Stipendiat:innen haben ihr Stipendium aus »unterschiedlichen Gründen« (Landkreis Leer o.J.a) zurückgezahlt. Trotz seines überschaubaren Effekts (vgl. Interview LL VIII) wird das Stipendium nach Evaluationsgesprächen im August 2018 vom Kreissozialausschuss einstimmig verlängert (vgl. Landkreis Leer 2018: 6).

Abbildung 8: Strukturbildung im Rahmen der Gesundheitsregion Landkreis Leer



Quelle: Landkreis Leer o.J.b

Drei Jahre nach der Einführung des Stipendienprogramms wird 2015 die Gesundheitsregion Landkreis Leer eingerichtet. Der Landkreis übernimmt dabei eine koordinierende Funktion. Anlass bietet die Erkenntnis, dass regionale Gegebenheiten das Auftreten von Erkrankungen und den Versorgungsprozess beeinflussen. Darin begründet sich aus Sicht des Kreises der »Bedarf nach einer regional koordinierten und gesteuerten Gesundheitsversorgung, die alle Versorgungsbereiche (ambulant, stationär, Prävention, Gesundheitsförderung, Rehabilitation, Pflege) im Blick hat« (Landkreis Leer o.J.b). Neben der Strukturbildung auf Kreisebene (Abb. 8) verfolgt die Gesundheitsregion weitere Ziele: Aus der Gesundheitsregion heraus sollen innovative medizinische Versorgungs- und/oder Kooperationsprojekte und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention entwickelt und umgesetzt werden (ebd.). Die Gesundheitsregion wird durch Gelder des Landessozialministeriums, der KVN, der AOK Niedersachsen, des vdek Niedersachsen, des BKK Landesverband Mitte und der Landesärztekammer Niedersachsen finanziert (ebd.).

Eine Repräsentantin des Gesundheitsamts Leer, an dem die Gesundheitsregion angesiedelt ist, berichtet von den Anfängen des Projekts. Damals sei es die Idee gewesen

»passgenaue Projekte« (Interview LKL VII) für die Region zu entwickeln. Über die Zeit hätten sich die Zielsetzungen des Landes folgenreich verändert:

»Dann sollten wir mit anderen Gesundheitsregionen gemeinsam etwas machen. Das wurde, fand ich persönlich, schwierig. Weil, das Geld wird nicht mehr, wenn man mehr Regionen wird. Aber man muss es auf mehr verteilen. Irgendeiner muss den Hut aufhaben. Wer macht das dann? Ich fand es schwierig ehrlich gesagt.« (Ebd.)

Zunächst habe man zu den vom Land vorgegebenen Themenbereichen verschiedene AGs gebildet. Eine dieser AGs habe sich mit dem Thema »Nachwuchsgewinnung Ärzte« (ebd.) beschäftigt und sich zunächst »sehr engmaschig« (ebd.) getroffen. Eine Herausforderung macht die Mitarbeitende in der Akzeptanz des Austausch- und Planungsgremiums durch die lokale Ärzteschaft und die Wohnbevölkerung aus. Recht schnell seien die Treffen schlecht besucht gewesen. Ein lokal praktizierender Arzt berichtet, die Gesundheitsregion sei eingeschlafen.

»Ich habe nicht so das Gefühl, dass da die niedergelassenen Kollegen so richtig beteiligt sind oder auch gefragt sind, Ideen einzubringen. Also ich bin glaube ich beim ersten Mal da gewesen, beim zweiten Mal konnte ich nicht mehr und bin dann auch nie wieder eingeladen worden oder gefragt worden, sodass ich auch gar nicht weiß, wann die tagen. [...] Ich weiß nicht, was da oder ob da überhaupt für den Bereich der niedergelassenen Ärzteschaft etwas läuft.« (Interview LL VIII)

Eine weitere Herausforderung liegt für die Kreisrepräsentantin in der Förderstruktur der Projekte, die im Rahmen der Gesundheitsregion umgesetzt werden sollen. Anfänglich sei die Idee gewesen, positiv evaluierte Projekte »aufs Land« (Interview LL VII) auszurollen. Schnell habe sie gemerkt, dass dieses Vorgehen nicht reibungslos mit den Interessen der Kreispolitiker:innen zu vereinbaren waren. »Die Politik will mit einem Leuchtturmprojekt dastehen und sagen: ›Das ist mein Projekt. Das haben wir hier entwickelt in unserem Landkreis.« (Ebd.) Statt erfolgreiche Projekte wiederholt umzusetzen, müsste sich die zuständige Mitarbeiterin immer wieder neue Konzepte ausdenken. Nur so könne der Kreis eine Förderung erhalten. Diese Herangehensweise sprengt allerdings die personellen Kapazitäten im Kreisgesundheitsamt und ermüde die Kolleg:innen. Zudem bedeuteten innovative Konzepte häufig eine unsichere Weiterfinanzierung. »Dann ist es auf Eis gelegt und alle sind frustriert. Die Leute, die man eingestellt hat für diese zwei, drei Jahre. Die Leute, die Bürger, die mitgemacht haben. Alle sind frustriert.« (Interview LL VII)

Eines der Projekte, die aus der Gesundheitsregion entstanden sind, ist das Patientenmobil mit einer zweijährigen Laufzeit ab 2016. In der Presseberichterstattung wurde dem Patientenmobil ein hohes Potenzial zur Versorgungssicherung zugesprochen (vgl. zm-online 11.08.2016). Es liegt ein positiver Bericht der Versorgungsforschung der Universität Oldenburg im Auftrag der KVN vor. Dort wird betont, mit dem Projekt sei eine Lösung für die Versorgungslücken in ländlichen Regionen gefunden worden (vgl. KVN 2018: 8). Zur Überführung des Patientenmobils in die Regelversorgung kommt es allerdings nicht. Grund hierfür sind laut KVN vor allem juristische Bedenken:

»Wir hatten auch schon beim Start die Taxiinnung als Gegner, die da Sorge hatten, dass eben Kunden wegbrechen. Aber wir konnten mit allen gut im Dialog diese Übergangsvereinbarung regeln. Taxiunternehmen hatten wir dann auch beteiligt an diesem Projekt. Das ist wiederum das, was wir wahrnehmen, dass die Projekte super sind, aber es im Anschluss keine Mechanismen gibt, die diese auffangen. Das ist dann im Grunde wieder, weil die gesetzlichen Grundlagen fehlen.« (Interview LL I)

Seitens des Kreisgesundheitsamts ist überdies eine Unzufriedenheit mit dem Steuerungsgremium der Gesundheitsregion festzuhalten, in dem die KVN und die gesetzlichen Krankenkassen, die Landesärztekammer und die Landesregierung über die Regelfinanzierung von Projekten entscheiden. Auch das Patientenmobil wird nicht in die Regelversorgung übernommen. Dennoch bewerten es die Bürgermeister:innen recht positiv. Schließlich ist die Mobilität der Bürger:innen in den ländlich geprägten Gemeinden ein drängendes Problem. Der am Schulunterricht ausgerichtete ÖPNV und die nichtangebundenen Gemeinden wirkten sich nachteilig auf die Zugangsmöglichkeiten zu den medizinischen Versorgungseinrichtungen aus. Das Patientenmobil treffe deshalb den lokalen Bedarf an einem Mobilitätskonzept. Nach Projektende im Dezember 2017 betreiben einige Gemeinden eigens finanzierte Rufmobile.

Ein letztes für die lokale Gesundheitsversorgung relevantes Ergebnis der Gesundheitsregion ist die Personalstelle einer am Gesundheitsamt angesiedelten Versorgungskordinatorin. Ursächlich für die Einrichtung der Stelle sei die Erkenntnis gewesen, dass eine Person gebraucht wurde, die die Versorgungsprojekte evaluiert, kurzfristig Arbeitskreise einrichtet und so kontinuierlich die Thematik im Blick hat (vgl. Interview LL VII). Ziel ist es außerdem, die örtliche Vernetzung der an der Versorgung beteiligten Akteure zu stärken. Die Aufgabenbeschreibung der Koordinatorin geht über das Bewerben um und die Verwaltung von Projekten hinaus und umfasst die Personalakquise im hausärztlichen Bereich. Fakt ist allerdings auch, dass der »Runde Tisch Ärztegewinnung« der Gesundheitsregion mit der Einrichtung der Stelle für beendet erklärt wurde. Sämtliche Anstrengungen werden fortan in einer von einer Person besetzten Stelle gebündelt, die sich zudem erst in der lokalen Akteurskonstellation einfinden muss.

5.1.2.3 Proaktive Anpassung der lokalen Infrastrukturpolitik

Die Verantwortlichen im Landkreis Leer bemühen sich, die Bearbeitung punktueller Versorgungsengpässe auf Kreisebene zu koordinieren. Recht zügig entwickeln sie die Haltung, dass sich die Kommunen auf die Herausforderungen der alternden Wohnbevölkerung vorbereiten müssen. Dabei ist der öffentliche Diskurs auf Kreisebene von zweierlei gekennzeichnet. Erstens kritisieren die Kreisrepräsentant:innen die KVN deutlich. Insbesondere die intransparente Auslobung von Strukturfondsmitteln sorgt für Verärgerung im Kreisgesundheitsamt (vgl. Interview LL VII). Zweitens besteht die Lösungsstrategie des Kreises für den diagnostizierten Ärztemangel darin, präventiv Informationen zusammenzutragen, Vernetzung voranzutreiben und Versorgungsmodelle zu testen. Zeitweise lassen die Äußerungen und Praktiken einen getriebenen Kreis vermuten, der sich insbesondere im Bereich der sozialen (Dienst-)Leistungen gezwungen sieht, seine Infrastrukturpolitik an den demografischen Wandel anzupassen. Der Kreis nimmt

die ihm eingesiedelten Gemeinden in die Verantwortung, wie die Broschüre »Wir nehmen das Heft selbst in die Hand« (Landkreis Leer 2010) verdeutlicht:

»Dörfer und Städte sehen bald anders aus. Infrastruktur heißt Kindergarten, Schule, Straße, Kanalisation, Feuerwehr, Laden, Kiosk, Bankfiliale oder Baugebiet. Die alternende Gesellschaft stellt dies auf den Prüfstand. Alles ändert sich. Weniger Einwohner – weniger Einnahmen, weniger Nutzer – teurere Infrastruktur. Darauf müssen die Gemeinden bald Antworten finden. Vorrang bei Siedlungs- und Infrastrukturpolitik haben ärztliche Versorgung, gute Busverbindungen, alten- und familiengerechtes Bauen in Ortskernen, abgestimmte Schul- und Kitastandorte.« (Ebd.)

Die Versorgung mit Ärzt:innen reiht sich ein in die öffentlichen Aufgaben, für die die Kommunen im Rahmen der Daseinsvorsorge zuständig sind. Im Selbstverständnis des Kreises tragen die Gemeinden in der Folge vor allem auch die finanzielle Verantwortung für die Gewährleistung der ärztlichen Versorgung.

Auch in den Positionierungen der KVN zeigt sich eine kommunale Rollenkonzeption für die Versorgungsstabilisierung. Danach liegt es in der politischen Verantwortung der Kommunen, den Bürger:innen zu kommunizieren, dass sich das ärztliche Versorgungsangebot verändern wird. Dies wird im Übrigen auch in den Äußerungen der KVN im oben genannten Symposium aus dem Herbst 2020 deutlich. Entsprechende Entwicklungen im Bereich der Versorgungsangebote seien im Kreisgebiet bereits im Gang, wie der Ausbau tageweiser Sprechstunden in Zweigpraxen belege (vgl. Interview LL I). Die Veränderungen stoßen nach Angaben der KVN auf Unmut bei den Patient:innen, weil Ärzt:innen in Zweigpraxen nicht jeden Tag erreichbar sind.

Eine weitere lokalpolitische Aufgabe macht die KVN in dem Ausbau der lokalen Infrastrukturangebote aus. Die öffentlichen Aufgabenzuschreibungen sind den Bürgermeister:innen nicht fremd. Sie betonen wiederum, dass in der Vergangenheit ein Großteil der Versuche, mit der zuständigen KVN eine Kooperationsbeziehung aufzubauen, entweder gescheitert sei oder sich zumindest als überaus komplex herausgestellt habe. Die Bürgermeister:innen halten ihrerseits daran fest, die KVN als verantwortlichen Akteur zu positionieren, von dem sie die Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen einfordern (vgl. Interview LL VI).

Diese Kritik äußert beispielsweise ein Bürgermeister in einer Gemeinde, die sich aktuell durch ein in der Planung befindliches Förderprogramm eigeninitiativ an der Versorgungssicherung beteiligt. Er schildert inwieweit die schleppenden Kooperationsbemühungen auf kommunaler Ebene zu einem Wettbewerb zwischen den Gemeinden um Ärzt:innen führen.

»Es bringt wenig, wenn wir uns als Kommunen überbieten. Und eine finanzstarke Gemeinde hat plötzlich vielleicht ganz andere Möglichkeiten, als wir es haben. Dann zieht es alle Ärzte plötzlich in die Gemeinde X, weil dort die Ärzte subventioniert werden. Ich finde es schon grenzgängig, wenn Ärzte, die auch im ländlichen Bereich nicht schlecht verdienen zulasten der Gesellschaft – und eine Gemeinde ist eine Gesellschaft – finanziell zulasten der Gemeinde subventioniert werden bis ultimo. Also das halte ich schon für grenzgängig.« (Ebd.)

Die KVN ist kommunal durchaus präsent. Schließlich spricht deren Bezirksstellenrepräsentant wiederholt im Leerer Kreistag vor. Allerdings ist dieser Austausch auf einer übergeordneten Ebene angesiedelt. In den genannten Äußerungen des Bürgermeisters zeigt sich die Überzeugung, dass die Kommunen nur defizitär in die Verhandlungs- und Organisationsprozesse integriert sind. Die Ärzt:innen könnten allein über ihre Zukunft bestimmen, wohingegen der gesellschaftliche Einfluss zu kurz käme: »Wenn man regulieren möchte, dann muss man auch alle Beteiligten an einen Tisch holen« (ebd.), kommentiert der Bürgermeister. Vor diesem Hintergrund entwirft er eine alternative Zukunft der Ärztevereinigung. Er stellt sich die KVN als »öffentliche Einrichtung [vor], wo auch kommunale Vertreter sind, die es ja letztlich auch angeht« (ebd.). Er fordert ein »Mitspracherecht« (ebd.), sodass das bislang bei den Gemeinden angesiedelte Problem ein »gemeinsames Problem« (ebd.) wird. Recht pessimistisch resümiert er, die KVN würde sich nur ungern »reinreden lassen« (ebd.) und auch das Land Niedersachsen sei froh, dass die Gemeinden sich um die Versorgungssicherung bemühen, »dann müssen sie sich nicht mehr mit der KVN auseinandersetzen« (ebd.).

Abseits dieser Interviewpassagen beantworten die Kommunalvertreter:innen die kompetenzielle Frage ambivalent. Man finde »beim ganzen Aufgabenkatalog einer Gemeinde [...] nirgendwo medizinische Versorgung« (Interview LL V), betont ein Bürgermeister aus dem Kreisgebiet. Sein bereits erwähnter Kollege hebt auf die Alternativlosigkeit der jüngeren Entwicklungen für die Kommunen ab.

»Ist eine Gemeinde als Gebietskörperschaft überhaupt für Landarzt zuständig? Ist das eine wirkliche Aufgabe einer Gemeinde? Die [Frage] hätte man vor 10, 15, 20 Jahren auf jeden Fall mit einem deutlichen Nein beantwortet. [...] Aber im weitesten Sinne könnte man sagen: »Ui, irgendwann muss die Gemeinde reagieren.« Und genauso war es auch bei uns. Wobei dann, wenn eine Gemeinde als kleine Institution teilweise, plötzlich reagieren muss, macht das eigentlich auch Mängel deutlich, die eigentlich auf Landes- oder Bundesebene zu finden sind, oder in den gesamten Verwaltungsstrukturen auch der Ärzteschaft bis hin zu der Frage der Studienplätze.« (Interview LL VI)

Wie das Ringen um eine Haltung in der Gewährleistungsfrage sind auch die Gründe für die Schritte in Richtung einer kommunalen Verantwortungsübernahme vielfältig: Mal heißt es, Gemeinden würden aktiv, weil es eine Leerstelle gebe, das heißt sich kein anderer Akteur verantwortlich zeige, mal betonen lokalstaatliche Akteure ihr Gestaltungswille sei ausschlaggebend. Gebündelt zeigen sich diese Positionierungen im kommunalen Spitzenverband vertreten. Er verweist auf die Situation der Gemeindevorstandenden. Diese seien zwar nicht zuständig, übernehmen aber mangels Alternative oftmals die Verantwortung. Folglich erhebt der kommunale Spitzenverband gegenüber dem Land und dem Bund Forderungen, die Kommunen zu unterstützen (vgl. NSGB 2019). Dabei rückt insbesondere das Land in den Fokus; zum einen, weil die Gemeinden ihre Lage als Ergebnis einer abgewälzten Verantwortung des Landes und Bundes wahrnehmen (vgl. Interview LL VI). Zum anderen vermuten die lokal engagierten Akteure, das Land Niedersachsen sei bemüht, Versorgungsangebote zukünftig zu zentralisieren und sei deshalb nicht an der dezentralen Versorgungssicherung interessiert.

Die landespolitischen Aktivitäten in Folge der 2018 eingesetzte Enquetekommission des Landtags lassen eine konkrete Strategie zur angekündigten Bearbeitung ländlicher Versorgungsprobleme vermissen. Definiertes Ziel der Kommission war es »konkrete und zukunftsweisende Empfehlungen zur Sicherung einer bedarfsgerechten, medizinischen Regelversorgung der Bevölkerung zu entwickeln« (Niedersächsischer Landtag 2021: 8). Der 2021 veröffentlichte Endbericht formuliert erneut einige Ziele, um die Qualität und Strukturen der Versorgung zu stärken (ebd.: 31f.) und mehr (hausärztliches) Personal bereitzustellen (ebd.: 38). In der Folge fordern die regierende SPD und die oppositionelle CDU im Landtag jedoch nur die Einrichtung sogenannter regionaler Gesundheitszentren (RVZ). Diese RVZs waren auch auf dem erwähnten KVN-Symposium Thema, unter anderem, weil sie in kommunaler Trägerschaft gedacht werden können. Kommunal getragenen RVZs stehen ähnliche Vorbehalte gegenüber wie kommunalen MVZs. Zumindest knüpfen sie an dieselben »Governance-Probleme an den Schnittstellen zwischen den Akteuren« (vgl. Gerlinger 2022) an.

Im Zusammenhang mit der Enquetekommission ist in der Lokalpresse von einem neu eingerichtete Runden Tisch zur Ärzteversorgung im Landkreis Leer die Rede. Er wird auch von der Leiterin des Kreisgesundheitsamts im Kreistag Leer erwähnt. Das Protokoll liest sich pfadabhängig. Die Dezernentin weist auf den Sicherstellungsauftrag und die damit verbundene Aufgabenverantwortung der KVN hin. Sie rahmt die bisherigen Kreisinitiativen als ergänzende Maßnahmen ein, die weitere Anreize schaffen sollen (vgl. Landkreis Leer 2018: 6), betont allerdings gegenüber dem Kreistag, die angedachten Anreize könnten die Lage nur partiell befrieden. Gesetzgeberische Flankierungen seitens des Bunds und der Länder seien notwendig (ebd.).

5.1.3 Zwischenfazit

Bereits 2003 warnt ein Sprecher der Bezirksstelle der Landesärztekammer Niedersachsen vor einem Ärztemangel. Er begründet die Entwicklung mit den veränderten Ansprüchen des medizinischen Nachwuchses an angemessene Arbeitsbedingungen. Zur selben Zeit beobachten die politisch Verantwortlichen im Landkreis Leer den demografischen Wandel und die Fachkräfteproblematik ihrerseits. Auch deshalb reagiert der Kreis positiv auf die Forderungen der unzufriedenen Ärzteschaft und der Bürgermeister:innen, wonach er sich in der Bekämpfung des Ärztemangels engagieren solle. Der öffentliche Diskurs zeigt, wie die Kommunen um eine gemeinsame Deutung des Ärztemangels und seiner Ursachen ringen.

Wegen fehlender Informationen zur lokalärztlichen Versorgungslage erhebt der Kreis zunächst eigene Daten. Er betont in der Folge die Bereiche, auf die die Kommunen durch finanzielle Anreize für niederlassungswillige Mediziner:innen Einfluss nehmen können. Er setzt auch eigene Initiativen um, wie das 2011 beschlossene Kreisstipendium für Humanmedizin. Es steht zwar wegen seiner Finanzierung immer wieder in der Kritik, wird dennoch wiederholt neu aufgelegt. 2015 richtet der Kreis eine Gesundheitskonferenz ein. Eines der entstandenen Projekte ist das Patientenmobil. Es wird nach zweijähriger Laufzeit wegen finanzieller und organisatorischer Probleme eingestellt.

Die Ausbildungspraxis des Landes ist ein randständiges Diskursthema. Vielmehr ordnet der Kreis die wohnortnahe Versorgung mit Vertragsärzt:innen dem Bereich

der Daseinsvorsorge zu. Damit wird die kommunale Gewährleistungsverantwortung ohne nähere Begründung festgelegt. Die Kommunen übernehmen diese Deutung ohne große Gegenwehr. In der Folge werden in mehreren Kommunen Ärztehäuser gebaut oder Immobilien zu solchen umgebaut. Doch die kommunalen Initiativen geraten oft ins Stocken. Einige Kommunen zeigen sich überzeugt davon, dass kleinere bedarfsplanerische Bereiche der Ansiedlung von neuen Vertragsärzt:innen dienlich wären. Die Initiativen zu entsprechenden Reformen scheitern allerdings am Zulassungsausschuss der gemeinsamen Selbstverwaltung.

Grundsätzlich ist nur eine eingeschränkte Bilanzierung der lokal getesteten Maßnahmen möglich. Ein Ärztehaus, zugegebenermaßen in einer Gemeinde mit den nötigen finanziellen Mitteln, scheint erfolgreich die hausärztliche Versorgung zu stärken, während andernorts ein Bürgermeister sein kommunales Förderprogramm bereits vor dem Beschluss durch den Gemeinderat in seiner Wirkungsfähigkeit relativiert. Das Kreisstipendium muss als marginaler Erfolg verbucht werden. Bis dato hat sich allein ein Stipendiat in der Kreisregion niedergelassen.

Zugleich wird der stockende und mitunter nicht existente Informationsfluss zwischen den Kommunen und der KVN öffentlich problematisiert. Auch die Gesundheitsregion leidet unter der begrenzten Kooperation zwischen den Akteuren vor Ort. Mit Blick auf die Gewährleistungserwartungen gegenüber dem lokalen Staat erweist sich die Strukturbildung auf Kreisebene als interessant. Doch die Pandemie machte dem Vorhaben zeitweise einen Strich durch die Rechnung, weshalb die Arbeit und etwaige Erfolge der Versorgungskoorordinatorin nicht bilanziert werden können.

Die KVN steht im Rahmen einer Debatte um eine Sicherstellungspraxis als Überbrückungslösung für ein vakantes MVZ kurzzeitig im Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit. Doch dann zieht der Wahlkampf vor den Landtagswahlen 2017 alle Aufmerksamkeit auf sich. Die Umsetzung der reformierten Bedarfsplanung offenbart 2019 ein stärker berufsständisch orientiertes Profil der KVN. Ihre öffentlichkeitswirksame Prognose für 2030 betont gleichsam die instabilen Versorgungsrealitäten. Zuvor hatte die KVN lange die Storyline eines Verteilungsproblems vertreten und betont, dass eine Teilursache für die Sicherstellungsprobleme im gestiegenen Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung liege. Angesichts der Erkenntnisse ihrer eigenen Prognose aus dem Jahr 2020 verändert sich die Problemdeutung seitens der KVN leicht, zumindest wird sie komplexer. Der interviewte Vertreter der KVN unterstreicht zudem die individuelle Leistungsfähigkeit der Ärzt:innen als relevanten Faktor und bemängelt die Steuerungswirkung der Bedarfsplanung. Folglich wird für die KVN sukzessive der kommunale Unterstützungs- und später auch der Gestaltungsspielraum relevant. Der interviewte Vertreter kritisiert in diesem Zusammenhang jedoch, die Bürgermeister:innen wendeten sich zu spät an die KVN, als dass diese dann noch steuernd eingreifen könne.

Auch seitens des Kreises werden Spannungen zwischen den Kommunen und der KVN reflektiert. Eine Kreisrepräsentantin berichtet, Bürgermeister:innen forderten, »dass alles so bleibt. Dass in jedem kleinen Kuhkaff ein Laden ist, ein Arzt und dass die Leute kommen. Wenn man übergeordnet tätig ist, wird oft gesagt: Das kann man nicht sicherstellen.« (Interview LL VII) Der Kreis habe allerdings einen besseren Überblick über die demografische Entwicklung und »die Versorgung insgesamt« (ebd.), als es die Kommunen täten.

Die KVN kritisiert ihrerseits die Bedarfsplanung als mangelhaftes Steuerungsinstrument, weshalb sie weniger das institutionelle Arrangement an sich als seine Ausstattung zur Debatte stellt. Doch aus Perspektive der Kommunen ist die KVN in ihrem kommunalen Handeln nicht unschuldig. Sie behindere mitunter Niederlassungen.

Angesichts der ausbleibenden Verbesserung der Lage engagieren sich einige Bürgermeister:innen im kommunalen Spitzenverband. Sie erhoffen sich hierdurch politische Unterstützung des NSGB. Gleichzeitig ist die kommunale Aufmerksamkeit für die vertragsärztliche Versorgung stark vom jeweiligen lokalen Problemdruck und dieser von der geographischen Lage der jeweiligen Gemeinde im Kreis beeinflusst. Dies steht, so die Überzeugung einzelner Kommunalverantwortlicher, auch interkommunalen Zusammenarbeit im Weg. Hinzu kommt der kommunale Wettbewerb um Ärzt:innen, den ein Bürgermeister wie folgt beschreibt:

»Unsere Nachbargemeinde hat tatsächlich auch ein Ärztehaus gebaut. Haben einen Teil davon tatsächlich ganz normal vermietet, aber für die Praxis, die sie darin haben, kriegen sie nur wenig Geld. Um es mal so zu sagen. Da wird halt auch subventioniert. Das haben sie auch erst erzählt als der erste Spatenstich getan wurde. So ungefähr. Nicht, dass andere Gemeinden auch schon anfangen, irgendwelche Gebäude zu bauen.« (Interview LL VI)

Um in diesem Wettbewerb bestehen zu können treten einzelne Bürgermeister:innen eigeninitiativ in den Kontakt mit der lokalen Ärzteschaft und erbringen umfangreiche Beratungsleistungen für interessierte Mediziner:innen. Interessanterweise halten die Bürgermeister:innen ihre Initiativen lange im Verborgenen, um etwaige Wettbewerbsnachteile zu minimieren, während der Kreis anstrebt, die kommunalen Initiativen frühzeitig zu koordinieren. Es wird deutlich, wie wenig die Interessen der öffentlichen Akteure ineinandergreifen.

Ein Bürgermeister stellt zudem die demokratische Qualität des Regulierungspfads in Frage. Es fehle an der Repräsentation kommunaler Interessen in den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung. Seine Frustration spitzt sich jüngst zu, insbesondere weil er im Handeln des Landes eine konfliktaverse Strategie zulasten der Kommunen vermutet.

»Die Not liegt ja nicht beim Land, die Not liegt bei den Gemeinden. Denn, wir müssen den Druck aushalten hier von der Bevölkerung und dann hat man immer das Gefühl, das prallt auch ein bisschen von den Landesregierungen ab. [...] Und die Landesregierungen – so habe ich es auch aus den Nachbarbundesländern gehört – ... wie soll ich das sagen ... versuchen, ja, Studienplätze zu schaffen und von oben irgendwelche Dinge zu machen. Aber da kommt so ganz viel irgendwie noch nicht bei rum, weil Sie Angst haben, dass es Geld kostet. Und für die Landesregierung ist es natürlich der bequemere Weg, wenn die Gemeinden jetzt anfangen und bauen solche Ärztehäuser und sonstige Dinge. Dann müssen sie sich nicht mehr mit der KVN oder sonstigem auseinandersetzen. Denn sie müssten ja die KVN unter Druck setzen und sagen: ›Liebe Leute, nun macht mal, seht zu, dass ihr da irgendetwas hinkriegt!‹« (Interview LL VI)

Sowohl in den Kommunen als auch auf Kreisebene findet sich vereinzelt die Deutung, die Patient:innen überbeanspruchten die ärztliche Arbeitszeit. Doch die öffentliche Gewährleistungserwartung verhaftet zu diesem Zeitpunkt bereits auf kommunaler Ebene und die einzelnen Bürgermeister:innen scheuen sich davor, die quantitative Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen öffentlich zu thematisieren.

5.2 Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg

Potsdam-Mittelmark ist einer von insgesamt 14 Landkreisen in Brandenburg. Er grenzt süd-westlich an die Bundeshauptstadt. Sein Gebiet umschließt die Kreisstadt Bad Belzig mit ca. 11.000 Einwohner:innen und insgesamt 38 Gemeinden, darunter neun Städte. Die Städte Brandenburg an der Havel und Potsdam sind nicht in den Kreis eingegliedert, bilden aber wegen der hohen Zahl an Arbeitsplätzen verdichtete Räume mit versorgungsrelevanten Effekten für den Kreis. Der Zuschnitt der brandenburgischen Kreise bestimmt die Lebensverhältnisse in Potsdam-Mittelmark entscheidend mit. Deren sternförmige Ausrichtung um die Bundeshauptstadt herum formt einerseits einen Speckgürtel und andererseits peripher gelegene Regionen. Letzteres trifft auf den Landkreis Potsdam Mittelmark in besonderer Weise zu. Eine Kreistagsabgeordnete berichtet von einem für unterschiedliche Alltagsbelange relevanten »großen Gefälle« (Interview PM III) zwischen berlinnahen und -fernen Gemeinden. Einerseits sicherten die Abgaben pendelnder Kreisbewohner:innen die Einnahmen des Kreises. Andererseits mache sich das Gefälle der infrastrukturellen Ausstattung innerhalb des Kreisgebiets bemerkbar. Ein Kreistagskollege bestätigt diese Einschätzung: »Wir haben diese finanziellen Ressourcen auch und vor allem durch die wirtschaftliche Kraft, die wir im Berliner Speckgürtel haben.« (Interview PM I)

Potsdam-Mittelmark ist von kleinen und mittelständischen Unternehmen geprägt. Der Kreis verfügt über eine überschaubare Anzahl an Industriebetrieben, die sich vor allem im nördlichen Verflechtungsraum befinden. Nahe Berlin sind einige Unternehmen der Dienstleistungsbranche und im Bereich der innovativen Technologien angesiedelt. Die Einwohnerzahl im Kreisgebiet wächst stetig an. Die wachsende und gleichzeitig alternde Wohnbevölkerung stellt die Verwaltung nach eigenen Angaben vor »neue Herausforderungen« (Interview PM IV), aus denen sich auch Forderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung ergeben. Diverse Publikationen der KV Brandenburg (KVBB) bestätigen dies. Die KVBB verzeichnet insbesondere für den hausärztlichen Bereich einen negativen Trend, so auch im Mittelbereich »Werder (Havel) – Beelitz«, der sich im Kreisgebiet befindet (vgl. KVBB 2021).

Neben punktueller Versorgungsprobleme stehen im öffentlichen Diskurs in besonderem Maße die Lösungskapazitäten des Landes zur Debatte, unter anderem weil Brandenburg über keine landeseigene Ausbildungsstätte für Medizinstudierende verfügt. In der Region dominiert darüber hinaus die Lage der stationären Versorgungseinrichtungen den öffentlichen Diskurs. Wiederholt wird die ambulante Versorgung zusammen mit der Versorgung in Kliniken diskutiert, wobei die Problemkonstellation der ersteren tendenziell untergeht.

5.2.1 Der mediale Diskurs in der Märkischen Allgemeinen Zeitung und den Potsdamer Neueste Nachrichten

Der Pressediskurs zum Landkreis Potsdam-Mittelmark nimmt insbesondere die hochschulpolitische Verantwortung des Landes und die stationären Zuständigkeiten des Kreises in den Blick. Diese Gewichtung (re-)produzieren auch die artikulationsstarken gesundheitspolitischen Akteure im Land. Nach Landesgesundheitsministerin Ursula Nonnenmacher (Grüne) sind die Krankenhäuser die »zentralen Anker der Gesundheitsversorgung« (Märkische Allgemeine Zeitung (MAZ) 22.06.2021). Weiterhin ist der Aufbau einer landeseigenen Ausbildungsstätte lange Zeit der zentrale Gegenstand der lokalen Presseberichterstattung. Bis zum Ende der Datenerhebung verfügt Brandenburg nicht über eine staatliche Hochschule, an der Medizin studiert werden kann. 2014 gründen einige kommunale Krankenhäuser – allen voran die Ruppiner Kliniken und das Klinikum in Brandenburg – die private Medizinische Hochschule Brandenburg Theodor Fontane (MHB). In der Presse wird immer wieder in Frage gestellt, ob die Landesregierung dem Projekt ausreichend Unterstützung hat zukommen lassen. Schließlich, so betont ein Lokaljournalist, sei die MHB auch gegründet worden, weil die Landesregierung keine eigenen Pläne zur Bekämpfung des Ärztemangels hatte (vgl. Potsdamer Neueste Nachrichten (PNN) 25.04.2019).

Grundsätzlich lässt sich der mediale Diskurs zwischen 2007 und 2021 in drei Phasen einteilen. Zunächst begleiten die Lokaljournalist:innen die sich wandelnde Trägerschaft der Klinik in der Kreisstadt Bad Belzig. Ab 2013 häufen sich die Berichte zu lokalen Versorgungslücken im ambulanten medizinischen Bereich. Die Versorgungsprobleme offenbaren in Teilen unterschiedliche Problemdeutungen der Kommunalvertreter:innen, die jedoch nicht in Lösungsvorschläge übersetzt werden. Die Kreisebene zeigt sich vielmehr wenig daran interessiert, ein übergreifendes Programm zu entwerfen. 2018 verändert sich der Diskurs: Punktuelle Auseinandersetzungen und das wachsende landespolitische Engagement zur Milderung regionaler Versorgungsprobleme erfahren größere öffentliche Aufmerksamkeit.

5.2.1.1 Die Rede von einer Verantwortungsgemeinschaft (2007–2012)

Von 2007 bis 2012 ist der versorgungsrelevante, kommunale Mediendiskurs im Umfang noch recht spärlich. Die Journalist:innen stellen die Probleme in der stationären Versorgung in den Mittelpunkt. Sie berichten überwiegend deskriptiv von der Privatisierung des Kreiskrankenhauses in Bad Belzig, das die Johanniter GmbH im Jahr 2007 übernimmt. Sowohl die Ansiedlung eines MVZ am Klinikstandort im Jahr 2008 als auch der Weiterverkauf der Johanniter-Anteile an die gemeinnützige GmbH Klinikum Ernst von Bergmann im Jahr 2012 wird medial begleitet.

Für die ambulante Versorgung im Kreisgebiet sind die genannten Ereignisse relevant, weil im Kontext des Weiterverkaufs des Klinikums eine Zusammenarbeit zwischen der Landeshauptstadt und dem Kreis beschlossen wird. Ziel der Zusammenarbeit ist die »Sicherstellung der wohnortnahen Gesundheits- und sozialen Versorgung der Bevölkerung des Landkreises« (PNN 07.12.2012). Die entstandene »Verantwortungsgemeinschaft« (ebd.) will medizinische Einrichtungen planen und bereitstellen. Zu diesen Einrichtungen zählt die Versorgungsgemeinschaft ausdrücklich auch ambulante medizini-

sche Einrichtungen. Der Umfang und die gleichzeitig unterbestimmten Mittel und Wege der Zusammenarbeit stoßen dabei auf Kritik im Kreistag: »Für uns sind zu viele Fragen offen« (ebd.), moniert die Grünen-Fraktion. Ihr Fraktionschef befürchtet, mit der Umstrukturierung der Klinik könne eine Zentralisierungsstrategie verbunden sein. Er warnt davor, das Klinikum in eine Portal-Klinik für Potsdam umzuwandeln. Der Kreistag ist Mitgesellschafter der neuen Klinik-gGmbH.

5.2.1.2 Uneinigkeit in der Problemdeutung (2013–2017)

Auch von 2013 bis 2017 prägt die lokale Krankenhauspolitik die mediale Berichterstattung. Die Gründe hierfür liegen in der Schließung der Bad Belziger Geburtenstation (vgl. PNN 31.01.2015), die einen Protest der Bürger:innen nach sich zieht (vgl. PNN 11.03.2015). Diese fordern die versorgungsrelevanten Effekte der Schließung eingehend zu prüfen (vgl. PNN 31.01.2015). Die Presse berichtet, es seien Pläne aufgesetzt worden, um Rettungsärzt:innen und -sanitäter:innen für Notfälle wie Spontangeburt zu schulen (vgl. PNN 29.01.2015). Die Schließung wird als Sicherheitsrisiko für die Patient:innen diskutiert.

Ab 2013 berichtet die Lokalpresse zudem differenzierter von vertragsärztlichen Versorgungsproblemen, sowohl im Kreisgebiet (vgl. PNN 10.10.2017) als auch landesweit (vgl. MAZ 22.01.2014). In diesem Zusammenhang wird die Stadtverwaltung Potsdam wegen der langen Wartezeiten auf Arzttermine um eine Stellungnahme gebeten. Gegenüber der Presse will sie jedoch keine Einzelheiten nennen. Es sei weder ihre »Aufgabe, die Situation fachlich fundiert einzuschätzen, noch [habe sie] die Möglichkeit etwas an der Situation zu ändern« (PNN 10.03.2015). Auskunftsfreudiger zeigt sich die KVBB. Sie nennt vor allem die gestiegene Lebenserwartung der Patient:innen als Herausforderung für die Versorgungssicherung. Sie bedinge den »großen Bedarf« (MAZ 19.11.2016); hinzu komme die Altersstruktur der Ärzteschaft und deren gewandelte Ansprüche an ihre Bezahlung und die Lebensqualität am Wohn- und Praxisstandort (vgl. PNN 07.02.2013a).

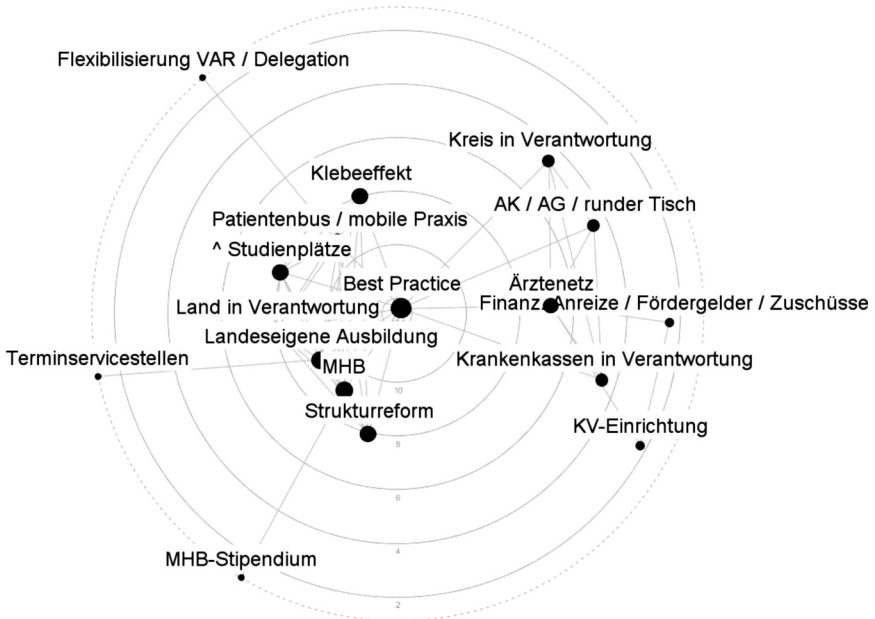
2013 betont der Vorstandsvorsitzende der KVBB noch, es gebe kein hausärztliches, sondern vielmehr ein fachärztliches Versorgungsproblem in Brandenburg. Nicht besetzte Stellen im hausärztlichen Bereich seien kein eklatantes Problem, weil die praktizierenden Ärzt:innen zeitweise Lücken auffingen (ebd.). Wenige Monate später reflektiert ein Referent der KVBB die traditionelle Niederlassungspraxis generell kritisch: »Ein Arzt hört auf, ein neuer fängt an – dieses Modell stößt immer öfter an seine Grenzen« (MAZ 22.01.2014). Fortan betonen Repräsentant:innen der KVBB vor allem die Grenzen des zentralen Niederlassungsinstruments: »Die Bedarfsplanung orientiert sich an statistischen Werten und kann die Realität der gesundheitlichen Versorgung nicht ausreichend abbilden [...]. Probleme löst die neue Bedarfsplanung erst einmal gar nicht« (PNN 07.02.2013b). Über solche punktuellen Kommentare hinaus bleibt die Ursachenkritik in der mittleren Diskursphase überschaubar. Einmal nennt ein Gesundheitsexperte im Rahmen einer Podiumsdiskussion die Strukturen des Gesundheitssystems als maßgebenden Faktor für die wachsenden Versorgungsdisparitäten (vgl. PNN 15.10.2013).

Abbildung 9 zeigt die zentralen Forderungen, die zwischen 2013 und 2017 im öffentlichen Diskurs zur Bearbeitung der Versorgungsprobleme vorgetragen werden. Abbildung 10 ergänzt diese um die entsprechenden Akteure. Die KVBB und die Landesärz-

tekammer zeichnen das Land als verantwortlich für die Versorgungssicherung. Beide fordern Unterstützung für Mobilitätsangebote (vgl. PNN 07.02.2013a) und eine landeseigene Ausbildungsstätte (vgl. PNN 07.02.2013b). Die landespolitischen Akteure bemerken die wachsenden Sicherstellungsprobleme, betonen allerdings wiederholt, dass die Versorgungslage in großen Teilen noch gut sei.

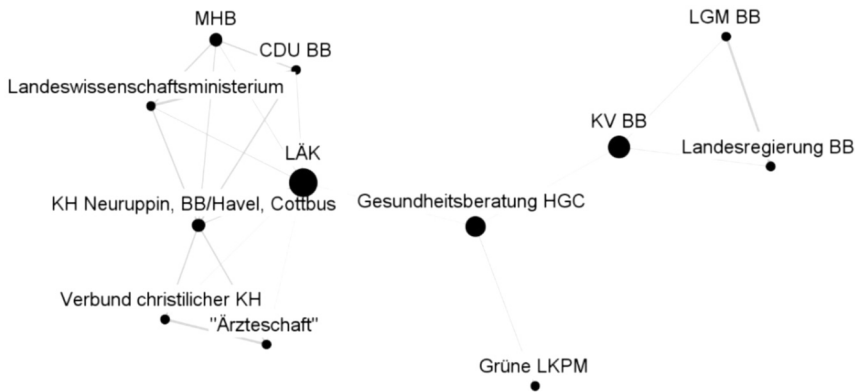
Fortan nimmt die Ausbildungspolitik des Landes eine zentrale Stellung im medialen Diskurs ein. Spannungen zwischen der Landesregierung und den Initiatoren der privaten Hochschule MHB werden öffentlichkeitswirksam thematisiert. Deren Gründerkreis betritt 2013 das mediale Parkett. Die Hochschule wird vor allem aufgrund ihrer proklamierten Zielsetzung, dem Ärztemangel im Land zu begegnen, ambivalent diskutiert. Noch zu Beginn des Gründungsprozesses ist sich Landesgesundheitsministerin, Anita Tack (Die Linke), sicher, der Hausärztemangel im ländlichen Raum lasse sich durch eine eigene Ausbildungsstätte nicht lösen. Auch die KVBB steht einer entsprechenden Forderung lange ablehnend gegenüber. Sie bestreitet einen Ärztemangel öffentlich (vgl. MAZ 19.11.2016; PNN 10.10.2017). Die der MHB gegenüber kritisch eingestellte Diskurskoalition aus Landesregierung und KVBB (Abb. 10) rahmt finanzielle Anreize zur Niederlassungsförderung als adäquate Lösungsstrategie (ebd.).

Abbildung 9: Radialnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark »Forderungen« 2013–2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Abbildung 10: Diskursnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark »Forderungen« 2013–2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Im Zuge seiner voranschreitenden Planung erfährt das Hochschulprojekt zumindest symbolische Unterstützung der brandenburgischen Regierung. In einem Interview kritisiert der Präsident der Landesärztekammer diesen Haltungswechsel wie folgt:

»Brandenburg ist das einzige Flächenbundesland, das keine Mediziner ausbildet. Eine eigene medizinische Fakultät wird den Ärztemangel nicht im Alleingang beseitigen, aber sie ist ein Baustein zur Lösung des Problems. Eigentlich wäre es die Aufgabe der Landesregierung, hier etwas zu tun, aber die hat jahrelang nur gemauert. Jetzt, wo wir Ärztinnen und Ärzte mit der Medizinischen Hochschule Brandenburg das Problem selbst in die Hand nehmen, findet sie die Idee auf einmal gut.« (PNN 07.02.2013b)

In dieser Phase des Diskurses spielen Presseberichte zur kommunalen Versorgungslage im ambulanten Bereich noch eine nachrangige Rolle. Die KVBB denkt hingegen durchaus bereits über die Rolle der Kommunen nach. Ein Sprecher ergreift Partei für den Nachwuchs, der sich vor allem wegen der zurückgehenden Patientenzahlen gegen eine ländliche Niederlassung entscheide (vgl. MAZ 22.01.2014). Er mahnt, auf den bundesweiten Wettbewerb um Ärzt:innen sollten sich auch die Kommunen in Brandenburg einstellen.

5.2.1.3 Lokale Proteste und ein Landesprogramm (2018–2021)

Die medialen Problemwahrnehmung im Landkreis Potsdam-Mittelmark wird zwischen 2018 und 2021 differenzierter. Es werden vermehrt Berichte aus betroffenen Kommunen abgedruckt, ohne dass es jedoch zu einem übergreifenden Diskurs um die kommunale Verantwortung kommt. Es wird dennoch deutlich, wie rege sich einzelne Kommunen abseits des öffentlichen Diskurses darum bemühen, die lokale Versorgung zu sichern.

Im März 2018 ist noch von einer »relativ guten Versorgung mit Hausärzten« (MAZ 11.03.2018) die Rede, wobei zugleich die »viele[n] Lücken im Versorgungssystem« (ebd.) thematisiert werden. Die Berichterstattung spiegelt das Ringen um eine Einordnung der Lage, wobei eine eindeutige Positionierung der Lokalpresse ausbleibt. Der damalige

Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Stephan Hofmeister, kommentiert den gesellschaftspolitischen Suchprozess nach einem angemessenen Umgang mit der sich verändernden Versorgungslandschaft gegenüber der MAZ. Er regt dazu an, sich

»als Gesellschaft der ehrlichen Diskussion [zu] stellen, wie wir mit ländlichen Regionen umgehen wollen, aus denen jegliche Infrastruktur immer mehr verschwindet. Es kann nicht erwartet werden, dass es in Orten selbstverständlich Arztpraxen geben soll, in denen keine Bürgerämter, keine Feuerwehr oder Polizei, ja selbst keine Tante-Emma-Läden mehr vorhanden sind.« (Ebd.)

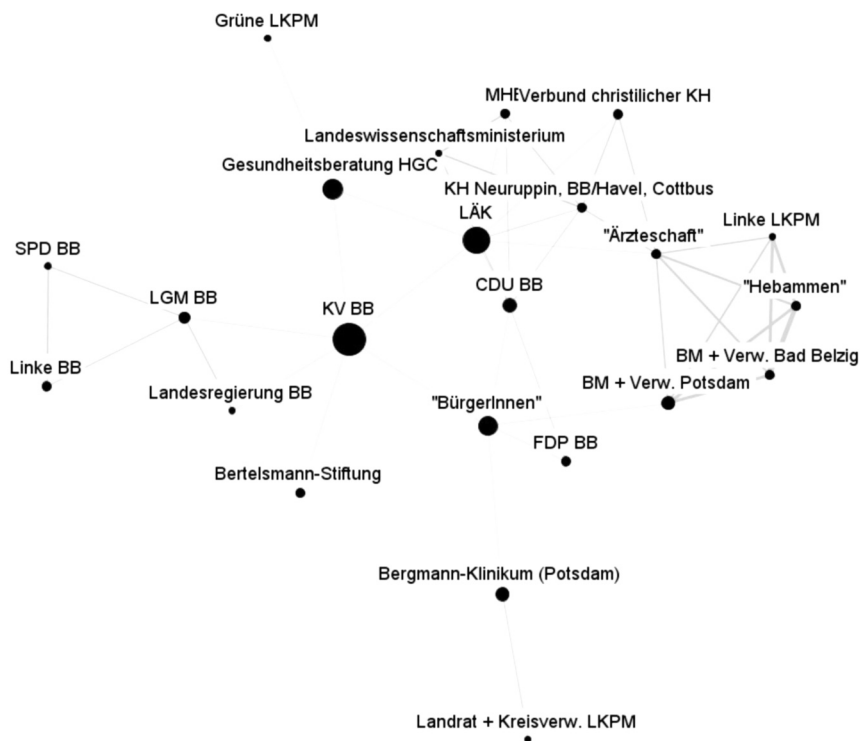
Zwei Kommunen im Kreisgebiet rücken in den Fokus der Berichterstattung. In der Gemeinde Wiesenburg fahndet eine selbsternannte »Task Force« nach Mediziner:innen und im knapp 20 Kilometer entfernten Niemeck brechen 2019 Proteste wegen einer vakanten Praxis aus. Beide Gemeinden liegen im südlichen Kreisgebiet. Wiesenburg sucht zu diesem Zeitpunkt bereits im dritten Jahr nach vertragsärztlichem Personal für eine Praxis, deren Inhaberin verstorben ist. Eine geplante Übernahme hatte sich aus für den Bürgermeister nachvollziehbaren Gründen kurzfristig zerschlagen (vgl. MAZ 14.03.2019). Die zuständige Verwaltungsmitarbeiterin leitet nun eine AG, die im Rahmen wöchentlicher Treffen »sowohl nach einer kurzfristigen Variante als auch einer dauerhaften Lösung des Problems« (ebd.) sucht. Sie steht außerdem mit der KVBB in Kontakt. Ein Exposé der Gemeinde ist in deren Praxisbörse eingestellt.

Aus der nur 20 Kilometer entfernten Gemeinde Niemeck wird von ähnlichen Ereignissen berichtet. Eine Hausärztin muss ihren Versorgungsstandort in der Gemeinde aufgeben. Die Zulassung zur allgemeinmedizinischen Versorgung ist an ein MVZ gebunden, das seine Zulassung am Standort in Niemeck aus rechtlichen Gründen verloren hatte. Die in der Gemeinde verbleibende Hausärztin habe in der Folge unzählige Anfragen von Patient:innen bekommen, denen sie nach eigenen Angaben nicht zufriedenstellend begegnen kann (vgl. MAZ 31.07.2020). Bürger:innen der Gemeinde organisieren wegen der verschlechterten Versorgungslage eine Kundgebung, zu der sie diverse Kommunalpolitiker:innen aus umliegenden Gemeinden und der Kreisstadt einladen (vgl. MAZ 11.11.2019). Auf der Kundgebung sprechen einige Bürgermeister:innen zu den Protestierenden. Wiesenburgs Bürgermeister moniert die mangelhafte Steuerwirkung der Bedarfsplanung. Der Altersstruktur in seiner Gemeinde werde die KVBB so nicht gerecht (ebd.). Niemecks Bürgermeister sieht sich im Rahmen der Kundgebung mehrmals direkt adressiert. Er erwidert ablehnend, die Versorgungssicherung sei Aufgabe des Bundes und des Landes und als freiwillige Aufgabe für die Gemeinde mit mehreren Millionen Euro Schulden nicht zu stemmen. Auch Niemecks Amtsdirektor schiebt die Verantwortung von sich. Aus seiner Sicht ist es die Aufgabe des Landes, eine ortsnahe hausärztliche Versorgung bereitzustellen (ebd.). In Reaktion auf die von Bürger:innen vorgebrachten Sorgen und Forderungen im ÖPNV-Bereich versichern mehrere Kreistagsabgeordnete, die begonnene interkommunale Kooperation auszubauen und einen Rufbus als Maßnahme im Kreistag zu diskutieren.

Im Vergleich zur mittleren Diskursphase (Abb. 11) gewinnt die KVBB ab 2018 an medialer Relevanz, wenngleich ihre dezentrale Lage im Diskursnetzwerk (Abb. 12) auf die

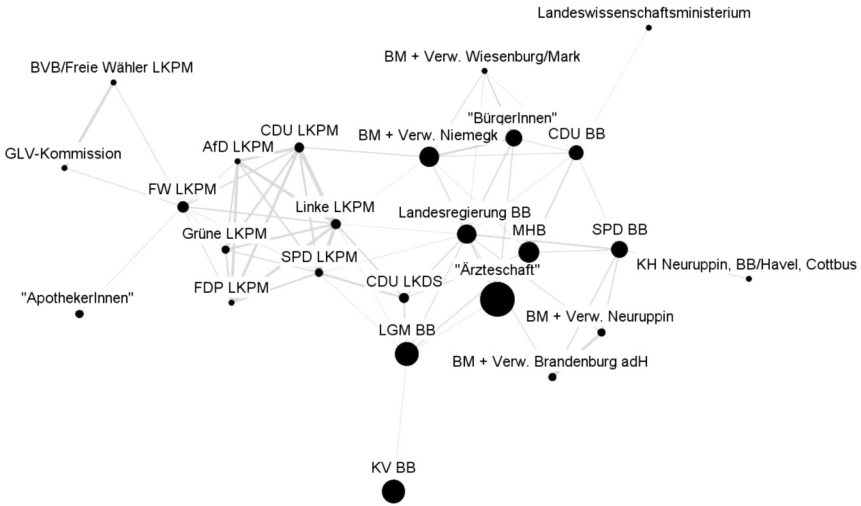
inhaltlichen Differenzen mit anderen Akteuren hinweist. Die KVBB ist argumentativ mit dem Landesgesundheitsministerium verbunden, was mit einer Kooperation im Rahmen des Drei-Punkte-Programms der rot-grünen Landesregierung zu erklären ist. Die Landesregierung reagiert damit auf die Prognosen der KVBB, die nach Angaben der Presse seit geraumer Zeit auf die nahende Ruhestandswelle hinweise (vgl. MAZ 26.09.2018). Der Plan umfasst ein Weiterbildungsprogramm und sieht Werbemaßnahmen für das Praktische Jahr in brandenburgischen Kliniken vor. Das Programm wird über Landesmittel finanziert und von der KVBB und der AOK Nordost verwaltet. Sein Herzstück ist ein Landarztstipendium. Ministerpräsident Woidke betont gegenüber der Presse: »Es geht mir darum, dass wir die medizinische Versorgung von morgen im Blick haben und die Versorgung für alle gewährleisten können.« (Ebd.) Gesundheitsministerin Nonnenmacher ergänzt, besonders in ländlichen Regionen seien Hausärzt:innen oft ein Leben lang die zentralen Ansprechpersonen für die Menschen bei gesundheitlichen Problemlagen (ebd.).

Abbildung 11: Diskursnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark 2013–2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Abbildung 12: Diskursnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark 2018–2021



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,045

Im Sommer 2019, dem Startzeitraum des Programms, zeigt sich der damalige Vorstand der KVBB erleichtert wegen der finanziellen Beteiligung des Landes »gegen den Ärztemangel« (PNN 19.06.2019). Diverse Repräsentant:innen der KVBB betonen in der Presse wiederholt die Summen, die für die Nachwuchsförderung ausgegeben werden (vgl. MAZ 26.09.2018), nennen vernetzende Initiativen und Werbemaßnahmen (vgl. MAZ 14.03.2019) und weisen aber auch immer wieder auf die Grenzen der verfügbaren Instrumente hin (vgl. MAZ 23.05.2018).

Der Blick richtet sich, auch wegen der Auseinandersetzungen um die MHB und den nicht abreisenden Diskussionen über die landeseigene Ausbildung von Mediziner:innen, vermehrt auf das Land. Die Initiatoren der Hochschule kritisieren, dass sich das Land die Entstehung der nun staatlich anerkannten Hochschule auf die eigene Fahne schreibe. Das Wissenschaftsministerium betont, es habe mit der Anerkennung der MHB einen entscheidenden Schritt in der Bearbeitung der ärztlichen Verteilungsproblematik unternommen (vgl. PNN 13.06.2018). Trotz der zunehmend positiven Aufmerksamkeit für die MHB reißen deren Finanzierungsprobleme nicht ab. Der ehemalige MHB-Präsident fordert wiederholt öffentliche Fördermittel, auch weil die Hochschule zur Lösung des Ärztemangels beitrage (vgl. MAZ 28.01.2019). Im Rahmen des Landtagswahlkampfs 2019 erhält die MHB von einigen Kandidat:innen Unterstützung für ihre Forderung (vgl. MAZ 15.07.2019). Insbesondere die beteiligten kommunalen Träger kritisieren die Zurückhaltung der Landesregierung. Sie hätten ihren Anteil der Vereinbarung erfüllt und einen klaren Kostenrahmen für die Mitarbeitenden, Sachmittel und die Forschungsinfrastruktur erarbeitet. Die damit verbundenen Kosten könnten die Kliniken, Kreise und Kommunen allerdings nicht allein stemmen (vgl. MAZ 06.09.2019).

Wenige Monate später berichtet die Lokalpresse von den Plänen der Landesregierung, einen medizinischen Campus in Cottbus in der Lausitz zu errichten. Die Reprä-

sentant:innen der MHB zeigen sich irritiert von dieser Entwicklung, zumal zunächst im Raum stand, dass die MHB mit dem neuen Campus kooperieren würde. Im Juli 2020 allerdings berichtet die MAZ, »bei der künftigen Ärzteausbildung scheint die MHB inzwischen außen vor zu sein« (MAZ 09.07.2020). Auch die Finanzierung des Cottbusser Standortes sorgt für Irritationen bei der MHB. Ihre Repräsentant:innen sprechen zwar ausdrücklich nicht von einer Konkurrenzsituation, erwarten jedoch »vom Land, dass der Slogan ›Ein Brandenburg‹ nicht nur ein Marketingspruch ist, sondern auch im politischen Handeln gelebt wird« (ebd.). Als allerdings öffentlich wird, dass die MHB auf eine Quote an brandenburgischen Bewerber:innen verzichten will, wird erneut Kritik gegenüber der Hochschule laut. Den verbundenen Klebeeffekt nicht zu nutzen und damit dem ausgemachten Ziel, die Versorgung in der Fläche zu stärken, abzusagen, wird vielfach kritisiert (vgl. MAZ 15.05.2020). Die MHB relativiert einen solchen Effekt öffentlich. Für die Entscheidung später als Landärzt:in tätig zu sein, spielten andere Faktoren eine größere Rolle.

In der Presse wird vereinzelt davon berichtet, dass auf Landesebene die Entwicklungen in Richtung finanzinvestorenbetriebener ambulanter Einrichtungen kritisch beobachtet werden. »Die Gesundheitsversorgung gehört grundsätzlich in öffentliche Verantwortung« (PNN 26.06.2019), versichert eine Landtagskandidatin der Linken. Laut der KVBB wächst die landesweite Zahl der MVZs von 32 im Jahr 2017 auf 100 Einrichtungen im Jahr 2019. 21 dieser MVZs seien in der Hand privater Betreiber. Die KVBB bewertet den Anstieg der Anstellungsverhältnisse im Rahmen des generellen MVZ-Zuwachses ambivalent. Der Trend spiegele einen Zeitgeist, den man akzeptieren müsse. Der Verband betont jedoch auch den Bedarf an »neuen Ärzten [...], vor allem auf dem Land. MVZs, die sich überwiegend in städtischen Gebieten ansiedeln oder ausschließlich auf Profit aus sind, lösten das Problem nicht« (ebd.).

5.2.2 Pfad: Zurückhaltung in der kommunalen Strategiebildung

Abbildung 13: Relevante Ereignisse im Landkreis Potsdam-Mittelmark



Quelle: Selbstgestaltet; Gemeindeebene (schwarz), Kreisebene (hellgrau) und Landesebene (dunkelgrau)

Warum kommt es im Landkreis Potsdam-Mittelmark nicht zu einem übergreifenden öffentlichen Problemdiskurs? Die mediale Berichterstattung ist stark von den ein-

zelen Versorgungsproblemen in den jeweils betroffenen Gemeinden geprägt. Das ausgewertete Pressematerial illustriert, wie stark sich die Berichterstattung auf die stationäre Versorgung und die Diskussion um eine landeseigene Hochschule fokussiert. Die für die ambulante medizinische Versorgung zuständige KVBB äußert sich kaum gegenüber der Presse. Wenn sie es tut, fordert sie mehr Studienplätze oder eine Aufstockung der Finanzmittel für bereits laufenden Programme wie das Landarztstipendium. Dies ist drin begründet, dass der Druck auf das vertragsärztliche Arbeitszeitvolumen in Brandenburg im Bundesvergleich ungleich hoch ist. Der Bundesdurchschnitt liegt bei 1.194 Einwohner:innen je Fachärzt:in. 2018 kommen in Brandenburg 1.359 Einwohner:innen auf eine:n Fachärzt:in. Der Wert liegt demnach beinahe 14 Prozent über dem Durchschnitt (KVBB 2020). Dennoch entwickelt die KVBB keine spezifischen Vorschläge für die einzelnen lokalen Versorgungsprobleme und positioniert sich auch nicht zur Rolle der Kommunen.

Allerdings weist eine erweiterte Recherche auf ergänzende Erklärungsfaktoren hin. Einerseits zeigt sich der Landkreis weniger gewillt, sich auf eine Debatte zu einer öffentlichen Gewährleistungsverantwortung einzulassen. Repräsentant:innen betonen häufig die Zuständigkeit der KVBB und agieren mitunter de-politisierend. Andererseits besteht bei den interviewten Kreispolitiker:innen ein eher rudimentäres Wissen zur Funktionsweise des ambulanten Sektors und Entwicklungen im Bereich der relevanten Instrumente. Sie erinnern sich auf Nachfrage kaum an spezifische lokale Initiativen. Das spricht dafür, dass diese bis dato keine große Strahlkraft entwickeln. Doch es gibt diese lokalen Initiativen, wie die Task Force in Wiesenburg und die Protestaktion in Niemeck, zu der die überregionale Politik geladen hat und in Teilen auch anwesend war. Auf politisch verantwortlicher Kreisebene herrscht hingegen die Überzeugung, es bedürfe weniger eines überspannenden Programms als vielmehr einzelner regionaler Lösungen.

5.2.2.1 Fragmentierte Problemdeutung und ausbleibende Ursachenkritik

Der diskursive Fokus auf die Krankenhauspolitik in Potsdam-Mittelmark wird auch in den Interviews mit den Expert:innen der politischen Prozesse vor Ort deutlich. Entsprechende Erinnerungen nehmen in den Berichten zur Problematisierung der vertragsärztlichen Versorgung viel Raum ein. Öffentliche Interventionen im stationären Sektor stehen stellenweise gar stellvertretend für das gesamte versorgungsrelevante politische Engagement. Die Interviewten setzen die ambulante Versorgungsstrukturen zeitweise mit den ambulanten Leistungen an Kliniken und in Notfallpraxen gleich. Zudem steht zum Zeitpunkt der Erhebungen die Trägerschaft des Kreisklinikums in Bad Belzig erneut zur Debatte.³ Ein Kreisrepräsentant ordnet die politische Rolle des Kreises wie folgt ein: Der Kreis sei mit einigen Organisationsaufgaben im stationären Gefüge betreut, während darüberhinausgehende Zuständigkeitsgrenzen verschwimmen. Er versuche sich vermittelnd zwischen den öffentlichen und verbandlichen Akteuren sowie der Ärzteschaft zu positionieren (vgl. Interview PM IV). Dennoch herrsche in der

3 Der Kreis hält 25,1 Prozent der Anteile an der öffentlichen Betreibergesellschaft. Trotz seiner Funktion als Aufsichtsrat verfüge der Landrat laut Angaben eines Kreistagsabgeordneten kaum über nennenswerte Einflussmöglichkeiten. Insbesondere für die Finanzierung bereite dies Probleme, da sich die Stadt Potsdam als Betreiberin in diesen Belangen zurückhalte (vgl. Interview PM I).

Wahrnehmung der Bürger:innen das Bild einer gewissen »Allzuständigkeit« (ebd.) der Bürgermeister:innen.

In der Regel würden sich einzelne Bürger:innen mit ihren Bedenken wegen der Versorgungslage an die Kommunalvertreter:innen wenden.

»Sie sind ja auch der Staat vor Ort und insofern auch immer Ansprechpartner. Wobei es oft sehr schwer fällt, dann sagen zu müssen: Ja, wir sind nicht zuständig. Das ist ja das Wort, dass ein Großteil der betroffenen Bürgerinnen und Bürger von einer Verwaltung regelrecht erwarten: Ich bin nicht zuständig. Also besteht unsere Aufgabe oft darin, zu vermitteln, Wege aufzuzeichnen und über die eigene Ärzteschaft, also Amtsärzte, Betriebsärzte, etwas flankierend zu wirken.« (Ebd.)

Die politische Kreisebene zeigt sich von den Schwankungen in der Problemsalienz beeindruckt und empfindet damit verbunden einen wachsenden Druck, sich mit der ärztlichen Versorgungslage auseinanderzusetzen. Lange sei man davon ausgegangen, dass der Kreis schrumpfe; nun herrsche Gewissheit, dass das Gegenteil der Fall ist.

»[W]ir werden immer mehr, aber trotzdem immer älter. Also die Anforderung an medizinische und sonstige Versorgung geht deutlich in eine – ich will fast sagen – geriatrische Richtung. Das heißt auch die Anforderung an Praxen, an die Einbindung in ein logistisches System, wird anders. Das ist jetzt ein Prozess, der schleichend passiert, aber schlagartig, wenn an dieser oder jener Stelle etwas auftaucht. Dann gibt es gar keinen Arzt mehr oder: »Oh Gott, bei mir fährt ja nur alle zwei Stunden ein Bus. Und ab 18 Uhr nicht mehr. Dann komme ich ja gar nicht mehr vom Arzt zurück.« Dann fällt es plötzlich auf.« (Ebd.)

Im Landratsamt herrscht im Sinne des Zitats Einigkeit darüber, politische Strategien zur Einbettung der medizinischen Versorgung in die regionale Entwicklung entwerfen zu müssen. Die politisch Verantwortlichen stellen sich häufiger die Frage, ob und wie die eingeforderte Versorgung langfristig zu garantieren ist.

Auf Grundlage der vorhandenen Empirie kann nicht auf ein genuines Problembewusstsein oder gar eine gemeinsame Strategieentwicklung in den Gemeinden des Landkreises geschlossen werden. Schließlich kamen mit den betroffenen Kommunen und der Ärzteschaft keine Interviews zustande. Die Akteure konnten laut eigenen Angaben entweder nichts zur Sache beitragen, waren nicht mehr mit der Bearbeitung der Thematik betraut oder die Interviewtermine wurden aus Zeitmangel und Überlastung verschoben und schließlich abgesagt. Die Kommunalpolitiker:innen vermittelten den Eindruck, sie seien nicht die richtigen Ansprechpersonen, um einordnende Aussagen zu den Herausforderungen zu treffen. Zur selben Zeit vermitteln sie eine Erleichterung darüber, dass die Thematiken im Vergleich zu vergangenen Zeiten weniger diskursprägend sind.

Ergänzend zur medialen Diskursnetzwerkanalyse wurde deshalb bei Kommunen Nachforschungen angestellt und wurden die interviewten Akteure auf die Lage in diesen Kommunen angesprochen. Dies lieferte einige aufschlussreiche Erkenntnisse. Eine Kreistagsabgeordnete erinnerte sich an die jüngere Entwicklung in den Kreisgemeinden:

»In unserem Nachbarort Görzke, der ebenfalls die Region mitversorgt in Richtung Brandenburg, wo ja nochmal acht bis zehn Dörfer zu versorgen sind, konnte seit Jahren kein Hausarzt mehr angesiedelt werden. So kann man zusammenfassen, dass sich die Situation der hausärztlichen Versorgung hier in den letzten 5–10 Jahren verschärft hat. [...] Auch durch [den demografischen Wandel, Anm. d. A.] hat sich das nochmal verschärft, sodass es also in unserer Region, die ich ja sehr gut kenne, eine angespannte Situation gibt. Darüber hinaus sind im gesamten Landkreis Potsdam-Mittelmark immer wieder Hausärzte weggebrochen. Die Kassenärztliche Vereinigung hat sich dann bemüht, diese Stellen wieder zu besetzen, was ihnen auch gelungen ist, mit mehr oder weniger großen Lücken. So haben wir jetzt in Niemegek wieder einen Hausarzt besetzen können und auch die Region Treuenbrietzen und Brück ist relativ stabil besetzt. Also die Situation ... ist jetzt nicht ideal, aber nicht so, dass die Hausärzte es nicht schaffen, die Region zu versorgen.« (Interview PM III)

Die beschriebene, angespannte Versorgungslage kann anhand zweier Zeitungsberichte qualifiziert werden. Die Artikel wurden nach dem zitierten Interview veröffentlicht, weshalb die Interviewte gegebenenfalls nicht über die Entwicklungen in Kenntnis war. Wie erwähnt, setzt die Gemeinde Wiesenburg nach dem Wegfall einer Ärztin im Jahr 2018 eine Task Force zur Arzttakweise ein, um die vakante hausärztliche Praxis nachzubesetzen. Die Zulassung geht allerdings Ende 2020 an die KVBB zurück. In einem Artikel aus dem Januar 2021 verweist die Gemeinde darauf, ihre Bemühungen nicht eingestellt zu haben. Doch sowohl über die KVBB als auch im Rahmen umfangreicher Werbemaßnahmen konnten bisher keine Nachfolger:innen gefunden werden (vgl. MOZ 20.01.2021).

Über wenige Anekdoten hinaus erinnern sich die Kreistagsabgeordneten nicht daran, dass die vertragsärztliche Versorgung in der Vergangenheit eine Rolle in der Kreispolitik gespielt hat. Dies ist zumindest in Teilen zu relativieren, schließlich findet sich im Archiv des Kreistags eine Anfrage eines Abgeordneten vom Oktober 2019. Dieser interessiert sich im Zuge des Umbaus einer Arztpraxis neben Einzelheiten des Vorhabens für die generelle vertragsärztliche Versorgungslage im Kreisgebiet (vgl. Landkreis Potsdam-Mittelmark 2019a). Damals verweist der Landrat auf die Zuständigkeit der KVBB und deren dem Sitzungsprotokoll angehängte Antwort (vgl. Landkreis Potsdam-Mittelmark 2019b). Auf diese sei der Kreis angewiesen, da ihm selbst die relevanten Informationen nicht vorlägen. Die KVBB kommentiert darin die Versorgungslage der Stadt Beelitz wie folgt: »Mit einem Versorgungsgrad von 86,3 % wird das bedarfsgerechte hausärztliche Soll-Versorgungsniveau von 100 % im Mittelbereich nicht ganz erreicht. Es bestehen im Mittelbereich neun Zulassungs- bzw. Anstellungsmöglichkeiten« (ebd.). Im Bedarfsplan 2020 argumentiert die KVBB, entsprechende Sicherstellungsprobleme seien vor allem im demografischen Wandel und der Binnenwanderung begründet:

»Nicht allein dem Kalkül eines vermeintlich attraktiveren Raums ist die höhere Niederlassungsaktivität der Brandenburger Ärzte und Psychotherapeuten im Berliner Umland geschuldet, sondern vielmehr auch der Notwendigkeit einer höheren ambulanten Versorgungsdichte aufgrund der höheren Wohnbevölkerungsdichte im Umland Berlins.« (KVBB 2020: 8)

Aber auch die Rahmenbedingungen des vertragsärztlichen Arbeitsalltags würden seitens der Ärzteschaft als Hindernisse für die Niederlassung genannt. Diese Entwicklungen begründen für die KVBB die ungleiche Verteilung der Ärzt:innen im Raum. Zugleich stehe der Einwohnerrückgang in peripheren Gebieten dem Anrecht auf eine wohnortnahe Versorgung gegenüber (vgl. KVBB 2020: 24). Die Versorgung könne nur wegen des weit überdurchschnittlichen Tätigkeitsaufwandes der brandenburgischen Ärzt:innen gewährleistet werden (ebd.: 19).

5.2.2.2 Ist öffentliches Handeln überhaupt notwendig?

Um die Sicherstellungsprobleme angesichts der nicht abklingenden Nachfrage nach Versorgungsleistungen zu reduzieren, setzt sich die KVBB für mehr Medizinstudiplätze und die Aufstockung der Stipendienprogrammmitel ein. Die ihr darüber hinaus zur Verfügung stehenden Instrumente zur Niederlassungsförderung ordnet sie wie folgt ein:

»In diesem Zusammenhang [des demografischen Wandels, Anm. d. A.] gewährleistet eine strategisch ausgerichtete Niederlassungsberatung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg eine den regionalen Versorgungsbedarf der Bevölkerung berücksichtigende Lenkung der (Nach-)Besetzung von Arztsitzen und nimmt damit eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der Sicherstellung des flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgungsangebotes in allen Regionen des Landes Brandenburg im Sinne der Gewährleistung gleichwertiger Lebensbedingungen ein.« (KVBB 2020: 8)

Darüber hinaus setzt die KVBB auf einige freiwillige Maßnahmen wie die Werbemaßnahmen im Rahmen der 2018 gestarteten Kampagnen »Ich bin Arzt in Brandenburg, weil...« und »Ich feier dich voll«. Auf der Webseite der KVBB unterstreicht deren Vorstand die Kernbotschaft der beiden Kampagnen wie folgt: »Es lohnt sich, als niedergelassener Arzt im Land Brandenburg zu leben und zu arbeiten. Die Ärzteschaft und die KVBB sind eine starke Gemeinschaft und stehen für die verlässliche ambulante Versorgung landesweit.« (KVBB 2018b)

In den Äußerungen und im Handeln der KVBB werden immer wieder deren berufsständige Interessen deutlich. Die KVBB verknüpft ihre Problemdeutung beispielsweise in aller Regel mit der Forderung nach einer Entlastung und höheren Entlohnung der Ärzteschaft. 2015 reklamiert die KVBB in einer Stellungnahme die zeitintensiven bürokratischen Aufgaben, die insbesondere in Bereichen, in denen die Kostensteuerung eine zentrale Rolle spielt, ausgelöst würden und wegen der die Kommunikation der Ärzt:innen mit den Krankenkassen immer mehr Raum im Arbeitsalltag einnehme (vgl. KVBB 2015). Zugleich betonen einige KVBB-Funktionäre ein Jahr später im Rahmen des KVBB-Forums die Chancen der Ambulantisierung, also der Auslagerung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Der KVBB-Vorstandsvorsitzende kritisiert die vorherrschende »Wagenburgmentalität« (KVBB 2016a) des stationären Sektors und der Politik verhindere entsprechende Innovationen.

Im Rahmen der KVBB-Vertreterversammlung 2018 mit dem Titel »Budgetierung endlich abschaffen! Gesundheitsministerkonferenz hat versagt!« wird die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Bevölkerung thematisiert. Die KVBB fordert

angesichts einer erhöhten Inanspruchnahme eine höhere Vergütung der Ärzteschaft. Die bestehende Budgetierung gefährde indes die Versorgung der Patient:innen (vgl. KVBB 2018a). Das Land, die Kommunen und die Krankenkassen sollten sich nach Meinung der KVBB an den steigenden Kosten beteiligen. Insbesondere das Finanzpolster der Krankenkassen müsse der Versorgung zugeleitet werden.

Kurz vor der Bundestagswahl 2021 zeigt sich der Vorstandsvorsitzende der KVBB erneut öffentlich unzufrieden über die Debatten zur Finanzierung des Gesundheitswesens. Angesichts der als unfair bewerteten Subventionierung des stationären Sektors bei ausbleibenden vergleichbaren Geldflüssen in den ambulanten Sektor stellt sich die Vertragsärzteschaft auf »magere Honorarabschlüsse« ein (Ärzte Zeitung 2021a). Zeitgleich fordert er »bessere Rahmenbedingungen für die ambulante Versorgung« (Ärzte Zeitung 2021b) und mehr »Unterstützung von und die Kooperation mit [der] Landes- und Bundespolitik« (ebd.).

Ähnlich wie die KVBB verknüpft auch die brandenburgischen Landesärztekammer die vertragsärztlichen Versorgungsprobleme mit standespolitischen Forderungen. So äußert sich deren Präsident in einer Pressemitteilung zur Ökonomisierung im Gesundheitswesen wie folgt: »Krankenhäuser sind wie Arztpraxen Einrichtungen der Daseinsvorsorge, für deren Funktionieren der Staat durch verantwortbare Rahmenbedingungen zu garantieren hat.« (Landesärztekammer Brandenburg (LÄKB) 2020c) Zu diesen Rahmenbedingungen zählt die LÄKB auch finanzielle Mittel für den ambulanten Sektor (vgl. LÄKB 2020f). Aber es geht ihr auch um die generelle Wertschätzung der Vertragsärzteschaft, deren Rückgang sich negativ auf die Patientenbetreuung auswirke. Von »staatsdirigierenden Aspekten« ist die Rede und davon, dass

»politische Strömungen [...] Abschied nehmen wollen vom System der Eigenverantwortlichkeit, unabhängigen Mediziner in freier Niederlassung bzw. in ambulanter, angestellter Tätigkeit (welche eigentlich nur ihren Patienten und in gewissem Maße ihrer Körperschaft verpflichtet sind) [...]. Nicht die Stärkung gerade dieses Sektors der Versorgung ist angesagt, sondern eine Veränderung zu stationären, ambulanten Zentren, die visionsmäßig herumgeistern und Probleme lösen sollen, welche häufig gar nicht bestehen bzw. nur andere aufwerfen werden und die auf jeden Fall die besondere Arzt-Patienten-Beziehung in der ambulanten Medizin verändern werden. [...] Es würde mich natürlich freuen, wenn diese Befürchtungen eben kein politisches Kalkül darstellten und die vergangene Zeit nur auf ein vielleicht entschuldbares, da reversibles, ignoranten Verhalten der Politik zurückzuführen wären.« (Ebd.)

Auch die freien Ärzteverbände fordern eine staatliche Beteiligung an der Lösung der lokalen Versorgungsprobleme. Allerdings verorten sie die handlungsfähigen Akteure auf der Ebene des Kreises, nicht auf der der einzelnen Gemeinden. Dies wird in einem Interview des Deutschlandfunks (DLF) mit der Vorstandsvorsitzenden des Hausärzterverbands Brandenburgs aus dem Mai 2019 deutlich. Hierin relativiert sie, dass auf kommunaler Ebene Partikularinteressen dominierten. »Also ich würde auch die Landräte nicht so unterschätzen, dass es denen immer nur um ihre Wiederwahl geht, sondern wer vor Ort ist, weiß vor Ort auch besser Bescheid.« (DLF 2019)

Grundsätzlich weist auch die Strategie des brandenburgischen Landessozialministeriums in Richtung einer Stärkung der lokalpolitischen Bearbeitungspfade. Kernstück der Strategie ist jedoch die Überwindung der Sektorengrenzen. Ein Repräsentant des Landessozialministeriums berichtet von den spezifischen Herausforderungen, die wegen der vertragsärztlichen Versorgungslücken im Bereich Kommunikation und Kooperation entstünden. Trotz der gewünschten lokalen Verankerung der Lösungspfade sieht er das Ministerium als gewichtige vermittelnde Instanz. Lösungen würden nicht am grünen Tisch, im Ministerium oder am Schreibtisch des Abteilungsleiters erstellt. Relevante Erfolgsfaktoren seien:

»[r]echtzeitige Kommunikation, Offenheit, Transparenz in der Region, Ergebnisoffenheit. Aber die wichtigen Partner sofort mitnehmen. Die wichtigen Partner sind die Kommunen, die Beschäftigten, bzw. die Träger der Beschäftigten und ganz wichtig die Krankenkassen. Weil, ohne die geht es nicht. Die haben natürlich immer Partialinteressen – Geld sparen – aber die sind auch an einer Versorgung interessiert. Und das Land ist natürlich auch als Partner der Krankenhausplanung dabei. Entsprechend, wenn ambulantisieren werden soll, muss die Kassenärztliche Vereinigung sofort mit ins Boot.« (Interview PM V)

Diese Visionen einer sektorenübergreifenden Versorgung spielen für das vorliegende Erkenntnisinteresse eine nachgeordnete Rolle. In den Kommunen wird vielmehr der Erhalt der gewohnten Strukturen verfolgt. Eine verantwortliche Mitarbeiterin der Gemeindeverwaltung Wiesenburg äußert sich gegenüber der Presse im Januar 2021 noch hoffnungsvoll. Sie stehe mit einem Interessenten in Kontakt, der eine örtliche Zweigniederlassung gründen wolle. Er finde allerdings weder für seine Hauptniederlassung in Brandenburg noch für den potenziellen Standort in der Gemeinde interessierte Kolleg:innen. Nach eigenen Angaben bliebe die Gemeindeverwaltung insbesondere im Interesse der älteren, immobilen Wohnbevölkerung in der Sache aktiv. Den Handlungsdruck verstärkend käme hinzu, dass die verbleibende Praxis nicht mehr alle Bürger:innen versorgen könne. Ihre Kapazitäten seien ausgereizt (vgl. MOZ 20.01.2021).

Wiesenburg gelingt es laut einem Bericht aus dem März 2022 weiterhin nicht, die Versorgungslage zu stabilisieren. Im Artikel »Wiesenburg will Landärzte locken – Politiker streiten über den richtigen Weg« wird von einem Vorschlag zweier Gemeinderatsmitglieder für ein kommunales Stipendienprogramm berichtet. Es fuße auf der Erfahrung, dass sich die landesweit initiierten Stipendien örtlich nicht auswirkten (vgl. MAZ 16.03.2022). Der Bürgermeister nimmt den »kontraproduktiv[en]« Vorschlag »zunächst als Kritik persönlich« (ebd.) und verweist darauf, dass die Gemeinde aktuell ein Gebäude mit zwei Praxen erwirbt, gegen deren Kauf die beiden Antragsteller:innen gestimmt hatten. Die Räumlichkeiten müssten zwar umgebaut werden, der Bürgermeister sehe allerdings hierfür mobilisierbare kommunale Kapazitäten. Wohnräume könnten günstig vermietet und Baugrundstücke vergünstigt angeboten werden. Die Gemeinde könne gar zu Beginn auf Mieteinnahmen verzichten und eine Anschubfinanzierung bereitstellen. Einer der Antragstellenden kommentiert daraufhin: »Am richtigen Ziel bestehen keine Zweifel. Aber der Aufwand von 1,3 Millionen Euro ist uns zu hoch.« (ebd.) Die Idee des kommunalen Stipendiums sei deshalb nicht vom Tisch. Die Politiker:innen lägen aller-

dings »im Disput darüber, ob die Ausschreibung allgemein oder gezielt individuell formuliert werden sollte« (ebd.).

Auch im Fall der nicht besetzten Praxis in Niemeßk werden die Grenzen der bundespolitischen Regulierungsstrategie deutlich. Insbesondere der Amtsdirektor Niemeßks habe versucht mit den Verantwortlichen zu verhandeln. Er habe den erwähnten Protest mitorganisiert und Politiker:innen eingeladen, um gemeinsam den Druck auf die KVBB zu erhöhen (vgl. Interview PM I, III). Es kommt allerdings nicht zu einem Schlichtungsschluss zwischen den Kommunen und der KVBB, sondern es wird vielmehr umfassende Kritik an der letzteren geübt, wie die folgenden Äußerungen eines Kreistagsabgeordneten zeigen:

»Bis dahin war nämlich die Aussage von der KV: Niemeßk ist gut versorgt mit der dann eingetretenen Situation. Also mit diesem einen Arzt, den sie damals, glaube ich, noch hatten. Und ansonsten hat man immer wieder verwiesen: Belzig ist ja nicht weit und Treuenbrietzen ist ja auch um die Ecke. Mithilfe dieser... natürlich nicht nur mit dieser Demonstration, sondern [der Amtsdirektor] ist dann auch hingefahren und hat sich da auch selbst drum gekümmert. Das habe ich auch so mitbekommen bei ihm, dass er sich tatsächlich so stark gemacht hat, dass man da auch eine Lösung gefunden hat. Ich glaube, er ist auch tatsächlich relativ lange noch am Ball geblieben, was dann natürlich nicht mehr in der Öffentlichkeit zu finden war, sondern da musste er Gespräche führen mit der KV und dem Ministerium, so dass er, denke ich schon, einen großen Anteil daran hat, dass man den zweiten Arzt dort wieder installieren konnte und Niemeßk auch wirklich wieder versorgt ist.« (Interview PM I)

Bei den politisch Verantwortlichen des Landkreises herrscht die Überzeugung, dass eine lokale Problemlage nicht im Rahmen »genereller Programme« (Interview PM IV) gelöst wird, wenngleich im Kreistag immer wieder »tolle Initiativen« (ebd.) auf den Plan kämen. Auf Nachfrage wird eine dieser Initiativen wie folgt eingeordnet: Zielsetzung des Antrags eines Abgeordneten aus dem September 2021 zur »Stärkung des ländlichen Raums« (Landkreis Potsdam-Mittelmark 2021) ist eine Förderrichtlinie für Landärzt:innen und -apotheken. Der Abgeordnete der CDU fordert insgesamt fünf Förderpakete von je 50.000 Euro für interessierte Mediziner:innen, wobei sich die Förderung auf unterversorgte Fachrichtungen und Gebiete fokussieren soll (ebd.). Im Antrag wird die öffentliche Gewährleistungsverantwortung als alternativlose politischen Intervention wie folgt begründet:

»Die flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum mit einem qualitativ hohen Niveau erfordert zusätzliche Unterstützung. Der Wettbewerb um angehende Ärzte und Apotheker, die für eine Tätigkeit im ländlichen Raum gewonnen werden sollen, ist in vollem Gange. Die mangelnde Zahl und Dichte von Hausärzten bzw. Apothekern im ländlichen Raum wird sich in den kommenden Jahren durch die altersbedingte Aufgabe noch weiter verschärfen. Ziel muss daher die Sicherstellung einer flächendeckenden und wohnortnahen medizinischen Versorgung in guter Qualität [sein].« (Ebd.)

Aus den Formulierungen des interviewten Kreisrepräsentanten geht hervor, dass der damalige Landrat in dem Vorstoß eine ungerichtete Politisierung wittert (vgl. Interview PM IV), und zwar in Form einer »vollkommen unabgestimmte[n] Initiative, die auch wieder verschwinden wird« (ebd.).

»Da hat eine Fraktion gesagt: »Oh Gott, wir müssen auch mal was tun. Keiner tut was.« Sie haben einen Antrag abgeschlossen, der glaube ich aus Niedersachsen kommt. Und sowohl die KV als auch die Apothekerkammer als auch alle anderen im Sozialausschuss waren recht erstaunt, weil das ja gar keinen Hintergrund hatte. Gewöhnlich muss ja auch so ein Antrag darauf fußen, dass es an dieser und jener Stelle starke Engpässe gibt. Das war überhaupt nicht analysiert.« (Ebd.)

5.2.2.3 Verhaltene Positionierungen und de-politisierende Momente

Interessanterweise bestehen zwischen den Deutungen einzelner Kreispolitiker:innen und der Entscheidungsebene des Kreises entscheidende Unterschiede. Während die Amtsträger:innen individuelle Lösungen übergreifenden Programmen vorziehen, betonen einzelne Kreistagsmitglieder die Grenzen der kommunalen Kapazitäten. Ein Abgeordneter unterstreicht, die Kommunalvertreter würden angesprochen, weil sie als »Staat vor Ort« (Interview PM I) wahrgenommen würden. Für sie sei es eine enorme Herausforderung, gegenüber den Bürger:innen zu kommunizieren, dass die Finanzen im Staat mitunter zu Ungunsten strukturell benachteiligter Regionen verteilt sind und die begrenzten kommunalen Haushalte kein umfassendes Engagement zulassen.

Der Kreis werde vor allem deshalb aktiv, weil er sich im Sinne der Fachkräfteproblematik bereits in anderen Bereichen engagiere (vgl. Interview PM IV). Der Abgeordnete vermittelt in diesem Zusammenhang für die ärztliche Versorgung eine pragmatische Haltung. Er wirbt dafür, ausländische Medizinabschlüsse unbürokratischer anzuerkennen. Ein Repräsentant des Kreises argumentiert in dieselbe Richtung. Er gibt jedoch zu bedenken, dass die Akquise ausländischen medizinischen Personals im Sinne einer »Kannibalisierung« (Interview PM IV) zu Versorgungsproblemen in den jeweiligen Heimatländern führen könnte. Ohne zusätzliche Arbeitskräfte, so ist er sich sicher, werde es jedoch zu drastischen Versorgungsengpässen kommen. Er resümierte wie folgt: »Also ich mache mir Sorgen. Wenn es nicht gelingt, mehr Menschen, in dieses System hineinzulenken, kommen wir in eine starke Krise.« (Interview PM IV) Ein anderer Kreispolitiker betont hingegen die geringe Flexibilität der Bürger:innen, wenn es um die Versorgung geht. Sie würden an der »Denkweise des Hausarztes und des Facharztes um die Ecke« (Interview PM I) festhalten. Diese Ausschnitte zeigen, wie unterschiedlich einzelne Politiker:innen die Problematik und die gesellschaftlichen Präferenzen gegeneinander abwägen.

Die Erfahrungen eines politisch verantwortlichen Kreispolitikers in diversen überregionalen Verbänden und Foren stärken in ihm die Überzeugung, lokale Initiativen mit verbindlichen Gesprächsforen zu untersetzen. Er ist sich sicher, die an der Gesundheitsversorgung beteiligten Akteure tauschten sich vor Ort zu wenig aus, insbesondere mit der Politik. Er hofft in ausgebauten Austauschforen würden sich alle weniger »gegenseitig ihr Leid [...] klagen, sondern die eigene Expertise einbringen, um [...] Vakanzen zu schließen« (ebd.). Das Problem mangelnden oder gar mangelhaften Austausches zei-

ge sich auch in der Zusammenarbeit des Landkreises mit der KVBB. Der Umgang mit der ärztlichen Ständevertretung sei »bleihaltig« (ebd.) und »schwerfällig« (ebd.), was ihn »ratlos« (ebd.) zurücklasse. Die KVBB sei eine »sehr stille Vereinigung« (ebd.).

»Andererseits: Ein guter Hauptverwaltungsbeamter kennt seine Leistungsträger. Auch bei den Niedergelassenen, auch bei den Fachärzten. Man kennt sich. Und dort ergeben sich die Berührungspunkte. Das ist nichts Institutionalisiertes. Zumindest im Land Brandenburg nicht. [...] Zu den KV-Strukturen: Die sind sehr egozentrisch. Zumindest die KVBB ist recht egozentrisch. Aber einzelne Akteure kennen sich natürlich. Und dann tauschen wir uns auch aus und dann hat es auch manchmal Wirkung.« (Ebd.)

In der Regel blieben die lokalen Initiativen im Kreisgebiet auch im Lokalen haften; es entwickelten sich keine regionalen Lerneffekte. Bürgermeister:innen sprächen nur selten die KVBB an; sie wendeten sich eher an die lokale Ärzteschaft. Ein Kreisrepräsentant begründet dies im Interview damit, dass die KVBB sich nicht an den kommunalen Interessen orientieren müsse (vgl. Interview PM IV). »Dass per Gesetz dieser Interessenverband oder per Verordnung oder per Usus in alle interessanten Entwicklungen mit einbezogen ist, das ist nicht so. [...] Was nicht besonders gut ist« (ebd.). Die KVBB beschreibt er weiter als sehr auf ihre eigenen Interessen bedacht. Er spricht von »verkrusteten Strukturen, die eher das, was man hat, verwalten und beschützen gegen alle bösen Einflüsse von außen« (ebd.). Auch einzelne Lokalpolitiker:innen bewerten ihre Erfahrungen mit der KVBB als ambivalent. Eine Kreistagsabgeordnete erinnert sich an »so eine komische Rechnung« (Interview PM III). Dem Verweis auf die Bedarfsplanung folgt eine Kritik des Instruments. Die Abgeordnete sei im Rahmen eines kommunalpolitischen Forums mehrfach in Kontakt mit einem KVBB-Vertreter gewesen. »Er wollte uns suggerieren, dass wir zum Teil schon übertersorgt sind. Da war ich dann etwas überrascht. Aber am Ende [...] lassen sie sich doch dann überzeugen, dass wir die Hausärzte hier in dieser Konzentration brauchen.« (Interview PM III) Ein anderer Kreistagsabgeordneter führt an, er habe keinerlei Kontakt zu der KVBB und wisse nicht, ob das bei der Kreisverwaltung und einzelnen Bürgermeister:innen anders sei (vgl. Interview PM I).

Ein niedergelassener Allgemeinmediziner aus der Region moniert den fehlenden Gestaltungswillen der KVBB ebenfalls. Einzelne Personalien im Verband seien ursächlich dafür, dass die flächendeckende Versorgung in der KVBB kein Schwerpunktthema sei (vgl. Interview PM II). Während andere Akteure beispielsweise die Forderungen nach einer landeseigenen Ausbildung unterstützten, sei dies in der KVBB eher ein Thema, das ruhig beobachtet würde. Der Arzt ist mit der aktuellen Ausbildungslage in Brandenburg unzufrieden. Die MHB leiste allenfalls einen überschaubaren Beitrag zur Versorgungssicherung, weil sie auch nach zehnjährigem Bestehen noch mit Finanzierungsproblemen kämpfe. Der Interviewte ist sich sicher, die Selbstverwaltung ist nicht in der Lage die Versorgung in der Fläche zu gewährleisten. Zudem sei die Gesundheitsversorgung als ein »zentrales Daseinskonzept [...] erstmal eine öffentlich-politische Aufgabe« (ebd.). Die Politik müsse sich zur primärärztlichen Versorgung bekennen. Der brandenburgischen Hausärzteschaft – in Brandenburg gliederte sich ein Teil des Hausärzteverbands Berlin-Brandenburg vor einigen Jahren in einen eigenen brandenburgischen Hausärzteverband aus – sei es in der Vergangenheit selbst nicht gelungen, die hausärztliche Versorgung

strukturell zu stärken. Hierfür macht der Arzt fehlende Mehrheitsverhältnisse und eine »Front zwischen den Gebietsärzten und Hausärzten« (ebd.) verantwortlich. Insbesondere die Verhärtung zwischen den Facharztbereichen stimme ihn für die hausärztliche Zukunft pessimistisch.

»Wir wissen, dass niemand, aber auch gar niemand von unseren Kollegen sich auf die Straße stellen wird und sagen wird: ›Wir brauchen jetzt...‹. Weil, dafür geht es allen zu gut. [...] Also Hunger macht böse, dicker Bauch macht faul. So ist es halt. Ich weiß nicht, wie man sich hier herausbewegen kann und ich fürchte, dass [...] die Selbstorganisation aus Sattheitsgründen und dann auch divergierenden Einzelinteressen heraus gerade nicht dieses Problem lösen wird, sondern dass das von außen politisch vorgegeben werden muss.« (Ebd.)

Die Ratlosigkeit des Arztes droht im Interview an mehreren Punkten in Resignation überzuschwappen. Auf Nachfrage nach regulativen Alternativen bringt der Arzt etwas Überraschendes ein. Er habe kein Problem damit, sich beim Staat anstellen zu lassen und er habe gehofft, der Regierungswechsel 2021 würde die Türen für eine Bürgerversicherung öffnen, sodass »alle Strukturen und alle Dinge auf den Prüfstand« (ebd.) gestellt worden wären.

Letztlich kommt im Kreisgebiet immer wieder auch eine potenzielle Verantwortung des Landes Brandenburg für die flächendeckende ärztliche Versorgung zur Sprache. Seitens der Kreispolitik wird von unterschiedlichen Einzelpersonen in Frage gestellt, ob überhaupt eine landeseigene Strategie existiert. Ein Kreispolitiker kommentiert, die zuständigen Politiker:innen und Beamt:innen kämen ihm überfordert vor, »wie der Pianist bei der freiwilligen Feuerwehr: Zehn Finger und zwölf Löcher im Schlauch« (Interview PM IV). Ein Repräsentant des Landessozialministeriums kommentiert die Rolle des Landes wie folgt:

»Wenn ich jetzt erstmal Beamter spiele, der ich nicht bin, ich bin Angestellter, dann würde ich sagen: Ich bin nicht zuständig, da der Sicherstellungsauftrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung im ambulanten Bereich liegt. Tu ich aber nicht, weil wir die Philosophie haben in Brandenburg, dass wir die sektorenübergreifende Versorgung als Ganzes sehen und dort auch neue Wege gehen wollen. Insofern fühlen wir uns, oder ich mich in dem Fall, auch richtig adressiert. [...] Man braucht immer einen langen Atem bei den gesundheitspolitischen Instrumenten. Die Not ist aber groß und die ist deswegen groß, weil wir einen extremen Fachkräftemangel haben, in verschiedenen Bereichen ein ausgemergeltes Gesundheitssystem.« (Interview PM V)

Die Erfahrung mit einzelnen Kommunen habe gezeigt, dass diese sich ihrer Verantwortung oft nicht bewusst seien. Kommunale Vorbehalte gegenüber dem »kleinen Mosaikstein« (ebd.) eines kommunalen MVZ seien beispielsweise durchaus nachvollziehbar. Das Land habe sich auf Bundesebene allerdings dafür eingesetzt, dass die rechtlichen Bedingungen für kommunale MVZs überarbeitet werden. Nun seien die Kommunen in der Verantwortung, insbesondere weil diese für sich in Anspruch nähmen, Teil der Lösung sein zu wollen.

Die Positionierung der lokalpolitischen Akteure macht hingegen deutlich: Von den landespolitischen Visionen – Stichwort Sektorengrenzen oder gestufte Versorgungssysteme – ist in den kommunalen Debatten um die zukünftige ärztliche Versorgung keine Rede. Deren Fokus liegt auf der Zusammenarbeit vor Ort. Insbesondere zwischen dem Kreis und den Gemeinden wird Ausbaupotenzial verortet. Bis dato bleibe viel an den Bürgermeister:innen hängen (vgl. Interview PM III), die mit freiwilligen Aufgaben wie der ärztlichen Versorgung nicht allein gelassen werden sollten (vgl. Interview PM I). Das Ziel sei die Versorgung zu verbessern, derweil würde sich die Kommunalpolitik aber auch damit zufriedengeben, würde sich die Situation zumindest nicht verschlechtern (vgl. Interview PM III).

5.2.3 Zwischenfazit

Sowohl das angespanntere Verhältnis von zu versorgenden Patient:innen pro Ärzt:in als auch die großen peripher gelegene Regionen des Landkreises Potsdam-Mittelmark machen die Besonderheiten des vorliegenden Falls aus. Zudem nehmen die stationäre Versorgungslage und die fehlende landeseigene Ausbildung von Mediziner:innen viel Raum im öffentlichen Diskurs ein. In der Lokalpresse ist der Diskurs zunächst davon bestimmt, dass die lokalstaatlichen Akteure auf die Verantwortung der KVBB und des Landes in der Sicherung der ärztlichen Versorgung verweisen. Dabei bleiben die Begründungen für die Versorgungsverantwortung des Landes im Verborgenen. Vielmehr scheinen öffentliche Zuständigkeiten in der Krankenhauspolitik und der Notfallversorgung eine generelle öffentliche Gewährleistungserwartung in Versorgungsbelangen zu begründen.

Innerhalb der Debatte um einen staatlichen Hochschulstandort und die Förderung der privaten Hochschule wird ab 2013 vom Ärztemangel gesprochen. Zunächst lehnt die Diskurskoalition aus dem Land und der KVBB diese Deutung noch ab. Ab 2018 spricht allerdings auch die KVBB vom Ärztemangel. Bereits seit 2013/2014 betont die KVBB, dass die Sicherstellung vor neuen und vor allem großen Herausforderungen steht. Gründe hierfür sieht sie insbesondere in der gestiegenen Lebenserwartung der Bevölkerung und dem damit verbundenen erhöhten Behandlungsbedarf, der Altersstruktur der Ärzteschaft und deren gestiegenen Ansprüchen an ihr Wohn- und Arbeitsumfeld.

Die Problematisierung des Mangels an wohnortnahen Ärzt:innen findet auch Einzug in den kommunalen Diskurs oder vielmehr die kommunalen Diskursarenen. Denn ein übergreifender Diskurs, der die Probleme und Initiativen in den Gemeinden verhandelt und auf den sich Akteure beziehen, entsteht nicht. Außerdem ist der vorliegende Fall in besonderem Maße von kommunalen Versuchen gekennzeichnet, die Verantwortungszuschreibung abzuwehren. Diverse Kommunalvertreter:innen argumentieren in der Presse gegen eine öffentliche Gewährleistungsverantwortung und verweisen dabei nicht nur auf die ihrerseits fehlenden Kompetenzen, sondern auf ihre begrenzten Ressourcen und ihren Fokus auf die kommunalen Pflichtaufgaben.

Dabei sind die Kommunen selbst wenig flexibel in ihrer Vision einer adäquaten Versorgung vor Ort, während sich der Kreis offen für regionalsensible Lösungen zeigt. Unterschiedliche Kreispolitiker:innen nehmen eine Überforderung der Bürgermeister:innen wahr. Als Ansprechpersonen des Staats vor Ort können sie sich Forderungen seitens

der Bürger:innen nur schwer entziehen. Gleichzeitig leiten die Kreispolitiker:innen hieraus keine Handlungen ab. In den Kommunen selbst wird der geringe gesundheitspolitische Sachverstand der Gemeindevertreter:innen deutlich. Die komplexe Herausforderung, vor die die Sicherung der wohnortnahen ärztlichen Versorgung die Kommunen stellt, wird im folgenden Zitat eines politisch Verantwortlichen deutlich:

»Also es wird zunehmend eine Frage der Daseinsvorsorge sein. [...] Wir haben also zunehmend ein logistisches Problem: Wie können wir den Zugang zu guter Medizin und guter Versorgung – ich sage mal – barrierefrei erzeugen? Geht das über Rufbusse? Geht das über Eigeninitiative? Wie geht das im ländlichen Raum?« (Interview PM IV)

Obwohl sich die Repräsentant:innen des Kreises dazu bekennen, dass die Kommunen mit der alleinigen Bearbeitung der Versorgungsprobleme überfordert sind, kommt es nicht zu Initiativen auf Kreisebene. Wird der Kreis aufgefordert, sich zu engagieren, reagiert er mitunter gar de-politisierend, etwa wenn der Landrat einen Antrag zur Versorgungsstabilisierung im Kreistag als substanzlos zurückweist. Solche individuellen Faktoren – insbesondere, wenn die politischen Ämter über lange Zeit mit derselben Person besetzt sind – konzentrieren die Deutungsmacht und die Entscheidungshoheit mit Blick auf die politische Agenda.

Der immer wieder ins Stocken geratene lokalstaatliche Suchprozess und die gegenseitige Zuschreibung von Verantwortung zwischen den kommunalen Ebenen erlaubt es der KVBB sich auf standespolitische Forderungen zu fokussieren. Trotz einer auf den Ärztemangel zugeschnittenen Kooperation mit dem Land erweist sich die KVBB gegenüber den Kommunen als kaum ansprechbar. Die lokale Ärzteschaft kritisiert dies wiederholt und moniert auch die distanzierte Beziehung zwischen den Praktizierenden und der KVBB.

Insgesamt kommt es im Landkreis Potsdam angesichts der skizzierten Entwicklungen kaum zu lokalen Initiativen. Dennoch legt die Analyse der lokalpolitischen Prozesse in zwei Kommunen die folgenden Praktiken des lokalen Staates offen: In Niemegeck reagiert die Wohnbevölkerung und die Verwaltung mit Protesten, einer öffentlichen Kundgebung und Resolutionen auf die als mangelhaft eingeschätzte Initiative und Responsivität der KVBB. Die Selbstvertretung der Bürger:innen geht eine Koalition mit der Kommunalpolitik ein. Ein Kommunalvertreter tritt nach Angaben eines Interviewten in einen langwierigen Austausch mit der KVBB, der schließlich in der Neuniederlassung eines Arztes mündet. Weniger erfolgreich erweisen sich die kommunalpolitischen Bemühungen in der Gemeinde Wiesenburg. Wiesenburgs Bürgermeister richtet wegen der anhaltenden Nachbesetzungsprobleme eine Task Force zur Arzttakquise in der Gemeindeverwaltung ein. Sie stellt für niederlassungsinteressierte Mediziner:innen Wohnraum bereit und diskutiert ein kommunales Stipendium. Zusätzlich stellt sich der Bürgermeister im Gemeinderat diversen Auseinandersetzungen, die sich um den adäquaten lokalen Gewährleistungsmodus drehen. All diese Bemühungen blieben ohne Erfolg.

Die Protokolle aus den kommunalpolitischen Gremiumssitzungen zeigen, dass der kommunale Wettbewerb um Ärzt:innen kritisch reflektiert wird. Einige Politiker:innen äußern sich besorgt um die zukünftige Versorgung im Kreis und in den Kommunen. Andere diskutieren eher aus einer oppositionellen Logik heraus für ein ausgebauten und

angepasstes öffentliches Engagement. Zumindest in den öffentlichen Äußerungen besteht Einigkeit darüber, dass die Kommunen politisch aktiv werden müssen, um den aktuellen Versorgungsstatus zumindest erhalten zu können. In der Lokalpolitik stellt sich zunehmend Ratlosigkeit dahingehend ein, wie die Versorgung gesichert werden soll.

5.3 Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz

Der Eifelkreis Bitburg-Prüm liegt im äußersten Westen des Landes Rheinland-Pfalz. Er umfasst die fünf Verbandsgemeinden Prüm, Arzfeld, Südeifel, Bitburger Land und Speicher sowie die verbandsfreie Stadt Bitburg und insgesamt 234 Ortsgemeinden. In der öffentlichen Berichterstattung stehen wegen ihrer Versorgungslage zwei Verbandsgemeinden im Fokus: die Verbandsgemeinde Südeifel, mit dem in Neuerburg ansässigen Gesundheitszentrum und die Verbandsgemeinde Speicher aufgrund ihrer Nachbesetzungsprobleme und der Initiative »Speicher sucht Arzt«. Von den spezifischen Initiativen wird in der Presse eher oberflächlich berichtet, wohingegen die Errichtung eines dezentralen genossenschaftlich getragenen MVZ-Projekts mit Standorten in Bitburg (Eifelkreis Bitburg-Prüm) und Binsfeld (Landkreis Bernkastel-Wittlich) in den Medien ausdifferenziert begleitet wird. Die gesundheitspolitischen Zuständigkeiten sind zwischen 2016 und 2018 der zentrale Gegenstand des Diskurses und werden wegen der konfliktiven Realisierung des MVZ wiederholt problematisiert. Es kommt zu Spannungen zwischen der Diskurskoalition aus Genossenschaft und Landrat auf der einen Seite und der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) auf der anderen Seite. Das MVZ-Projekt bestimmt die öffentliche Aufmerksamkeit und radikalisiert punktuell die Wohnbevölkerung des Kreisgebiets. In der Folge fokussiert sich die KV RLP auf standespolitische Forderungen und vernetzt sich mit den landes- und bundespolitischen Akteuren.

5.3.1 Der mediale Diskurs im Trierischen Volksfreund

In der Tageszeitung Trierischer Volksfreund (TV) machen im Jahr 2010 diverse Kreisverbände der Grünen den »zunehmenden Ärztemangel« (TV 19.02.2010) zu einem Schwerpunktthema des Landtagswahlkampfes. Fortan prägen unterschiedliche Vorstellungen einer angemessenen Versorgung die mediale Berichterstattung. Sie lässt sich in drei Phasen einteilen: Zunächst häufen sich die Berichte von schließenden Praxen und damit verbundenen Nachbesetzungsproblemen. Infolgedessen werden AGs eingerichtet und in Ausschüssen und im Rahmen von Bürgerdialogen und Zukunftswerkstätten wird über »Einzellösungen für spezifische Probleme vor Ort« (TV 25.06.2015) diskutiert. In der Hochphase der Berichterstattung (2017–2018) prägt die Auseinandersetzung um die Trägerschaft eines MVZ den öffentlichen Diskurs, der ab 2019 merklich abebbt.

5.3.1.1 Auf der Suche nach einer gemeinsamen Problemdeutung (2010–2016)

Zwischen 2010 und 2016 wird das zunehmende »Praxissterben« (TV 19.04.2013) in der Südeifel problematisiert und Bürgermeister:innen nach ihren Strategien zur Sicherung der Versorgungslage befragt. Ein Bürgermeister kreidet der Ärzteschaft Intransparenz und Sprunghaftigkeit an. Er befindet sich deshalb in der misslichen Lage, unter Zeitdruck

eine Lösung für die Situation finden zu müssen. Der Bürgermeister spricht von einer »Katastrophe für die alte und zunehmend chronisch kranke Bevölkerung« (ebd.). Der TV-Journalist kommentiert:

»Wo sich ein Arzt niederlässt und eine Praxis eröffnet, ist eine persönliche Entscheidung, zu der man niemanden zwingen kann. Doch das ist nur eine Seite der Medaille. Die andere ist, dass überall eine wohnortnahe hausärztliche Versorgung sichergestellt sein muss. Das ist eine der wichtigsten Aufgaben von Politik und Medizinerverbänden.« (Ebd.)

Mit den genannten Reformen rekurriert der Journalist auf die Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie im Jahr 2013. Sie erfüllt im Kreisgebiet jedoch ihre Zielsetzung nicht, die Versorgungslage zu stabilisieren. Vielmehr verzögert die andauernde Novellierung der Richtlinie einen Niederlassungsprozess in der Region. Ein niederlassungswilliger Arzt plant, einen freien Sitz zu übernehmen, dessen Zulassung durch die laufenden Reformen jedoch unsicher ist. Das Landesgesundheitsministerium versichert gegenüber dem Interessenten nach einer kritischen Berichterstattung, es werde wahrscheinlich zu der Zulassung kommen (vgl. TV 24.06.2013). Wegen dieser bloß vagen Reaktion des Ministeriums übt ein Journalist Kritik, die paradigmatisch für die recht kritische Berichterstattung im Eifelkreis Bitburg-Prüm steht:

»Schon unglaublich: Da betonen alle Seiten, wie wichtig es ist, die ärztliche Versorgung im ländlichen Raum zu verbessern. Dann findet sich ein Mediziner, der eine leerstehende Praxis in einem bekanntermaßen unterversorgten Gebiet übernehmen will. Doch weil derzeit die Bedarfspläne überarbeitet werden, um genau solche Ansiedlungen zu fördern, kann er sich nicht dort niederlassen, ohne Gefahr zu laufen, dass am Ende jemand anderes den Zuschlag für die Praxis bekommt. Auch wenn dieses Risiko klein sein mag, hemmt diese Unsicherheit die betriebswirtschaftliche Planung, weil nun einmal auch große Investitionen daran hängen.« (Ebd.)

Auch auf Kreisebene äußern sich unterschiedliche Akteure zu den wachsenden Sicherstellungsproblemen. Die Kreisrepräsentant:innen begründen ihr Interesse damit, dass die wohnortnahe Versorgung als Standortfaktor zähle. Die Kreisebene versucht sich mehr als interessierte Vermittlerin zu positionieren und weniger als Akteur, der an größeren Interventionen interessiert ist. Es gelingt ihr, sich in der Frage der Zuständigkeit aus der direkten Schusslinie zu ziehen, indem die von ihr ergriffenen Maßnahmen früh dezidiert als unterstützendes Engagement im Diskurs positioniert werden (TV 03.02.2014). Zu diesen frühen Kreismaßnahmen zählen Werbemaßnahmen, der Besuch von Berufsmessen und Unterstützungsleistungen für Ärzt:innen, beispielweise bei der Suche nach Praxisräumen. Der Kreisentwicklungsbeauftragte erwähnt zudem eine bereits seit mehreren Jahren bestehende AG. Diese beschäftigt sich sowohl mit der ärztlichen Versorgung als auch dem demografischen Wandel. In den Treffen würden in Kooperation mit der KV RLP, der lokalen Ärzteschaft, den Krankenhäusern und diversen Berater:innen Ideen zur Sicherung der Versorgungslage diskutiert und ihre Umsetzbarkeit geprüft.

Fortan häufen sich die Berichte von Veranstaltungen zum Thema Ärztemangel im Kreisgebiet. In der südlich gelegenen Gemeinde Speicher hält ein ortsansässiger Facharzt einen Vortrag. Er zeigt sich sicher: Es gebe kein Patentrezept, um den Ärztemangel zu lösen. Der Mediziner warnt deshalb die Bevölkerung. Patient:innen sollten sich in die Lage versetzen, sich selbst zu helfen. Er rät insbesondere dazu Fahrgemeinschaften zu bilden, um Termine in weiter entfernten Praxen wahrnehmen zu können (vgl. TV 24.07.2014).

Zwei Monate später beschließt der Speicherer Stadtrat auf Antrag der SPD Fraktion einstimmig, sich für eine bessere ärztliche Versorgung einzusetzen (vgl. TV 09.09.2014). Daraufhin steht im Rahmen einer Informationsveranstaltung mit der lokalen Ärzteschaft die Einrichtung eines Arbeitskreises zur Diskussion. Ein knappes halbes Jahr später tagt der Verbandsgemeinderat in der Sache öffentlich. Auch Vertreter:innen der KV RLP und die Kreisverwaltung sind anwesend. Verbandsbürgermeister Manfred Rodens (CDU) resümiert, man müsse möglichen ärztlichen Interessent:innen ein attraktives Umfeld bieten (vgl. TV 04.02.2015). Die Stimmung unter den mehr als 100 Besucher:innen sei angespannt gewesen. Die Bürger:innen machten sich Sorgen. Ein Sprecher der KV RLP versucht für Klarheit zu sorgen: Speicher liege zwar im Landesdurchschnitt, allerdings ging rund die Hälfte der praktizierenden Hausärzt:innen bis 2020 in den Ruhestand. Es sei »fünf vor zwölf« (TV 10.02.2015), pflichtet ein ortsansässiger Allgemeinmediziner bei.

Die Verbandsgemeinde Speicher zeigt sich derweil zuversichtlich, im Rahmen eines neu aufgesetzten Landesprojekts⁴ tragfähige Lösungen zur Versorgungssicherung entwickeln zu können. Speichers Bürgermeister begrüßt die lokalen Zukunftswerkstätten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und betont, die Dringlichkeit des Problems sei auf politischer Ebene erkannt worden. Nur zwei Wochen später wird bekannt, dass Speicher nicht in das Landesprogramm aufgenommen wurde (vgl. TV 27.02.2015). Den zuvor geforderten Arbeitskreis richtet der Verbandsgemeinderat wenige Wochen später dennoch ein. Neben dem Bürgermeister sind auch einige Ratsmitglieder und zwei Vertreter:innen der örtlichen Ärzteschaft involviert. Der Arbeitskreis stellt sich schwerpunktmäßig der Frage, wie jungen Ärzt:innen ein attraktives Umfeld geboten werden kann (vgl. TV 19.03.2015). Ein gutes Jahr später verkündet Speichers Bürgermeister, er glaube, man könne das Versorgungsniveau nicht langfristig halten. Er begrüße das Landesprogramm, setze selbst aber vornehmlich auf den persönlichen Kontakt mit der Ärzteschaft (vgl. TV 29.04.2016).

Zunehmend sind die fehlenden Kompetenzen und eingeschränkten Kapazitäten der Kommunen ein Thema, das gegenüber der Landesregierung problematisiert wird.

4 Das rheinland-pfälzische Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie fördert im Rahmen des Zukunftsprogramms »Gesundheit und Pflege – 2020« lokale Zukunftswerkstätten zur Sicherung der ärztlichen Versorgung. Die bisherigen Aktivitäten werden gebündelt und in drei Handlungsfeldern mit neuen Aufgaben integriert. Die prominenten Handlungsfelder sind Initiativen zur Fachkräftesicherung, zur Entwicklung sektorenübergreifender Versorgungsmodelle im ländlichen Raum und zur Entwicklung und zum Ausbau von telemedizinischen Strukturen (vgl. Ulrich et al. 2018: 3).

Im April 2015 ist Ministerpräsidentin Malu Dreyer (SPD) im Rahmen der Diskussionsreihe »Unser Land von morgen« auch im Eifelkreis unterwegs. Auf einer Veranstaltung mit rund 120 Besucher:innen werden die wachsenden Sicherstellungsprobleme angesprochen. Auf Nachfrage nach der Rolle der Landesregierung in der Lösung des Landarztmangels verweist die Ministerin darauf, dass Rheinland-Pfalz auf Bundesebene für einen ausgebauten kommunalen Handlungsspielraum einsetze. Das Land prüfe zudem aktuell die rechtlichen Einzelheiten der zur Verfügung stehenden kommunalen Instrumente. Dreyer nennt beispielhaft die Gründung eines MVZ und die Möglichkeit von Zweigpraxen. In diesem Zusammenhang äußert ein Vertreter des Kreissenioresenbeirats seinen Unmut. Die von der Ministerin erwähnte Prüfung, die kommunalen MVZs betreffend, adressiere nicht das eigentliche Problem (vgl. TV 24.04.2015). Dies liege darin, junge Ärzt:innen zu motivieren, in die Eifel zu ziehen. Dreyer wehrt ab, man sei in der Sache »auf dem richtigen Weg« (ebd.).

Im Herbst 2015 veröffentlicht der TV den Artikel »Ärztemangel in der Eifel: Mit dem Krankenwagen zum Hausarzt« (TV 17.09.2015). Er ist mit Berichten von Einzelpersonen gespickt, die keine Hausärzt:innen (mehr) haben. Die betroffenen Personen sind chronisch krank und selbst nicht in der Lage, die in Teilen lange Anreise auf sich zu nehmen. Es ist von 20 Kilometern Wegstrecke für Patient:innen »in vielen Dörfern in der Eifel« (ebd.) die Rede und von einem Ehepaar, das »mindestens 30 Mal mit dem Krankenwagen« (ebd.) zum Hausarzt fuhr. Ein Vertreter des Caritasverbands Westeifel unterstreicht, es gehe vielen Menschen im Eifelkreis wie diesen Patient:innen. Ein Sprecher der KV RLP ergänzt, »[d]ie Praxen, die sich nicht mehr besetzen lassen, werden mehr. [...] Unsere Möglichkeiten sind ziemlich begrenzt. Hauptsächlich gefordert ist die Politik, die die Rahmenbedingungen setzt.« (Ebd.) Die KV RLP selbst werbe bereits auf Messen um Nachwuchs, berate niederlassungswillige Studierende und fördere Praktika. Deren Sprecher verweist auf die Herausforderungen, die der Anspruchswandel der jungen Mediziner:innen mit sich bringt. Die KV RLP könne die Studierenden nicht zwingen, sich in der Eifel niederzulassen.

Die in das Landesprogramm integrierten Werkstattgespräche finden im Sommer 2015 statt. Auch der Staatssekretär des Landesgesundheitsministeriums nimmt an einem dieser Treffen teil. Er versichert, die Versorgung sei trotz der Schwierigkeiten im hausärztlichen Bereich gewährleistet (TV 25.06.2015). Vertreter:innen der Verbandsgemeinden Prüm und Arzfeld unterstreichen ihrerseits einen wachsenden Problemdruck (ebd.), sichern zugleich aber auch die Passgenauigkeit des Landesprogramms zu. Die Gemeindevertreter sind überzeugt davon, dass die Plattform eine »konstruktive Zusammenarbeit aller Betroffenen« (ebd.) ermöglicht. Wie sich diese Zusammenarbeit vollzieht, wird nicht weiter ausgeführt. Das Landesprogramm wird in den kommenden Monaten im Rahmen unterschiedlicher Veranstaltungen beworben. So nimmt beispielweise Landesgesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler (SPD) im Juni 2015 am SPD-Kreisparteitag in Arzfeld teil. Sie gesteht, »[w]enn wir jetzt nichts tun, werden wir in fünf oder zehn Jahren ein Problem haben« (TV 28.06.2015). Die Werkstätten des Landesprogramms zielten darauf ab, die Kommunen zu ermächtigen. Die Ministerin versichert: »Wir beraten und helfen euch dabei, ein Konzept zu entwickeln, das für euch vor Ort passt« (ebd.).

Im Frühjahr 2016 kommt es zu Veränderungen des Programms: Der Staatssekretär kündigt das Ende der Finanzierung nach der einjährigen Laufzeit an (vgl. TV 29.04.2016). Da sich die KV RLP jüngst im Feld der vertragsärztlichen Nachwuchsgewinnung engagiere, ende auch bald die bisherige Praxisförderung durch das Land. Ein TV-Journalist kommentiert resigniert:

»Genug geredet: Das Problem ist nicht neu; seit Jahren haben ländliche Kommunen am Ärztemangel zu knabbern. Die vermeintliche Lösung ist auch bekannt: Ein runder Tisch, hier modern als Zukunftswerkstatt bezeichnet, soll es richten. Wieder einmal wird über Monate hinweg diskutiert. Das allein macht noch nichts besser und lockt keinen Arzt aus der Großstadt heraus. [...] Genug geredet, es ist Zeit zum Handeln!« (Ebd.)

Ende 2015 debattiert der Eifeler Kreistag über die Gründung eines Ausschusses zur Kreisentwicklung. Es gebe zu viele Zukunftsthemen, für deren Bearbeitung der Eifelkreis verantwortlich gemacht würde. Der Ausschuss solle Daten und Fakten zusammentragen und sich in Kooperation mit den Kommunalvertreter:innen auf zentrale Themen fokussieren. Landrat Joachim Streit (damals parteilos) pocht wiederholt darauf, die Entwicklung des Kreises nicht aus der Hand zu geben. Konsequenterweise müsse man deshalb auch Themen bearbeiten, deren Zuständigkeit nicht klassischerweise beim Kreis liege. Im Rahmen der Kreis-AG sei dies bereits geschehen, deutet der Landrat für die ambulante medizinische Versorgung an (vgl. TV 18.11.2015). Die Schwerpunkte des Kreisentwicklungsprogramms werden wenig später auf die Bereiche Mobilität und medizinische Versorgung gelegt (vgl. TV 10.01.2016). Der Landrat betont, es handele sich um Bereiche, auf die die Kommunen Einfluss nehmen könnten. Der Kreis wolle deshalb das vorhandene Wissen zusammentragen und in einem Leitfaden als kommunale Handreichung zusammenstellen.

5.3.1.2 Der steinige Weg zur Ärztegenossenschaft (2017–2018)

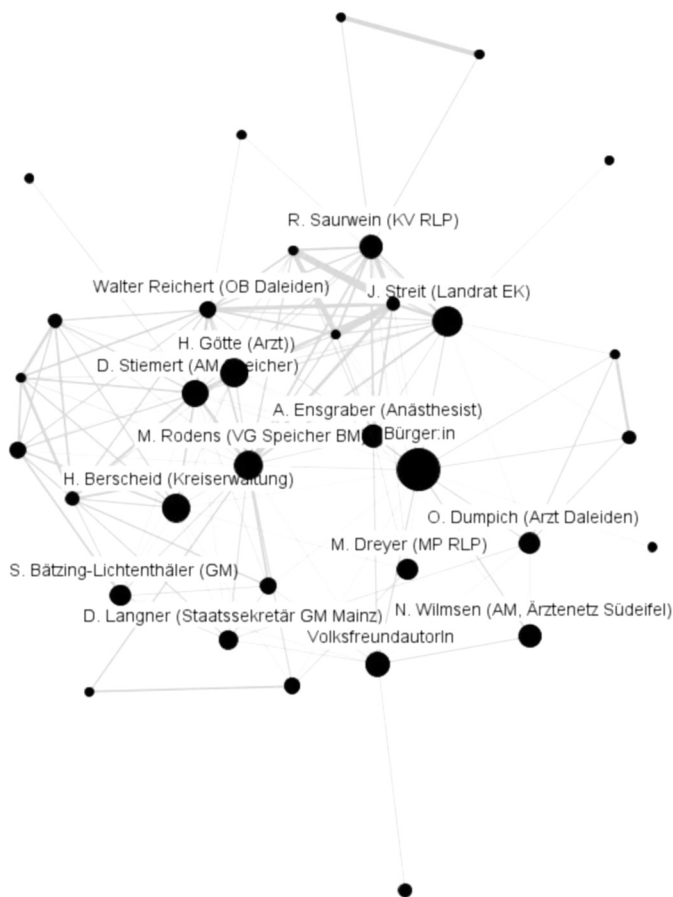
Im Frühjahr 2017 schließlich startet das Kreisentwicklungsprogramm. Erste Stimmen seitens der Kommunalpolitik deuten eine Aufbruchsstimmung an. Der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Speicher befürwortet das Bündeln der Themen, betont jedoch, dass es der zivilgesellschaftlichen Unterstützung der Verwaltung bedarf. Die Bürgermeisterin der Stadt Prüm relativiert, dass bereits eine eigene Bestandsaufnahme ein Erfolg sei, während sich der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Prüm skeptisch zeigt:

»Die Fülle an Ideen ist erschlagend. Damit es nicht bei einem Wunschkonzert bleibt, muss man schauen, welche echten Projekte dabei herauskommen. Wir müssen abwägen: Was können wir umsetzen und was sind Wunschgedanken.« (TV 10.02.2017)

Eine der angestrebten Einzellösungen dominiert die zweite Phase des medialen Diskurses. Der Fokus verschiebt sich von den Gesprächsrunden, politischer Gremienarbeit und den Konzepten zur Strukturentwicklung hin zum Kampf um die Zulassung der Medicus Eifeler Ärzte eG als Trägerin eines MVZ. Die Idee eines genossenschaftlich getragenen MVZ als mögliches »Rezept gegen den Ärztemangel« (TV 09.03.2017) wird das erste Mal

im Frühjahr 2017 in den öffentlichen Diskurs eingebracht. Nach einem Bericht bedürftiger Patient:innen und einer Praxisschließung, äußert sich der in Bitburg ansässige Allgemeinmediziner Michael Jäger. Er bedauere es, immer häufiger Patient:innen ablehnen zu müssen. Auch deshalb habe er mit neun Kollegen die Ärztegenossenschaft gegründet. Ihr Ziel sei es, interessierten Kolleg:innen eine Anstellung anbieten zu können, um drohende Engpässe in der Versorgung zu vermeiden. Der TV berichtet, die Idee zum Genossenschafts-MVZ stamme aus einer Versammlung, zu der der Eifelkreis 2016 geladen hatte. Landrat Streit ordnet ein: »Das ist zwar nicht originär unsere Aufgabe, aber wenn uns daran gelegen ist, dann sollten wir uns nicht auf den Staat verlassen, sondern selbst nach Wegen und Möglichkeiten suchen.« (Ebd.)

Abbildung 14: Personennetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2009–2016

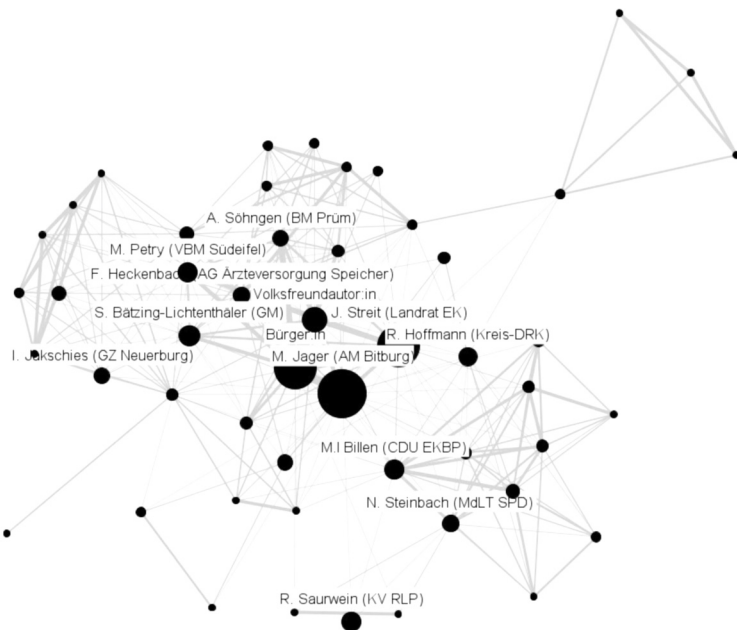


Quelle: Selbstgestaltet in Visone

Hierin zeigt sich ein spezifisches Staatsverständnis des Landrats: Er nimmt den Staat als einen Akteur wahr, zu dem er sich und seine Verwaltung nicht zählt. Der Landrat nimmt ein bundesstaatliches Versagen in der Organisation der vertragsärztlichen Versorgung in der Fläche wahr. Ob er die KV RLP als dem Staat zugehörig versteht, ist schwer abzuschätzen. Schließlich zeigt sich der Landrat bereits zu diesem Zeitpunkt sachkundig bezüglich der Aufgaben der KV RLP. Seine Haltung mit Blick auf die Rolle des lokalen Staates ist prägnanter: Der Kreis und die Kommunen sollen aktiv werden, den Landarztmangel zu bekämpfen. Der Genossenschaftsvorstand ergänzt: »Wir hängen uns da rein, weil wir nicht möchten, dass wir in ein paar Jahren irgendein Modell übergestülpt bekommen. Wir wollen jetzt lieber selbst die Situation mitgestalten.« (Ebd.)

Vergleicht man auf der Ebene der individuellen Diskursakteure die erste (Abb. 14) mit der zweiten Diskursphase (Abb. 15), fällt ins Auge, dass mehr Personen beteiligt sind. Die tendenzielle Verdichtung des Diskursnetzwerks nach 2017 lässt das Fehlen von diskursiven Spannungen in der folgenden Phase vermuten, wenngleich kleinere Gruppenbildungen zu erkennen sind. So versammeln sich der Landrat, der Vorstand der Genossenschaft, einige Bürgermeister:innen und Parteipolitiker:innen im Zentrum des Netzwerks. Diese Diskurskoalition bildet sich bereits früh in der Projektplanung, als sich Haftungsfragen, insbesondere zur Übernahme des Regressrisikos, stellen. Im Regelfall übernimmt die KV RLP gegenüber den Krankenkassen dieses Risiko.

Abbildung 15: Personennetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2017–2020



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,036

Im Zusammenhang mit dem genossenschaftlichen MVZ schlägt dessen Vorstand vor, das Risiko über eine Versicherung abzudecken. Diese Option lehnt die KV RLP jedoch ab. Sie besteht auf eine selbstschuldnerische Bürgschaft der Genoss:innen. Der Genossenschaftsvorstand kritisiert das Verhalten der KV RLP als »unkooperativ« (TV 09.03.2017), obwohl diese zusagt, das Vorhaben grundsätzlich zu unterstützen und ihrerseits auf die Blockade des Zulassungsausschusses verweist. Ein Lokaljournalist äußert sein Unverständnis und erklärt die KV RLP verantwortlich für den verzögerten Projektstart. In den Folgemonaten kritisieren Vertreter:innen beider Diskurskoalitionen wiederholt das gegenseitige Vorgehen in der Presse. Die entsprechenden Artikel sind mit Berichten von verzweifelten Patient:innen gespickt.

»Die Arztsuche macht mich so mürrisch«, sagt die 76-Jährige. »Nervlich bin ich total am Ende, ich kann nicht mehr schlafen. Ich brauche meine Medikamente.« Die Liste der Ärzte, die die Bitburgerin seit Oktober 2016 immer wieder durchtelefoniert hat, ist noch länger als die ihrer Krankheiten. Die vielen Kreuzchen in [ihrem] Telefonbuch zeugen von den unzähligen Anrufen, die die Bitburgerin gemacht hat. Niemand hat die 76-Jährige angenommen. »Ich habe alles Menschenmögliche unternommen, um einen Arzt zu finden[.]«. (TV 19.04.2017)

Wenige Wochen später solidarisiert sich der Landrat des Eifelkreises erstmals öffentlich mit der Genossenschaft. Er kritisiert, die KV RLP werde ihrem gesetzlichen Auftrag nicht gerecht und riskiere das gesamte Projektvorhaben. »Wenn nicht alles dummes Gerede sein soll vom Sicherstellungsauftrag im ländlichen Raum, muss man auch mal Risiken eingehen.« (Ebd.) Der Landrat wirbt für ein Gespräch mit der Landesgesundheitsministerin und der KV RLP.

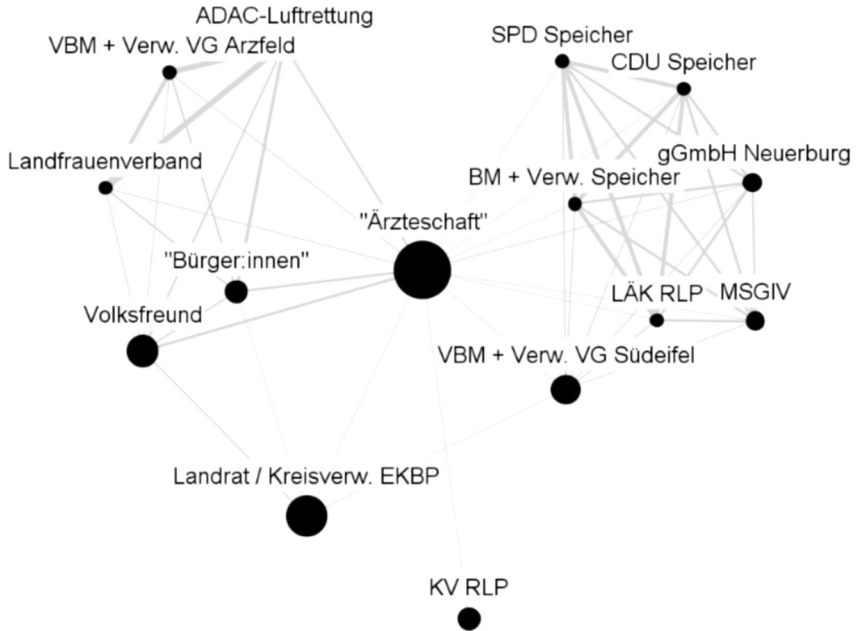
Diese Entwicklung nimmt die Presse zum Anlass, die Strukturen und Funktionsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu erklären. Sie erläutert die Zusammensetzung der relevanten Gremien und trägt so zur Aufklärung der Leser:innen und damit verbunden der Wohnbevölkerung des Eifelkreises bei. Ein Journalist kommentiert die Entwicklungen wie folgt:

»Es ist eine Zumutung, dass Menschen in hilflosen Lebenslagen um einen Termin betteln müssen. Dass sich die Ärzte in der Region selbst um eine Lösung bemühen, ist toll. Solche Projekte verdienen Unterstützung und sollten keine Steine in den Weg gelegt bekommen. Für die Menschen in der Region ist es wichtig, dass schnell Abhilfe geschaffen wird.« (Ebd.)

Der Zulassungsprozess erfährt im Frühjahr des Folgejahres erneut mediale Aufmerksamkeit. Im Mai wird davon berichtet, dass der Zulassungsantrag der Genossenschaft vom zuständigen Zulassungsausschuss abgelehnt wurde. Die Entscheidung stößt auf harsche Kritik seitens der lokalen Diskurskoalition um den Genossenschaftsvorstand und den Landrat. Beide kritisieren die »einfach ungeheuerliche« (TV 14.05.2018) Entscheidung als ein »Unding« (ebd.), zeigen sich »erbost« (TV 18.05.2018) und stellen »Sinn und Berechtigung« (TV 01.06.2018a) der KV RLP in Frage. »Die wollen im Zweifelsfall den Arzt persönlich zur Rechenschaft ziehen« (ebd.), moniert der Genossenschaftsvorstand.

»Die erklären das mit ›Planwidrigkeit der gesetzlichen Regelung«, aber damit ist doch gar nichts erklärt. Was soll das denn heißen?!« (TV 14.05.2018)

Abbildung 16: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,154

Auf Anfrage des TV teilt die KV RLP mit, ihr liege der Bescheid des Zulassungsausschusses mit den Gründen für die Ablehnung nicht vor weshalb sie keine Stellung beziehen könne. Der Landrat zeigt sich fassungslos: »Man muss sich ernsthaft die Frage stellen, ob die KV nicht besser aufgelöst werden sollte, wenn sie zukunftsweisende Modelle blockiert.« (Ebd.) Nur wenige Tage später macht sich die Diskurskoalition aus Genossenschaftsvorstand und Landrat auf, in diversen lokalpolitischen Gremien Resolutionen gegen den Ablehnungsbescheid anzustoßen. Duzende Kommunalpolitiker:innen unterstützen in der Folge das Vorhaben, politischen Druck aufzubauen und die Landesgesundheitsministerin für das MVZ-Vorhaben zu gewinnen (vgl. TV 18.05.2018).

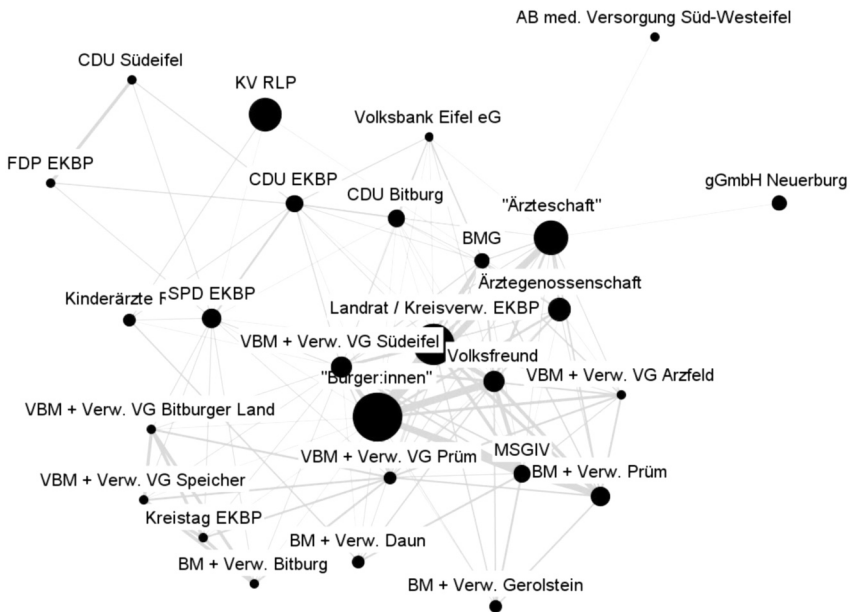
Die Ministerin äußert sich schließlich tatsächlich zu der Sache. Ihrer Meinung nach sei die Ablehnung des Antrags durch den Zulassungsausschuss nicht nachvollziehbar. Sie ruft zum Dialog auf. Diesem blickt der Landrat wiederum wenig euphorisch entgegen. Er findet vor dem Gesprächstermin deutliche Worte:

»Wer nicht redet dem kann auch nicht geholfen werden. Wenn wir nicht geholfen bekommen, müsste die Politik darüber nachdenken, ob sie zur Sicherstellung der ärzt-

lichen Versorgung den Auftrag noch weiter bei der Kassenärztlichen Vereinigung belässt oder die Aufgabe verstaatlicht.« (TV 01.06.2018a)

Die sich zuspitzende Auseinandersetzung zwischen den lokalen Akteuren und der KV RLP wird nicht nur durch die Aussage des Landrats deutlich, sondern zeigt sich im auch Vergleich der Diskursnetzwerke von 2017 (Abb. 16) und 2018 (Abb. 17). Vormalig lose argumentative Verbindungen gehen in eine Diskurskoalition aus Genossenschaftsvorstand, lokaler Ärzteschaft, Landrat, Politik und Presse über. Dieser steht die KV RLP gegenüber.

Abbildung 17: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2018



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,069

In der vorgenannten Diskurskoalition, die sich für die Zulassung der Ärztenossenschaft einsetzt, finden sich argumentativ auch die Bürger:innen wieder. Vor dem Hintergrund der vielerorts diskutierten Resolutionen gewinnt das Thema in der Bevölkerung an Bedeutung (vgl. TV 01.06.2018b). Neben dem Verweis auf Leserbriefe wird eine Reihe von Kommentaren in der Presse gedruckt, die unter einem der Artikel auf der Facebookseite des Verlags abgesetzt wurden (Tab. 4). Auch die Bürger:innen fragen nach den Intentionen der KV RLP und fordern Unterstützung für das MVZ-Projekt.

Tabelle 4: Ausgewählte Facebook-Kommentare aus dem Trierischen Volksfreund

Kommentare, die im Juni 2018 als Reaktion auf den Ablehnungsbescheid der KV RLP gegenüber der Ärztegenossenschaft auf der Facebook-Seite des Trierischen Volksfreund abgesetzt werden
»Mal wieder typisch. Und die Patienten dürfen es dann ausbaden! Und das haben ausgerechnet jene zu verantworten, die eigentlich dafür da sind, die ärztliche Versorgung sicherzustellen.«
»Seit wann haben solche Bürokraten etwas für das Wohl des Menschen übrig?«
»Gibt es da rechtliche Schritte, die eventuell unternommen werden können? Oder eine übergeordnete Stelle, die diese Entscheidung aufheben kann?« Antwort der Redaktion: »Die Ärztegenossenschaft kann gegen die schriftliche Begründung des Ablehnungsbescheids Widerspruch einlegen, gegebenenfalls dagegen klagen. Das haben die Ärzte auch vor. Die Kassenärztliche Vereinigung hat ebenfalls die Möglichkeit, Widerspruch gegen den Bescheid des Zulassungsausschusses einzulegen.«
»Klagen wird wenig bringen. Erst wenn die Bürger in Sammelklage mit Ärzten dagegen vorgehen, werden die reagieren.«
»Warum tun sich nicht alle zusammen und jagen die Kassenärztliche Vereinigung, die sowieso nur Geld kostet, zum Teufel?«
»In der heutigen Zeit sind Genossenschaften ein Zukunftsmodell. Hier erst recht. Ob die Kassenärztliche Vereinigung noch Zukunft haben sollte, wird immer fragwürdiger.«
»Es gibt nichts Schlimmeres als diese Verbohrtheit dieser Standespolitik dieser Funktionäre der KV. Sie sollten ja eigentlich die Kollegen vertreten, die Honorare kommen schließlich aus den Praxen, welche bei den Sitzungen kassiert werden.«
»Vielleicht sollte man mal über die Daseinsberechtigung der Kassenärztlichen Vereinigung nachdenken!«
» [...] Es wird Zeit, dass die KVs abgeschafft werden. Für die Zulassung der Ärzte sollten alleine die örtlichen Behörden wie etwa die Kreisverwaltungen zuständig sein. Leider wird das nicht passieren, das müssen Menschen wie meine Eltern mit zu langen Wartezeiten ausbaden.«

Quelle: Selbstgestaltet nach TV 01.06.2018c

Wenig später äußert sich der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) zur fraglichen Interpretation der Rechtslage. Er bestätigt eine selbstschuldnerische Bürgschaft. In der Folge lässt der Zulassungsausschuss das Genossenschafts-MVZ zur vertragsärztlichen Versorgung zu. Die genannte Entwicklung leitet auch eine öffentliche Positionierung der KV RLP ein, deren argumentative Isolation anhand ihrer dezentralen Lage im Diskursnetzwerk (Abb. 17) verdeutlicht ist. Im Rahmen des Artikels »Eifeler Ärzte dürfen nun doch Medicus Genossenschaft gründen« (TV 25.07.2018) nimmt die KV RLP wie folgt Stellung: »Mit dieser überraschend eindeutigen Interpretation des Gesetzes durch Minister Spahn sind den Bedenken der KV gegen eine Zulassung der Medicus eG als Träger eines Medizinischen Versorgungszentrums die Grundlagen entzogen.« (Ebd.) Der KV RLP ging es nach eigenen Angaben um »eine Vermeidung der Benachteiligung anderer zugelassener Ärzte sowie der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten« (ebd.). Von dieser Deutung zeigt sich der Genossenschaftsvorstand überrascht. Er sieht keine Gefahr einer Benachteiligung durch

die Anstellung von Mediziner:innen im MVZ. In einem weiteren Artikel wird von dem Ablauf der Ausschusssitzung berichtet und werden die manifesten Interessenskonflikte und die starren Strukturen deutlich.

»Der Vorsitzende des Ausschusses, in dem Vertreter der Ärzteschaft und der Krankenkassen sitzen, habe gleich deutlich gemacht, dass ihn die Meinung von Ministern nicht interessiere, sondern er seine eigenen Entscheidungen treffe. Es müssen wohl deutliche Worte gefallen sein. Ein Ausschussmitglied habe zwischenzeitlich den Verhandlungsraum verlassen. »Mittendrin dachte ich: Das hier wird nix«, sagt [der Genossenschaftsvorstand], »ich hätte vor Ärger platzen können, habe aber die Faust in der Tasche gemacht. [...] Erst nach drei Stunden zähen Ringens war klar: Die Medicus eG bekommt die Zulassung.« (TV 27.09.2018)

Abbildung 17 zeigt, dass sich im Diskurs eine Gruppe bestehend aus einigen Kommunalpolitiker:innen und Vertreter:innen des Gesundheitszentrums Neuerburg gebildet hat. Das Gesundheitszentrum liegt in der Stadt Neuerburg, die wiederum Teil der Verbandsgemeinde Südeifel ist. Bis 2017 lag die Verantwortung für das Gesundheitszentrum bei der Betreiberin des Neuerburger Klinikums. Doch diese zog sich zurück, weshalb die Stadt gemeinsam mit der Verbandsgemeinde eine gemeinnützige Gesellschaft gründete. Ziel ist es, »die Rahmenbedingungen für einen Neustart zu schaffen« (TV 28.09.2017). Auch das Landesgesundheitsministerium unterstützt das Projekt in Neuerburg durch »flankierende Maßnahmen, um einen neuen Träger zu finden« (ebd.). Der Journalist des TV stellt die öffentliche Bekundung der Unterstützung des Landes allerdings wie folgt in Frage: »Die Kommune strampelt sich ab. [...] Wo sind denn eigentlich die Konzepte der Landesregierung?« Der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Südeifel lobt zwar die konstruktive Zusammenarbeit, im Rahmen derer das Klinikum auf die Kommune übertragen wurde, betont zugleich auch seine Überforderung.

»Nun müssen wir, als schwächstes Glied, unser Schicksal selbst in die Hand nehmen. Ich glaube nicht, dass es eine Verbandsgemeinde in Rheinland-Pfalz gibt, die sich mit so einem Thema beschäftigen muss. [...] Es ist ein Fehler im System. In diesem Punkt hätten die Zuständigkeiten klar geregelt werden müssen. Es ist ein Versäumnis der Politik, den Kommunen dafür kein Handwerkszeug an die Hand zu geben.[] Wir sind Autodidakten und machen viel ›learning by doing‹.« (Ebd.)

Bis zur Vorstellung der neuen Konzeption für das Zentrum beim Landesgesundheitsministerium sei »viel Schweiß« (TV 19.04.2018) geflossen. Der Bürgermeister findet deshalb die folgenden harschen Worte: »Wir Kommunen sind die armen Säue im ländlichen Raum. Wir müssen uns selbst kümmern« (ebd.).

5.3.1.3 Ernüchternde Bilanz der getesteten Maßnahmen (2018–2020)

Bereits Ende 2018 berichtet der TV weniger zur ärztlichen Versorgung, 2019 ebbt der versorgungsrelevante Diskurs trotz der anstehenden Kommunalwahlen weiter ab. Laut TV treten die Parteien mit sehr ähnlichen Wahlprogrammen an. »Internet, Schulen, Ärzte und ÖPNV stehen für fast alle auf der Agenda« (TV 17.01.2019). Die Kandidat:innen weisen gegenüber der Presse wiederholt auf die lokal getesteten Maßnahmen zur Bear-

beitung der Versorgungsprobleme hin (vgl. TV 18.01.2019, 22.01.2019, 06.05.2019). Ein TV-Journalist resümiert: »Gegen den Ärztemangel ist kein Kraut gewachsen: eine starke Gemeinschaft engagierter Menschen, die einfach nicht aufgibt [ist von Nöten, Anm. d. A.]« (ebd.).

Kurzzeitig kommt es erneut zu Spannungen zwischen Ärztegenossenschaft und dem Land, weil die Genossenschaft die für das Projekt erhaltenen Zuschüsse an das Land zurückzahlen soll (vgl. TV 03.01.2019). Ursächlich hierfür ist, dass die Genossenschaft, nachdem ein Standort geschlossen werden musste, die Hard- und Software an einem anderen Standort einsetzte. Da diese Praxis nicht im Gebiet des Eifelkreis Bitburg-Prüm liegt, forderte das Land die Zuschüsse zurück. Der Genossenschaftsvorstand sieht zwar ein, dass das Land im Recht ist, kritisiert dessen Vorgehen aber als »absolut unflexibel« (TV 11.11.2020) und zeigt sich »enttäuscht« (TV 18.11.2020).

Eine Dokumentation des ZDF sorgt im Dezember 2019 für einen kleineren Aufruhr im Kreistag. Laut des Berichts scheint belegt: »Senioren leben schlecht in der Eifel« (TV 10.12.2019). Der TV fasst zusammen: »Eine schlechte medizinische Versorgung stellt für ältere Menschen daher eine erhebliche Einbuße an Lebensqualität dar« (ebd.). Die Dokumentation ist in der Haushaltsdebatte des Kreistags Thema, wobei die Meinungen der Gremienmitglieder auseinander gehen. CDU-Fraktionssprecher Andreas Kruppert (CDU) – heutiger Landrat des Eifelkreises – hält den Bericht für »absoluten Blödsinn« (TV 22.12.2019). Eine Rätin der Grünen und eine sozialdemokratische Kollegin plädieren dafür, die aufgezeigten Defizite ernst zu nehmen. »Ich habe mit Senioren gesprochen«, sagt die Grünenpolitikerin. »Es gibt Probleme mit dem ÖPNV, mit dem Ärztemangel und vielem anderen.« (Ebd.)

Eine weitere Studie schafft es auf die kommunalpolitische Tagesordnung. Der Kreisverband des Deutschen Roten Kreuz (DRK) plant für Ende 2019 eine Machbarkeitsstudie, die die Zukunft der medizinischen Versorgung in der Region reflektieren soll (TV 27.12.2019). Ein sogenannter Kümmerer soll eine Bestandsaufnahme durchzuführen, für die die folgenden Fragen zentral sind: »Wie viel Ärzte gibt es, wie viele werden in den kommenden Jahren ihre Praxis aufgeben? Welche anderen Akteure gibt es im Gesundheitswesen [?]?« (Ebd.) Das DRK hofft, dass der Kreis die notwendigen Zahlen zur Verfügung stellen kann. Anschließend soll der Kümmerer die im Gesundheitswesen bestehenden Konzepte zusammentragen und prüfen, welche umsetzbar sind.

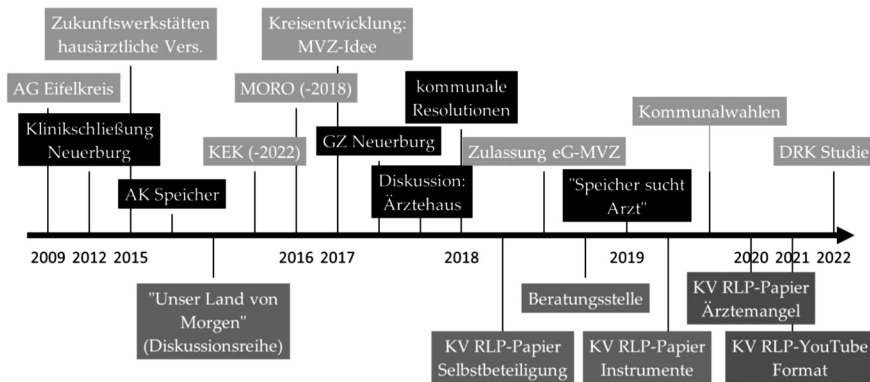
Die Stadt Speicher bleibt weiterhin öffentlichkeitswirksam in der Nachwuchsakquise aktiv: Drei Stadträte bilden eine AG zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, die alsbald ein offizielles Mandat durch den Stadtrat erhält (TV 22.11.2020). Die ständigen Mitglieder der AG verfügen über Erfahrungen im Rettungsdienst und der Lokalpolitik. Sie sind sich einig: »Es wird schwierig [und] bedarf eines langen Atems.« (Ebd.) Ein Runder Tisch mit Vertreter:innen der Verbandsgemeinde, der Ärzteschaft und der KV RLP habe bereits getagt. Nun konzentriert sich die Initiative »Speicher sucht Arzt« darauf, unterschiedliche Werbematerialien zu erstellen.

Bezogen auf die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Akteure und ihre Kompetenzen ist der vorliegende Pressediskurs auffällig differenziert und informiert. Das liegt auch daran, dass die Streitigkeiten rund um die MVZ-Zulassungen von Berichten zu den zuständigen Organen der gemeinsamen Selbstverwaltung und deren Funktionsweise begleitet werden. Darüber hinaus fällt die in Teilen dramatisierende Bericht-

erstattung kritisch gegenüber der KV RLP und der Kreispolitik aus. Diese zentrale Auseinandersetzung verstellt jedoch nicht den Blick auf eine detaillierte Problemdeutung. Der Konflikt scheint die differenzierte Auseinandersetzung mit dem Gesundheitssystem und seinen (Dys-)Funktionalitäten erst zu ermöglichen. Es wird von Versorgungsproblemen und früh in der Problemdeutung vom Ärztemangel gesprochen. Der Problemdruck und die öffentliche Handlungsbereitschaft leiten das in der Folge nicht weiter erklärungs- oder begründungsbedürftige lokalpolitische Engagement ein.

5.3.2 Pfad: Die Kommunen reiben sich ab, während die KV RLP sich politisch profiliert

Abbildung 18: Relevante Ereignisse im Eifelkreis Bitburg-Prüm



Quelle: Selbstgestaltet; Gemeindeebene (schwarz), Kreisebene (hellgrau) und Landesebene (dunkelgrau)

Im Eifelkreis liegt punktuell ein polarisierter von zwei Diskurskoalitionen bestimmter Mediendiskurs vor. Über die Genossenschaftszulassung hinaus ist der Diskurs jedoch wenig polarisiert. Das mag an der Vielzahl der Austausch- und Gesprächsformate liegen, in denen die Beteiligten vornehmlich weitere Vernetzungs- und Austauschaktivitäten beschließen. Grundsätzlich scheinen sich die Akteure im medialen Diskurs einig zu sein: Viel reden hilft viel. Die Nicht-Polarisierung mag auch darin begründet sein, dass sich die KV RLP kaum am lokalen öffentlichen Diskurs beteiligt. Eine dahingehend aufschlussreiche Entwicklung vollzieht sich jüngst etwas abseits des medialen Diskurses. Die KV RLP positioniert sich stärker im landes- und bundespolitischen Diskurs. Sie veröffentlicht eigene Analysen und Positionspapiere und orientiert sich an standespolitisch relevanten Entwicklungen (Abb. 18). Es dominiert das Bild eines interventionsfähigen lokalen Staats, dessen Praxis ihn als gestaltungswilligen Akteur bestätigt. Auf Kreisebene besteht diese Praxis vornehmlich in der Vermittlung und Beratung. An zahlreichen problembezogenen Formaten des Austauschs der Akteure sowie lokalen Initiativen zeigt sich zudem, dass der lokale Staat erfolgreich zum Handeln animiert wird.

5.3.2.1 Keine Alternative zum kommunalpolitischen Handeln?

Unterschiedliche Lokalpolitiker:innen verwenden teils dramatisierende Formulierungen, um die sich zuspitzenden lokalen Versorgungsprobleme zu beschreiben. Von »hilflosen Lebenslagen« ist die Rede. Andere konstatieren es sei »fünf vor zwölf«, man habe die »Dringlichkeit« der Lage verstanden und wolle »zügig« handeln. Bereits im medialen Diskurs beharren die Repräsentant:innen des Eifelkreises darauf, immer wieder abzufragen, wie die Bevölkerung die Versorgungslage wahrnimmt, bevor sie in deren Organisation eingreifen können. Hierin drückt sich einerseits eine gewisse Unsicherheit der Kreisebene dahingehend aus, wie sich eine unterlassene Intervention auf die öffentliche Wahrnehmung der Kreispolitik auswirken könnte. Andererseits vermittelt das zurückhaltende Vorgehen auch den Eindruck, der Kreis wolle sich nicht unbedingt an der Sicherung und Gestaltung der ärztlichen Versorgung beteiligen.

Ein Repräsentant des Eifelkreises betont im Interview wiederholt die Ergebnisse einer Bürgerbefragung. Diese wurde zur Schwerpunktsetzung des Modellvorhabens »Langfristige Sicherung von Versorgung und Mobilität in ländlichen Räumen«⁵ durchgeführt, für das sich der Eifelkreis 2015 erfolgreich beim Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) beworben hatte (vgl. BMVI 2018). Die Bürger:innen hätten die medizinische Versorgung nicht auf Platz eins der Rangliste zu bearbeitender Themen gesetzt. Den Repräsentanten scheint dieses Befragungsergebnis zu beruhigen, trotz der von ihm erwähnten Prognosen zur Altersstruktur der Ärzt:innen und Bürger:innen. In diesen Zusammenhang erweisen sich weitere Äußerungen des Interviewten als relevant: Er erinnert sich daran, dass der damalige Landrat Joachim Streit bereits vor seinem Amtsantritt 2009 Kontakt zu der KV RLP aufgenommen hatte, da ihm die ärztliche Versorgung im Landkreis instabil erschien. Zu diesem Zeitpunkt habe die KV RLP den späteren Landrat noch abgewiesen. Die Sicherstellung liege nicht in seinem Aufgabenbereich, habe die KV RLP gesagt (vgl. Interview EKBP II). »Das ist unser Ding. Wir stellen die Versorgung schon sicher« (ebd.), soll ein Repräsentant klargestellt haben. Als Streit schließlich Landrat wurde, habe sich die KV RLP an ihn gewandt und für eine Zusammenarbeit auf Grund der wachsenden Versorgungsprobleme geworben.

Wenig später wird auf Ebene des Kreises eine AG gebildet, die sich mit den Folgen einer Klinikschließung im südlich gelegenen Neuerburg beschäftigt. Der Repräsentant des Kreises erinnert sich wie folgt an die damalige politische Stimmung:

»Ich glaube seit dieser Zeit ist allen kommunalpolitisch Verantwortlichen und vor allen Dingen auch Funktionsträgern in der Verwaltung klar geworden – ich glaube im gesamten ländlichen Raum in Deutschland – dass die medizinische Versorgung, dass da Probleme auf uns zu kommen. Und dass diese Probleme an sich immer weiterwachsen und die richtigen Stellschrauben nicht gedreht werden.« (Interview EKBP II)

5 Das Projekt war für den Zeitraum von 2016 bis 2018 angelegt und der Eifelkreis Bitburg-Prüm erhielt Fördermittel in Höhe von 355.000 Euro. Er sollte ein innovatives Handlungskonzept erstellen, mit dem die Daseinsvorsorge, Nahversorgung und Mobilität zukunftsgerichtet gewährleistet werden können. Basis war eine Analyse der längerfristigen Bevölkerungsentwicklung und der infrastrukturellen Ausgangsbedingungen in den Bereichen des ÖPNV und der Versorgung in den Bereichen KiTas, Schulwesen, Lebensmittelversorgung, medizinische Versorgung und Pflege (vgl. BMVI 2018).

Infolge der vorgenannten Entwicklungen sieht der Kreisbeamte das frühe Engagement des Eifelkreises heute als richtig an. Er ist sich sicher, dass zwischen 2000 und 2010 auch innerhalb der KV RLP ein »Umdenken« (ebd.) stattgefunden hat. Sie zeige sich heute offener dafür, mit allen lokalen Akteuren gemeinsam an der Lösung der Versorgungsprobleme zu arbeiten. Insgesamt stellt sich der Eindruck ein, die Kreisebene nehme die Probleme heute unkritischer wahr als vor einigen Jahren. Dies zeigt sich zum Beispiel dann, wenn der interviewte Repräsentant den Handlungsdruck wie folgt relativiert: »Es ist jetzt nicht so, dass wir Aufmärsche oder ständig Leserbriefe oder sonst irgendwas hätten.« (Ebd.)

Die Bedeutung einzelner Amtsinhaber:innen für die Stoßrichtung und Dynamik des lokalen Bearbeitungspfades zeigt sich im Handeln des Landrats. Immer wieder, insbesondere als die erwähnte ZDF-Dokumentation erscheint, zeigt er sich erobert darüber, dass die lokale Versorgungslage problematisiert wird. Daraus eine verschlechterte Lebensqualität im Kreisgebiet abzuleiten sei seiner Meinung nach »Blödsinn« (TV 22.12.2019). Dies deutet zwar nicht darauf hin, dass die Versorgung seitens der Verantwortlichen aktuell als unproblematisch wahrgenommen wird. Dennoch scheint die Bereitschaft, den Mangel an Ärzt:innen öffentlich zu proklamieren, abgenommen zu haben.

Das stellt sich auf Ebene der Verbandsgemeinden und in den einzelnen Kommunen etwas anders dar. Im Interview mit einem Bürgermeister unterstreicht dieser, die »Ausdünnung« (Interview EKBP III) der Ärzteschaft sei besonders für die ältere Wohnbevölkerung problematisch. Anders als jüngere Bewohner:innen, die es gewohnt seien, längere Wegstrecken auf sich zu nehmen, seien Ältere darauf angewiesen, dass die Kommunalpolitik sich Alternativen und Unterstützungsleistungen ausdenke. Die örtliche Präsenz des DRK löse das Problem nicht, beruhige den Interviewten allerdings etwas. In seinen Beschreibungen deutet sich zeitweise ein substituierendes Rollenverständnis des Wohlfahrtsverbands an. »Ich hätte gern in jedem Dorf einen Defibrillatorstandort und in jedem [...] mindestens einen Ersthelfer, wenn nicht mehrere, die dann auch Ansprechpartner für die Dorfbevölkerung sind, bei gesundheitlichen Fragen beispielsweise.« (Interview EKBP III) Als ursächlich für den Ärztemangel sieht der Bürgermeister neben der fehlenden Niederlassungsbereitschaft des Nachwuchses das mangelhafte Zusammenspiel der zuständigen Akteure vor Ort an. Die Gemeinde fühle sich alleingelassen. »Die Kommunen werden eigentlich überhaupt nicht unterstützt.« (Ebd.)

Zugleich changieren die präsenten Problemdeutungen im öffentlichen Diskurs unter den Akteuren deutlich. Zeitweise ist die KV RLP prominent mit dem Narrativ vertreten, sie tue das ihr Mögliche, könne aber keine Mediziner:innen zwingen, sich in einer bedürftigen Gemeinde niederzulassen. Die Situation so zu deuten, erhöht den Druck, öffentliche Interventionen zu begründen, da diese nicht ohne Weiteres Erfolg versprechen. Die Veröffentlichungen der KV RLP zeugen von einem im Vergleich zu den genannten öffentlichen Akteuren anders gelagerten Problemverständnis. Deren Ursachenkritik überschreitet die lokalpolitischen Deutungen in ihrer Komplexität. Im Papier »Standpunkt: KV RLP zur Selbstbeteiligung für Patienten« (KV RLP 2018b) argumentiert die KV RLP, die Patient:innen übernutzten die Ressource Vertragsärzt:in. Indirekt klingt an, dass dies mit dem Ärztemangel zu tun habe, zumindest den Druck auf das vertragsärztliche Arbeitszeitvolumen erhöhe. Im Gesprächsformat »Talk mit Doc Bartels« auf dem

YouTube-Kanal des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KV RLP, Andreas Bartels, untermauert diese Ursachenkritik. Kontrovers eröffnet Bartels das Gespräch mit einer Repräsentantin der Verbraucherzentrale Rheinland-Pfalz: Die Niederlassung im ländlichen Raum sei attraktiver als die in der Stadt, weil ländlich gelegene Praxen nicht um Patient:innen konkurrieren müssten (KV RLP 2021b, 13:17). Wie das folgende Zitat zeigt, geht er davon aus, dass die Bedarfsplanung die flächendeckende Niederlassung verhindere.

»Also irgendwas kann ja an diesen Zahlen nicht ganz so stimmen. [...] Oftmals ist es so, dass wir durchaus Interessenten haben aber bis es dann so weit ist, dass tatsächlich die Bedarfsplanung den Bereich aufmacht oder sowas, dann ist leider der Kollege schon wieder woanders hingegangen.« (Ebd., 14:05)

Überdies bedinge die fordernde Haltung der Patient:innen, dass der Arztberuf keinen Spaß mehr mache, so Bartels im Gespräch mit dem unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses, Josef Hecken (vgl. KV RLP 2022d, 41:05). In weiteren Gesprächen unterstreicht Bartels, die Versorgungsprobleme bestünden auch weil der ambulante Sektor nicht auskömmlich finanziert sei (vgl. KV RLP 2021a, 32:40, 36:06). Bartels schlägt vor, den Zugang zu Praxen über eine Form der finanziellen Selbstbeteiligung der Patient:innen zu steuern (vgl. KV RLP 2022c, 43:25). So könne den Bürger:innen vermittelt werden, dass sich die Versorgung ändern werde. Bartels ist sich sicher, dass es nicht mehr »in jedem Dorf, in jeder Gemeinde eine ärztliche Versorgung« (KV RLP 2021d, 9:59) geben kann. Weitere Gründe für den Ärztemangel nennt die KV RLP in dem Dokument »Hintergründe Ärztemangel« (vgl. KV RLP 2020). Hierzu zählen die anstehende Ruhestandswelle, die Feminisierung, der Anspruchswandel beim Nachwuchs, weitere Wege zur wachsenden Anzahl an Gemeinschaftspraxen und der steigende Behandlungsbedarf der alternden Gesellschaft. Verstärkt würde das bundesweite Problem des Ärztemangels in Rheinland-Pfalz durch fehlende regionale Medizinstudienplätze, das Honorardefizit durch die Reform des ärztlichen Bereitschaftsdienstes und das hohe Bereitschaftsdienstangebot.

Auf struktureller Ebene argumentiert die KV RLP dafür, dass der Ärztemangel das Ergebnis der fehlerhaften Regulierung des ambulanten Sektors sei. So vermitteln die Resolutionen der Vertreterversammlungen einen Paradigmenwechsel im Verband gegenüber dem erhobenen Pressediskurs in den Vorjahren. Die Resolution von 2017 problematisiert die Ungleichbehandlung des ambulanten zugunsten des stationären Sektors, unterstreicht die Reformbedürftigkeit der Bedarfsplanung und fordert ein Ende der Budgetierung (vgl. KV RLP 2017). Ein Jahr später bewertet die KV RLP den Koalitionsvertrag der wiedergewählten Großen Koalition auf Landesebene kritisch. Sie nimmt ein »Mehr an staatlicher Regulierung und eine weitreichende Beschneidung der Kompetenzen der Selbstverwaltung« (KV RLP 2018a) wahr. Von »Scheinlösungen« und dem Reagieren der Politik auf »Stimmungen in der Bevölkerung mit Einzelmaßnahmen und vermeintlichen Lösungen, die dem Wähler Handlungsmacht der Politik suggerieren sollen« (ebd.) ist die Rede. Die KV RLP reagiert in diesem Zusammenhang auf einen Passus im Koalitionsvertrag von 2018, der die Erhöhung des Mindestsprechstundenangebots vorsieht (vgl. CDU/CSU/SPD 2018: 97). Sie bezeichnet die Maßnahme als »unbestimmt«

(ebd.), »nicht zu Ende gedacht« (ebd.) und nicht in der Lage, den Arztberuf attraktiv zu gestalten. 2018 betonen einige Vertragsärzt:innen bereits, »wie dramatisch die Situation ist« (Ärztblatt Rheinland-Pfalz 2018a: 23). Im Editorial des rheinland-pfälzischen Ärzteblatts kritisiert der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV RLP drei Jahre später schließlich, die ärztliche Standesvertretung warne seit beinahe 20 Jahren vor möglichen Versorgungsengpässen wegen des zunehmenden Ärztemangels (vgl. Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 2021c: 4). Vergleichbare Positionierungen finden sich in einigen Positionspapieren, wie dem Papier »Bedarfsplanung und Budgetierung: Falsche Instrumente gegen Ärztemangel« aus dem Jahr 2019. Darin werden die begrenzten Handlungsspielräume der KV RLP wie folgt problematisiert:

»Die große Anzahl an Ärzten, die sich Anfang der 90er-Jahre noch schnell niedergelassen hatten, steht nun kurz vor der Rente. [...] Die Bedarfsplanung, die ursprünglich als Niederlassungs-Verhinderungsinstrument eingeführt wurde, ist vor dem Hintergrund eines zunehmenden Ärztemangels nicht mehr zeitgemäß. [...] Neben der Bedarfsplanung ist eine weitere desaströse Ursache für den zunehmenden Ärztemangel die Budgetierung. Wenn die finanziellen Mittel im Gesundheitssystem nicht an den steigenden Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft und den technischen Fortschritt angepasst werden, wird die Attraktivität für die jetzt schon zu wenigen Ärzte im System weiter sinken.« (KV RLP 2019: 2)

Ein Papier aus dem Sommer 2020 mit dem Titel »Hintergründe des Ärztemangels« unterstreicht die Rolle der politischen Prozesse, »auf die KVen nur sehr begrenzten Einfluss haben« (KV RLP 2020: 2). Es könnte demnach durchaus zutreffen, dass die KV RLP zwischen 2000 und 2010 einen Paradigmenwechsel unternommen hat. Öffentlichkeitswirksam problematisiert die KV RLP die Versorgungsprobleme jedoch erst in der vergangenen Dekade.

Erst in diesem Zeitraum beginnt die KV RLP die Gesundheitsversorgung dem Konzept der Daseinsvorsorge zuzuordnen und die relevanten gesellschaftlichen Entwicklungen, wie den demografischen Wandel, als Phänomene hervorzuheben, auf die sie keinen Einfluss habe. Heute formuliert die KV RLP ihre Auffassung einer öffentlichen Verantwortung auf ihrer Webseite »arzt.nah.dran«, die Mediziner:innen über alle niederlassungsrelevanten Details informiert, wie folgt: »[A]uch in unserem Bundesland kann man den drohenden Ärztemangel bereits spüren. Vor allem auf dem Land könnte sich die Situation künftig zuspitzen, sollten Politik und Gebietskörperschaften nicht rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen.« (KV RLP o.J.a)

Interessant ist auch, dass die Versorgungszahlen im Eifelkreis keine zentrale Rolle im Diskurs einnehmen. Sie werden nur vereinzelt genannt oder gar als Begründung für lokale Initiativen herangezogen. Sie stehen überdies nicht öffentlich zur Verfügung. Im Bedarfsplan ist lediglich der Status eines Planungsbereichs als »offen« oder »geschlossen« für weitere Zulassungen ausgewiesen. Das Fehlen der Zahlen als Bezugspunkt im medialen Diskurs mag darin begründet liegen, dass sie keinen Anlass für Meinungsverschiedenheiten bieten. Schließlich unterstreichen die Äußerungen der KV RLP auch ohne spezifische Prozentangaben eine Verschlechterung der Versorgungssituation. Das öffentliche Engagement ist daher nicht grundsätzlich erklärungsbedürftig. Gleichwohl

schmälern die fehlenden Zahlen das Dramatisierungspotenzial des Diskurses und entziehen den betroffenen Akteuren eine Grundlage der Kritik.

5.3.2.2 Die KV RLP bittet zur Kasse, während die Kommunen sich abmühen

Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV RLP Andreas Bartels relativiert die Betroffenheit des ländlichen Raums wiederholt auf Veranstaltungen und in seinem YouTube-Format. Die Haltung, dass es sich beim Ärztemangel weniger um ein verbreitetes Problem im ländlichen Raum als ein Übernutzungsproblem der ärztlichen Arbeitszeit handele, findet sich auch in einigen öffentlichen Dokumenten der KV RLP. Der vorgenannten Ursachenkritik folgend wirbt die KV RLP deshalb für eine Steuerung des Zugangs zu Versorgungseinrichtungen und Leistungen – eine sogenannte Patientensteuerung. Sie geht davon aus, dass sich eine monetäre Beteiligung der Patient:innen an den Versorgungsleistungen entlastend auf das Versorgungssystem auswirkt. So würden nicht nur die Beitragssätze sinken, sondern könnte trotz sinkender Arztzahlen eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet werden. Die KV RLP fordert deshalb »eine sozial abzufedernde prozentuale Selbstbeteiligung auf alle von der Gesetzlichen Krankenversicherung finanzierten Gesundheitsleistungen« (KV RLP 2018b: 1). Um ihre Forderung zu untermauern, erinnert die KV RLP daran, dass in der Vergangenheit schon einmal eine Selbstbeteiligung existierte. Der ehemaligen Praxisgebühr sei jedoch eine Fehlsteuerung eingeschrieben gewesen, die zu einer »Flatrate-Mentalität« (ebd.) bei den Patient:innen geführt habe. »Ein Anreiz zum kostenbewussten Umgang mit den Ressourcen des Gesundheitswesens ist so für einen durch subjektive Rationalitätsannahmen gelenkten Nutzenmaximierer (lateinisch *hōmō oeconomicus*) kaum gegeben.« (ebd.) Im Rahmen der Gespräche, die auf dem YouTube-Kanal der KV RLP zu finden sind, versucht diese politische Allianzen für ihren Vorschlag zu schmieden. Doch das Instrument wird kontrovers diskutiert. Einer Vertreterin des rheinland-pfälzischen Verbraucherschutzes stimmt Bartels zunächst zu, dass sich der Anspruch der Patient:innen an die Versorgung verändern werden müsse (KV RLP 2021b, 19:00). Bezüglich der geforderten Selbstbeteiligung ist die Verbraucherschützerin allerdings gänzlich anderer Meinung (vgl. 27:50ff). Sie kritisiert die »exklusive Auffassung« (ebd.) des Vorschlags und erläutert ihre Ablehnung wie folgt:

»Ich verstehe diese Eigenverantwortung, die Sie immer gleich monetär sehen, natürlich schon sehr anders. [...] Die Eigenverantwortung ist bei den Patientinnen und Patienten ja durchaus schon hoch und vorhanden. Aber die darf sich nicht in noch mehr monetärer Verantwortung niederschlagen. [...] Und ich denke, da muss man schon mit solchen Forderungen sehr zurückhaltend umgehen, weil das einfach auch Krankheiten verschleppen kann, wenn Sie da vorher schon ein Eintrittsgeld zahlen müssen.« (Ebd.)

Weitere Lösungsvorschläge der KV RLP finden sich im Papier »Erhalt der vertragsärztlichen Versorgung: Forderungen« (KV RLP o.J.b). Um die Versorgung auch »zukünftig auf einem hohen Niveau aufrechterhalten zu können« (ebd.) ist aus Sicht der KV RLP die Umsetzung von zehn Punkten notwendig. Es brauche Investitionen in die ambulante medizinische Versorgung, KVen sollten jederzeit medizinische Einrichtungen betreiben dürfen und die Leistungen von Belegärzt:innen ausgebaut werden. Vertragsärzt:in-

nen sollte eine Kurzzeitbehandlung erlaubt und vergütet werden, die Bedarfsplanung reformiert und die Budgetierung aufgehoben werden. Ärzt:innen sollten von der Arzneimittelkostenverantwortung befreit und Bürokratiekosten von »unnötigen Prüfanträgen« (ebd.) von den Krankenkassen getragen werden. Die Zahl der Medizinstudienplätze sollte erhöht und das Fernbehandlungsverbot abgeschafft werden (ebd.).

Die vorgenannten Forderungen müssten auf Bundesebene beschlossen werden und beträfen die Struktur der gemeinsamen Selbstverwaltung. Für Kommunen und Kreise oder auf Ebene der Bundesländer sind hingegen keine Kompetenzerweiterungen oder -veränderungen vorgesehen. Gegebenenfalls werden die Forderungen auch deshalb nicht im lokalen öffentlichen Diskurs behandelt. Auf Nachfrage weist keiner der lokalen Akteure entsprechende Sachkenntnis auf oder erinnert sich an einen Austausch zum Forderungskatalog. Offensichtlich versucht die KV RLP sich durch die genannten Forderungen mit gesetzlichen und politischen Akteuren auf überregionaler und Landesebene zu solidarisieren. Das unterstreichen auch die Aussagen von Andreas Bartels in seinem YouTube-Format. Dort fordert er gegenüber einem Repräsentanten der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland unter anderem, man müsse gemeinsam an einem Strang gegenüber der Politik ziehen (vgl. KV RLP 2021a, 11:05).

Im lokalen Kontext spielt der MVZ-Streit indes eine Rolle im Lösungsdiskurs. Der interviewte Repräsentant des Eifelkreises erinnert sich daran, dass Vertreter:innen der KV RLP an den damaligen AG-Sitzungen teilnahmen, in denen das MVZ-Projekt entstand. In dieser Phase sei die Zusammenarbeit zunächst konfliktfrei gewesen. Erst als die genossenschaftliche Trägerschaft konkreter wurde, habe die KV RLP versucht, das Projekt zu blockieren und aus für den Interviewten unerfindlichen Gründen große Schwierigkeiten bereitet (vgl. Interview EKBP II). In der Folge seien die KV-Vertreter:innen nicht mehr in den Gremien erschienen. Auch die Beratungsaktivität habe nachgelassen. »Das gute Miteinander endet dann irgendwann und dann hat man das Gefühl, man weiß gar nicht, warum ist jetzt plötzlich so ein starker Sand im Getriebe.« (ebd.) Die Zusammenarbeit mit der KV RLP im Zuge der MVZ-Zulassung ordnet der Kreisrepräsentant resigniert wie folgt ein:

»Sie kommen gerne, sie beraten gerne, sie stellen gerne Fördermittel zur Verfügung. Ihre 39.000 Euro für eine Arztpraxis oder für einen Weiterbildungsassistenten. Sie bewerben ihre Förderprogramme. Alles gut. Wenn es um die konkrete Zulassung oder eine neue Struktur hier mal geht, dann ist es extrem schwierig. Dann hat man das Gefühl, das wird komplett bekämpft.« (Ebd.)

Seitens der KV RLP werden in der Tat keine alternativen Versorgungsmodelle für die betroffenen Gemeinden beworben. Die Ablehnung des genossenschaftlichen Projekts bleibt erklärungsbedürftig, auch nach den Versuchen der KV RLP, die Verantwortung für die Verzögerung des Projekts einzig auf den Zulassungsausschuss abzuwälzen.

In der allgemeinen Forderung, den ambulanten Sektor zu deregulieren, steht die Bedarfsplanung im Fokus. Sie erweist sich aus Sicht der KV RLP als inadäquat für die Bearbeitung »massiver Sicherstellungsprobleme« (KV RLP 2022b, 9:30). Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende zeigt sich sicher: Ist die Bedarfsplanung erst einmal abgeschafft, wird sich der Ärztemangel durch eine Hinwendung zum Wettbewerb und »attraktive

Angebote vor Ort« (KV RLP 2021a, 16:15) lösen lassen. Bis dahin finanziert die KV RLP gemeinsam mit dem Land eine Beratungsstelle für Kommunen. Ihr Angebot umfasst Informationsveranstaltungen und gezielte Workshops. Sie folgt dem Paradigma »Hilfe zur Selbsthilfe« (Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 2018b: 25) und soll den betroffenen Gemeinden ein »spezielles und innovatives Beratungsfeld« (ebd.) eröffnen. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnte nicht festgestellt werden, ob die Beratungsstelle im Eifelkreis Wirkung entfaltet. Die Interviewten nannten jedenfalls keine Berührungspunkte.

Gesichert ist hingegen, dass die zahlreichen Gesprächsformate im Eifelkreis von diversen kommunalen Akteuren als unproduktiv eingestuft werden. Ein Bürgermeister kritisiert, die Formate glichen alle einem Runden Tisch, unabhängig davon, welchen spezifischen Titel sie tragen. Die Treffen seien stets angenehm, sie deckten aber am Ende vor allem auf, dass keiner der vertretenen Akteure etwas für die betroffenen Gemeinden zu tun bereit sei (vgl. Interview EKBP III). Insbesondere die KV RLP trete allein für ihre Interessen ein und vernachlässige ihre Versorgungsaufgaben. Der Bürgermeister beschreibt die Lage der KV RLP wie folgt:

»Aber natürlich können sie [die Vertreter:innen der KV RLP, Anm. d. A.] sich auch zurücklehnen, indem sie sagen: Wir haben jetzt hier fünf unbesetzte Sitze und haben aber keinen Arzt. Damit ist das Buch für uns zu und wir können auch nichts mehr tun.« (Interview EKBP III)

Der Bürgermeister erinnert sich darüber hinaus an die mangelhafte Zusammensetzung der Aushandlungsgremien. Es würden sich vor allem jene Akteure beteiligen, die bereits engagiert und vor allem nicht unmittelbar von den Versorgungsdefiziten betroffen seien. Schwierig sei hingegen, an die »stumme Bevölkerung« heranzukommen, die »in einer gewissen Anonymität« (ebd.) existiere. Diese Menschen hätten große Sorgen, die sie nicht artikulierten (ebd.). Auf Nachfrage, ob Betroffene und ihre Bedarfe in den politischen Gremien im Kreisgebiet repräsentiert sind, berichtet der Bürgermeister, die Versorgungslage spiele keine zentrale Rolle. Zudem bestehe keine gesonderte Senior:innen- oder Patient:innenvertretung im Sinne einer Lobbygruppe. Er beschreibt die Hürden für die Organisation solcher schwacher Interessen wie folgt: »Das scheitert allein schon daran, dass sich Menschen, weil die alle dezentral wohnen, nicht zusammenfinden und für eine Sache streiten.« (Ebd.)

Im selben Interview berichtet der Bürgermeister von einer lokalen Initiative: der Entstehungsgeschichte des Gesundheitszentrums in der Stadt Neuerburg. Die Trägergesellschaft des örtlichen Krankenhauses habe sich nach der Schließung des Hauses auch aus der Verantwortung für das Gesundheitszentrum zurückgezogen. In der Folge macht die Stadt Neuerburg aus der »Not eine Tugend« (ebd.) und gründet gemeinsam mit der Verbandsgemeinde eine gemeinnützige Gesellschaft, um das Gesundheitszentrum weiter zu betreiben. Der Bürgermeister erinnert sich, die Stadt Neuerburg dachte »altruistisch in dieser Frage« (ebd.), beschreibt das Projekt aber auch als »in erster Linie [...] gewerbliche Vermietung mit medizinischem Inhalt« (ebd.). Heute befindet sich eine Allgemeinmedizinerin und einer Praxis für Chirurgie, eine Tagespflege, eine Jugendwohngruppe, ein Pflegezentrum sowie diverse Anbieter von physiotherapeutischen, pflegerischen, Reha-, Massage- und Sportangeboten im Gesundheitszentrum. Das Zen-

trum trägt sich nach eigenen Angaben, weil 60–70 % der Räumlichkeiten vermietet sind. Sollte das Gebäude allerdings baufällig werden, wäre der Versorgungsstandort nicht sicher, berichtet ein Interviewpartner. Das Gesundheitszentrum stößt in mehreren Interviews auf Kritik. Ein im Eifelkreis aktiver Projektentwickler zeigt sich überzeugt, die Verantwortlichen haben »mit hohem sechsstelligen Aufwand finanziert vom Land Luftblasen gebildet« (Interview EKBP I). Das Gesundheitszentrum liege in einer im Kreisgebiet peripher gelegenen Stadt mit deutlich sinkenden Einwohnerzahlen, weshalb der Bedarf und mitversorgende Effekte in Frage gestellt werden müssten. Er bilanziert wie folgt: »Das [...] hat nichts mit einer zukunftsgerichteten Gesundheitsversorgung zu tun.« (Ebd.)

Auch in der im Kreisgebiet südlichen gelegenen Stadt Speicher versuchen sich einige Lokalpolitiker:innen an der Bekämpfung der lokalen Versorgungsprobleme. Die Initiative »Speicher sucht Arzt« ordnet die Versorgungslage wie folgt auf ihrer Webseite ein: »[A]ufgrund der momentanen Altersstruktur [der Ärzteschaft sind] teilweise altersbedingte Schließungen der bestehenden Arztpraxen absehbar« (Speicher Sucht Arzt online o.J.). Ein Flyer der Initiative stellt klar, die Stadträte wollen das »breite Angebot in der ärztlichen Versorgung [...] gerne erhalten« (Speicher Sucht Arzt o.J.). Einer der Initiatoren berichtet, einzelne Bürger:innen seien auf die Kommunalpolitik in der Sache zugekommen (vgl. Interview EKBP IV). Aber auch eine persönliche Erfahrung habe die Initiative vorangetrieben. In der Folge habe er die ärztliche Versorgung in einer Fraktionssitzung angesprochen und seine Fraktionskolleg:innen hätten ihn darin bestärkt, sich der Sache anzunehmen. Für die Arbeit der Initiative sei es hilfreich, dass ein in der Region praktizierender Arzt auch in der KV RLP engagiert sei. So erhalte die Initiative unbürokratisch relevante Informationen. Darüber hinaus hätten sich einige Mitglieder der Initiative im Rahmen von Seminaren eines privaten Anbieters zur ambulanten medizinischen Versorgung Wissen angeeignet. Auch die Fachpresse beschäftige die Initiative, erklärt ein Repräsentant wie folgt:

»Sowie wir da etwas sehen, fragen wir nach und schreiben Mails. Da gab es den einen oder anderen Kontakt, wo es dann aber auch ganz klar herauszulesen war, der Arzt sagt nicht direkt: »Das gefällt mir nicht, ich möchte nicht zu euch«, sondern da kommen irgendwelche Begründungen, wo man rauslesen kann, er wäre doch gerne in einer größeren Stadt. Wir sind hier, wenn ich das so sagen darf, am Arsch der Welt. Wir sind draußen in der Prarie, das nächstgrößere ist Trier.« (Ebd.)

Die Initiative sieht neben ihrer räumlichen Lage vor allem im Numerus Clausus ein Hindernis für notwendige ärztliche Niederlassungen. Eine Lösung besteht laut dem Interviewten darin, die Leistungserbringung auf mehrere Köpfe zu verteilen. Wo man diese allerdings herbekomme, sei ihm ein Rätsel. Für ein kommunales Stipendium sei es bereits zu spät. Eine Vernetzung mit den umliegenden Kommunen zum Informationsaustausch und einer gemeinsamen Strategieentwicklung in der Sache komme nicht zustande. Die Kommunen kochten »ihr eigenes Süppchen« (ebd.), während der Kreis daran interessiert sei, dass die Versorgung in den zentraler gelegenen Gebieten ausreichend gewährleistet ist.

Obwohl die Mitglieder der Initiative skeptisch sind, ob sie die Versorgungsprobleme überhaupt lösen können, wird das Mandat der Initiative im Frühjahr 2021 verlängert (vgl. Et Bletchen 14/2021). Einem Protokoll einer Ratssitzung aus dem August ist ein Schreiben der Initiative zu ihrer Arbeit angehängt. Es ist an einen niedergelassenen Arzt adressiert, der an vergangenen Treffen der Initiative teilgenommen hatte und nun Fragen zu den bisherigen Maßnahmen hatte. Im Schreiben der Initiative wird der Plan unterbreitet, »in einem nächsten Step die Einbindung eines gewerblichen Anbieters [vorzunehmen], der sich auf die Vermittlung von Mediziner:innen spezialisiert hat« (Speicher Sucht Arzt 2021: 2). Das Schreiben verweist auch auf die Kosten einer solchen Kooperation. Der Anbieter – namentlich der Deutsche Hausarzt Service – prämiert die Vermittlung einer Weiterbildungsassistenz mit 10.000 Euro und eine Facharztvermittlung mit 12.500 Euro (vgl. Deutscher Hausarzt Service 2021: 2). Zum Erhebungszeitpunkt stand noch nicht fest, ob es zu dieser Kooperation kommt.

Eine letzte kommunale Initiative bildet die in der Presse kurz erwähnte Studie des DRK-Kreisverbands. Es wurde bereits erläutert, dass sich der Kümmerer die relevanten Informationen von Seiten des Kreises erhoffte. Offensichtlich gelang dies nicht, denn er musste er sich an die KV RLP wenden. Auch hier kam der gewünschte Informationsfluss nicht zustande. Dies stellt nach Angaben eines Bürgermeisters eine zentrale Hürde für die Analyse der lokalen Bedarfe und die zu formulierenden Handlungsempfehlungen dar. Er kommentiert die nun dilemmatische Situation der Kommune wie folgt:

»Da treffen Sie einen wunden Punkt [...] Diese Studie ist abgeschlossen. [...] Das Fazit ist relativ ernüchternd, nämlich, dass der Mitarbeiter, der die Studie gemacht hat vom Roten Kreuz, fast keine Unterstützung erfahren hat. Weder vom Gesundheitsministerium in Mainz noch von der KV. Dass die da mitgearbeitet haben an Verbesserungen oder an innovativen Vorschlägen, wie man solchen Dingen auf dem Land eben begegnen kann, der immer schlechter werdenden Versorgung. Es gibt ja zwei Möglichkeiten: Entweder wir zwingen Ärzte dahin. So nach dem Motto diktatorisch. Stellen es dadurch staatlicherseits sicher. Sagen wir es mal so. Oder wir schaffen Ersatz für ärztliche Leistungen oder erleichtern das. Erleichtern Fahrzeiten beispielsweise. Wir können ja nur den zweiten Weg gehen, ehrlich gesagt. Jedenfalls wir selbst, wenn wir uns selbst darum kümmern. Die Rahmenbedingungen, die muss natürlich der Staat ändern, dass zumindest irgendwo eine Mindestanzahl an Hausärzten in einem Gebiet immer vorhanden bleibt.« (Interview EKBP III)

Dass sich die Kommunen im Kreisgebiet abmühen und viele Ressourcen in die Bearbeitung lokaler Versorgungsprobleme stecken, scheint auf Kreisebene keine Unruhe auszulösen. Auf Nachfrage nach kreiseigenen Forderungen oder Strategien verweist der interviewte Repräsentant erneut darauf, dass die medizinische Versorgung im Rahmen der genannten Vorhaben nicht die »alleroberste Priorität« (ebd.) bei den Bürger:innen habe. »Das ist also bisher kein Thema, das richtig aufgerüttelt hätte in der Bevölkerung. Es plopt auf, wenn ein Arzt zu macht und wenn die Leute dann nicht sofort einen neuen Hausarzt, eine neue Hausärztin finden.« (Ebd.) Das ergriffene Kreisengagement stuft der Mitarbeitende als in Teilen aktivistisch ein. Er räumt ein, der Kreis werde auch aktiv, »damit man nicht den Vorwurf gemacht bekommt, man sehe das nicht oder sei völlig untätig« (ebd.). Es stellt sich der Eindruck ein, der zuständige Mitarbeiter nehme den

Kreis nicht als (mit-)verantwortlichen Akteur wahr. Dies ist insofern überraschend, als die Presseberichterstattung einen anderen Eindruck vermittelt. Im Interview mit dem in das MVZ-Projekt involvierten Projektentwickler kritisiert dieser wiederholt, dass Verantwortliche auf Kreisebene sich im Rahmen des MVZ-Projekts wiederholt gegenüber relevanten Anfragen nicht-responsiv gezeigt hätten (vgl. Interview EKBP I). Die Genossenschaft sei nicht aus sich heraus ein finanzstarkes Konstrukt und war deshalb auf die Unterstützung des Kreises und des Landes angewiesen. Der Berater sei in der Sache wiederholt auf den Kreis zugegangen und habe betont, dass die Genossenschaft als Hilfskonstrukt den Interessen des Kreises und seiner Bewohner:innen zuträglich sei – ohne Erfolg. Der Interviewte vermutet, dass das Projekt »PR-mäßig toll, aber funktional ganz kritisch« (ebd.) für den Kreis ist.

»Man muss eben berücksichtigen, da entsteht ein Konstrukt. Das hat einen relativ hohen Wert erstmal, weil ja privatwirtschaftlich über Bankdarlehen Geld dort drin ist das aber eigentlich eine Verfügungsgewalt dieser Gesellschaft ist. Und dann haben einzelne Genossen mit 1.000 Euro einen nicht unerheblichen Anteil der Verfügungsgewalt an diesen Vermögenswerten.« (Ebd.)

Dass die Interessen von Projektinitiatoren, lokaler Ärzteschaft, Kommunen und Kreis nur schwer miteinander zu vereinbaren sind, wird auch durch die Aussagen des Kreisrepräsentanten im Interview deutlich. Dieser bezeichnet die Vorstellungen der Genossenschaft und ihrer Initiatoren als überzogen (vgl. Interview EKBP II). In eine ähnliche Richtung argumentiert ein Bürgermeister, der die Wirkung des MVZ-Projekts für die Fläche hinterfragt. Die Initiatoren der Ärztegenossenschaft hätten primär darauf geachtet, ihre Praxis in dem Konstrukt unterzubringen und erst dann an die Gemeinschaft, die Kommunen und zu versorgenden Bürger:innen gedacht (vgl. Interview EKBP III).

5.3.2.3 Kommunale Verantwortungsgefühle

In der Bewertung der lokal getesteten Maßnahmen durch die involvierten Akteure deutet sich an, dass diese die Entwicklungen in der gesundheitspolitischen Regulierung reflektieren. Insbesondere die KV RLP scheint den Entschluss gefasst zu haben, sich politisch zu profilieren, um einerseits den eigenen Beitrag zur Versorgungssicherung herauszustellen und zugleich Allianzen zur Verfolgung ihrer Interessen zu schließen. Im erwähnten YouTube-Gesprächsformat zeigt sich die Unzufriedenheit der KV RLP mit dem ihr wiederholt attestierten Bedeutungsverlust (vgl. KV RLP 2021d). Die abgeleitete Liste an Forderungen zielt auf die Wiederherstellung eines weniger regulierten – oder wie die KV RLP es selbst positiv formuliert »freien« (ebd., 19:30) – Arztberufes. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV RLP Bartels versucht unterschiedlichen Politiker:innen, etwa der Bundestagsabgeordneten Tanja Machalet (SPD), ein Bekenntnis zum freien Arztberuf zu entlocken. Er stellt ihr dazu die Frage: »Ist der freie Arztberuf nicht mehr gewollt von der Politik?« (KV RLP 2021c, 16:45)

In der Position der KV RLP zeigt sich eine grundsätzliche Kritik am und Skepsis gegenüber dem Staat. Die KV RLP lehnt staatliche Regulierung nicht in Teilen ab, sondern wähnt eine »Planwirtschaft« (KV RLP 2022b, 38:00) in jeglicher staatlicher Intervention. Dabei nimmt sie die Repräsentant:innen des Staates nicht als sachkundige Akteure wahr.

Gegenüber der Präsidentin des Verbandes der medizinischen Fachberufe betont Bartels, den politisch Verantwortlichen sei die Situation im ambulanten Bereich gar nicht zugänglich (KV RLP 2022c, 29:55).

Bartels geht zudem von einem Ungleichgewicht zwischen dem als mangelhaft wahrgenommenen Wissen der Kommunalpolitik auf der einen Seite und der verbandlichen Expertise auf der anderen Seite aus (KV RLP 2021c, 11:00). Er ist sich sicher, dass es sich negativ auf die Versorgung auswirken werde, wenn »politische Notwendigkeiten des jeweilig zu wählenden Landrates oder Bürgermeisters [...] mehr Gewicht haben als das Eigentliche, dass man die Versorgung tatsächlich in einer vernünftigen Weise dort vor Ort in die Wege leitet« (KV RLP 2021b, 20:00). Politiker:innen versprechen für Wählerstimmen überall die medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten (ebd., 11:05). Bartels warnt davor, dass die Politik »die komplette Verbeamtung der Ärzteschaft« (ebd., 16:00) verfolgt, indem sie den freien Arztberuf und die Rechte der KVen beschneidet. Die KV RLP verknüpft dieses Zukunftsszenario mit einer unausweichlichen Verschlechterung der Versorgung. Es wird wiederholt deutlich, dass es zur Versorgungssicherung aus Sicht der KV RLP wichtig ist, gegenüber der Politik an einem Strang zu ziehen. In diesem Ansinnen rechnet die KV RLP den gesetzlichen Krankenkassen und der gemeinsamen Selbstverwaltung eine ambivalente Rolle zu. Einerseits lobt sie das Regulierungsarrangement, andererseits macht sie einen substanziellen Reformbedarf aus. Bartels argumentiert, die gemeinsame Selbstverwaltung stoße auch deshalb an ihre Grenzen, weil die gesetzlichen Krankenkassen keine genuinen Interessen an der Versorgung hätten (vgl. KV RLP 2021c, 29:30). Die Kassen seien vielmehr, entgegen der KVen, offen für mehr Regulierung.

Die Vermutung liegt deshalb nahe, dass die KV RLP versucht, ihre Kapazitäten zu schonen, indem sie die (Mit-)Verantwortung anderer Akteure betont. Das zeigt sich zum Beispiel dadurch, dass die KV RLP mantraartig wiederholt, dass der demografische Wandel allen Akteuren Anstrengungen abverlange. Gelegentlich folgt dieser Argumentation die Zuordnung der vertragsärztlichen Versorgung zum Bereich der Daseinsvorsorge. Diese Verschiebung des Blicks auf die lokale Politik und Verwaltung findet sich auf der KV RLP-Webseite arzt.nah.dran. Unter dem Reiter »Zehn gute Gründe« wird das Bild einer öffentlichen Verantwortung für die ärztliche Versorgung gezeichnet.

»[A]uch in unserem Bundesland kann man den drohenden Ärztemangel bereits spüren. Vor allem auf dem Land könnte sich die Situation künftig zuspitzen, sollten Politik und Gebietskörperschaften nicht rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen.« (KV RLP o.J.b)

In der Vorstellung der KV RLP werden neben den Kommunen auch dem Land Zuständigkeiten zu Teil, die sich, wie oben dargestellt, vor allem auf finanzielle Unterstützungsleistungen fokussieren. Die angespannte Beziehung zwischen der KV RLP und dem Landesgesundheitsministerium resümiert der Minister gegenüber Bartels kritisch:

»Sie sagen, die KV kann den Arzt nicht in den ländlichen Raum bringen. Die Politik auch nicht. Und deshalb ist es gut, wenn wir zusammenarbeiten. Der Arztberuf ist ein freier

Beruf und die Sicherstellung liegt nun mal bei der KV. Ich habe bisher nicht den Eindruck gehabt, dass die KV sich wünschen würde, dass das Ministerium sehr steuernd eingreift.« (KV RLP 2021d, 11:35)

Und auch ein Bürgermeister berichtet von der Kluft zwischen der Selbst- und der Fremdwahrnehmung der KV RLP: »Wir haben überhaupt keine Beziehung zur KV. [...] Man hat so den Eindruck, die KV macht so ihr eigenes Ding und muss nur so schauen, dass ihre Finanzen stehen.« (Interview EKVP III)

Zur Koalitionsbildung, zur Vernetzung, schließt sich die KV RLP in der Freien Allianz der Länder-KVen (FALK) mit Gleichgesinnten zusammen. Deren Geschäftsführer berichtet gegenüber Bartels im Gespräch, die Sicherstellung mutiere zunehmend zur »Überlebensfrage« (KV RLP 2022a, 22:30) der KVen. Ein Interviewpartner argumentiert für die vorliegende Studie in die entgegengesetzte Richtung: Die Macht der KVen und der gemeinsamen Selbstverwaltung sei auf Dauer gestellt und auch durch Irritationen wie die des Ärztemangels nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Die KVen stünden vielmehr einem »handlungsunfähigen Staat« (Interview EKBP I) gegenüber, der sich von ihnen abhängig gemacht habe und dessen Bemühungen, die Versorgung flächendeckend zu gewährleisten, scheiterten. Gesundheitszentren und MVZs entstünden, weil niemand wirklich Verantwortung übernehmen wolle. In diesem Zusammenhang kritisiert der Interviewte auch das Vorgehen der Repräsentant:innen des Eifelkreises als in Teilen unlauter. So würden Personen als Seniorenvertreter:innen oder Patientenvertreter:innen in politischen Gremien ernannt werden, die zwar engagiert seien, aber eben auch von ihrer Persönlichkeit her keine »Unruhe stiften« (ebd.).

»Man hat ein Placebo, aber der tut einem nicht weh. [...] Um dem ganzen Gedanken einen Sinn zu geben, müsste es eine breitere demokratische Basis geben, die diese Menschen bestimmt. [...] Demokratie ist ein gutes Mittel und manchmal sollte man es auch anwenden.« (Ebd.)

Der Interviewte erinnert sich darüber hinaus daran, wie dem MVZ-Projekt die Unterstützung durch den Kreis versagt blieb, weil der Landrat sich vor einer Indienstnahme des lokalen Staats durch die Bürger:innen fürchtete. Grund hierfür sind kommunalrechtliche Besonderheiten in Rheinland-Pfalz, die sich in der Existenz der Orts- und sie eingliedernden Verbandsgemeinden begründen. Es habe Gespräche zwischen dem Kreis und dem Landesinnenministerium gegeben, weil, so der Interviewte, die »Gesundheitsvorsorge ja ein Teil der Daseinsvorsorge ist. Jetzt war die spannende Aufgabe: Wie bekommt der Kreis [...] diese Aufgabe aus der Ebene der Ortsgemeinde auf die Verbandsgemeinde« (ebd.). Bislang habe der Kreis keine administrativen Rechte über die Ortsgemeinden in diesem Bereich gehabt. Just in dieser Zeit habe der Kreis allerdings den ÖPNV reformiert. Die Abschaffung des Schulbusses habe zu einem »Shitstorm« (ebd.) seitens der Eltern geführt, der über die Verbandsbürgermeister hereinbrach.

»Dann hatte der Landrat plötzlich unheimliche Angst, dass jetzt, wenn die Gesundheitsversorgung auch noch für alle erkennbar in einem Bereich liegt, auf den der Kreis aktiv Einfluss nehmen kann, dass dann bei jedem Problemchen, das dort auftaucht –

eine Praxis muss geschlossen werden und so weiter – dass dann sofort die politischen Vertreter, Mandatsträger in öffentliche Beobachtung geraten. Und dann hat er gesagt: Nein, das will ich nicht.« (Ebd.)

Auch der Kreis selbst sieht die Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Akteuren als ungenügend an. Er könne folglich nur ein »Troubleshooter sein vor Ort, ein Kurzfrist-Denker« (Interview EKBP II). Insbesondere das mangelhafte KV-System erhöhe den Druck auf die kommunale Strategieentwicklung.

»Ich hänge jetzt nicht an der KV ehrlich gesagt. Ich glaube, dass die Struktur nicht sehr gut funktioniert. Aber das Grundmodell des zugelassenen Arztes, der zugelassenen Ärztin, dabei sollte es schon bleiben. Wenn es Private oder Sozialträger gibt, Krankenhäuser oder ähnliche, die MVZs gründen wollen, dann ist das aus unserer Sicht besser, als wenn die kommunale Seite das hier flächendeckend aufbaut. Die kommunale Seite hat keine Erfahrung im Management von Versorgungszentren oder Medizinischen Versorgungszentren. Wir haben dafür kein Personal und wir haben dafür das Know-how nicht. [...] Das wäre jetzt ein neuer Schritt, der dann vielleicht zwangsläufig notwendig wird, wenn es noch dramatischere Versorgungslücken gibt. [...] Wenn das also ganz schlimm kommt, dass man keine Hilfe... dann wird man irgendwie den letzten Strohalm greifen wollen. Es wäre allerdings schlimm, wenn es so weit kommen würde.« (Ebd.)

Der Repräsentant hofft, dass die »große Politik« (ebd.) erkennt, dass die Problemlage mit den bisherigen Rahmenbedingungen und Instrumenten nicht zu lösen ist. Die Bürgermeister:innen und ihre Verwaltungen versuchen dieses Vakuum zu füllen. Ein Bürgermeister reflektiert frustriert die bestehenden Probleme der kommunalen Initiativen und zeigt sich ratlos ob der Kompetenzabwälzung:

»Wir machen uns also selbst auf den Weg mit äußerst bescheidenen Mitteln. Das hat ja mit medizinischer Versorgung jetzt weniger zu tun, sondern eben der Sicherheit der Bevölkerung. Und die Kommunen werden eigentlich überhaupt nicht unterstützt. Ich meine das Land kann sich zurückziehen und sagen, »Ihr seid eh nicht zuständig, von daher brauchen wir euch auch nicht unterstützen. [...] Vielleicht ist es so, dass das letztlich eine Gesetzeslücke ist von der Zuständigkeit her. Wer ist zuständig? Wer muss und wer soll der Kümmerer sein auf gut Deutsch? Soll das Land mit seinen Steuereinnahmen das machen? Ist das der Auftrag der KV? Gehört das zum Versorgungsauftrag dazu? Das würde ich mir natürlich wünschen. [...] Die Kommunen haben keinen eigenen Sachverstand. Punkt. Ende. Aus. Weder der Landkreis noch die Verbandsgemeinde. Wir müssen uns den einkaufen. Und die Frage ist: Warum sollen wir Geld dafür bezahlen, obwohl es nicht unsere Zuständigkeit ist? Für eine Aufgabe [...], die eigentlich die KV in Abstimmung mit dem Gesetzgeber zu leisten hätte. [...] Ich stelle mir die Fragen nie, weil ich immer sehr pragmatisch handle und versuche, immer das Beste aus der Situation zu machen.« (Interview EKBP III)

5.3.3 Zwischenfazit

Die mediale Berichterstattung der ärztlichen Versorgungslagen im Eifelkreises Bitburg-Prüm nimmt dramatisierende Züge an. Vom »Praxissterben« ist die Rede und davon, dass es »fünf vor zwölf« ist, wolle man dem Problem noch mit Lösungen Einhalt gebieten. Ohne gewichtige Gegenpositionen wird die ambulante medizinische Gesundheitsversorgung als Teil der Daseinsvorsorge und damit als öffentliche Aufgabe im öffentlichen Diskurs positioniert. Dabei nehmen insbesondere die Lokaljournalist:innen eine mahnende Position ein. Die freie Niederlassung der Vertragsärzt:innen müsse gegen den Bedarf nach einer wohnortnahen Versorgung abgewogen werden. Die sei die Aufgabe der Politik und Verbände der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen. Bereits 2009 wird der Ärztemangel öffentlich proklamiert. Die KV RLP nimmt dazu lange Zeit kaum Stellung. Wenn sie es tut, changieren ihre Problemdeutungen über die Zeit. Einerseits macht sie einen kommunale Unterstützungsbedarf aus, andererseits stellt die KV RLP öffentlich die Frage, ob Kommunen wegen ihrer Partikularinteressen überhaupt an der Versorgungssicherung beteiligt sein sollten. Gegenüber der Landes- und Bundespolitik verweist die KV RLP auf übernutzte Versorgungsstrukturen und fordert ein, diese durch eine finanzielle Selbstbeteiligung der Patient:innen zu entlasten. Sie kritisiert, die Bedarfsplanung verhindere Niederlassung und fordert ihre Abschaffung. Letztlich befördere auch die Unterfinanzierung des ambulanten Sektors und dessen fehlerhafte Regulierung den Ärztemangel.

Die Problemdeutung der Kreisebene fällt weniger komplex aus. Wiederholt fragen Vertreter:innen des Kreises im Rahmen unterschiedlicher Foren die Lokalbevölkerung nach ihrer Problemrangliste, um etwaige Schritte in Richtung öffentlicher Intervention zu begründen und zu legitimieren. Dabei zeigt sich ein Repräsentant des Kreises erleichtert davon, dass die vertragsärztliche Versorgung die Rangliste der Forderungen nicht anführt. Dennoch entsteht aus einigen AGs, einem Landesprogramm zur Strukturförderung und einem Kreisentwicklungsprogramm eine Gewährleistungserwartung auf Kreisebene, die dieser durch Kooperationen mit Berater:innen und Projektentwickler:innen zu erfüllen versucht. Die vormalis angestrebte vermittelnde Rolle des Kreises wandelt sich zu einer gestaltenden Rolle.

Auf Ebene der getesteten Maßnahmen wird insbesondere das Genossenschafts-MVZ zum Konfliktherd. Eine Koalition aus der Ärztegenossenschaft und dem Landrat, später auch der Bevölkerung, setzt sich punktuell kritisch mit dem KV-System und der gemeinsamen Selbstverwaltung auseinander. Die KV RLP scheint in der Ärztegenossenschaft eine Konkurrenz zu ihrer Niederlassungspraxis, zumindest eine ungeliebte Irritation der eingespielten Strukturen zu sehen. Die Spannungen gehen so weit, dass die MVZ-orientierte Koalition in Frage stellt, ob die Existenzgrundlage der KV RLP weiterhin gegeben ist. Das traditionelle gewährleistungsstaatliche Arrangement gerät für einen Moment aus dem Gleichgewicht. Die zeitweise sehr aufgeladene Stimmung zwischen den Koalitionen führt sowohl zum informierten öffentlichen Diskurs als auch zum Rückzug der KV RLP aus der regionalen Diskursarena. Die Interviewpartner:innen berichten, es habe sich ein Graben zwischen den Parteien aufgetan, der trotz anderweitiger Kooperationen die Stimmung nachhaltig irritiert. Das gegenseitige Misstrauen verhindert lokale Schulterschlüsse zwischen den Kommunen und der KV RLP. Das MVZ-Projekt verdeutlicht

derweil die lokale Gewährleistungsstaatlichkeit. Die Kommunalvertreter:innen diverser Gemeinden und des Kreises engagieren sich weitreichend, um eine günstige Gesetzesinterpretation des damaligen Bundesgesundheitsministers zu erreichen. Die Bürger:innen schließen sich der Diskurskoalition um das MVZ an.

Die kommunalen Initiativen sind allenfalls partiell wirksam. Die Ärztegenossenschaft hatte anhaltende Probleme, Ärzt:innen für die dezentralen Praxen zu gewinnen. Später musste sie in Folge eines Streits um die Gehälter eines Arztes gar Insolvenz anmelden. Die Praxen konnten in Teilen gerettet werden (vgl. SWR 2023). Das Gesundheitszentrum in Neuerburg ist zwar hausärztlich besetzt, allerdings stellen einige Interviewpartner:innen in Frage, ob der überschaubare Bedarf die öffentlichen Investitionen legitimiere und das Gesundheitszentrum deshalb als Stärkung der lokalen Versorgung gelten kann. Eine städtische Initiative zur Anwerbung von Ärzt:innen blieb bis dato erfolglos.

Insgesamt entwickelt sich die KV RLP zur Staatskritikerin. Sie propagiert ein durchweg negatives Bild des Gesetzgebers und warnt wiederholt vor einem Staatsdirigismus. Sie erarbeitet sich ein politisches Profil und versucht politische Allianz mit der Landes- und Bundespolitik, Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene und zum medizinischen Nachwuchs zu knüpfen. In der Presse wird von einigen bilateralen Gesprächen und Austauschkanälen zwischen der KV RLP und den Kommunen im Eifelkreis Bitburg-Prüm berichtet. Gleichwohl kritisiert ein Bürgermeister, die KV RLP hätte relevante Informationen für eine lokale Initiative zurückgehalten. In diesem Zusammenhang erweist sich die Umsetzung einer Studie des DRK deshalb als voraussetzungs-voll, weil das Land und die KV RLP relevante Informationen nicht zur Verfügung stellten.

In den Kommunen stellt sich über die 15-jährige Beschäftigung mit den Versorgungsdefiziten ein durchwachsendes Bild ein. Die Bürgermeister zeigen sich skeptisch, in die Privatwirtschaft der Ärzte einzugreifen. Bei ihnen stellt sich eine gewisse Ratlosigkeit mit Blick auf ihr zukünftiges Handeln ein. Der Kreis gibt an, er schrecke aufgrund fehlender eigener Erfahrungen davor zurück, ein kommunales MVZ zu errichten. Ein im Kreis tätiger Berater berichtet, der Landrat depolitisiere die Lage mitunter, um sich vor einer weiteren Inanspruchnahme zu schützen (vgl. Interview EKBP I). Der Kreis scheint seine Bemühungen darauf zu beschränken, dass er es Dritten ermöglicht, gestaltend tätig zu werden. Dies entspricht dem klassischen Gewährleistungsgedanken. Mitunter zeigt sich der interviewte Kreisrepräsentant indifferent gegenüber den mit den kommunalen Initiativen verbundenen Problemen. Das eigene Handeln bezeichnet er als notwendigen Aktionismus. Der Kreis werde niederschwellig tätig, um zu verhindern weitreichender intervenieren zu müssen.

In dieser Gemengelage bleiben die schwachen Interessen unterrepräsentiert. Ein Bürgermeister reflektiert die Interessenintegration mit Blick auf die von den Versorgungsdefiziten betroffenen Personen vor Ort als mangelhaft. Das lokalpolitische System leiste allerdings einen Beitrag dazu. Seniorenvertreter:innen oder Patientenvertreter:innen würden mitunter so für Ämter in politischen Gremien ausgewählt, dass sie keine »Unruhe stiften« (ebd.).

5.4 Vogelsbergkreis, Hessen

2010 berichtet Jan Hilligardt, damals geschäftsführender Direktor im Hessischen Landkreistag, im Rahmen einer Studie zur ambulanten ärztlichen Versorgung »aufgrund deutlich werdender Versorgungsengpässe [von einem] bis dato unbekannt[e]n Problemdruck« (2010: 221). 12 der 21 hessischen Landkreise geben damals an, Versorgungsinstabilitäten wahrzunehmen und flankierende Unterstützungsmaßnahmen zu testen. Zudem habe die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) bereits 2006 einen »gefühlten« sowie einen »tatsächlichen« Ärztemangel« vernommen (ebd.: 222). Anzeichen für einen gefühlten Ärztemangel macht die KVH in den zunehmenden Beschwerden von Patient:innen und Politiker:innen aus, sowie in der zunehmenden Thematisierung des Problems durch die Presse. Für den tatsächlichen Ärztemangel spreche die »Zunahme der Anzahl abgabewilliger Ärzte, der Rückgang der Anzahl niederlassungswilliger Ärzte sowie der Rückgang der Anzahl weitergebildeter Ärzte« (ebd.). Hilligardt hält fest, die Debatte stehe am Anfang, der Handlungsbedarf sei unstrittig und das gemeinsame Problembewusstsein aller Akteure gegeben. Es würde nun über Maßnahmen diskutiert und ausgehandelt, ob und wie die Bundesebene involviert werde (ebd.: 228).

Die Studie macht deutlich: In Hessen wird die vertragsärztliche Versorgungslage seit einigen Jahren öffentlich diskutiert, wobei deren öffentliche Gewährleistung zur Debatte steht. Dies unterstreicht eine Studie aus dem Jahr 2020, die die Entwicklung ländlicher Räume in Hessen untersucht. Sie kommt für die Gesundheitsversorgung als ausgewähltes Feld hessischer Struktur- und Regionalpolitik zu den folgenden Erkenntnissen: »In allen Interviews, die wir geführt haben, war die prekäre Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen ein zentrales Thema und wurde als Ausdruck bereits bestehender oder drohender sozialer Spaltungen gewertet« (Kallert et al. 2020: 55). Die für die Studie Interviewten hätten lokale Initiativen, auch im Vogelsberg, durchaus positiv bewertet. Ein »Gesamtkonzept der Landesregierung zur Sicherung der Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen« (ebd.) vermissen sie allerdings. Es mangle an Mediziner:innen, die die Angebote vor Ort in Anspruch nähmen, weshalb Maßnahmen nicht mehr als »Placebos« (ebd.: 56) seien. Die kommunalen Anreizstrukturen verschärften den Wettbewerb um Ärzt:innen (ebd.: 55).

Vor dem skizzierten Hintergrund wird im Folgenden der den Vogelsbergkreis betreffende lokale Mediendiskurs für den Zeitraum 2017–2022 ausgewertet. Er stellt sich zunächst wenig konfliktiv dar und verspricht einige Erfolgsbedingungen für die Versorgungssicherung zu markieren. Schließlich engagiert sich die politische Ebene des Kreises früh mit unterschiedlichen Maßnahmen und pflegt stets einen regen Austausch mit der KVH und den gesundheitspolitischen Akteuren auf Landesebene. Dennoch häufen sich ab Ende 2018 die Berichte von wachsenden vertragsärztlichen Versorgungslücken im Kreisgebiet. Zudem wirken die ergriffenen Instrumente nach Angaben der Interviewpartner:innen nicht wie gewünscht. Ein noch junges, interkommunal getragenes MVZ kämpft mit Personalengpässen, während in immer mehr Kommunen der Handlungsdruck wächst. Die Kreisebene sieht sich vermehrt mit komplexen Anfragen und Ansprüchen konfrontiert, die sie an ihre Grenzen führen. Deshalb steht der Vogelsbergkreis trotz des vergleichsweise regen kommunalpolitischen Engagements weiterhin vor großen Herausforderungen.

5.4.1 Der mediale Diskurs in der Oberhessischen Zeitung

Zwischen 2017 und dem Frühjahr 2022 berichtet die Oberhessische Zeitung (OHZ) in zunehmendem Umfang von Sicherstellungsproblemen. Wegen des kurzen, inhaltlich ergebnisreichen Zeitraums ist weniger von Phasen der Berichterstattung als vielmehr von einer Verdichtung des Diskurses über die Zeit zu sprechen. 2017 und 2018 behandeln die Artikel die auf der Kreisebene initiierte Idee eines öffentlich getragenen MVZ. In den Folgejahren äußern sich mehr und mehr Akteure in der Presse. Die Zahl der Kommunen mit einer instabilen ärztlichen Versorgungslage steigt und die Kommunalpolitik beginnt das öffentlich getragene MVZ-Projekt kritisch zu reflektieren. Darüber hinaus beraten diverse Gemeinden darüber, Ärztehäuser zu realisieren. Dabei stellen die eingebundenen Berater, Projektentwickler und Investoren eine Besonderheit des vorliegenden Falls dar.

5.4.1.1 Versorgungsrelevante Diskurse auf Kreisebene (2017–2018)

Bereits zu Beginn des erhobenen Mediendiskurses steht der Vogelsbergkreis als Akteur im Zentrum diverser Aktivitäten, die auf die Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung fokussiert sind. Der erste Kreisbeigeordnete und Gesundheitsdezernent äußert gegenüber der OHZ: »Wir tun alles, um die hausärztliche Versorgung auf dem Land auch in Zukunft zu gewährleisten.« (OHZ 27.07.2017) Die entsprechenden Maßnahmen sind im Aus- und Weiterbildungspaket »Medizin+« gebündelt. Es umfasst ein Stipendium, Fördermittel für Blockpraktika, die im Kreisgebiet absolviert werden und eine bereits 2013 eingerichtete »Fachstelle Gesundheitliche Versorgung« (vgl. OHZ 03.01.2017).

Im Mai 2017 findet die dritte Vogelsberger Kreisgesundheitskonferenz mit dem Titel »Herausforderungen annehmen – ärztliche Versorgung zukunftssicher gestalten« statt. Neben diverser Kreisvertreter:innen und -politiker:innen sind am Veranstaltungsabend auch eine Versorgungsforscherin der Universität Frankfurt a.M. und ein Berater der Quaestio – Forschung und Beratung GmbH⁶ anwesend. Im Auftrag des Kreises haben die beiden zuvor den lokalen Bedarf an ambulanter medizinischer Gesundheitsversorgung erhoben. Auf der Veranstaltung werden die Ergebnisse präsentiert. Unterschiedliche Anwesende, vornehmlich aus der lokalen Ärzteschaft, kritisieren die mangelhafte Datengrundlage der Studie, die deshalb nicht repräsentativ sei. Die Autor:innen der Studie verweisen auf die wenig kooperationswillige KVH, die Details zurückgehalten habe (vgl. OHZ 10.05.2017). Die beiden haben sich deshalb mit den verwendeten Zahlen zufriedengeben müssen. Als sich weitere, eher grundlegende, Kritik an der Passgenauigkeit bedarfsplanerischer und niederlassungspraktischer Einzelheiten entfacht, richtet Landrat Manfred Görig (SPD) kritische Worte in Richtung KV. Er wirft ihr vor,

6 Auf der Webseite des Beratungsunternehmens findet sich folgende Beschreibung zu der Erhebung: »Für die Gemeinden des Vogelsbergkreises wurden auf der Basis eines Datensatzes der AOK die räumlichen Verflechtungen bzw. Patientenströme zwischen Wohnort und Praxisstandort ermittelt. Auf dieser Basis konnten die jeweiligen Distanzen und der damit verbundene Zeitaufwand berechnet werden. Unter der Annahme einer zukünftig möglicherweise reduzierten Zahl von Praxisstandorten wurde schließlich in Szenarien dargestellt, welcher Weegaufwand resultiert und welche Gemeinden in welchem Umfang schlechter gestellt werden.« (Quaestio – Forschung und Beratung GmbH o.J.)

in der Vergangenheit Bevölkerungszahlen verändert zu haben, um den Eindruck einer ausreichenden Versorgung zu erwecken (ebd.). Der Vorwurf bleibt unkommentiert. Auf die Nachfrage, ob nicht vor allem die Bundespolitik in die Verantwortung genommen werden sollte, antwortet der Landrat wie folgt:

»Der Bund hilft uns da nicht. Ich glaube, wir selbst können organisatorisch fast alles machen. Wir müssen kämpfen und das auffangen, was machbar ist.« Dem stimmte auch Herbststeins Bürgermeister Bernhard Ziegler zu: »Wir können nur der Politik entgegenreten, wenn wir selbst Modelle erarbeiten. Daher ist der Schritt heute ein ganz wichtiger.« (Ebd.)

Es wird deutlich, dass die Kreisebene mit der Gesundheitskonferenz gestalterische Ziele verfolgt. Der Gesundheitsdezernent versucht, die angespannte Stimmung zu beruhigen, indem er auf die anstehenden Treffen der Lenkungsgruppe der Konferenz und die geplanten kommunalen Vertiefungsworkshops hinweist. Für die Treffen schreibt der Kreis Fördergelder aus, auf die sich die Kommunen bewerben können. »Wichtig ist der Weg« (ebd.) resümiert der Landrat.

Bei einem Treffen des Lauterbacher Hausärztekreises im November 2018 kritisiert die Ärzteschaft den eingeschlagenen Weg, »die ärztliche Versorgung allein auf Kreisebene zu organisieren« (OHZ 07.06.2017) wie folgt: »Uns Hausärzten brennt das Thema auf der Seele«, versichert der Leiter des Hausärztekreises (OHZ 06.11.2018). »Uns könnte es egal sein, wir könnten sagen, nach uns die Sintflut. Das tun wir aber nicht, da wir nicht einfach nur einen Job machen, sondern mit Leib und Seele für unsere Patienten da sind« (ebd.), pflichtet ein Kollege bei. Man unternehme sämtliche Versuche die Nachfolge zu sichern, auch über die KVN, betont eine Medizinerin, die ihre Praxis ohne Nachfolgeregelung schließt. Innerhalb der Ärzteschaft herrsche allerdings Hilfslosigkeit vor; niemand habe eine Lösungsansatz parat.

»Die Schließung der Praxis stellt uns vor Probleme, da ja sämtliche anderen Praxen bereits voll ausgelastet sind. Einfach mal 2000 Patienten unterzubringen, ist eigentlich gar nicht möglich«, betont [ein frustrierter Kollege, Anm. d. A.]. An der Tagesordnung sei es zurzeit, dass Patienten anriefen oder einfach in die Sprechstunde kämen und um Aufnahme bäten. Die Situation nach der Praxisaufgabe [...] sei durch den Ansturm sehr kritisch, die Stimmung der Ärzte wechsele zwischen Frustration und Resignation. Denn nicht alle Patienten könnten aufgenommen werden. Das sorge für Unverständnis und teilweise auch Wut bei den Patienten. Und die Ärzte würden alleingelassen mit dem Problem. Denn auch von der KV komme keine wirkliche Hilfe.« (Ebd.)

Währenddessen entsteht im Rahmen des vom Land Hessen aufgesetzten Dorfentwicklungsprogramms »Integriertes Kommunales Entwicklungskonzept« eine Initiative zum Bau eines Ärztehauses in der Gemeinde Kirtorf. Diverse nicht näher bekannte private Investoren seien bereit, mehrere Millionen Euro bereitzustellen (vgl. OHZ 29.06.2017). Im November nimmt das »Mammutprojekt« (OHZ 17.11.2017) Form an. Geplant und betrieben wird das Ärztehaus vom MEDZENTRUM-Netzwerk aus Gießen. Es handelt sich um einen Zusammenschluss aus einer Projektentwicklungsfirma, einer Kanzlei und einem Architekturbüro. Auf einer Veranstaltung, auf der das Projekt beworben wird, wird

es den rund 200 anwesenden Bürger:innen als »Quotenbringer par excellence« (ebd.) angepriesen.

Das Projekt dringt auch in andere Gemeinden durch. Ein Kandidat für das Amt des Bürgermeisters in der Gemeinde Feldatal gibt an, sich die Sicherung der ärztlichen Versorgung zum Ziel gesetzt zu haben. Er arbeitet für die Kanzlei, die an der Projektentwicklung in Kirtorf beteiligt ist. Er habe den Prozess in Kirtorf mit angestoßen und bereits gute Erfahrungen mit einem ähnlichen Projekt in der nahegelegenen Gemeinde Schwalmtal gemacht (vgl. OHZ 30.11.2017, 30.06.2018). Doch die Idee stößt offensichtlich nicht allorts auf Euphorie. Aus dem Rathaus des Schwalmtaler Ortsteils Brauerschwend werden kritische Töne laut. Die Gemeinde plant ein Gebäude in ein Ärztehaus umzubauen. Der parteilose Bürgermeister bewertet die Initiative jedoch als überaus risikoreich. Er betreue »politisches Neuland« (OHZ 15.10.2017) und beteilige sich an einem kostenintensiven Wettbewerb zwischen den Kommunen, ohne jegliche gesundheitspolitische Zuständigkeit.

2018/2019 häufen sich die Berichte von Kommunen, die sich mit vertragsärztlichen Nachbesetzungsproblemen konfrontiert sehen. Immer wieder können Nachfolger:innen für vakante Praxen gefunden werden. In Alsfeld findet sich beispielsweise im Rahmen einer Kooperation mit dem Aus- und Weiterbildungsverbund des Kreises eine Nachfolge. Doch wenig später scheiden weitere Ärzt:innen aus der Versorgung aus:

»Mittlerweile sind fünf Hausarztpraxen in der Stadt weggefallen und deren Patienten wurden auf die umliegenden Praxen verteilt. Dazu allerdings mussten wir der Kassenärztlichen Vereinigung offen darlegen, dass betroffene Patienten sonst nicht medizinisch versorgt wären«, schildert [die ansässige Allgemeinmedizinerin, Anm. d. A.] eine gravierende Folge des Hausärztemangels.« (OHZ 02.01.2018)

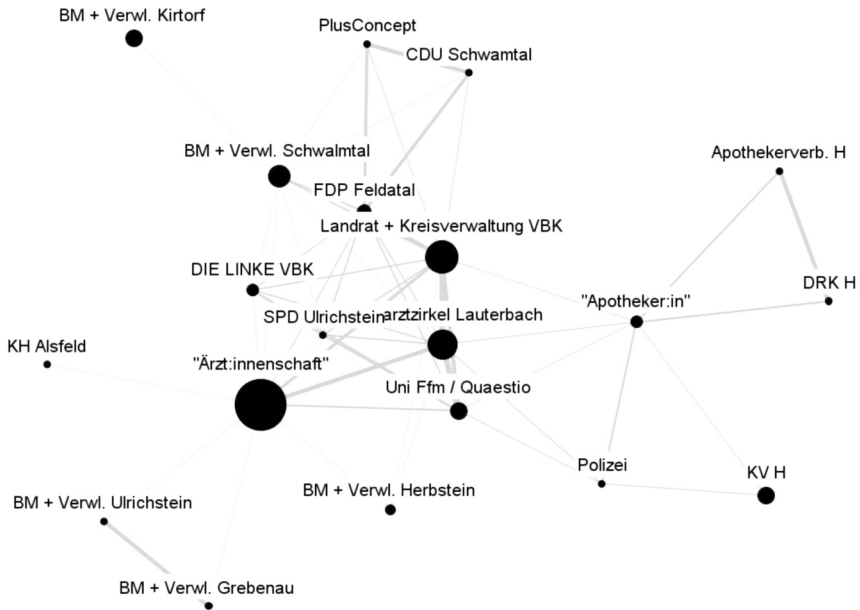
In der Gemeinde Schwalmtal setzt der Bürgermeister auf die Umwandlung einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis. Er resümiert: »Heute ist es ein Riesenproblem einen Hausarzt zu bekommen. Jetzt muss die Gemeinde tätig werden, um eine Perspektive für die hausärztliche Versorgung zu schaffen.« (OHZ 26.01.2018) In der Gemeinde Mücke konnte die Besetzung der ansässigen Hausarztpraxis zwar gesichert werden, der in Ruhestand gehende Hausarzt äußert sich gegenüber der Presse allerdings dennoch skeptisch:

»Die Landflucht hinterlässt schließlich viele Senioren ohne Familie und Versorgung. Wenn die nicht zu Hause betreut werden können, dann häufen sich die Noteinsätze«, weiß er, »das wird dann für unser Solidarsystem viel teurer als die Besuche der Hausärzte.« (OHZ 17.12.2018)

Abbildung 19 zeigt die betreffende Diskursphase. Einige Kommunen teilen die Deutung der Ärzteschaft, wonach Handlungsbedarf bestehe, namentlich Herbstein, Grebenu, Ulrichstein, Schwalmtal und Feldatal. Auch zur Kreisebene besteht eine argumentative Nähe. Die KVH hingegen befindet sich mit wenigen geteilten Argumenten in der Peripherie des Diskursnetzwerks. Sie tritt ohnehin nicht besonders häufig in der Presse auf. Das Land tritt in der Lokalpresse hingegen gar nicht auf, auch später nicht, als im

Rahmen der Vogelsberger Kreisgesundheitskonferenz eine AG eingerichtet wird, die Gespräche zwischen der Ärzteschaft und einigen Landtagsabgeordneten anstößt.

Abbildung 19: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2017–2018

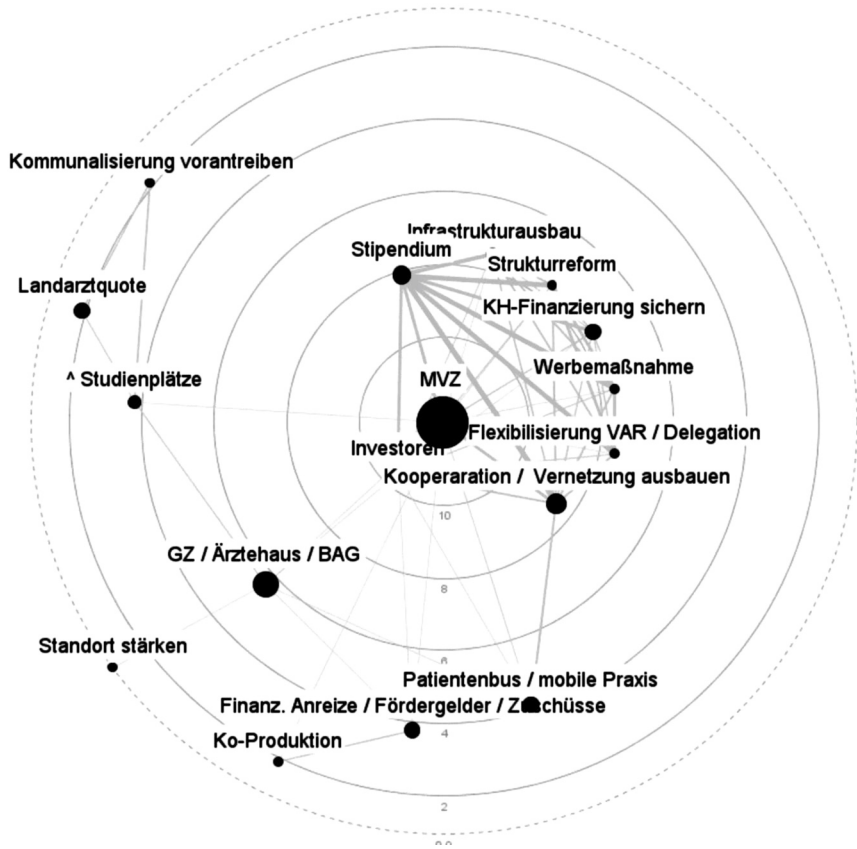


Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,034

In der Presse wird davon berichtet, dass die Vogelsberger Ärzteschaft von der »Ratlosigkeit über die Zuständigkeiten« (OHZ 28.08.2018) seitens der Landtagsabgeordneten überrascht ist. Die Ärzteschaft habe ein Positionspapier an den Landtag geschickt. Die Vorschläge und Forderungen der Ärzt:innen reichen von »Verbesserungen in der Bedarfsplanung, der Abschaffung von Regressen bis zur Schaffung einer primärärztlichen Interessensvertretung« (ebd.). Ein Arzt kritisiert im selben Artikel sowohl die Landespolitik als auch die KVH würden sich die Verantwortung gegenseitig hin und her schieben. Zudem würden die Krankenkassen am »System der Angst« (ebd.) festhalten, indem sie Praxen mit Regressforderungen verunsicherten. Einen Erfolg der Ärzteschaft kann der Arzt verzeichnen, schließlich sei es den Kolleg:innen gelungen, auf den »Ernst der Lage der ärztlichen Versorgung auf dem Land hinzuweisen« (ebd.).

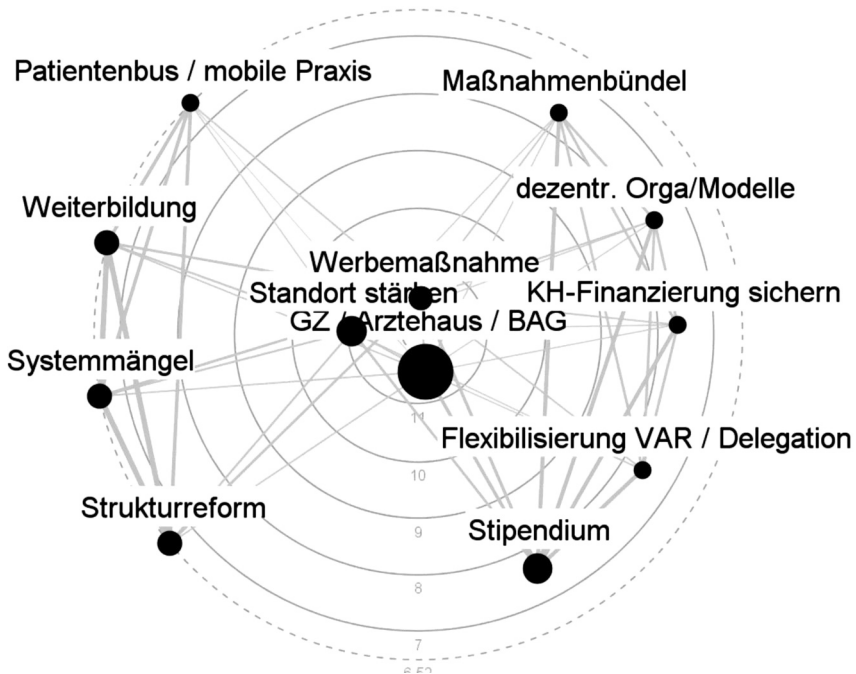
Zur selben Zeit beschäftigen sich die zuständigen Kreismitarbeitenden mit den Erkenntnissen der Kreisgesundheitskonferenz aus dem Vorjahr. In der Folge erhält die OptiMedis AG, eine Management- und Beteiligungsfirma mit Sitz in Hamburg, den Auftrag zur Erstellung einer Bedarfsanalyse. Von Beginn an steht die Gründung eines MVZ zur Debatte (vgl. OHZ 21.02.2019). Während es zuvor keine Rolle im Diskurs spielt, richtet sich das Kreisengagement spätestens ab 2019 vollkommen auf das MVZ aus (Abb. 21).

Abbildung 20: Radialnetzwerk Vogelsbergkreis »Maßnahmen« 2019–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Abbildung 21: Radialnetzwerk Vogelsbergkreis »Maßnahmen« 2017–2018



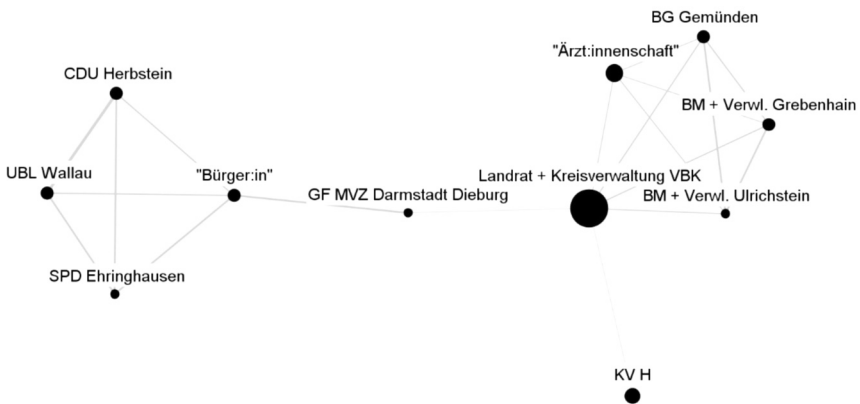
Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Die Trägerschaft des MVZ soll vom Kreis in Kooperation mit mehreren Kommunen übernommen werden. Bereits 2018 beantragt der Gesundheitsdezernent Fördergelder beim Land Hessen, um das Projekt finanziell auf sichere Beine zu stellen. Im November 2018 wird das Vorhaben den Bürgermeister:innen des Kreisgebiets im Rahmen einer Dienstversammlung präsentiert (ebd.). Zu diesem Zeitpunkt betont der Kreisgesundheitsdezernent noch, »für eine einzelne Kommune bedeutet ein MVZ in eigener Trägerschaft immer ein hohes wirtschaftliches Risiko« (ebd.). Zugleich fordert er von Beginn an Einsatz von den Kommunen, sollten sie Mitglied im MVZ-Projekt werden wollen. Die Wahl der Standorte des dezentralen Versorgungskonstrukts hänge davon ab, ob eine Kommune Gesellschafterin werden könne (vgl. OHZ 22.08.2019a). Eine Alternative zum kommunalen MVZ stellt für viele Gemeinden weiterhin ein Ärztehaus dar. In den Gemeinden Schwalmtal (vgl. OHZ 26.01.2018) und Lauterbach (vgl. OHZ 23.11.2018) befinden sich solche Ärztehäuser bereits in der Entwicklung.

5.4.1.2 Wachsende Zweifel an den getesteten Maßnahmen (2019–2022)

Beim zweiten Gesundheitsforum des Kreises ist ein Repräsentant der KVH anwesend. Einige Bürgermeister:innen und ein Mediziner stellen Rückfragen bezüglich der Rolle der KVH im geplanten MVZ-Konstrukt. Statt die Fragen zu beantworten, verweist der KVH-Repräsentant darauf, die »Fragen doch bitte in ›bilateralen Gesprächen‹ im Anschluss an die Podiumsdiskussion zu stellen.« (OHZ 22.08.2019b) Daraufhin kritisiert einer der Interessierten gegenüber der Presse: »Wir brauchen endlich Transparenz und die KV soll klar sagen, was sie denn eigentlich will. Es muss schnell eine Entscheidung getroffen werden.« (Ebd.)

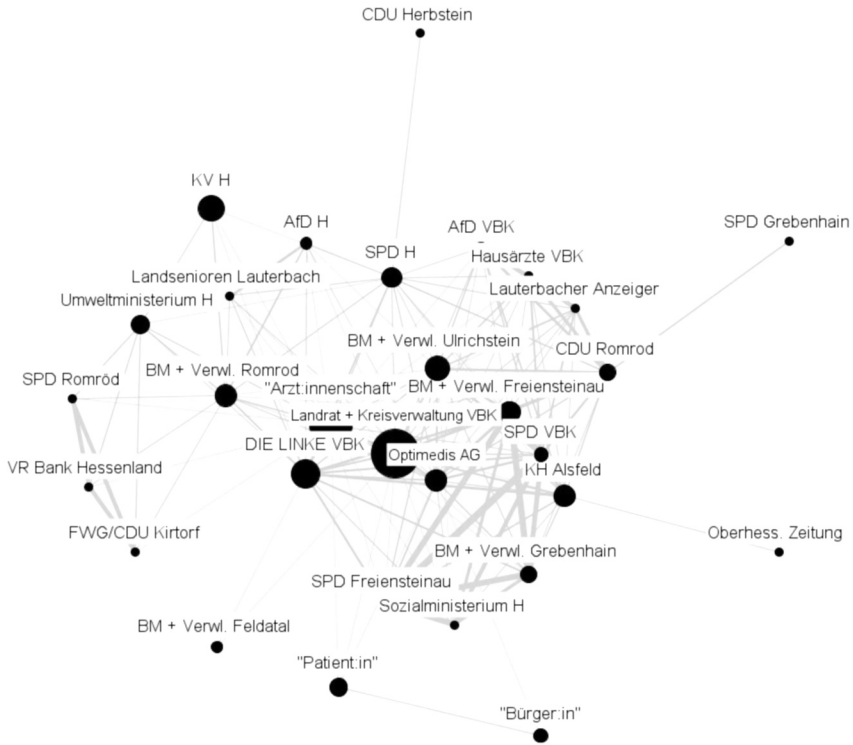
Abbildung 23: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2019



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Abbildungen 23 und 24 verdeutlichen, dass sich der Diskurs und die argumentative Nähe der Diskursakteure zwischen 2019 und dem Zeitraum von 2020 bis 2022 verändert haben. Noch 2019 bestehen auf Organisationsebene nur wenige argumentative Verbindungen zwischen den lokalen Akteuren. Ab 2020 wächst nicht nur die Menge an Diskursakteuren, sondern bildet sich auch eine Diskurskoalition um die dem MVZ-Projekt zugewandten Akteure. Diese besteht aus der Politik und der Verwaltung der beiden involvierten Gemeinden, Freiensteinau und Grebenhain, dem Kreis, dem Sozialministerium und der kreisassoziierten Landespolitik.

Abbildung 24: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2020–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

2020 häufen sich die Berichte von Kommunen, die beobachten, dass ihre örtliche Versorgung instabiler wird und die daher ein zunehmendes Interesse an einer Mitgliedschaft im MVZ-Projekt entwickeln (vgl. OHZ 18.08.2020, 09.12.2020). Im Juni 2020 unterzeichnen die Gemeinden Freiensteinau und Grebenhain den Vertrag zur kooperativen Trägerschaft mit dem Vogelsbergkreis. Freiensteinaus Bürgermeister hatte bereits mit einer eigenen GmbH versucht, Ärzt:innen anzustellen. Der Vorstoß scheiterte allerdings an der Bürgerschaft (vgl. OHZ 09.12.2020). Der Bürgermeister äußert sich nun zurückhaltend-relativierend gegenüber dem notwendigen MVZ-Projekt: »Es fehlen Alternativen, einen anderen Weg zu gehen.« (OHZ 29.03.2020) Mehrere Gemeindevertreter:innen pflichten ihm bei. Die Kooperation sei »keine Liebesheirat« (ebd.) und eine Mitgliedschaft sei mit »Bauchweh [verbunden], weil die Gemeinde den Zugriff auf die eigene zukünftige Versorgung verliere« (ebd.). Schließlich gehen die zwei Zulassungen Freiensteinaus auf die Gesellschaft über. Dabei handelt es sich um einen Vorgang, der nicht rückgängig gemacht werden kann. Diesen kommentiert der Bürgermeister wie folgt: »Wir geben es ein bisschen aus der Hand« (ebd.). Die involvierten Gemeindepolitiker:innen sind nicht nur deshalb unzufrieden, sondern auch weil sie einen jährlichen Betriebskostenzuschuss leisten müssen.

Eine Alternative zum MVZ-Konstrukt ist im Frühjahr 2020 Gegenstand von Diskussionen in der Gemeinde Feldatal. Dort praktiziert nur noch ein Arzt, der laut seiner Frau und Praxismanagerin »das übliche Rentenalter schon erreicht« (OHZ 03.03.2020) hat. Die Kommune versucht bereits seit einiger Zeit die Versorgung zu sichern. Sie ist nach eigenen Angaben mit der KVH im Gespräch. Auch Vogelsbergs Kreisgesundheitsdezernent wird in diesem Zusammenhang befragt. Er sagt, bevor der Kreis sich überlege, die Kommune in das MVZ-Projekt aufzunehmen, müsse geklärt werden, ob die KVH die vakante Praxis nicht als Eigeneinrichtung betreiben könne. Dies sei einer MVZ-Mitgliedschaft auch deshalb vorzuziehen, weil dann keine Steuergelder investiert werden müssten. Weil sich bereits mehrere Kommunen an den Kreis gewendet hätten und um eine Mitgliedschaft baten, betont der Kreisgesundheitsdezernent die Voraussetzungen für eine kommunale Mitgliedschaft. Neben finanziellen Mitteln müssten die in den Gemeinden praktizierenden Ärzt:innen ihre Kassensitze an das MVZ übertragen. Feldatals Bürgermeister versichert daraufhin, die Gemeinde sei für diese Schritte bereit. Für 2020 habe sie aus dem noch zu bewilligenden Haushalt 110.000 Euro für die vertragsärztliche Versorgung bestimmt. Darüber hinaus rechnet der Bürgermeister mit 100.000 Euro aus dem Investitionsprogramm der Hessenkasse, einem Programm zur Entschuldung hessischer Kommunen. Er ergreife diesen Schritt, weil die vielen Gespräche und Verhandlungen mit der KVH nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben. Weitere Angaben machte er zu diesem Zeitpunkt nicht, »um das Projekt nicht zu gefährden« (ebd.).

Im Sommer 2020 besucht die Landesumweltministerin Priska Hinz (Grüne) den Vogelsbergkreis. Sie lobt die Umsetzung innovativer Ideen, wie die der Gemeinschaftspraxis in Kirtorf (OHZ 07.08.2020). Auch weitere Vertreter:innen der Landesregierung äußern sich in den Monaten vor den Kommunalwahlen im Frühjahr 2021 in der Presse. Auf Einladung des Alsfelder Ortsvereins stellt die damalige Landeschefin der SPD Nancy Faeser die Ziele der Sozialdemokrat:innen für die Region vor. Die wohnortnahe medizinische Versorgung sei ein Schwerpunktthema.

»Die SPD will ›Boden gut machen‹, sagte Faeser. Gerade die Corona-Zeit zeige, wie wichtig ein ›starker Staat‹ sei. Der Staat habe die Krise bisher gut gemeistert; die öffentliche Hand habe sich in dieser Situation bewährt. Das sei eigentlich, so Faeser, ›Wasser auf die Mühlen der Sozialdemokratie, denn wir haben schon immer dafür plädiert, dass Daseinsvorsorge und -fürsorge und die ›kritische Infrastruktur‹ in die öffentliche Hand gehören und dort bleiben müssen.« (OHZ 15.09.2020)

Im Anschluss wirbt Faeser für die von der SPD in den Landtag eingebrachte Landarztquote und plädiert weiter für eine Kompetenzverschiebung im Bereich der Bedarfsplanung. Nicht die KVH solle darüber entscheiden, wann und wo sich Ärzt:innen niederlassen. »Das soll die jeweilige kommunale Ebene entscheiden.« (Ebd.) Die bis dato einzigartige Forderung nach ausgebauten kommunalen Kompetenzen ist allerdings in der Folge nicht noch einmal im öffentlichen Diskurs aufgenommen worden.

Im März 2021 finden im Vogelsberg die Wahlen zum Kreistag statt. Auf Kreisebene ist weiterhin das zwischenzeitlich gestartete MVZ-Projekt Thema (vgl. OHZ 15.01.2021). Es wird mehrfach über die Eröffnung des MVZ geschrieben. Im Jahr 2022 wird dann allerdings davon berichtet, dass das MVZ Probleme hat, ärztliches Personal zu gewinnen (vgl.

OHZ 09.05.2022). Darüber hinaus finden Treffen zwischen der Kreisverwaltung und der KVH statt, wonach die monatliche Summe des Kreisstipendiums von 400 auf 500 Euro erhöht wird (vgl. OHZ 16.10.2021). Der Kreisgesundheitsdezernent kommentiert die Intentionen dafür, das Projekt weiter zu finanzieren, mit dem wachsenden kommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen im November 2021 wie folgt: »Denn natürlich buhlen auch andere Standorte um den medizinischen Nachwuchs. Ein harter Wettkampf.« (Ebd.)

Aus den Kommunen heraus gelangen 2021 einige Berichte von erfolgreichen Praxisnachbesetzungen in die Lokalpresse (vgl. OHZ 25.01.2021, 24.02.2021); aber auch die Zuspitzung der Versorgungsprobleme ist weiterhin Thema. In Freiensteinau beispielsweise wird ein bereits pensionierter Allgemeinmediziner nochmals in der Versorgung tätig, um diese zu unterstützen (vgl. OHZ 01.04.2021). 2022 rückt überdies die Gemeinde Romrod wegen eines geplanten Ärztehaus in den Blick. Romrod beschäftigt sich seit zehn Jahren mit der Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung. Vertreter:innen der Gemeinde verweisen mehrmals darauf, dass die Versorgungsprobleme und ungeklärte rechtliche und planerische Projektdetails die Wohnbevölkerung Romrods verunsichern (vgl. OHZ 20.12.2020, 14.01.2021, 23.01.2021). Die Gemeinde entscheidet sich schließlich dennoch für das Ärztehaus (vgl. OHZ 21.01.2022). Romrods Bürgermeisterin zeigt sich erfreut darüber und lobt die »stetigen Bemühungen« (ebd.) eines ansässigen Hausarztes. Ohne weiter ins Detail zu gehen, sichert die Bürgermeisterin zu, dass sich die Gemeinde finanziell an dem Ärztehaus beteiligen werde.

Die KVH ist auch 2021 und 2022 kaum selbst im medialen Diskurs vertreten. Vogelbergs Kreisgesundheitsdezernent kritisiert deren Niederlassungspraxis (vgl. OHZ 08.3.2022). Es mangle entgegen den bedarfsplanerischen Berechnungen an ärztlicher Versorgungskapazität im Kreisgebiet. Die regionalen Ungleichgewichte würden erst gar nicht berücksichtigt, unterstreicht der Dezernent mit der folgenden Aussage: »Rechnerisch stünden uns gemessen an der Einwohnerzahl im Vogelsbergkreis 7,5 Arztsitze zu – aktuell gibt es zwei.« (Ebd.)

Der Vergleich der Diskursnetzwerke von 2019 (Abb. 22, 23) und 2020–2022 (Abb. 24) verdeutlicht: Die Akteure bringen ab 2020 mehr Argumente und Maßnahmen in den Diskurs ein, für die sie untereinander Gleichgesinnte finden. Die Kreisebene und die Ärzteschaft rücken wie die Kreis-Linke, die Gemeinden Freiensteinau und Ulrichstein sowie die OptiMedis AG argumentativ zusammen. Zudem fallen die starken Kantengewichte zwischen den Kommunen ins Auge. Eine Erklärung für das Zusammenrücken der Kreisebene mit einigen Gemeinden ist das gemeinsame MVZ-Projekt. Darüber hinaus teilt die kommunale Ärzteschaft Argumente für das MVZ-Projekt mit den Kommunalvertreter:innen, insbesondere wegen der erhofften positiven Effekte der Anstellungsmöglichkeit im MVZ. Die Linke spricht sich für solche öffentlich getragene Einrichtungen aus (vgl. OHZ 04.12.2020).

die kommunale Ebene richtet, das war ja immer der Grund, warum wir gesagt haben, dann müssen wir es eben irgendwie lösen, das Problem.« (Interview VBK I)

Deshalb habe sich der Kreis bereits früh entschlossen die »Fachstelle Gesundheitliche Versorgung« am Kreisgesundheitsamt anzusiedeln und diese auch mit der Arztakquise von Mediziner:innen zu beauftragen. Ein weiterer zentraler vom Kreis initiiertes Vorstoß entsteht aus einer vom Kreis veranstalteten Bürgermeisterrunde. Diese einigt sich auf die Einrichtung einer »Lenkungsgruppe für Gesundheit«. Diese bereitet unter anderem die zweite Kreisgesundheitskonferenz im September 2015 inhaltlich vor. Im Rahmen dieser Konferenz werden fünf Themenfelder erarbeitet, die in die Lenkungsgruppe zurückgespielt werden und dort in AGs aufgehen (ebd.).

In den einführenden Worten zur Gesundheitskonferenz zitiert Landrat Görig die Ottawa Charta der WHO aus dem Jahr 1986. Er verknüpft die in der Charta referierten Lebenswelten, in denen Gesundheit geschaffen und gelebt wird, mit den lokalen Umwelten der Menschen im Vogelsbergkreis. Auf diese Weise kommt den Gemeinden und dem Kreis aus seiner Sicht eine »zentrale Bedeutung für die Gesundheit der Menschen zu« (Vogelsbergkreis 2015: 3). Die Sicherung der medizinischen Versorgung sei allerdings vor Herausforderungen gestellt. Bereits heute sei in einigen Gesundheitsberufen ein Fachkräftemangel spürbar. Ziel Görigs ist es, ein regionales Gesundheitsversorgungskonzept zu erstellen, das auf »Koordination und Integration sowie auf Vernetzung ausgerichtet [ist] und Elemente regionaler und dezentraler Gesundheitssteuerung aufweis[t].« (ebd.). Der Landrat sieht darin eine »Chance, eine an den tatsächlich vorhandenen regionalen Bedürfnissen ausgerichtete Versorgung zu entwickeln.« (ebd.) Er versichert, er sei sich über die zu bewältigenden Hürden im Klaren und wisse, dass »viele Akteure unterschiedliche – wenn nicht gar gegenläufige – Interessen« (ebd.) vertreten. Gleichzeitig biete die Gesundheitskonferenz in seinen Augen die Möglichkeit, »größere Verantwortung wahrzunehmen und die kommunalen Handlungsmöglichkeiten zu erweitern« (ebd.: 4).

Zur kommunalen Rolle referiert daraufhin der geladene Referatsleiter des Landkreistags. Eine Umfrage des Landkreistages habe ergeben, dass die Verantwortlichen in mehr als der Hälfte der Landkreise die ärztliche Versorgung als gefährdet wahrnehmen. Die Gründe für die Nachbesetzungsprobleme lägen im unternehmerischen Risiko und den zu leistenden Bereitschaftsdiensten (ebd.). Der Landkreistag habe dennoch bereits 2009 eine Kooperationsvereinbarung mit der KVH mit den folgenden Zielen geschlossen: Aufbau von Dialogstrukturen, Bestandsanalysen und Prognosen, gemeinsame Fachveranstaltungen und regionale Lösungsansätze (ebd.: 5). Die Handlungsoptionen bestehen aus Perspektive des Repräsentanten vor allem im »Einwirken auf die KV Hessen (Bedarfsplanung)« (ebd.). Auch in der AG mit dem Titel »Sicherung der ärztlichen Versorgung« der Gesundheitskonferenz wird gemeinsam nach Lösungen gesucht. Einig sind sich die Teilnehmenden darin, dass »die lokale hausärztliche Versorgung [...] sichergestellt werden« (ebd.: 9) müsse, wenn nötig im Rahmen kommunaler Anstrengungen.

Die unterschiedlichen Foren und Formate bringen Akteure zusammen, die allesamt einen Ärztemangel wahrnehmen. Der Interviewpartner des Kreises erinnert, dass 2016 im Rahmen des Aus- und Weiterbildungsverbands deutlich wurde, dass die »Not recht

groß [war], was die Frage der Nachfolgesituation« (Interview VBK I) angeht. Und auch auf dem zweiten Vogelsberger Gesundheitsforum im Sommer 2019 deuten unterschiedliche Akteure die Problemlage als Folge fehlender Mediziner:innen im Versorgungssystem. Die Bürgermeisterin Romrods sorgt sich wegen der drohenden Unterversorgung in ihrer Gemeinde (vgl. Vogelsbergkreis 2019: 4). Seit zehn Jahren bemühe sie sich, interessierte Mediziner:innen zur Niederlassung zu bewegen. Die Bewohner:innen hätten sich mittlerweile an die verringerte Anzahl der Hausärzt:innen gewöhnt. Sie müssten nun lernen, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen, wofür eine ausgebautte Gesundheitsbildung hilfreich wäre. Zudem sei die Sicherstellung der Versorgung Teil der Daseinsvorsorge und damit ein kommunales Thema. Der Kreisgesundheitsdezernent unterstreicht in diesem Zusammenhang, die lokalen Initiativen zielten darauf ab, die Versorgung im Kreisgebiet auszubauen und den Auswirkungen des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Ärztemangel zu begegnen (ebd.: 2).

In der Folge werden wiederholt Akteure aus dem Bereich Forschung und Beratung für Gutachten beauftragt. Auch diese Akteure kommen zu dem Ergebnis, dass ein Mangel an Ärzt:innen besteht. Die Suche nach Lösungen auf der Kreisebene wird durch diese externen Gutachten vorangetrieben und der Kreis fortan verstärkt für die Bearbeitung der Versorgungsprobleme in die Verantwortung genommen. Ein Repräsentant des Kreises kommentiert beinahe selbstkritisch, man habe auf diese Weise eine Erwartungshaltung befördert, derer Erfüllung man sich nun nicht mehr entziehen könne (vgl. Interview VBK I). Im Zusammenhang einer dieser Maßnahmen, des MVZ-Projekts, wird die spezifische Problemdeutung des Kreises deutlich: Das MVZ-Projekt wird im Rahmen des 2019 stattfindenden Vogelsberger Gesundheitsforums beworben. In der Informationsbroschüre sind Auszüge des Beitrags des Gesundheitsdezernenten mit dem Titel »Kommunales MVZ – Fluch oder Segen?« abgedruckt. Zunächst hält der Dezernent fest, dass die Versorgung in einigen Gemeinden so schlecht sei, dass man von einer Unterversorgung sprechen müsse, auch wenn diese bedarfsplanerisch nicht festgestellt wurde (vgl. Vogelsbergkreis 2019). Der interviewte Kreismitarbeitende betont, dass die Gesprächspartner:innen des Kreises an den Kliniken und bei der KVH darauf pochten, dass der Kreis und die Kommunen aktiv würden. Da keine Eigeneinrichtung durch die KVH zustande gekommen sei und deren Instrumente grundsätzlich an Grenzen stoßen würde, sei es alternativlos, dass der Kreis selbst Geld in die Hand nehme (vgl. Interview VBK I).

Im Interview mit einer Repräsentantin der KVH wird deutlich, dass die ländliche Versorgung eine kommunikative Herausforderung für die Ärztevertretung darstellt. Einerseits fühlt sich die KVH »durch die Presse unter Druck gesetzt« (Interview VBK II) und andererseits bedarf die vielfach herausgeforderte zukünftige Versorgung nach Ansicht der Interviewten einer gemeinsamen Kommunikationsstrategie von öffentlichen Akteuren und der KVH gegenüber den Bürger:innen. An dieser Stelle wird die Problemdeutung der KVH relevant. Die Publikationen und einige Interviewpassagen unterstreichen: Aus Sicht der Körperschaft ist die aktuelle Versorgung gut. Ursächlich hierfür ist die noch nicht gänzlich erschöpfte »wohnnortnahe Mitversorgung« (Interview VBK II), also die Fähigkeit der Ärzt:innen, zeitweise nicht versorgte Patient:innen wohnortnah praktizierenden Kolleg:innen zuweisen. Dennoch, es kommen aus Sicht der KVH »deutliche Herausforderungen« auf die Versorgungsorganisation zu, die die Bedarfsplanung nicht zu lösen vermag (vgl. u. a. KVH 2013). Die interviewte KVH-Repräsentantin ist sich

deshalb sicher, dass sich die Leistungsstrukturen innerhalb der einzelnen Planungsbe-
reiche zentralisieren werden (vgl. Interview VBK II).

Sie zeigt sich davon überzeugt, dass die Lösung im Ausbau der Studienplätze liegt,
ergo der Mengensteuerung, liege. Man habe es nicht mit einem Verteilungsproblem,
sondern einem allgemeinen Ärztemangel zu tun (vgl. Interview VBK II; KVH 2022). Im
KVH-Magazin »Fokus Gesundheit« weist die KVH für den Vogelsbergkreis einen haus-
ärztlichen Nachfolbedarf von 27,6 Prozent für 2025, 46,5 Prozent für 2030 und 64,2
Prozent für 2035 aus (vgl. KVH 2021). Im Dokument »Fokus Gesundheit Vogelsbergkreis:
Analyse ambulante medizinische Versorgung« zeigt sich die KVH sicher, dass sie die vor-
genannte Entwicklung nicht allein von ihr aufhalten kann.

»Wir glauben, dass wir längst über den Punkt hinaus sind, an dem eine Institution wie
die Kassenärztliche Vereinigung das Problem der Sicherstellung der ambulanten medi-
zinischen Versorgung allein bewältigen kann, ohne dass wir das als Offenbarungs-
eid verstanden wissen wollen. Wir müssen das Problem der ambulanten Versorgung
als das begreifen, was es ist: ein zentrales Thema der Daseinsvorsorge, das Ärzte, Lan-
des- und Kommunalpolitiker, Kostenträger und viele andere Player mehr nur gemein-
sam lösen können.« (KVH 2021: 3)

Die KVH bezeichnet ihre eigenen Möglichkeiten immer wieder als begrenzt wirksam für
die vorliegende Problematik. So schließt sie an den Teildiskurs an, der die ärztliche Ver-
sorgung auch deshalb der regionalen Daseinsvorsorge zuordnet, weil ihre Entwicklung
in einer gesamtgesellschaftlichen Entwicklung begründet ist. Das Selbstverständnis der
KVH ist dabei keineswegs als Rückzug zu verstehen, entspricht es doch der Entwicklung
vom »Verwalter zum Gestalter« (Interview VBK II). Dass die Kreise und Kommunen auf
diese Weise ins Spiel kommen beobachtet die KVH mit Vorsicht. Sie will sich als Akteur
an der Schnittstelle zwischen Ärzteschaft und den Kommunen verstanden wissen, die
die letzteren dahingehend berät, wie kommunale Anreize so ausgestaltet werden kön-
nen, dass sie auf Ärzt:innen wirken.

Der Hinweis der Interviewten, dass sich die Lokalpolitiker in Wahlkampfzeiten ver-
mehrt zur medizinischen Versorgungslage positionieren, ist zutreffend. Zugleich un-
terstreichen Kandidat:innen im Wahlkampf ihre gesundheitspolitische Expertise, wie
etwa ein Bürgermeisterkandidat, der im Rahmen seiner juristischen Tätigkeit an der Er-
richtung einiger Ärztehäuser beteiligt war. Zwei andere Bürgermeisterkandidaten (vgl.
OHZ 20.02.2018) und eine Landtagskandidatin (vgl. OHZ 20.04.2018) betonen zudem,
die ärztliche Versorgung sei eines ihrer Schwerpunktthemen. Ein Landtagskandidat lädt
Vertreter:innen der Vogelsberger Ärzteschaft vor den Landtagswahlen im Herbst 2018
nach Wiesbaden ein. Darüber hinaus nehmen Kommunalpolitiker:innen, insbesondere
Bürgermeister:innen, aktiv an den Gesprächs- und Austauschforen teil. Ihre Äußerun-
gen zeigen deutlich, dass sie erhebliche Schwierigkeiten damit haben, kurzfristig offene
Stellen nachzubesetzen, die dadurch entstehen, dass Mediziner:innen aus der Versor-
gung ausscheiden. Eine spezifische kommunale Problemdeutung und damit verbunde-
ne Ursachenkritik lassen sich den Daten allerdings nicht entnehmen.

Die lokale Ärzteschaft sieht ein ähnliches Problem wie die KVH. Sie moniert im
Rahmen unterschiedlicher Veranstaltungen ein Mengenproblem. Überdies werden

die Arbeitsverdichtung und -intensität sowie eine Erschöpfung beim Praxispersonal beanstandet. Die Ärzteschaft fühlt sich »ausgeliefert« (Interview VBK III) und vermisst die Anerkennung ihrer Arbeit durch die Politik und Gesellschaft (ebd.).

5.4.2.2 Ein kreiseigener Werkzeugkasten gegen den Ärztemangel

Die Perspektive der Ärzteschaft wird auch in deren Erinnerungen an die lokalen Maßnahmendebatten deutlich. Die interviewten Ärzt:innen zeigen sich enttäuscht vom »Palaver der Politik« (Interview VBK IV) und erhoffen sich »nichts mehr« (ebd.) von ihr. Ihre Frustration begründen sie mit den langen Aushandlungsprozessen. Insbesondere die stockenden Informationsflüsse zwischen den Kassen und KVen auf der einen Seite und den Beratungs- und Projektentwicklungsunternehmen auf der anderen Seite verärgern die Ärzteschaft. Sie fühlt sich zudem nicht adäquat in die Erhebungen und anschließenden Projekte integriert. Ein Allgemeinmediziner, der an den bilateralen Gesprächen mit Landtagsabgeordneten im Jahr 2018 teilnahm, zeigt sich desillusioniert von der Politik, wobei er die Bundespolitik meint (vgl. Interview VBK III).

»Ich glaube tatsächlich, dass es eine Politik gibt, die in eigenen Sphären schwebt und überhaupt nicht dafür verantwortlich ist, was unten passiert und die eigene Ideen haben. Die sind ja keine schlechten Leute, aber sie begreifen überhaupt nicht, was passiert und wissen nicht, was sie damit machen. Sie haben Ideen und aus den Ideen produzieren sie Gesetze und mit denen müssen wir unten irgendwie versuchen, zurechtzukommen und wir sind noch nie gefragt worden. Wir Hausärzte sind von der Politik noch nie gefragt worden.« (Ebd.)

Mit der lokalen Politik steht der Arzt nach eigenen Angaben in »gutem Kontakt« (ebd.). Sie habe auf viele Forderungen reagiert, sei aktiv geworden und liefere pragmatische Lösungen. Er kommt zum Schluss, der Vogelsbergkreis habe auf politischer Ebene enorm investiert.

Das positive Bild der Lokalpolitik gibt diese nicht an die Ärzteschaft zurück. Ein Kreisrepräsentant moniert im Interview, viele Vertragsärzt:innen wendeten sich erst an die Gemeindevorsteher oder den Kreis, wenn die Lage bereits akut sei. Die KVH brauche ihrerseits zu lang, bis sich etwas bewege (Interview VBK I). Deshalb habe sich der Kreis einige strategische Fragen nach dem Zusammenspiel vorhandener Ärzte, deren Ruhestandsplänen und potenziellen Nachfolger:innen gestellt. Mit der genauen Beantwortung dieser Fragen beauftragt der Kreis das Allgemeinmedizinische Institut der Goethe Universität Frankfurt a.M. und das Forschungs- und Beratungsunternehmen Quaestio. Das Beratungsteam erstellt damals eine Gesundheitsplanung für die Kreisgesundheitskonferenz. Aus dieser Konferenz entsteht die Idee eines kommunalen MVZ. Für dessen Planung und Umsetzung engagiert der Kreis ein weiteres Unternehmen, die OptiMedis AG. Der Kreismitarbeiter erinnert sich, dass damals eine öffentliche Trägerschaft eines MVZ nicht die erste Wahl des Kreises gewesen sei. Man habe gehofft, ohne eine solch weitreichende öffentliche Intervention eine Nachfolge organisieren zu können, etwa über finanzielle Anreize. Der interviewte Kreismitarbeiter ergänzt, dass zu dieser Zeit ein Personalwechsel auf Kreisebene stattfand. Man habe damals die In-

strumente der neuen Stelleninhaberin zu einem »Werkzeugkasten« (ebd.) ausgeweitet und diverse Freiräume geschaffen. »Das klappt[e] mehr oder weniger gut.« (Ebd.)

2019 wird das zweite Vogelsberger Gesundheitsforum durchgeführt. Die Veranstaltung ist im Dokument mit Titel »Innovative Versorgungsformen für den Vogelsbergkreis« festgehalten. Hierin wird die veränderte Positionierung des Kreises gegenüber einem kommunal getragenen MVZ deutlich (vgl. Vogelsbergkreis 2019: 6f.). Im Grußwort zu Veranstaltungsbeginn verweist der Gesundheitsdezernent des Vogelsbergs auf die bisher umgesetzten Maßnahmen der »Fachstelle Gesundheitliche Versorgung« beim Kreis, bilanziert den Weiterbildungsverbund, das Kreisstipendium, die Teilnahme der Region an Angeboten der KVH und die gemeinsam mit Beratungsakteuren erstellte Gesundheitsplanung des Kreises (ebd.: 4). Er betont, dass der Kreis sein Handeln stets als »komplementär und subsidiär« (ebd.) zu dem der KVH versteht. Doch das steigende ärztliche Interesse an Anstellungsverhältnissen habe den Kreis ermutigt, direkt an der Versorgung mitzuwirken und ein kommunal getragenes MVZ zu errichten. Es würden bereits Gespräche mit Gemeinden und der KVH geführt und das genannte Beratungs- und Projektentwicklungsunternehmen OptiMedis AG erarbeite ein Träger- und Betriebskonzept.

Eine für das Gesundheitsforum geladene Geschäftsführerin eines kommunalen MVZ außerhalb des Vogelsbergkreises hält den Vortrag »Gründe und Gründung eines kommunalen MVZ«. Sie unterstreicht darin vor allem die die Umsetzung eines kommunalen MVZ betreffenden Ungereimtheiten in den Bereichen »Zulassungsrecht, Arbeits-, Zivil-, Gesellschaftsrecht und dem Kommunalrecht« (ebd.:8). Herausforderungen lägen überdies in der Beachtung der Hessischen Gemeindeordnung, der kommunalen Übernahme einer selbstschuldnerischen Bürgschaft und dem langwierigen Zulassungsprozess. Vor allem bedarf es einer »gute[n] und detaillierte[n] Argumentation, weshalb die Kommune tätig [werde]. Hauptargument ist die Daseinsvorsorge« (ebd.).

Im Rahmen der abschließenden Podiumsdiskussion des Gesundheitsforums diskutieren der Kreisgesundheitsdezernent, der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KVH, die MVZ-Geschäftsführerin, ein ansässiger Hausarzt und der Moderator der OptiMedis AG rege über das MVZ. Da die KVH aktuell eine Eigeneinrichtung im Kreisgebiet plane, deren Gründung sich als schwierig erweist, bittet das Vorstandsmitglied der KVH den Kreis, die Entscheidung der KVH in Sachen Eigeneinrichtung abzuwarten, bevor er den Standort des MVZ wählt. Auch einige Teilnehmende äußern Bedenken wegen der Konkurrenz, die ein kommunales MVZ zu den Praxen in der Region darstellen könnte. Die Anstellungen der Ärzt:innen im MVZ schmälerten die Chance zusätzlicher, freiberuflicher Niederlassungen in der Region, so die Angst. Die niedergelassene Ärzteschaft fühlt sich wegen der durch die Kommunen übernommenen Bürgschaft ungleich behandelt. Letztlich ergänzt eine anwesende Bürgermeisterin, wegen der aufzuwendenden Steuergelder würde »die Bevölkerung der Region doppelt zur Kasse« (ebd.) gebeten. Daraufhin versucht der Kreisgesundheitsdezernent die Ansprüche der Bevölkerung mit der Initiative in Bezug zu setzen. Wenn die Bevölkerung erwarte, dass der Kreis und die Kommunen sich an der Sicherung der medizinischen Versorgung beteiligten, müssten alle Akteure, wie im Falle der stationären Versorgung üblich, akzeptieren, dass öffentliche Träger öffentliches Geld investierten.

Im Interview kritisiert ein Kreisrepräsentant, die Verantwortung für die Versorgungsorganisation der Region zuzuschieben sei nicht nur gesellschaftlich eingefordert, sondern auch »politisch gewollt. Aber die zur Verfügung stehenden Instrumente sind immer noch sehr schwerfällig und auch nicht ineinander stimmig« (Interview VBK I). Der Kreis habe in der Vergangenheit »viel Hirnschmalz [investiert] und auch große Anstrengungen« (ebd.) unternommen, um das MVZ trotz aller ungeklärten Details und Schwierigkeiten gemeinsam mit der Kommunalaufsicht umzusetzen. Durch das frühe Engagement des Kreises hätten die Kommunen jedoch eine Anspruchshaltung entwickelt, die nicht mit den Voraussetzungen für einen MVZ-Standort vereinbar sei. Der Kreis habe deshalb einen Anforderungskatalog für diejenigen Kommunen erstellt, die an einer MVZ-Mitgliedschaft interessiert sind.

»Deswegen haben wir jetzt ja auch Kriterien entwickelt, eine Matrix entwickelt, unter welchen Bedingungen wir bereit sind, zusätzliche Verantwortung zu übernehmen. Also wir haben jetzt Anfang dieses Jahres auch eine Matrix aufgestellt als Aufsichtsrat des MVZ, indem klar anhand von 15 Punkten definiert wird, unter welchen Bedingungen Versorgung in dieser Struktur ausgeweitet wird. Einfach, um von Anfang an zu sagen: Erstens macht euch frühzeitig Gedanken und zweitens, es ist nicht einfach dann ein Wunschkonzert, sondern ihr müsst dann Anforderungen erfüllen und die sind dann auch nicht so leicht, also dass sie dann auch Kosten mit übernehmen müssen und, und, und.« (Ebd.)

Die im Kreisgebiet parallel zum kommunalen MVZ diskutierten und in Teilen realisierten Ärztehäuser werden von einer KVH-Repräsentantin im Interview kritisch eingeordnet. Sie lösten die Problematik nicht. Vielmehr würden junge Mediziner:innen an teure Mietverträge gebunden und die Gemeinden ermöglichten es Investoren und Beratungsunternehmen, Profite zu erzielen (vgl. Interview VBK II). Dieser Einschätzung schließt sich ein interviewter Arzt an: Die unterschiedlichen Formen der Ko-Produktion lösten die Mengenproblematik nicht, sie reproduzierten sie vielmehr.

Die Lösungsstrategie der KVH besteht darin, sich als Schnittstellenakteur zwischen der lokalen oder niederlassungsinteressierten Ärzteschaft und den Kommunen zu positionieren. Auf Nachfrage kann die Interviewpartnerin zwar keine spezifische Initiative im Vogelsbergkreis nennen, versichert allerdings, man stehe über eine beratende Struktur in Gießen mit den Akteuren auf Kreisebene in Kontakt. Die KVH-Repräsentantin offenbart im Interview eine umfassende strategische Reflexion der raumwirksamen Vernetzungs- und Austauschforen, wie die folgenden Einschätzungen verdeutlichen: Für die Bearbeitung lokaler Probleme sollten ihrer Ansicht nach alle Akteure vermehrt auf bilateralen Austausch setzen. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen seien hierfür nämlich bereits aufgrund ihrer Größe inadäquat. Die überregionalen Foren⁷ könnten

7 Die KVH-Repräsentantin erachtet insbesondere das Gemeinsame Landesgremium (§ 90a SGB V) als einen verlängerten politischen Arm der KVH. Das Gremium sei ein gewinnbringendes Forum, um rechtliche Probleme »vor Ort« in regulatorische Forderungen an die des Landes- oder Bundesebene zu übersetzen und hierfür Allianzen zu bilden. Die Bundesländer können nach § 90a SGB V Gremien bilden, um sektorenübergreifende Versorgungsfragen zu beraten und Empfehlungen zu geben. Sektorenübergreifende Versorgung bedeutet, dass die verschiedenen Leistungsberei-

wiederum nicht gewährleisten, dass die Beteiligten in einer spezifischen Sache weiterkommen. Sie fokussierten sich nicht auf den lokalen Kontext. Die KVH-Repräsentantin bilanziert den Effekt auf die Versorgung durch das Instrument der Gesundheitskonferenz wie folgt: »Ich glaube nicht, dass sich eine Gesundheitskonferenz mit Einzelproblemen differenziert beschäftigen kann. Dafür ist sie nicht da, sondern dafür sind dann die Aktionen unmittelbar in den Kreisen oder gegebenenfalls in den Gemeinden gedacht.« (Interview VBK II)

5.4.2.3 Der Kreis hadert mit der übernommenen Verantwortung und die KVH erweist sich als komplizierter Akteur für den lokalen Staat

Ein Arzt betont im Interview, die KVH vertrete aus seiner Sicht keine standespolitischen Interessen. Er habe zumindest nicht das Gefühl, die Interessen von ihm und seinen Kolleg:innen trieben die KVH um. Gleichwohl veranlasst ihn das nicht dazu, die KVH weiter in ein negatives Licht zu rücken. Vielmehr unterstreicht er die positiven Effekte, die ihre Fördermittel auf die lokale Versorgungslage haben. Aufgrund dieser Fördermittel und weiterer Instrumente positioniert sich die KVH selbst als gestaltender Akteur. Die Äußerungen des stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden der KVH auf dem erwähnten Podium des Kreisgesundheitsforums von 2019 werden in der Veranstaltungsdokumentation wie folgt zusammengefasst:

»Dr. Eckhard Starke begrüßte das Engagement des Landkreises. Der gesetzliche Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung läge zwar bei der KV Hessen, die Kommunen dürften und könnten sich in dieser Frage aber nicht zurücklehnen. Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sei somit eine gemeinsame Aufgabe von KV Hessen und Kommunen, wenn nicht sogar eine gesellschaftliche Aufgabe. Die KV Hessen verfüge über das notwendige Knowhow und Erfahrungen und sei für die Kommune ein wichtiger Kooperationspartner.« (Vogelsbergkreis 2019: 10)

Die Kritik des Kreisgesundheitsdezernenten daran, dass die KVH ein komplizierter Akteur sei, findet in diesem Selbstverständnis keinen Raum. Im Interview betont eine Repräsentantin der KVH vielmehr, die Ärztervertretung entwickle aus Eigeninitiative eine vorausschauende Strategie, um die ärztliche Versorgung sicherzustellen. Die KVH habe hierzu unter anderem den Bereich »Versorgungsstatistik« entwickelt und die Förderangebote für die Ärzteschaft in einer Sicherstellungsrichtlinie niederschwellig zugänglich gemacht. Wegen der geteilten Gewährleistungsverantwortung der öffentlichen Akteure und der KVH stellten sich der Ärztervertretung allerdings einige kommunikative Herausforderungen. Denn aus Sicht der KVH zeigen sich die Gemeindevertreter:innen nur selten bereit dazu, das größere Ganze in den Blick zu nehmen. Dies erläutert die interviewte KVH-Repräsentantin wie folgt:

che des Gesundheitswesens – die ambulante, die stationäre und die rehabilitative Versorgung von Patient:innen – miteinander vernetzt werden. Dabei sollen nicht nur Ärzt:innen verschiedener Fachrichtungen verstärkt zusammenarbeiten, sondern auch nichtärztliche Leistungserbringer wie Apotheken, Psycholog:innen und Physiotherapeut:innen eingebunden werden.

»Wir müssen die kleineren Versorgungsgebiete im Blick haben, aber natürlich im Großen die komplette Versorgung und müssen schauen, wie können wir denn Versorgung insgesamt sicherstellen? Klar, ist es immer sehr einfach zu sagen: Liebe KV, ihr habt den Sicherstellungsauftrag. Aber natürlich muss man sagen, dass dann irgendwann auch die Möglichkeiten begrenzt sind. Wir können keine Ärzte backen. Wir brauchen natürlich die Ärzte, die wir dann in die Regionen – nicht platzieren – aber ansiedeln können. Das ist eine große Herausforderung. [...] Das sind eben auch oft kommunalpolitische Dinge, das kann man niemandem vorwerfen. Aber ich sage mal, wenn da gerade Bürgermeisterwahlen oder Landkreiswahlen stattfinden, dann beeinflusst das natürlich auch. Dann ist oft die eigene Gemeinde viel, viel wichtiger, als dass ich insgesamt denke: »Wie können wir gemeinsam in Zukunft die Versorgung in unserer Region sicherstellen?«. Ich glaube, dass wir durchaus die Kompetenzen haben, die Versorgung auch weiterhin sicherzustellen. An der Ressource mangelt es. Jeder, auch die Landkreise und Gemeinden sollten sich auf ihre Kernkompetenzen besinnen und schauen: »Was kann ich denn in meiner Region erreichen, wo habe ich Einfluss darauf?« (Interview VBK II)

Der Vogelsbergkreis hat sich die genannten Fragen der KVH auch selbst gestellt. Doch als »ländlicher Kreis schlechthin in Hessen« (Interview VBK I) stellen sich besondere Herausforderungen, etwa wegen der vielen peripher gelegenen Gemeinden. Der Kreisrepräsentant erinnert sich, dass die Bürgermeister:innen und Bürger:innen gedrängt hätten, dass der Kreis aktiv werde. »Den Ball haben wir dann halt aufgenommen und uns den Schuh angezogen« (ebd.). Aus Sicht des Kreises ist das eigene Maßnahmenpaket umfassend und passgenau. Dennoch würden immer wieder die Grenzen der eigenen Kapazitäten deutlich. Die Leistungen der Beratungsakteure und Projektentwicklungsunternehmen hätte der Kreis nicht selbst erbringen können, so die Überzeugung des Interviewten. Die Gesundheitsämter seien personell und wegen ihrer Pflichtaufgaben nicht für umfassende, in Teilen detailreiche, Unterfangen in der ambulanten Versorgung aufgestellt. Die externe Beratung habe sich der Kreis etwas kosten lassen. Die Aufwendungen lägen im sechsstelligen Bereich und auch die Geschäftsführung des MVZ sei eine finanzielle Belastung der öffentlichen Kassen. Nichtsdestotrotz wird die Kooperation als entlastend wahrgenommen. Sie habe Vertrauen zwischen den Akteuren vor Ort geschaffen und die Vernetzung habe sich als Bereicherung erwiesen. Auch die Kooperation mit anderen Akteuren wird seitens des Kreisrepräsentanten als überwiegend sehr positiv bewertet. So habe das Land Hessen eine konstruktive Rolle in der Versorgungssicherung eingenommen. Unterschiedliche Projekte wurden vom hessischen Sozialministerium und dem Landesinnenministerium gefördert. Hierzu zählt auch die am Kreisgesundheitsamt im Vogelsberg eingerichtete »Fachstelle Gesundheitliche Versorgung«.

Die Gemeinden kommen aus Sicht des Kreises nicht allzu gut weg in der Konstellation aus den Akteuren, die sich um die lokale Versorgung bemühen. Einerseits seien die Bürgermeister:innen nah an den Problemen dran, kämen andererseits allerdings häufig erst spät und dann mit ambitionierten Vorstellungen auf die Kreisebene zu. Entsprechend hat der Kreis versucht, mit einer Anforderungsmatrix darzulegen »unter welchen Bedingungen [er] bereit [ist], zusätzliche Verantwortung zu übernehmen« (ebd.).

»Einfach, um von Anfang an zu sagen: Erstens macht euch frühzeitig Gedanken und zweitens, es ist nicht einfach dann ein Wunschkonzert, sondern ihr müsst dann An-

forderungen erfüllen und die sind dann auch nicht so leicht, also dass sie dann auch Kosten mit übernehmen müssen.« (Ebd.)

Aktuell führen laut eigenen Angaben diverse das MVZ betreffende rechtliche Details zur Verzweiflung der Kreisverwaltung. Vor diesem Hintergrund äußert der Kreisrepräsentant Verständnis für die Zurückhaltung der KVH gegenüber kommunalen Einrichtungen. »Weil da verschiedenen Rechtskreise ineinandergreifen: Gesellschaftsrecht, KV-Recht, Kommunalrecht« (ebd.). Der Interviewte wünscht sich, die Politik würde die Rahmenbedingungen anpassen. Gespräche mit dem Sozialministerium hätten nicht zu den gewünschten Ergebnissen geführt. Bezogen auf Verantwortungsfragen hätten die Landesvertreter:innen nach Berlin verwiesen: »Es ist immer so ein wechselseitiges Sich-Zuschieben von Verantwortlichkeiten und am Ende muss man es hier vor Ort irgendwie lösen« (ebd.). Auch die wiederholte Ansprache der KVH bringe keine Klarheit in der Sache. Die KVH zeigt sich aus Perspektive des Kreisvertreters »so flexibel wie eine Bahnschiene. [...] Die KV ist von allen Playern, die es da gibt, in meinen Augen, der komplizierteste.« (Ebd.)

5.4.3 Zwischenfazit

Sowohl der Vogelsbergkreis als auch die KVH thematisieren bereits seit über 15 Jahren den Ärztemangel, wenngleich die KVH zwischen einem gefühlten und tatsächlichen Ärztemangel unterscheidet. Die Analyse des medialen Diskurses legt offen, dass die Repräsentant:innen des lokalen Staats sich von der zeitweise großen Not, den (drohenden) lokalen Unterversorgungen und den Gesprächen mit an der Versorgung beteiligten Akteuren beeindrucken lassen. Folglich reift auf Kreisebene die Überzeugung, man müsse sich an der ärztlichen Versorgungssicherung beteiligen. Vor zehn Jahren beschließt der Vogelsbergkreis deshalb erste Maßnahmen und richtet eine Stelle beim Kreisgesundheitsamt ein, die unter anderem mit der Ärzteakquise beauftragt wird. Innerhalb der lokalen Ärzteschaft stößt dieses Vorgehen auf Unmut. Die Ärzt:innen fühlen sich nicht ausreichend eingebunden und hadern mit der eigenen Hilflosigkeit. Gleichzeitig steigt die Wut bei der Bevölkerung, wenn Praxen ohne Nachfolgeregelung schließen. Dabei wird eine spezifische Betroffenheit von Senior:innen ausgemacht. Allerdings wird vornehmlich problematisiert, dass die Versorgung der alternden Gesellschaft das GKV-System finanziell herausfordert. In einer entsprechenden Äußerung eines Arztes zeigt sich, wie sehr das Narrativ der Kostenexplosion und die Rahmung von Gesundheitsversorgung als zu minimierender Kostenfaktor bis auf die lokale Versorgungsebene durchdiffundiert.

Im medialen Diskurs werden die Politisierung und die Gründe für einzelne öffentliche Maßnahmen eher oberflächlich rekonstruiert. Die Lokaljournalist:innen verweisen gegenüber der Presse zunächst nur auf die vielzähligen Foren, in denen bei genauerer Betrachtung sehr wohl auch über die kommunalen Gewährleistungserwartungen debattiert wird. So treten die Mitglieder einer AG der Vogelsberger Kreisgesundheitskonferenz mit Forderungen an die Landespolitik heran. Eine Koalition aus lokal praktizierenden Ärzt:innen formuliert ein Positionspapier, das sie an den Landtag sendet. Aus den Gesprächs- und Austauschforen heraus entstehen unterschiedliche Initiativen, wobei diese in der Regel nicht von dem Kreis oder den Kommunen selbst, sondern durch

Beratungs- und Projektentwicklungsunternehmen (mit-)konzipiert und umgesetzt werden. Innerhalb dieser Prozesse, die in Teilen von der Lokalpresse begleitet werden, zeigen sich die Bürger:innen des Vogelsbergkreises immer wieder irritiert und verunsichert wegen rechtlicher Unsicherheiten, die die Umsetzung der Projekte wiederholt verzögern. Insgesamt stehen diverse dezentral umgesetzte Ärzthäuser im Fokus, bis sich das vom Kreis und einigen Kommunen getragene MVZ-Konstrukt als Versorgungsmodell etabliert.

Die Aushandlung und Umsetzung des kommunalen MVZ gestalten sich konfliktreich. Sowohl auf Kreis- als auch auf Gemeindeebene entwickeln sich einige Unsicherheiten einerseits wegen der aufzubringenden Finanzmittel und andererseits angesichts der Erwartungen der jeweils anderen Akteure. Der Kreis ermuntert die interessierten Kommunen, sich zunächst an die KVH zu wenden und im Zweifelsfall Druck auszuüben, bevor der Einsatz von Steuergeldern zur Diskussion steht. Später tritt der Kreis angesichts kommunaler Erwartungen, in das MVZ aufgenommen zu werden, forschend gegenüber den Bürgermeister:innen auf. Eine Handreichung informiert die Kommunalvertreter:innen über die Bedingungen eines Beitritts zum MVZ-Konstrukt. Dabei sehen die Kommunen das Projekt durchaus skeptisch. Sie sind zurückhaltend, Gelder in die Hand zu nehmen und skeptisch, sich »fremdsteuern« zu lassen, wenn die Zulassungen der Gemeindeärzt:innen an das kommunale MVZ übertragen werden. Aber sie sehen auch keine Alternative zum MVZ-Projekt. Die Alternativlosigkeit verleiht dem MVZ eine magnetische Wirkung im Kreisgebiet, wohlgernekt ohne eine Garantie für die Kommunen, dass das Konstrukt zu einer Stabilisierung der örtlichen Versorgung beiträgt.

Eine Bewertung der ergriffenen Maßnahmen muss oberflächlich bleiben. Die Berichterstattung und Recherche zu den eingerichteten Ärzthäusern lieferte nur überschaubare Erkenntnisse, sodass keine Gelingensbedingungen markiert werden können. Das kommunale MVZ öffnete seine Türen im Januar 2021, hatte allerdings in den Folge Monaten Probleme mit der Akquise ärztlichen Personals.

Die starke öffentliche Initiative im Vogelsbergkreis ist auch darin begründet, dass sich die KVH entgegen ihren eigenen Aussagen für die Bürgermeister:innen wenig ansprechbar zeigt. Sie hält sich insbesondere aus dem medialen öffentlichen Diskurs zurück, weil sie in der Berichterstattung eine verkürzte Darstellung der Lage und ihrer Handlungsspielräume ausmacht. Die kommunikative Herausforderung der Sicherstellungsprobleme treibt die interviewte Repräsentantin der KVH um. Trotz einiger mobilisierbarer Reserven im System – Stichwort: Mitversorgung – geht sie von einer zukünftigen Zentralisierung der Versorgungseinrichtungen aus. Dies zu vermitteln sei Aufgabe der (Kommunal-)Politik. Eine passive Rolle der Kommunen steht für die KVH nicht zur Diskussion. Weil die Gesundheitsversorgung als Daseinsvorsorge gefasst wird, dürften sich die Kommunen nicht aus der Affäre ziehen. Dabei steht die KVH den prominenten kommunalen Initiativen kritisch bis ablehnend gegenüber. Ärzthäuser würden Mediziner:innen in unzulässiger Weise binden und lösten das eigentliche Mengenproblem nicht. Eigene Einrichtungen durch die KVH steht die Körperschaft allerdings auch skeptisch gegenüber. Schließlich müssten die Finanzmittel aus dem Budget der Ärzteschaft geschöpft werden. Hierin wittert die KVH eine unfaire Behandlung zwischen den Facharztbereichen.

Insgesamt wird mehrfach eine starke Entkopplung der lokalen Ärzteschaft von der KVH deutlich. So tun sich beispielsweise mehrere Mediziner:innen zusammen und äußern ihre Forderungen zur lokalen Versorgungssicherung gegenüber der Landespolitik. Zudem betont ein Arzt, die KVH fungiere nicht als ansprechbare Standesvertretung. Ihr Handeln im Entstehungsprozess des kommunalen MVZ wird seitens der Ärzteschaft als intransparent kritisiert. Negative Erfahrungen zur Verteilung einzelner Patient:innen auf Praxen im Zuge einer Praxisschließung verstetigen den Unmut.

Die Patient:innen, die vereinzelt genannten Senior:innen und die Wohnbevölkerung des Vogelsbergkreis sind nicht als eigenständige Diskursakteure zu fassen. Vielmehr treten sie als Bezugspunkt in den Äußerungen anderer Akteure in der medialen Berichterstattung auf. Die interviewte Repräsentantin der KVH kritisiert die Presseberichterstattung als mitunter verkürzt und dramatisierend. Sie erläutert mit Blick auf die Mitvertretung schwacher Interessen im Kontext lokaler Versorgungsprobleme, die organisierte Patientenvertretung habe andere Schwerpunkte als den lokalen Ärztemangel. Sie entwerfe beispielsweise im gemeinsamen Landesgremium keine Anträge in diese Richtung. In den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung begegne die KVH den Patientenvertreter:innen auf Augenhöhe und vice versa. Konflikte zwischen den Patientenvertreter:innen und anderen Akteuren kann die Repräsentantin nicht ausmachen.

Das Verhältnis zwischen dem Vogelsbergkreis und den Kommunen stellt sich wegen des MVZ-Projekts mitunter spannungsvoll dar. Der Kreis versucht sich zunehmend vor den kommunalen Forderungen und der damit verbundenen Indienstnahme durch die Kommunen zu schützen. Das verdeutlicht der in Reaktion darauf entwickelte Anforderungskatalog für eine mögliche MVZ-Mitgliedschaft. Entsprechend verändert sich das Paradigma des Kreises zwischen 2017 von »Wir tun alles« in einem recht kurzen Zeitraum zu formulierten Bedingungen für eine weitere Gewährleistungsübernahme. Hierin zeigt sich auch die genannte Überforderung oder zumindest das Hadern des Kreises mit der Verantwortung für die ärztliche Versorgung.

Ergänzend drängen sich diverse reflexive Momente auf: Die KVH scheint gelernt zu haben, mit der kommunalen Gewährleistungsstaatlichkeit umzugehen. Sie offenbart eine sehr differenzierte Strategie mit Blick auf die unterschiedlichen raumwirksamen Instrumente. Im Interview berichtet die Repräsentantin, das Gemeinsame Landesgremium fungiere für die Standesvertretung wie ein verlängerter politischer Arm, wohingegen die Gesundheitskonferenzen den Kommunen keine Lösungen für die Versorgung vor Ort böten. Gleichzeitig reflektieren auch die Bürgermeister:innen das Akteursarrangement. Sie scheuen sich davor, größere Verantwortung zu übernehmen, etwa im Rahmen einer kommunal getragenen Einrichtung, und kritisieren, das MVZ-Projekt befördere den Wettbewerb zuungunsten der Gemeinden. Der Kreis nimmt diesen Wettbewerb ebenfalls wahr und vermutet hinter der Verantwortungsverschiebung in den lokalen Raum eine politische Strategie des Landes und des Bundes.

5.5 Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt

Eine Erhebung aus dem Jahr 2015 setzt es sich zum Ziel, »Informationen zur Problemwahrnehmung, -beschreibung und -bewertung« (Barthen/Gerlinger 2016: 645) der ambulanten medizinischen Versorgung aus Sicht der Bürgermeister:innen Sachsen-Anhalts zu gewinnen. Die Autor:innen argumentieren, das Bundesland sei besonders von hausärztlichen Versorgungsproblemen betroffen, da sich die Situation seit 2000 »in 19 von 23 Planungsbereichen kontinuierlich verschlechtert« (ebd.: 646) habe. Entsprechend befragen die Autor:innen im Juni 2013 alle 124 hauptamtlichen Bürgermeister:innen Sachsen-Anhalts, wobei 87,5 Prozent der hausärztlichen Versorgung eine gewichtige Rolle als Standortfaktor zusprechen. Etwas weniger als die Hälfte der Bürgermeister:innen gibt an, es sei ihre Aufgabe sich an der Versorgungssicherung zu beteiligen. Rund 40 Prozent der Befragten betonen allerdings auch, dass die mangelhafte infrastrukturelle Ausstattung ihrer Gemeinden notwendigen Niederlassungen im Wege stehe (ebd. 645).

Wie die gesamte Altmark, ist auch das Gebiet des nördlich gelegenen Altmarkkreises Salzwedel ländlich geprägt. Die Entwicklung der Bevölkerung ist seit nunmehr 30 Jahre deutlich rückläufig. Waren es 1995 noch rund 105.000 Einwohner:innen, so leben 2021 nur noch knapp 82.000 Einwohner:innen im Kreisgebiet (vgl. Statistisches Bundesamt 2023). Entsprechend überrascht es nicht, dass die Kreispolitik den demografischen Wandel aufmerksam verfolgt. Er bildet beispielsweise für das Kreisentwicklungskonzept einen zentralen Ausgangs- und wiederkehrenden Bezugspunkt (vgl. Altmarkkreis Salzwedel 2021b). Auch die oben genannten Entwicklungen in der hausärztlichen Versorgung sind Gegenstand des lokalpolitischen Alltags.

Für die Analyse im Altmarkkreis wird im Folgenden das Pressematerial für den Zeitraum von 2009 bis 2022 ausgewertet. Schon früh zeigt sich der Landrat Salzwedels gegenüber der Presse von der angespannten vertragsärztlichen Versorgungslage im Kreisgebiet beunruhigt. Der mediale Diskurs spitzt sich spätestens ab 2013 deutlich zu, als sich einige Kreisgemeinden wegen der Versorgungsprobleme öffentlich beschwerten. Der mediale Diskurs befasst sich allerdings nicht mit einer öffentlichen Verantwortung. Sie wird nicht begründet, in ihrer Reichweite abgesteckt oder gar analysiert, sondern vielmehr vorausgesetzt. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) entpuppt sich in diesem Zusammenhang als treibender Akteur der Politisierung. Während sie sich um 2010 noch als souveräner Sicherstellungsakteur präsentiert, nimmt sie wenige Jahre später die Politik in die Pflicht und fordert diese auf sich an der Versorgungssicherung zu beteiligen. Fortan kommt es punktuell zu Reibungen zwischen der KVSA und den Kommunen im Kreisgebiet sowie zu öffentlicher Kritik und holprigen Kooperationsbemühungen zwischen den Akteuren. Gegebenenfalls entstehen auch deshalb einzelne kommunale Projekte, die weniger stark auf Kooperationen beruhen. Die kommunalen Investitionen in Räumlichkeiten und Förderprogramme gehen mit umfassenden Beratungen einher. Sie sind allerdings nur selten von Erfolg gekrönt. Zudem erweisen sich im Rahmen der weiteren Recherche einige Reflexionen der Kommunalvertreter:innen als aufschlussreich für die lokalstaatliche Gewährleistung.

5.5.1 Der mediale Diskurs in der Altmark Zeitung und der Volksstimme

Die mediale Berichterstattung zur vertragsärztlichen Versorgungslage im Altmarkkreis Salzwedel vollzieht sich in drei Phasen. Zunächst beschäftigen sich die Lokalteile der Altmark Zeitung (AZ) und der Volksstimme (VS) mit einzelnen Akteuren auf Kreisebene. Dabei betonen die Journalist:innen die Vorteile verschiedener Versorgungsformen zur Milderung des Landarztmangels. Von Beginn an sind die Grenzen der verfügbaren Instrumente Thema. Im Übrigen benennen die Kreisakteure den Ärztemangel früh als solchen. Lokale Herausforderungen in der Versorgung einzelner Gemeinden werden ab 2013 vermehrt problematisiert. Von nun an berichten besorgte Bürgermeister:innen von Versorgungslücken und von Bürger:innen, die fordern diese zu beheben. Die Kommunen testen in den Folgejahren unterschiedliche Maßnahmen, um der Entwicklung Einhalt zu gebieten. In den lokalen Foren differenzieren sich die Maßnahmendiskurse aus; Details einzelner Instrumente stehen zur Debatte. Zugleich betont die KVSA wiederholt öffentlich die begrenzte Wirksamkeit der ihr zur Verfügung stehenden Instrumente. Ab 2017 verändert sich der Diskurs: Zunächst entfacht eine überregionale Allianz Hoffnung innerhalb der lokalen Akteurskonstellation. Allerdings frantzt der Diskurs schnell wieder aus und die folgenden Maßnahmen verbleiben bei den Kommunen. Daran ändert auch die 2019 eingeführte Landarztquote nichts. Vielmehr wird das landespolitische Handeln von den lokalen Akteuren als Zeichen einer fehlenden Strategie interpretiert und problematisiert.

5.5.1.1 Kooperationsvertrag gegen den Ärztemangel (2009–2012)

Im April 2010 erklärt der Vorstand der KVSA den Altmarkkreis Salzwedel zur Modellregion für eine KV-Eigeneinrichtung, in der Mediziner:innen verschiedener Fachrichtungen Sprechstunden abhalten können (vgl. AZ 29.04.2010). So solle ein attraktives Angebot für den Nachwuchs geschaffen werden, in der Region zu praktizieren. Auch im Bereich der Aus- und Weiterbildung ergreift die KVSA bereits seit 2010 einige Maßnahmen. Zudem thematisiert der Artikel die Entfristung zweier Lehrstühle für Allgemeinmedizin an den Universitäten Halle und Magdeburg. Zwei Professoren zeigen sich gegenüber der Lokalpresse zuversichtlich, dass auf diese Weise eine Aufwertung der allgemeinmedizinischen Ausbildung eintreten werde (ebd.).

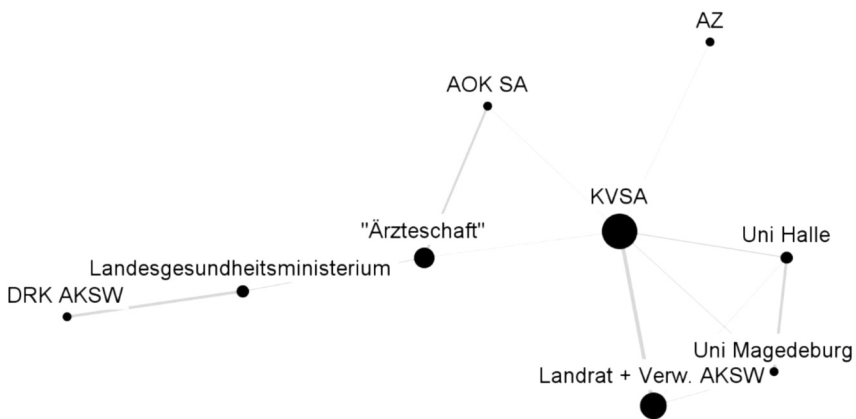
Im Oktober 2010 rückt die im östlichen Kreisgebiet gelegene Gemeinde Kalbe in den Fokus der medialen Aufmerksamkeit. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass die Gemeinde »[a]uch wenn der Bürger es in der Vergangenheit anders wahrgenommen hat – statistisch [...] nicht unterversorgt« (AZ 21.10.2010) ist. Allerdings liefere der Tod eines ansässigen Arztes vor dem Hintergrund der ausgeschöpften Kapazitäten zur medizinischen Versorgung Grund zur Sorge. Die Presse titelt »Die durch die Bürger gefühlte Unterversorgung, [...] dürfte sich also noch verschärfen« (ebd.). Der KVSA-Geschäftsführer räumt daraufhin ein, man müsse mit den übrigen Niedergelassenen sprechen, um zu sehen, wie die Versorgung organisiert werden könne. Einige praktizierende Ärzt:innen, die bereits in den Ruhestand gehen wollten, hätten sich in der Folge bereit erklärt, solange weiter zu praktizieren, bis neue Ärzt:innen gefunden sind.

Eine Schwierigkeit stellt laut des KVSA-Geschäftsführers der Umstand dar, dass es sich um einen »gefühlten Hausärzte-Mangel« (ebd.) handelt. Aktuell kämen in der be-

treffenden Gemeinde anstelle von 1.470 Einwohner:innen 1.480 auf eine:n Hausärzt:in. Er hält fest, es klaffe »keine große Lücke zwischen dem Ist und dem Soll« (ebd.). Dennoch müsse man ein Konzept entwickeln, um die Situation zu stabilisieren. Der Geschäftsführer der KVSA bringt hierfür eine Filialpraxis ins Gespräch. Sie biete den Vorteil, dass mehrere Ärzt:innen die Versorgung übernehmen könnten. In diesem Zusammenhang nimmt die Presse auf eine ältere Debatte Bezug, wonach die Gemeinde bereits vor einigen Jahren die Errichtung eines MVZ diskutiert habe. Damals wurde jedoch in Frage gestellt, ob ein MVZ interessierte Ärzt:innen garantieren könne. Der KVSA-Repräsentant ordnet ein, bei der Diskussion um das MVZ in Kalbe ginge es nur um die Hülle. Man müsse viel eher darüber sprechen, wie man die Versorgung sichere. Er ist sich sicher, die Gemeinde hat »Schritt drei vor dem ersten gemacht« (ebd.).

Zwei weitere Artikel aus dem Jahr 2012 illustrieren den frühen lokalpolitischen Diskurs: Sie haben einen Kooperationsvertrag zum Gegenstand, den der Kreis 2012 mit der KVSA eingeht. Salzwedels Landrat Michael Ziche (CDU) unterstreicht den damals herrschenden Problemdruck wie folgt: »Wir müssen endlich handeln. Die fehlenden Hausärzt:innen in der Fläche beunruhigen mich sehr« (AZ 27.06.2012). Der KVSA-Vorsitzende untermauert das gemeinsame Interesse wie folgt: »Das Ziel der Kommunalpolitik, Menschen in der Region mit dem Hinweis auf eine intakte Infrastruktur halten oder gewinnen zu können, deckt sich mit unserem Ziel, junge Ärzte im Altmarkkreis anzusiedeln und hierfür gute Bedingungen bieten zu können.« (Ebd.) Die bisherigen Kooperationen der KVSA mit einzelnen Gemeinden seien seines Erachtens nicht zielführend gewesen, weshalb die Kooperation nun auf höherer Ebene eingegangen worden sei.

Abbildung 26: Diskursnetzwerk Altmarkkreis Salzwedel, 2009–2012



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,105

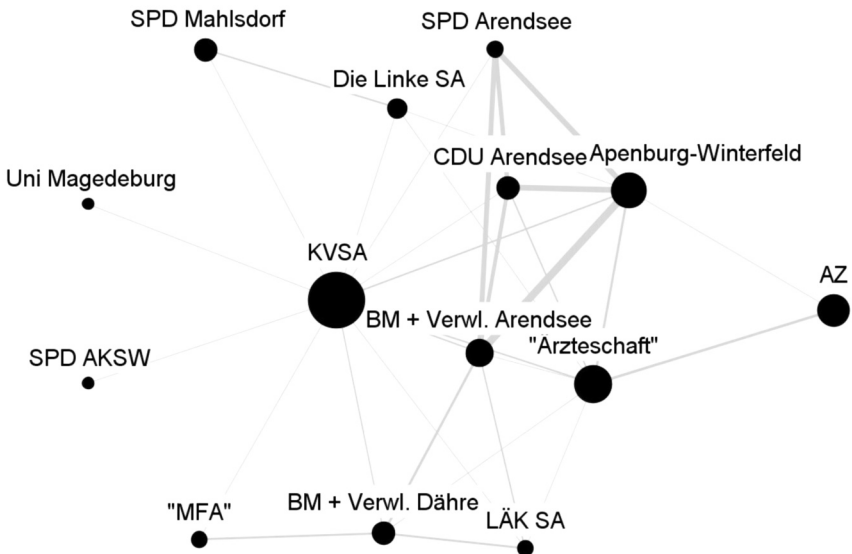
In einer Sitzung des Kreissozialausschusses im Dezember 2012 lobt der Amtsarzt des Kreises die »enge Zusammenarbeit mittels verschiedene[r] Förderprogramme« (AZ 08.12.2012). Salzwedels Kreisgesundheitsdezernent zeigt sich in der Sitzung offen für Hinweise der anwesenden Ausschussmitglieder, die vor allem Finanzen für die Praxis-suche und deren Ausstattung fordern (ebd.). Der Dezernent versichert, die nicht näher beschriebenen Anregungen der Kreistagsmitglieder im anstehenden Gespräch mit der KVSA zu thematisieren. Er habe zudem die Landesärztekammer als Partnerin angefragt, die sich allerdings wenig kooperationsbereit gezeigt habe.

Abbildung 26 zeigt das Diskursnetzwerk für den Zeitraum 2009–2012 auf Organisa-tionsebene. Das Netzwerk visualisiert den recht spärlichen besetzten Diskurs. Die KV-SA und der Altmarkkreis sind die prominentesten Diskursakteure und bilden im Rah-men ihrer Kooperation eine Diskurskoalition. Sie verfügen über argumentative Verbind-ungen zu den ausbildenden Universitäten. Darüber hinaus verbindet die Ärzteschaft das Landesgesundheitsministerium mit der genannten Diskurskoalition, da sie die Ein-schätzung eines (nahenden) Ärztemangels teilen.

5.5.1.2 Zuspitzung der lokalen Versorgungslücken (2013–2016)

2013 nimmt die Berichterstattung sowie die Zahl der Diskursakteure merklich zu (Abb. 27). Die lokal engagierten Akteure äußern sich jährlich in rund einem halben duzend Artikeln. Diverse Kommunalpolitiker:innen und die lokale Ärzteschaft sind in das Dis-kursnetzwerk integriert, wobei sich vor allem die Bürgermeister:innen und Verwaltungen der Gemeinden Arendsee und Apenburg-Winterfeld argumentativ nahestehen. Alle Diskursakteure sind wegen der bislang konfliktfreien Prozesse in argumentativer Nähe zur KVSA.

Abbildung 27: Diskursnetzwerk Altmarkkreis Salzwedel, 2013–2016



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,069

Ab 2013 berichten die Gemeinden Arendsee, Dähre, Winterfeld, Gardelegen und Klötze von Versorgungsproblemen. In Arendsee beschweren sich im Frühjahr 2013 Bürger:innen im Rathaus über Lücken in der hausärztlichen Versorgung (vgl. AZ 04.05.2013). Sie erwarten, dass sich die Kommunalpolitik an der Problemlösung beteiligt. Arendsees Bürgermeister wendet sich deshalb nach eigenen Angaben an die KVSA. Diese betont jedoch die begrenzte Wirksamkeit der ihr zur Verfügung stehenden Instrumente. Sie versuche positive Rahmenbedingungen herzustellen, mache aber die Erfahrung, dass finanzielle Anreize allein das Problem nicht lösten. Entsprechend plane sie, zusätzlich zu den vier bereits bestehenden Filialpraxen in Sachsen-Anhalt, weitere Praxen als Eigeneinrichtungen zu betreiben.

Später im Jahr wenden sich einige Patient:innen hilfesuchend an die Presse, wie der Artikel »Brauchen in Arendsee unbedingt Ärzte« (AZ 10.07.2013) belegt. Die Patient:innen beklagen, sie müssten in größere Städte ausweichen, um ärztlich versorgt zu werden. Und die Problematik hält an: Auf Einladung der Partei Die Linke findet 2015 eine Diskussionsrunde mit Kandidierenden und Abgeordneten des Landtages, dem Bürgermeister Arendsees und einem ansässigen Hausarzt statt. Die Diskutant:innen sind sich einig, dass es gesetzliche Reformen braucht, um die Versorgung zu sichern. Die Situation sei dramatisch und die bisherigen Anstrengungen liefen ins Leere. Auf der Suche nach den Ursachen für die problematische Arztsuche macht ein anwesender Arzt darauf aufmerksam, dass der Nachwuchs vor den Risiken und Belastungen einer eigenen Praxis zurückschrecke. Ein weiterer Anwesender schlägt vor, die Kommunen in die Lage zu versetzen, »Gebäude zur Verfügung zu stellen« (AZ 10.02.2015) und als Träger von Praxen aufzutreten. Doch Arendsees Bürgermeister wendet ein, dass das Kommunalverfassungsgesetz ein solches Vorhaben nicht zulässt und der »finanzielle Spielraum nicht gegeben [ist], auch dann nicht, wenn nur ein Gebäude unterhalten werden [muss]« (ebd.).

Im nördlich gelegenen Dähre wird im Sommer 2014 eine vakante Praxis erfolgreich nachbesetzt. Lobend hebt der Journalist den kommunalpolitischen Einsatz wie folgt hervor:

»Ein Bürgermeister, der gemeinsam mit einem renommierten Mediziner aus dem Ort alle Hebel in Bewegung setzt und die Kassenärztliche Vereinigung davon überzeugt, dass diese ärztliche Versorgung in Dähre unverzichtbar ist. Und beide erreichen auch tatsächlich etwas. Das verdient Anerkennung und vor allem auch Unterstützung – bei aller Skepsis, die verständlich ist. Denn es zeigt, dass man offenbar doch noch etwas bewegen kann für die Menschen auf dem Lande. Auch ohne die überörtliche Politik.« (AZ 16.05.2014)

Dennoch entwickelt sich die hausärztliche Versorgung Dähres aufgrund einer weiteren Praxisschließung im Folgemonat zu einem »größeren Problem« (AZ 14.10.2014). Die Landesärztekammer erklärt den erhobenen Aufnahmestopp der bestehenden Praxen auf Nachfrage der Presse für rechtmäßig: »Nur eine gewisse Anzahl von Patienten kann ein Arzt sorgfältig behandeln« (ebd.), erklärt der Pressesprecher. Ein Gemeinderatsmitglied

Dähres empfindet die regelmäßig stattfindenden Gespräche mit der KVSA als resignierend. Sie hätten bis dato zu keinem Ergebnis geführt. Die Gemeinde warte noch immer auf die Wiedervergabe der vakanten Praxis (ebd.).

Zwei Jahre später gerät Dähre aufgrund der anhaltenden Lage erneut ins Visier der Lokalpresse. Eine Medizinische Fachangestellte berichtet wie folgt von der Versorgungslage: »Viele alte Leute hier sind auf einen Arzt angewiesen. Sie müssen nun lange Wege in Kauf nehmen« (AZ 28.03.2016). Unterschiedliche Lösungen seien diskutiert worden, wie den Umbau einer Grundschule in ein Ärztehaus. Nun fordert eine Lokalpolitikerin, das Land solle die Gründung von Landarztpraxen fördern. Die Anstellung von Landärzt:innen an den Gesundheitsämtern wird als Maßnahme gegen den Ärztemangel in den Diskurs eingebracht (ebd.).

In der nahegelegenen Gemeinde Winterfeld gründet der Gemeinderat 2015 eine AG zur Bekämpfung des Ärztemangels (vgl. AZ 19.02.2015). Eine Stellungnahme der KVSA habe die Ratsmitglieder wachgerüttelt. »Darin werden drei Praxisschließungen in den letzten Jahren genannt. Zudem wird klar gesagt, dass die verbliebenen Praxen in der Region dies nicht mehr kompensieren, also kaum noch Patienten aufnehmen können« (ebd.). Einige Gemeinderät:innen haben deshalb auf den medizinischen Nachwuchs zugeschnittenes Projekt initiiert. In einem Ärztehaus können sich die Mediziner:innen ihre Dienste aufteilen. Man kümmere sich seitens der Kommune aktuell um die notwendigen Fördermittel, insbesondere LEADER-Mittel⁸ stünden im Fokus. Auch private Träger sind aus Sicht der Kommunalpolitik für die Realisierung eines Ärztehauses denkbar. Eine Ratsfrau ist sich sicher, die Gemeinde hat »in der Sache viele Jahre geschlafen« (ebd.). Im selben Jahr entwickelt sich überdies die Gemeinde Gardelegen zum »Brennpunkt« (VS 28.05.2015) in Sachen vertragsärztlicher Versorgung. Der Versorgungsgrad liegt laut Bedarfsplan bei nur 78,5 Prozent und damit nur 3,5 Prozentpunkte von der Unterversorgung entfernt.

Der Artikel »Kein Rezept gegen den Ärztemangel« (VS 28.05.2015) hat einen Besuch des KVSA-Hauptgeschäftsführers im Sozialausschuss des Altmarkkreises zum Thema. Er räumt ein, man kämpfe in Sachsen-Anhalt bereits seit den frühen 2000er Jahren mit ländlichen Sicherstellungsproblemen. Im Fall einer drohenden Unterversorgung müsse die KVSA »größere Interventionen einleiten« (ebd.). Seine späteren Äußerungen relativieren den Eindruck, den die Zahlen vermitteln. Noch sei die Versorgung »halbwegs im Plan« (ebd.) und die flächenmäßige Verteilung der Ärzt:innen nicht so schlecht wie in anderen Gebieten. Die KVSA habe allerdings vorausschauend in der Vergangenheit Studienplätze finanziert, um Mediziner:innen für die ländlichen Regionen Sachsen-An-

8 »LEADER steht für »Liaisons Entre les Action de Developpement de l`Economie Rurale« (wörtlich: Verbindung zwischen Aktionen zur Entwicklung der ländlichen Wirtschaft) und ist eine Gemeinschaftsinitiative der Europäischen Union, mit der seit 90er Jahren ländliche Räume gefördert werden. Sie wird im Rahmen der ELER (Europäischer Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums) umgesetzt. Diese Gemeinschaftsinitiative fördert integrierte Ansätze, die von aktiven, auf lokaler Ebene tätigen Partnerschaften erarbeitet und umgesetzt werden (bottom-up-Prinzip). Sie unterstützen die lokalen Akteurinnen und Akteure dabei das Potenzial ihres Gebietes in einer längerfristigen Perspektive herauszuarbeiten.« (Ministerium für Wirtschaft, Tourismus, Landwirtschaft und Forsten o.J.)

halts zu gewinnen (ebd.).⁹ Darüber hinaus setze sie auf Werbemaßnahmen und Kooperationsverträge, wie dem mit dem Altmarkkreis Salzwedel. Die Hoffnung sei, durch die Kooperationen kommunale Pakete zu schnüren, durch die finanzielle Förderung, Praxis, Wohnumfeld und weitere Standortfaktoren gebündelt angeboten werden können. Da diese Hoffnungen vielfach enttäuscht werden, nimmt die KVSA die Politik fortan »mehr in der Pflicht, die Ansiedlung zu fördern« (ebd.). Ein Ratsmitglied interveniert: Man habe versucht, ein Praxisgebäude einzurichten und so Mediziner:innen anzureizen. Dieses Projekt sei jedoch aus der lokalen Ärzteschaft heraus blockiert worden. Der KVSA-Geschäftsführer räumt daraufhin ein, die Aussichten auf eine Verbesserung der Versorgungslage seien schlecht. Die leerstehende Praxis in Dähre könne in absehbarer Zeit jedenfalls nicht besetzt werden.

»Viele mögliche Lösungsansätze wurden im Ausschuss diskutiert. So führte [der] Vorsitzende [...] ins Feld, dass sich die Ärzte auf ihre Kernleistungen beschränken sollten und über speziell ausgebildetes Personal wie Gemeindeschwestern, die bestimmte Aufgaben übernehmen, entlastet werden. Ein weiterer Vorschlag war eine Vernetzung von Allgemeinmediziner:innen mit Versorgungszentren an den Krankenhäusern. Diese könnten Technik vorhalten, damit Praxisneugründungen nicht zu teuer sind. Ein Weg seien zudem Filialpraxen, in denen angestellte Ärzte arbeiten, die das Niederlassungsrisiko scheuen. Letztendlich müssten auch die Kommunen einspringen und materielle Anreize schaffen.« (Ebd.)

Der Verweis auf eine umfangreiche Diskussion unterschiedlicher Lösungen bleibt einzigartig. Die Reaktionen der einzelnen Ratsmitglieder, des Landrats und der Akteure außerhalb des Kreistages werden in der Presse nicht eingefangen oder bilanziert.

Letztlich sorgt eine Praxisübernahme durch die KVSA in der Gemeinde Klötze im Jahr 2016 für Aufmerksamkeit (vgl. AZ 31.12.2016). Nach einer Praxisaufgabe sind rund 1.400 Patient:innen ohne hausärztliche Versorgung. Die Entscheidung zur Übernahme als Eigeneinrichtung durch die KVSA sei gefällt worden, weil die bisherigen Bemühungen um eine Nachfolgeregelung scheiterten und zugleich ein großer Versorgungsbedarf festgestellt wurde, erklärt eine Vertreterin der KVSA (ebd.).

Auch einige Parteiverbände positionieren sich zwischen 2013 und 2016 zur verschlechterten hausärztlichen Versorgungslage. In Arendsee liefert 2014 der Abriss einer Kindertagesstätte Grund für politische Auseinandersetzungen. Der Plan der Linken sieht ein »Haus der sozialen Dienste« (AZ 05.05.2014) vor, inklusive der Möglichkeit einer ärztlichen Praxis. Die Fraktionen von SPD und CDU sprechen sich hingegen für den Abriss des Gebäudes aus. Sie begründen dies damit, dem Ärztemangel nicht mit neuer Infrastruktur, sondern mit mehr Ärzt:innen im System begegnen zu wollen (ebd.).

Dafür, dass Medizinstudierende ein größeres Interesse an der Allgemeinmedizin entwickeln, setzen sich einige Professor:innen an der Universität in Magdeburg ein. Sie

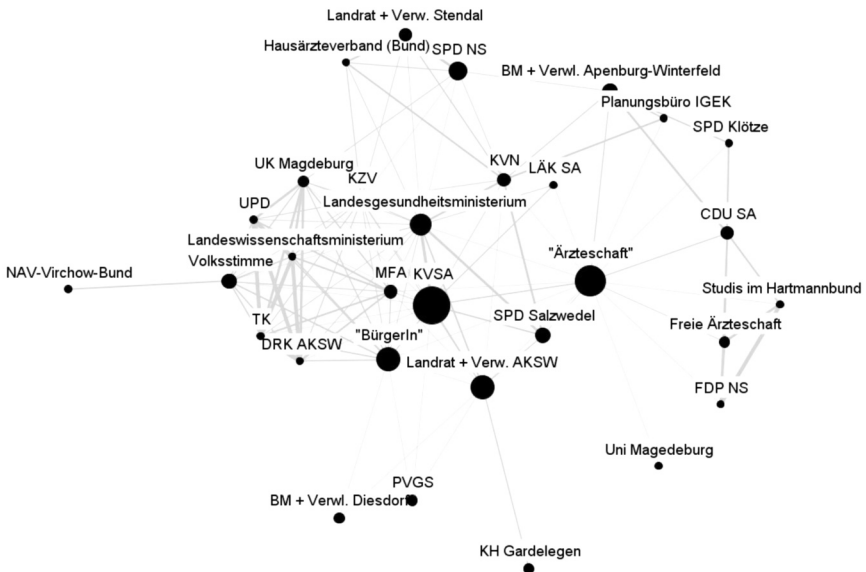
9 Mit dieser in der Presse nicht weiter ausgeführten Anmerkung spielt der KVSA-Repräsentant auf eine Kooperation der KVSA mit der privaten Universität Wissen/Herdecke an. Seit dem Sommersemester 2016 finanziert die KVSA über den Strukturfonds an der Universität mehrere Medizinstudienplätze je Semester. Sie werden an Bewerber:innen vergeben, die sich später hausärztlich in einer ländlichen Region Sachsen-Anhalts betätigen (vgl. KVSA 2015).

reisen im Sommer 2016 mit Studierenden unter anderem nach Salzwedel, um das Stipendienprogramm des Altmark-Klinikums zu bewerben. 700 Euro erhalten Studierende pro Monat danach bis zum Ende ihrer Regelstudienzeit, wenn sie sich im Anschluss für eine Tätigkeit in der Klinik entscheiden. Professor Markus Herrmann zeigt sich auch für dem ambulanten Bereich optimistisch: »Mit dem Wahlfach landärztliche Medizin inklusive der Wochenendseminare in der Altmark steigt die Wahrscheinlichkeit, dass sich zukünftige Mediziner als Landärzte niederlassen« (AZ 09.06.2016).

5.5.1.3 Fragmentierung des öffentlichen Diskurses und der Bearbeitungsstrategien (2017–2022)

Zwischen 2017 und 2022 berichtet die Lokalpresse umfänglicher als zuvor von versorgungsrelevanten Aktivitäten im Altmarkkreis Salzwedel. Die KVSA positioniert sich zunehmend mit eigenen Äußerungen (Abb. 28) und wird zu einem der zentralen Diskursakteure. Der Landkreis büßt hingegen an argumentativen Verbindungen ein, wohingegen einige Gemeinden wie Gardelegen, Winterfeld und Salzwedel wegen ihrer lokalen Initiativen zur Versorgungssicherung zentral im medialen Diskurs vertreten sind. Besonders auffällig ist, dass sich erstmals Bürger:innen aus dem Altmarkkreis Salzwedel in der Presse zu Wort melden. Zudem äußern sich in der jüngsten Diskursphase Landespolitiker:innen und Teile der Landesregierung im Rahmen kommunaler Veranstaltungen zur Versorgungslage und ihrer Bearbeitung. Der Zuwachs an Diskursakteuren ist vor dem Hintergrund der Landtagswahlen Sachsen-Anhalts im Juni 2021 zu interpretieren.

Abbildung 28: Diskursnetzwerk Altmarkkreis Salzwedel, 2017–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Einige Gemeinden fallen besonders ins Gewicht, wie die folgenden Erzählungen eines Ehepaares aus dem September 2017 verdeutlichen:

»Sie haben nämlich bald keinen Hausarzt mehr. Ihr altvertrauter Mediziner geht demnächst in den Ruhestand und hinterlässt auch bei vielen anderen Patienten eine unsichere Versorgungslage. Für Marina Kutscher bedeutet dies jedenfalls, sich einen neuen Hausarzt suchen zu müssen. Glück hatte sie damit bislang nicht. In drei Salzwedeler Praxen ist sie vorstellig geworden – alle drei haben mit der Begründung abgelehnt, keine neuen Patienten mehr aufzunehmen. [...] ›Wir hatten gehofft, dass unser alter Arzt seine Patienten einfach aufteilt. Da hängt man nun in der Luft«, sagt Marina Kutscher konsterniert. Soll sie vielleicht künftig in die Notaufnahme des Altmark-Klinikums gehen? Das will sie nicht, und eigentlich ist dies auch nicht Sinn und Zweck derselben. Menschen wie Marina und Arthur Kutscher stehen stellvertretend für viele Menschen auf dem Land. Sie erleben den wachsenden Widerspruch zwischen steigendem medizinischen Bedarf und gleichzeitig stagnierender oder sinkender Versorgung.« (AZ 30.09.2017)

Das Ehepaar bittet nach eigenen Angaben die eigene Krankenkasse um Hilfe. Diese verweist auf eine Hotline und Onlineauskünfte der KVSA. Die Presse bittet die KVSA daraufhin um eine Stellungnahme. Auch die KVSA verweist bloß auf die Onlineinformationen (ebd.). Ein knappes halbes Jahr später lässt sich eine Ärztin in Salzwedel nieder (vgl. AZ 29.03.2018).

Das Ehepaar wird daraufhin erneut befragt, wie die Arztsuche in den vergangenen Monaten verlief und antwortet wie folgt: »Es war ein Kuddelmuddel« (ebd.). Einen Termin bei einer Hausärztin habe sich nur zufällig ergeben. Zur selben Zeit findet in Gardelegen der dritte Altmärker Notfalltag statt, auf dem auch der Ärztemangel in der Region Thema ist (vgl. AZ 31.01.2017). Salzwedels Landrat lobt die Leistungen des Rettungsdienstes. Gleichwohl gibt er an, es beruhige ihn, dass der Versorgungsbedarf im ländlichen Raum aufgrund der drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich immer weiter ansteige.

Wenige Monate später rückt die Gemeinde Winterfeld mit der inzwischen fortgeschrittenen Planung eines Gesundheitszentrums in den Fokus der Öffentlichkeit. CDU-Landeschef und Verkehrsminister Thomas Webel spricht auf einem Kreisparteitag in Salzwedel dem Projekt seine Unterstützung aus (vgl. AZ 10.01.2018). Er fordert in diesem Zusammenhang, den Numerus Clausus Voraussetzung für die Aufnahme eines Medizinstudiums zu überdenken. In eine angebotsorientierte Richtung argumentiert auch die Initiatorin des Gesundheitszentrums und Bürgermeisterin Winterfelds. Sie ist der Meinung, die Gemeinde könne der vom Nachwuchs bevorzugten Anstellung mit dem Gesundheitszentrum nachkommen. »Fachärzte könnten organisatorisch den Kliniken angegliedert werden, aber quasi eigenständig in den ländlichen Gesundheitszentren arbeiten. Der schrittweise Weg der Mediziner in die Eigenständigkeit werde so erleichtert.« (Ebd.)

Der Artikel »Praxis kommt, Arzt fehlt noch« (AZ 23.03.2018) handelt von einer Podiumsdiskussion, die sich um das Winterfelder Gesundheitszentrum dreht. Die Veranstaltung trägt den Titel »Gesundheitsforum Winterfeld – Wie geht es weiter mit der ärztlichen Versorgung im ländlichen Raum?« (ebd.). Auf dem Podium versichert die Landesgesundheitsministerin, »das Thema der ärztlichen Betreuung ist in der Landespolitik angekommen« (ebd.). Der ebenfalls anwesende KVSA-Vorstand unterstreicht den wachsenden Handlungsdruck. In Richtung der Initiator:innen merkt er an, es sei zwar nicht möglich, für ihre Einrichtung »einen Arzt zu backen« (ebd.), allerdings könne die KVSA die Einrichtung bei Bedarf übernehmen, um Ärzt:innen anzustellen. Im Laufe des Abends diskutieren die Anwesenden den Stand der medizinischen Ausbildung in Sachsen-Anhalt. Der KVSA-Vorstandsvorsitzende kritisiert den geringen Anteil landeseigener Studierender. Um Mediziner:innen nicht an andere Bundesländer zu verlieren, schlägt er eine »Landeskinder-Quote« (ebd.) vor. Am Ende des Abends hält eine Kreisrätin ein »flammendes« (ebd.), an die Ministerin gerichtetes Plädoyer, indem sie unter anderem Folgendes sagt: »Die Menschen in der Altmark sind in Sorge. Wir haben unseren Teil für das Gesundheitszentrum erfüllt. Jetzt müssen Sie das Problem vonseiten der Politik in Angriff nehmen. Also nehmen Sie unsere Anregungen und Fragen mit nach Magdeburg« (ebd.). Salzwedels Landrat ergänzt bei der Zentrumseröffnung fordernd: »Das Land darf uns nicht alleine lassen« (AZ 08.01.2019).

2019 kommt es seitens einiger aufgebrachter Patient:innen in der Gemeinde Diesdorf wegen der Ablehnung eines Niederlassungsantrags zu Kritik an der KVSA (vgl. AZ 25.05.2019). Das zumindest berichtet die stellvertretende Bürgermeisterin während einer Ratssitzung. Im Ort rege sich »großer Widerstand« (ebd.). Die Bürger:innen bereiten Unterschriftenlisten vor, zu denen sich der Gemeinderat positionieren soll. Der Rat entscheidet, die Unterschriftenaktion zu unterstützen und zeigt sich wegen des Handelns der KVSA verständnislos.

Im Frühjahr 2019, kurz vor den Kommunalwahlen, rückt die Stadt Salzwedel in den Fokus der Aufmerksamkeit. Die Stadtratsfraktion der SPD weist im Rahmen eines Antrags auf die Verschlechterungen der vertragsärztlichen Versorgung hin (vgl. AZ 27.05.2019). Mit Vertreter:innen der Landesärztekammer, der Universität Magdeburg, der KVSA, den praktizierenden Ärzt:innen in Salzwedel, Stadträt:innen und Verwaltungsmitarbeitenden formulieren die Sozialdemokrat:innen das Ziel, junge Ärzt:innen für eine Niederlassung in der Region zu gewinnen. Obwohl es nicht um eine vorrangige Aufgabe der Stadt handele, sollte sich um die medizinische Versorgung gekümmert werden. »In Sachsen-Anhalt steigt paradoxerweise seit Jahren die Anzahl der Mediziner [...]. Die besonders im Fokus stehenden Hausärzte und Allgemeinmediziner sind jedoch ein gefragtes Gut.« (Ebd.) Salzwedels Landrat äußert sich zu dieser Zeit auf einer Veranstaltung des CDU-Kreisverbands wie folgt: »Wir werden uns um den ländlichen Raum kümmern und für die hausärztliche Versorgung und gegen den Ärztemangel kämpfen.« (AZ 13.03.2019)

Zwischen 2020 und 2021 flacht die Berichterstattung zu den Gemeinden und den genannten Kreisinitiativen ab. Punktuell beschäftigt den Landrat einige Probleme im stationären Bereich (vgl. VS 22.11.2021) und 2021 rücken nicht-hausärztliche Versorgungsprobleme auf seine Agenda. Daraufhin werden die KVSA (vgl. VS 13.08.2021), die Kasenzahnärztliche Vereinigung (vgl. VS 17.05.2022), die Stadt Gardelegen und der Kreis

(vgl. VS 23.02.2022) im Rahmen unterschiedlicher Maßnahmen aktiv, die jedoch nicht näher journalistisch begleitet werden.

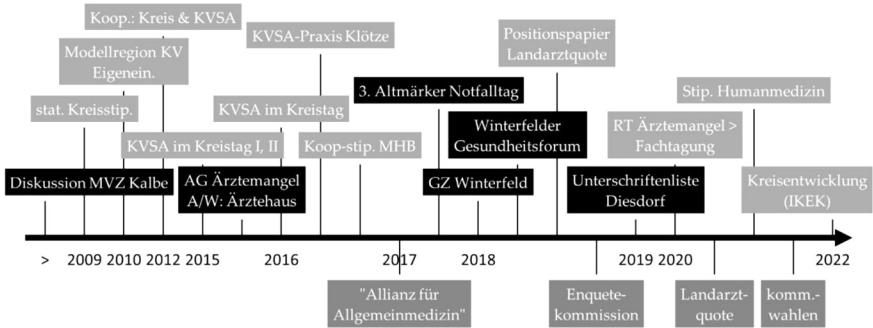
Gegen Ende des erhobenen Pressediskurses im Sommer 2022 erfahren die versorgungsrelevanten Vorstöße der Landesregierung Aufmerksamkeit in der Lokalpresse. 2017 verweist der Vorstandschef der AOK Sachsen-Anhalt auf ein Projekt des Sozialministeriums. Im Rahmen der »Allianz für Allgemeinmedizin« zielt das Land gemeinsam mit der Krankenkasse, der KVSA und der Landesärztekammer darauf ab, Niederlassungsinteressierte frühzeitig zu unterstützen und ein Kompetenzzentrum an den Universitäten Magdeburg und Halle aufzubauen (vgl. AZ 19.01.2017). Das Land plant weiterhin im Oktober 2018 fünf Prozent der Medizinstudienplätze für künftige Landärzt:innen zu reservieren. Ein entsprechender Gesetzesentwurf ist damals in Vorbereitung. Anlass bieten die Prognosen der KVSA (vgl. AZ 18.10.2018). Weil eine Quote den Bedarf nicht abdecken könne, spricht sich die Landesgesundheitsministerin dafür aus, die Gesamtzahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen. Dies ist in ihrer Wahrnehmung jedoch Aufgabe des Bundes (vgl. AZ 18.10.2018). Die Landarztquote stößt recht früh auf Kritik. Im Januar 2019 kritisiert ein CDU-Bundestagsabgeordneter aus der Altmark, die Maßnahme käme zu spät und entwickle nicht die notwendige Wirkung (vgl. AZ 30.01.2019). Er erinnert an den »Masterplan Medizinstudium 2020«, das Bundesprogramm, das 2017 vom Landeswissenschaftsministerium unterzeichnet wurde. Der Bundestagsabgeordnete reflektiert die damals gesteckte Zielmarke wie folgt:

»Weshalb werden diese zehn Prozent, das wären 20 Absolventen pro Jahr mehr, die ab 2028/29 aufs Land gehen könnten, nicht ausgeschöpft? [W]ie soll das Manko bei nur 20 Mediziner:innen pro Jahr mehr ab 2029 ausgeglichen werden? Will Sozialministerin Petra Grimm-Benne (SPD), dass wir irgendwann gezwungen sind, eine der beiden medizinischen Fakultäten in privatrechtliche Institutionen umzuwandeln?« (Ebd.)

Vor dem Hintergrund der genannten lokalen Bearbeitungspfade lässt sich aus dem Pressematerial keine stringente Bearbeitungsstrategie des Altmarkkreises Salzwedel nachvollziehen. Ähnliches gilt für die Landespolitik. Die Äußerungen der Landesgesundheitsministerin Petra Grimm-Benne (SPD) auf einer Podiumsdiskussion im Frühjahr 2022 unterstreichen diesen Eindruck. Danach sei die Zeit für Lösungen gegen den Ärztemangel gekommen. Die Ministerin stellt allerdings Folgendes klar: »[W]ir wissen noch nicht, welches Versorgungsmodell sich durchsetzen wird und sich dann nachhaltig dauerhaft in Gesetze etabliert.« (VS 09.04.2022)

5.5.2 Pfad: Mit einem Maßnahmenkatalog gegen den Ärztemangel

Abbildung 29: Relevante Ereignisse im Altmarkkreis Salzwedel



Quelle: Selbstgestaltet; Gemeindeebene (schwarz), Kreisebene (hellgrau) und Landesebene (dunkelgrau)

Im Pressediskurs des Altmarkkreises Salzwedel kommen dezidierte Äußerungen zur kommunalen Gewährleistungsverantwortung der ärztlichen Versorgung eher zu kurz. Früh kooperieren der Altmarkkreis und die KVSA, weil ersterer sich unter Druck sieht und letztere eine überregionale Ansprechperson für die Zusammenarbeit bevorzugt. Es bedarf in der Folge einiger Verhandlungen, um einen in der Lokalpresse gar nicht erwähnten Maßnahmenkatalog zur Versorgungssicherung seitens des Altmarkkreises zu beschließen. Dessen Implementation erweist sich aktuell wegen den Bestimmungen der kommunalen Selbstverwaltung als überaus komplex und für einige der Vorhaben unmöglich. Die Interviews mit den Gemeindevertreter:innen legen deren angespannte bis resignierte Stimmung offen. Dementgegen präsentieren sich der Repräsentant:innen der KVSA und des Kreises hoffnungsvoll, die Versorgung stabilisieren zu können.

5.5.2.1 Eine fragile Versorgungssituation

Die Presseberichterstattung über den Altmarkkreis Salzwedel vermittelt den Eindruck, bei den Kreisrepräsentant:innen bestehe bereits früh eine Aufmerksamkeit für den lokalen Ärztemangel, wohingegen die KVSA zunächst relativierend auftritt. Erst in den vergangenen Jahren wird die Versorgungslage und werden die Bearbeitungsstrategien einzelner Kommunen analysiert und die lokale Ärzteschaft äußert sich öffentlich zu der Situation in den Praxen. Die zusätzlichen Recherchen vervollständigen und relativieren diese Analyse gewinnbringend. Im Interview berichtet eine Repräsentantin des Altmarkkreises Salzwedel, die »defizitäre Versorgung« (Interview LKA II) beschäftige den Kreis bereits seit knapp einer Dekade. Sie stelle ein Schwerpunktthema im Gesundheitsamt dar und man führe intensive Gespräche mit der KVSA. Bei der KVSA liege die Verantwortung für die Sicherstellung. »Nichtsdestotrotz wissen wir, dass wir hier eine Daseinsfürsorge haben und die auch wahrnehmen wollen« (ebd.), berichtet die interviewte Kreismitarbeiterin. Auf Kreisebene »können und wollen wir uns dem Thema nicht verwehren« (ebd.). Die 22 unbesetzten Hausarztstellen, die für jeweils 1.500 Patient:innen stünden,

seien alarmierend. Immer wieder würden verantwortliche Kreismitarbeitende und -politiker:innen von einzelnen Bürger:innen angesprochen werden. Häufiger jedoch wiesen die eigenen Hausärzt:innen die Gemeindevertreter:innen auf die angespannte ärztliche Versorgungslage hin. Die regelmäßigen Treffen zwischen dem Landrat und Vertreter:innen der KVSA verfestigten den wahrgenommenen Handlungsbedarf zusätzlich.

In den Archiven des Kreistags finden sich einige Protokolle, die die Berichte der Interviewten bestätigen. Neben bilateralen Treffen spricht der Geschäftsführer der KVSA in den vergangenen Jahren mehrmals im Kreistag vor. Im Dezember 2012 ist die Kooperation zwischen der KVSA und dem Kreis Gesprächsthema (vgl. Altmarkkreis Salzwedel 2012). Noch beschränkt sich diese auf die gegenseitige Verlinkung relevanter Aktionen auf den Internetseiten der beiden Akteure. Doch das Protokoll offenbart auch wie ein Kreisrat dazu aufruft, auf die Kommune als »Anbieter [...] von Förderleistungen« (ebd.) einzuwirken. Schließlich sei die ambulante ärztliche Versorgung, insbesondere für die ältere Bevölkerung von zentraler Bedeutung. Der Kreisrat vernimmt eine »zunehmende Unzufriedenheit und eine Zunahme von Beschwerden über die ärztliche Versorgung« (ebd.) und wünscht sich »eine aktivere Pressearbeit über diese Themen« (ebd.). 2015 berichtet der KVSA-Geschäftsführer von den hausärztlichen Versorgungsgraden im Kreisgebiet. Diese lägen für die beiden Mittelbereiche bei 87 und 78 Prozent und damit »nur wenig über der absoluten Schmerzgrenze« (Altmarkkreis Salzwedel 2015). Daraufhin entsteht eine Diskussion im Kreistag, die bereits in der Presse rezipiert wurde. 2016 spricht der KVSA-Geschäftsführer nochmals im Kreistag vor. Er berichtet von nur »unwesentlichen Veränderungen« (Altmarkkreis Salzwedel 2016) der Versorgungslage im Vergleich zum Vorjahr. Das Kreisgebiet ist weiterhin als drohend unterversorgt eingestuft. Im Protokoll folgt der kommentierende Satz: »Was bedeutet, es ist eine statistische Auffälligkeit.« (Ebd.) Diese Einlassung verweist auf den technischen Gehalt der Planungsstatistik.

Im November 2019 beschließt der Kreistag als Ergebnis der »Fachtagung Ärztegewinnung«, die wenige Monate zuvor stattfand, einen Maßnahmenkatalog. Er umfasst über 20 Maßnahmen, die die ärztliche Versorgung stabilisieren sollen, und ist auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten. In diesem Zusammenhang werden die mangelnden Erfolge der bisherigen Maßnahmen moniert. Obwohl die Zuständigkeit nicht bei den Kommunen liege, müssten diese im Rahmen der Daseinsvorsorge und wegen des Gehalts der ambulanten medizinischen Versorgung als Standortfaktor tätig werden. Eine vergleichbare Begründung für die öffentliche Intervention findet sich in der Pressemitteilung des Kreises zur genannten Fachtagung. In der Mitteilung heißt es, für den Kreis ist die ambulante medizinische Versorgung »sehr wichtig« (Altmarkkreis Salzwedel 2019) und obwohl die Zuständigkeit bei der KVSA liege, engagiere sich der Kreis im Rahmen der Daseinsfürsorge für eine Stärkung der Versorgungsinfrastruktur.

In den vergangenen Jahren war die ambulante medizinische Versorgung zudem Thema im Rahmen des Kreisentwicklungskonzepts. In dessen Abschlussbericht vom Juni 2021 sind zum Themenbereich »Versorgung« diverse Defizite im Rahmen einer SWOT-Analyse gelistet. Hier finden sich unter »Schwächen« vor allem die folgenden Feststellungen: »hausärztliche Versorgung schlechter als in Nachbarkreisen, Ärztemangel/Reduktion der flächendeckende Versorgung, insbesondere durch fehlende Praxisnachfolge [und] Teufelskreis zwischen Abbau der sozialen und technischen In-

frastrukturen und Abwanderung« (Altmarkkreis Salzwedel 2021: 40). In den folgenden Leitzielen wird die wohnortnahe ambulante medizinische Versorgung dann jedoch nicht thematisiert (ebd.: 72ff.).

Für die KVSA spielt die problematische Nachwuchsgewinnung schon länger eine Rolle. Im Interview mit einem Repräsentanten der Geschäftsführung der KVSA betont dieser wiederholt, die KVSA habe bereits kurz nach der Jahrtausendwende auf den Ärztemangel in Sachsen-Anhalt hingewiesen (vgl. Interview AKSW I). Dies unterstreichen diverse Publikationen der KVSA, in denen diese nicht nur auf die besondere Betroffenheit von ländlichen Regionen (vgl. KVSA 2014a) und der hausärztlichen Versorgung (vgl. KVSA 2014b) hinweist, sondern anderen Akteuren, wie insbesondere den Krankenkassen (vgl. KVSA 2015) vorwirft, den Ärztemangel lange kleingeredet zu haben. Aus Erfahrungen mit anderen gesundheitspolitischen Akteuren habe die KVSA zusätzlich gelernt, dass viele die »fragile Situation« (Interview AKSW I) nicht sehen wollten.

Im Interview betont der Repräsentant der KVSA-Geschäftsführung, dass die Verringerung der Medizinstudienplätze in den 1990er Jahren der Grund für die heutige Mangelsituation sei (vgl. Interview AKSW I). Er habe dies auch vor einiger Zeit auf einem Vortrag im südlichen Altmarkkreis Salzwedel betont. Die Lokalpolitik habe in Reaktion darauf das Argument der Mengensteuerung für lokale Auseinandersetzungen genutzt. Wenn man Ärzt:innen ansiedeln wolle, taue es allerdings nicht, den Mangel zu einem Streitthema zu machen, ist sich der Interviewte sicher. Der KVSA-Geschäftsführung ist durchaus klar, dass sich der Bundesgesetzgeber in dieser Frage anders positioniert. Insbesondere den ehemaligen Vorsitzenden des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen kritisiert der Interviewte deutlich. Dieser deutet den lokal ungleichen Zugang zu medizinischen Versorgungseinrichtungen als Folge einer Fehlverteilung der Ärzt:innen mit Blick auf die Regionen und die Fachgebiete. Dem KVSA-Geschäftsführer missfällt nicht nur die Deutung des Experten. Zudem seien dessen Vorschläge zur Versorgungssicherung »immer zu wohlfeil« und »jenseits der menschlichen Wirklichkeiten« (ebd.).

In den Kreisgemeinden werden ebenfalls diese Deutungen einer Fehlverteilung und eines allgemeinmedizinischen Imageproblems vertreten. Zunächst zur Perspektive einer Bürgermeisterin: Sie betont, der Hausärztemangel »drückt noch nicht so stark« (Interview AKSW V). Obwohl sie den Ärztemangel als ein »gesamtgesellschaftliches Problem« (ebd.) wahrnimmt, regten sich die Bürger:innen erst auf, wenn sie selbst vom schwindenden Versorgungszugang betroffen seien. Die Bürgermeisterin sehe, wie sehr sich die Kommunen bemühten, die Versorgung zu sichern. Fälschlicherweise würden die Gemeindevertreter:innen wiederholt angemahnt, sich engagierter zu zeigen, obwohl sie alle bereitwillig einen Bau- oder KiTa-Platz vermittelten oder einen Arbeitsplatz für Partner:innen von niederlassungsinteressierten Ärzt:innen organisierten. »Das macht doch jeder, was soll das denn? [...] Was soll das denn bringen?« Aus der Perspektive der Bürgermeister:innen liefen diese Anstrengungen zu oft ins Leere. Vielmehr sollte man sich die Frage nach der angemessenen Menge an Studienplätzen und funktionalen Verteilmechanismen stellen. Die Bürgermeisterin selbst geht nämlich von einer unzureichenden Verteilung der Ärzt:innen zuungunsten strukturell benachteiligter Regionen aus. Sie fragt polemisch, ob es 5.000 Schönheitschirurgen in Frankfurt a.M. wirklich brauche und zeigt sich sicher: »Ein bisschen mehr Zwang schadet manchmal nicht« (ebd.). Sie be-

richtet, es bestehe durchaus eine Einigkeit darüber, dass man es mit einem Verteilungsproblem zu tun habe. Immer wieder würden verantwortliche Akteure in Gesprächen im öffentlichen Raum allerdings mit Mengenargumenten reagieren und argumentieren.

Ein Bürgermeisterkollege aus dem nördlichen Kreisgebiet betont, er sehe die Kommune nicht in der Verantwortung, geschweige denn in der Lage an der Lösung des Ärztemangels zu partizipieren (vgl. Interview AKSW III). Dass er wegen seines knappen kommunalen Haushalts »in die Röhre schaut« (ebd.) stimmt ihn verärgert. Schließlich müsse die Gemeinde für die »Bankrotterklärung« (ebd.) der Bundes- und Landesebene büßen. Dabei könne nicht von einer gesundheitspolitischen Regionalisierung die Rede sein, weil Kommunen in aller Regel ohne das Geld und das nötige Spezialwissen, vor allem aber ohne die notwendigen Kompetenzen, dastünden. Sein Engagement in der Vergangenheit habe der Bürgermeister immer mit dem Hinweis versehen, dass er keine finanziellen Mittel bereitstellen werde und könne. Die Medien habe er damals genutzt, um auf die Gemeinde als Niederlassungsstandort hinzuweisen. Den aufkommenden Unmut der Bürger:innen könne er nachvollziehen aber nicht ändern. Einen Versuch habe er mit einem Workshop unternommen, um die Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung in die Bevölkerung zu kommunizieren. Aber es fehle am nachfrageseitigen Verständnis. Schwierigkeiten, medizinischen Nachwuchs für Niederlassungen zu mobilisieren, sieht der Gemeindevertreter darin, dass die allgemeinmedizinische Praxis »im Endeffekt ein undankbarer Job« (ebd.) ist. Im ländlichen Raum erschwerten lange Entfernungen und unsichere Patientenzahlen die Attraktivität der hausärztlichen Tätigkeit. Das Imageproblem der Allgemeinmedizin fordere die Landespolitik zum Handeln auf. Sie sei im Rahmen ihrer hochschulischen Verantwortung dafür verantwortlich, entsprechende Anreize zu setzen.

Ein Allgemeinmediziner aus dem Kreisgebiet unterstreicht, der Ärztemangel begründe noch keinen Versorgungsmangel an sich (vgl. Interview AKSW IV). Als er seine Praxis vor knapp 20 Jahren eröffnete, fehlten auch bereits Ärzt:innen, um eine auskömmliche Versorgung zu gewährleisten. Erst nachdem mehrere Kolleg:innen in den Ruhestand gingen, erreichten die praktizierenden Ärzt:innen jedoch ihre regulären Fallzahlen. Dann spitzte sich die Versorgungslage recht schnell zu.

»Deswegen sind wir jetzt in der Situation, die mir nicht so gut gefällt von meinem Berufsethos her. Nämlich, dass wir sagen müssen: Wir nehmen eigentlich keinen mehr. Wir nehmen tatsächlich immer doch noch an, wenn jetzt jemand hinzieht, irgendwoher aus Deutschland. Die müssen ja dann versorgt werden, gerade, wenn sie älter sind, vielleicht nicht mehr so mobil. [...]. Wir sind jetzt zwei Praxen mit insgesamt drei Vollzeitstellen. Also wir sind zwei Praxen mit jeweils einem halben Angestellten und einem Vollzeitbetreiber. Und wir kommen über die Runden. Es bleiben sicherlich noch Patienten übrig, die nicht versorgt sind. Aber wir haben ein gutes Einkommen, wir schaffen die Arbeit mal mehr mal weniger. Damit ist das abgedeckt. Aber ich glaube, es wäre schlauer, wenn es vielleicht noch eine Praxis mehr wäre. Dann hätten wir zwar weniger Fälle, aber vielleicht auch kürzere Wartezeiten auf einen Termin und insgesamt ein entspannteres Arbeiten. Es macht keine Freude mit einem vollen Wartezimmer zu arbeiten.« (Interview AKSW IV)

Zwar lägen die zentralen Gründe in der Unattraktivität des ländlichen Raums, der veränderten Einstellung der jüngeren Generation zur Niederlassung, der Feminisierung der Medizin und dem gewandelten angebotsseitigen Anspruch an weiche Standortfaktoren. Doch, so ist sich der Arzt sicher, es fehle auch quantitativ an Ärzt:innen. Obwohl der Anteil an in Vollzeit arbeitenden Niedergelassenen sinkt, engagiere die Politik sich nicht zielgerichtet; die notwendigen Interventionen blieben aus. Der Arzt ist sich sicher, dass die Zurückhaltung im politischen System begründet ist. Schließlich profitierten Politiker:innen nicht innerhalb ihrer Amtszeit von neu geschaffenen Medizinstudienplätzen. Überdies sind sie wegen ihrer Kosten ein unliebsames Wahlkampfthema. Letztlich riskiere die Landesregierung im Zuge ausgebauter Medizinstudienplätze auch, dass die Mediziner:innen nach Abschluss ihrer Ausbildung im Ausland arbeiteten. Mehr noch, selbst wenn sie blieben, stünden in Sachsen-Anhalt nicht genug auszubildenden Ärzt:innen zur Verfügung, um die Nachwuchsmediziner:innen in die Allgemeinmedizin zu manövrieren.

5.5.2.2 »Vitamin B« und Implementationsprobleme

Der interviewte Allgemeinmediziner ist im Kreisgebiet kommunalpolitisch engagiert. Er bilanziert die immer wieder stattfindenden Treffen der KVSA mit einzelnen Kreispolitiker:innen wie folgt: »Es wird sich engagiert, es werden Gespräche geführt.« (Ebd.) Doch die getesteten Maßnahmen von den Stipendienprogrammen bis zur jüngst eingerichteten Stelle einer Gesundheitskoordinatorin am Kreisgesundheitsamt zielten »auf Interventionen, die nicht heute und nicht nächstes Jahr irgendetwas an der Versorgung verbessern« (ebd.). Der Arzt betont, seine anfängliche Frustration sei deshalb einer »soliden Resignation« (ebd.) gewichen, auch weil vom Gesetzgeber seit 20 Jahren nichts unternommen würde, um die flächendeckende Versorgung auf sichere Füße zu stellen. Die vieldiskutierten MVZs entwickeln aus Sicht des Mediziners keine versorgungssichernden Effekte in schlechter versorgten Regionen. Er habe stattdessen im Kreistag und auch gegenüber der Landessozialministerin für eine echte Regionalisierung geworben. Darin versteht er, dass die Planung der regionalen Gesundheitslandschaft von den regionalen Akteuren durchgeführt wird. Die Ministerin habe nicht reagiert und im Kreistag traf er nach eigenen Angaben »nicht auf ein funktionstüchtiges Zielorgan, dass man sich da tatsächlich mal hinsetzt und sagt: Was wollen wir hier eigentlich? Was brauchen wir?« (Ebd.)

Ihrem Unmut über den eingeschlagenen Bearbeitungspfad macht auch eine Bürgermeisterin aus dem südlichen Kreisgebiet Luft. Sie fühlt sich im Stich gelassen und ist wütend darüber, dass es trotz der Einigkeit darüber, dass es einen Plan zur Bekämpfung des Ärztemangels brauche, keine Unterstützung gebe.

»Wenn wir uns nicht um unsere eigenen Angelegenheiten kümmern, macht es kein anderer. [...] Dafür gibt es Institutionen, die dafür zuständig sind. Aber wenn wir uns darauf zurückziehen, hilft uns keiner in zehn Jahren. Und dann brauchen wir nicht sagen: Hätten wir das gewusst, dann wäre vielleicht.... Nein, wir müssen uns schon um alles kümmern.« (Interview AKSW V)

Die Kreisgesundheitspolitik sei bemüht, Lösungen für den Ärztemangel zu finden. So habe sich die Kreisgesundheitsdezernentin rege engagiert, ausgebildete Ukrainer:innen, die vor dem russischen Angriffskrieg in die Altmark flohen, unkompliziert in die

örtlichen Versorgungsstrukturen zu integrieren. Das sei ein Schritt in die richtige Richtung, aber keine Lösung für das eigentliche Problem. Die einzig angemessene Lösung sieht die Bürgermeisterin darin, dass sie selbst vor Ort den Kontakt mit den Ärzt:innen pflegt, etwa an einem Ärztstammtisch teilnimmt, um informiert zu sein.

Das von der Presse in seiner Entstehung begleitete Gesundheitszentrum in Winterfeld kritisiert die Bürgermeisterin als »große Geldverschwendung« (ebd.). Der im Vergleich zu anderen Gebieten im Kreis geringe Versorgungsbedarf in Winterfeld könne die Höhe der dort aufgewendeten Mittel nicht rechtfertigen. Die Interviewpartnerin des Kreises betont zusätzlich, dass das Projekt mehrmals »knapp davor [war] in die Hose zu gehen« (Interview AKSW II). In eine ähnliche Richtung argumentiert ein Bürgermeisterkollege. Das Projekt sei mit »viel Theater verbunden« (ebd.) gewesen, insbesondere wegen der Fördergelder und aufgewendeten Steuergelder. Der KVSA-Geschäftsführer äußert sich ambivalenter zum Gesundheitszentrum. Die Gemeinde habe ein Problem erkannt und adäquat reagiert. Allerdings wähnt auch er ein Problem, würden vergleichbare kommunale Projekte Schule machen. Dann bestünde die Gefahr, dass wohlhabende Kommunen darüber bestimmen, wo sich Ärzt:innen ansiedeln (vgl. Interview AKSW I). Die Bedarfsgerechtigkeit sei in diesem Fall nicht gesichert. Wenn geringe Fallzahlen zu einer Unterbeschäftigung der praktizierende Ärzt:innen führten und die Intention der Kommunalpolitik darin liege, sich feiern zu lassen, sieht der KVSA-Repräsentant »für die Versorgung [...] einen Wermutstropfen dabei, weil: Ich habe zwei, wo einer reicht. Ich habe einen Arzt, der vielleicht nicht ausgelastet ist.« (Ebd.)

Ein Bürgermeister plädiert indes für eine hochschulpolitische Intervention. Den diversen Stipendienprojekten der Kliniken, der KVSA und des Kreises steht er skeptisch gegenüber. Es sei rechtlich unsicher, ob sich die Stipendiaten in der Zukunft aus ihren Verpflichtungen herausklagen können. Insbesondere wegen als konkurrierender Anreiz wahrgenommener kommunaler Stipendienprogramme aus umliegenden Regionen kommentiert er die örtlichen Haushaltslagen resigniert:

»Grottig, da sieht es grottig aus. Da sind glaube ich die wenigsten [Kommunen, Anm. d. A] dabei, die überhaupt noch eine Null beziehungsweise ein Plus ausweisen können. Wenn Sie so eine prekäre Finanzlage haben bei den normalen Aufgaben, die wir haben, dann kann man sich ziemlich schnell ausmalen, wieviel Geld noch für freiwillige Geschichten wie ein Arzt-Begrüßungsgeld da ist. Da brauchen wir gar nicht darüber diskutieren. Das haut Ihnen spätestens die Aufsicht links und rechts um die Ohren. Da sind wir im engen Korsett.« (Interview AKSW III)

Der Gemeindevertreter habe im Rahmen seines Engagements vor einigen Jahren – damals beriet er eine interessierte Ärztin umfangreich und vermittelte ihr eine Immobilie – an die übergeordnete Politik kommuniziert, dass es veränderte Steuerungsmechanismen brauche. An dieser Stelle im Interview wird deutlich, dass auch der Bürgermeister von einer unzureichenden Verteilung der Mediziner:innen ausgeht, wenngleich diese für ihn nicht Kern des Problems ist. Er verweist darauf, dass die zwangsweise Zuweisung von Ärzt:innen in der ehemaligen DDR die Versorgung gesichert habe. Die Fachtagung des Kreises zur Ärztegewinnung und weitere Foren lieferten für ihn keinen »Benefit«

(ebd.). »Dass ich da jetzt als Gemeinde einen Ansprechpartner habe für die Rekrutierung von Ärzten, ist bei mir noch nicht angekommen.« (Ebd.)

»Was viel hilft, wenn wir jetzt mal vom Monetären absehen, was die meisten wahrscheinlich sowieso nicht haben, ist Vitamin B. Da sehe ich mich und meine Kolleginnen und Kollegen als Verbindungsglied. Oder auch Stadträte oder ähnliches. Dass man sagt, wenn man schon einen Kandidaten an der Angel hat, dass man den bestmöglich unterstützt. Dass man sagt, wir besorgen dir Fliesenleger, wir besorgen dir das, das, das. Also wie so eine Wirtschaftsansiedlung das Ganze nehmen.« (Ebd.)

Zudem sieht der Bürgermeister Potenzial in der Digitalisierung. In seiner Gemeinde wurde zum Ausbau des Glasfasernetzes ein Zweckverband gegründet. Wegen dem prognostizierten Stellenwert von Medizindiensten im Haushalt beschloss die Gemeinde, zusätzliche Adern zu verlegen, für (teil-)digitalisierte Versorgungsleistungen genutzt werden können. Er hofft, »dass die Telemedizin den Mangel an Personal auf ärztlicher Seite, aber auch Betreuungspersonal, Arztpraxenpersonal, [...] ein Stück weit kompensieren kann« (ebd.). Im April 2019 wird öffentlich, dass der Altmarkkreis Salzwedel mit Unterstützung des Landeswirtschaftsministeriums ein Digitalisierungszentrum errichtet, das sich unter anderem mit telemedizinischen Anwendungen beschäftigen wird (vgl. Altmarkkreis Salzwedel 2020: 13).

Ende November 2019 beschließt der Altmarkkreis einen umfangreichen Maßnahmenkatalog (vgl. Altmarkkreis Salzwedel 2019a). Hiervon berichtet die Kreisgesundheitsdezernentin im Landtag im Sommer 2020 im Rahmen einer Sondersitzung des Sozialausschusses zum Themengebiet Gesundheitskonferenzen (vgl. Landtag von Sachsen-Anhalt 2020). Für die vorgelagerte »Fachtagung Ärztengewinnung« wurde das Ziel eines Maßnahmenkatalogs verbindlich gesetzt (vgl. Interview AKSW II). Zum Ende der Veranstaltung resümiert der Landrat, es brauche nun Geld und Personal, um das Besprochene umzusetzen. Im Kreishaushalt 2020 seien dafür 130.000 Euro bereitgestellt (vgl. Altmarkkreis Salzwedel 2019b). Im Interview zieht eine Bürgermeisterin wie folgt kritisch Bilanz zu der Tagung:

»Danach haben wir schön an ein Flipchart angepinnt, was wir herausgefunden haben, was ich Ihnen vorher hätte auch in einer halben Stunde alleine auf einen Zettel schreiben können. Das bringt uns nicht weiter. Das, was da passiert, ist Selbstbeschäftigung.« (Interview AKSW V)

Der auf Nachfrage vorgelegte Maßnahmenkatalog umfasst 24 Maßnahmen in drei Bereichen, je auf unterschiedliche Zielgruppen zugeschnitten. Für die Zielgruppe der Schüler:innen und Studierenden werden unter anderem ein Kreisstipendium, Zuschüsse für Praktikant:innen oder die Ansprache von Abiturient:innen vorgeschlagen. Für die Zielgruppe derer, die aus anderen Berufen in die vertragsärztliche Versorgung wechseln sind eine offensive Anwerbung durch die Kommunen, Marketingmaßnahmen und der allgemeine Infrastrukturausbau durch die Kommunen und den Kreis angedacht. 16 Maßnahmen sind der Zielgruppe der Mediziner:innen und Schüler:innen zugeordnet. Hierzu zählen die Ermöglichung von Teilzeitstellen in der Zuständigkeit der KVSA, die vermehrt

te Ausbildung von Hausärzt:innen durch das Altmarkklinikum und die Bereitstellung von Einrichtungen als Probepraxen durch die Kommunen.

Der Katalog ist umfangreich und in Teilen höchst ambitioniert. Es bleibt beispielsweise unklar, wie genau die anvisierte, verbesserte Zusammenarbeit von ambulanten und stationären Einrichtungen seitens des Kreises angestoßen oder umgesetzt werden soll. Im Interview berichtet die Kreisrepräsentantin, die kommunale Selbstverwaltung stelle ein rechtliches Hindernis für den Maßnahmenkatalog dar, denn der Kreis könne den eingegliederten Städten und Kommunen keine Aufgaben auferlegen (vgl. Interview AKSW II). Die Kooperation zwischen dem Kreis und den einzelnen Kommunen gestalte sich sehr unterschiedlich. Manche Bürgermeister:innen seien gewillt zu kooperieren. Sie berieten Niederlassungsinteressierte sowie deren Familien und bauten Arzt Häuser. Andere versteckten sich eher und forderten ein erhöhtes Kreisengagement ein. In diese Richtung argumentiert auch ein ansässiger Arzt im Interview. Er gibt an, einige Kommunen hätten sich in laufenden Prozessen aus Projekten zurückgezogen und viel von dem, was entstanden ist, sei am Ende privat organisiert worden (vgl. Interview AKSW IV).

Noch bevor das Kreisstipendium im Rahmen des Maßnahmenkatalogs beschlossen wurde, warben auch auf Stadtebene Akteure für kommunale Stipendienprogramme (vgl. Die Linke Salzwedel 2019). Die schlechter gewordene Versorgung und die Betroffenheit der Bürger:innen werden als Begründung für öffentliche Interventionen angeführt. Im Rahmen des Maßnahmenkatalogs unterstreicht der Landrat das Kreisstipendium sei der »richtige Weg« (Altmarkkreis Salzwedel 2020) und die KVSA pflichtet bei, sie sei »gerne Ansprechpartner« (ebd.) in der Kooperation. Die Gelder für das Stipendienprogramm werden vom Kreis aufgebracht, während die KVSA die Verwaltung der Mittel übernimmt und den Kontakt zu den Stipendiaten herstellt und pflegt.

Im Rahmen einer Konkretisierung des Maßnahmenkatalogs im Winter 2019 wird vorgeschlagen, die Stelle eines Gesundheitspräventionskoordinators zu schaffen. Die halbe Stelle soll für die Initiierung und Begleitung des Stipendienprogramms zuständig sein, Verträge aufsetzen, Voraussetzungen überprüfen, zu Gymnasien Kontakt für Werbung aufnehmen, Medizinstudierende kontaktieren und einen Runden Tisch für diese einrichten. Die Person soll zudem die Stipendiaten bei der Wohnraumsuche unterstützen und die Lebenspartner:innen und Familien der Interessent:innen bei Bedarf unterstützen. Im Interview erklärt die Kreisrepräsentantin, die Stelle sei auch geschaffen worden, weil die Maßnahmen außerhalb der Kooperation mit der KVSA zu kleinteilig wurden. Die Person, die die Stelle übernehmen werde, solle eine Ansprechperson für alle Niederlassungsinstrumente sein. Ziel sei es unter anderem, die »Ärzte mehr in die Pflicht [zu] nehmen, sich jetzt schon um die Nachfolge zu kümmern« (ebd.). Hierzu könne die Person Expert:innen der verbundenen Universitäten einladen, um die Ansprüche des Nachwuchses gegenüber der lokalen Ärzteschaft zu kommunizieren. Das Teilziel verdeutlicht, dass aus Sicht des Kreises ein Bedarf besteht, die lokale Ärzteschaft aufzuklären. Dieser werde von der KVSA weder gesehen noch gedeckt. Dass die Personalstelle am Kreis zusätzlich zu den rund 10 Stunden pro Woche für die Arztaquise auch mit Präventionsaufgaben betreut sein wird, stimmt einen interviewten Arzt pessimistisch für die Versorgungssicherung. Die Stelle und das Maßnahmenpaket im Allgemeinen seien zu ambitioniert im florierenden Wettbewerb um Mediziner:innen.

Man könne einzelne Erfolge über die Stipendienprogramme erzielen, aber die Instrumente seien nicht verallgemeinerbar. »Das sind ganz kleine Tropfen auf einem sehr heißen Stein.« (Interview AKSW IV)

Der Repräsentant der Geschäftsführung der KVSA kann der Personalstelle beim Kreis durchaus etwas abgewinnen. Er begrüßt es, zukünftig einen »*single point* des Kontakts« (Interview AKSW I) beim Kreis zu haben. Weiterhin schlägt er vor, dass die Person sich das notwendige Knowhow zur Erfüllung ihrer Aufgaben in Gesprächen mit Repräsentant:innen der KVSA aneignen könne. Denn generell sei es zwar kein Geheimnis, wo sich Ärzt:innen niederlassen können, aber immer wieder würde deutlich, dass es zusätzliches Wissen brauche, um Niederlassungen erfolgreich in die Wege zu leiten und zu begleiten. In der Vergangenheit sei der Knowhow-Transfer zwischen den Kommunen und der KVSA zu häufig ins Stocken geraten. Darüber hinaus wirbt der Repräsentant für die Strategie der KVSA, dezentral Versorgungseinrichtungen aufzubauen oder zu erhalten, insbesondere durch Eigeneinrichtungen der KV. Erste Schritte in Richtung Eigeneinrichtungen unternahm die KVSA bereits 2010; heute bestehen rund 25 Eigeneinrichtungen in Sachsen-Anhalt. Das sei zwar ein Erfolg, aber auch für die KVSA immer mit dem Risiko verbunden, dass Ärzt:innen in Anstellung die Einrichtungen kurzfristig wieder verließen. Zudem würden die Anstellungsoptionen, insbesondere in dünn besiedelten Regionen, nicht so gut angenommen werden, wie sich die KVSA dies wünsche. Zu oft seien die Ärzt:innen unsicher, ob sie die Praxen in der Zukunft weiterveräußern könnten. Die Eigeneinrichtungen bedeuteten einen »großen Aufwand im Management« (ebd.) für die KVSA, die sich für die ländliche Versorgungssicherung ohne Alternativen wähnt. »Wir bekommen sie [die Ärzt:innen, Anm. d. A.] auch mit Lockstoff, ob der Geld, Struktur oder Information heißt, weniger oder nicht ausreichend dahin [in schlechter versorgte Regionen, Anm. d. A.]« (ebd.). Es ist eine Besonderheit des vorliegenden Falls wie häufig die KVSA anbietet, eine unsichere Versorgungseinrichtung oder ein Projekt mit Anlaufschwierigkeiten zunächst als Eigeneinrichtung zu betreiben.

Veränderter Versorgungsstrukturen durch die Telemedizin und Substitutionsmodelle wie dem *physician assistant*¹⁰ steht der Repräsentant der KVSA offen gegenüber. Allerdings betont er, dass man sich die Frage stellen müsse, ob man mit entsprechenden Substituten den Anspruch gleichwertiger Lebensverhältnisse gerecht werde (ebd.). Die Versorgung habe sich verändert und sei nicht ohne Weiteres mit den Ansprüchen der Bevölkerung und denen der KVSA zu vereinbaren. In diesem Zusammenhang zeigt sich der interviewte Allgemeinmediziner aus dem Kreisgebiet optimistischer. Er ist überzeugt, dass beispielsweise ein ausgeweitetes Aufgabenprofil der in den Praxen tätigen medizinischen Fachangestellten oder das neue Versorgungsmodell des *physician assistant* erheb-

10 »Zu den noch relativ neuen nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen gehört das Berufsbild ›Physician Assistants (PA)«. Der etwas sperrige Begriff kann mit ›Arztassistenten‹ oder ›Medizinassistenten‹ übersetzt werden. Um PA zu werden, muss in Deutschland ein dreijähriges Bachelor-Studium absolviert werden. Das explizite Ziel dieses Berufes ist es, dass ›angesichts der zunehmenden Komplexität der Versorgung, Ärzte stärker als bisher unterstützt und von Tätigkeiten entlastet werden« [Bundesärztekammer, KVB 2017]. Während in einigen Ländern nicht-ärztliche Gesundheitsberufe ärztliche Leistungen komplett eigenverantwortlich übernehmen und damit die ärztliche Rolle zumindest teilweise substituieren, unterliegt die Tätigkeit von PA in Deutschland vollständig der ärztlichen Delegation.« (Meyer-Treschan et al. 2021)

liche Ressourceneinsparungen mit sich bringen würden. »Da sind die größten Widersacher die Ärzte selbst mit ihren Standesorganisationen.« (Interview AKSW IV) Angesichts der versprochenen Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse solle die Politik indes darauf verzichten, Rechnungen anzustellen, ob sich die ärztliche Versorgung dünner besiedelter Regionen lohne oder nicht (ebd.).

Der KVSA-Repräsentant ist sich sicher, die Bundespolitik versuche die Versorgung durch Ärzt:innen sukzessive zu substituieren. Die Möglichkeiten von Kliniken über MVZs an der ambulanten Versorgung mitwirken zu können, unterstreichen diese Strategie aus seiner Sicht. Einerseits könnten Kliniken den mit einer MVZ-Stelle verbundenen Versorgungsauftrag beispielsweise mit vier 25 Prozentstellen besetzen. Darunter leide die Versorgungsqualität massiv. Andererseits springe der Gesetzgeber zu kurz, wenn es darum geht die MVZ-Zulassung dahingehend zu regulieren, dass Kliniken nicht am Zulassungsausschuss vorbei Zulassungen erwerben können. Er nennt einige Beispiele dafür, dass Ärzt:innen vor ihrem Ruhestand in MVZs arbeiteten, um ihre Zulassungen gewinnbringend an die MVZ-Gesellschaft übertragen zu können. Entsprechend agierende Klinikkonzerne verfügten über personell stark besetzte Akquisabteilungen, die sich allein um die Übernahme derartiger Zulassungen kümmerten (vgl. Interview AKSW I). Bilanzierend kritisiert der KVSA-Repräsentant erneut, der Gesetzgeber sehe das Problem, schätze es allerdings falsch ein und lasse sich zu sehr von »Flüsterern« (ebd.) aus dem Sachverständigenrat leiten.

Im Herbst 2018 setzt das Land Sachsen-Anhalt auf Antrag der Linken eine Enquete-Kommission ein. Sie soll Vorschläge unterbreiten, wie die Gesundheitsversorgung in Zukunft

»personell, sächlich, finanziell, flächendeckend, qualitativ hochwertig, barrierefrei und sektorenübergreifend realisiert werden kann, sodass allen Bürgerinnen und Bürgern – ob im urbanen oder ländlichen Raum – eine bedarfsgerechte medizinische Versorgung, Notfallversorgung und Pflege garantiert werden kann.« (Landtag Sachsen-Anhalt 2018a: 1)

Die Sicherung der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum ist ein Schwerpunktthema der Kommission (ebd.: 2). Sie soll Strukturen prüfen und Handlungsempfehlungen erarbeiten (vgl. Landtag Sachsen-Anhalt 2018b). Es finden diverse Anhörungen statt, in denen zum Beispiel die Präsidentin der Landesärztekammer darauf hinweist, dass der »Hausarztmangel« (Landtag Sachsen-Anhalt 2019) die Akteure schon einige Jahre begleite. Auch die Gesundheitsdezernentin des Altmarkkreises wird zu einer solchen Anhörung eingeladen, um zu der Fachtagung von 2019 zu referieren (vgl. Landtag Sachsen-Anhalt 2020). Nach ihrem Vortrag meldet sich ein Vertreter des Landkreistags Sachsen-Anhalt zu Wort. Er betont, die Durchführung von Gesundheitskonferenzen gehöre nicht zu den kommunalen Aufgaben. Die finanziellen, rechtlichen und gestalterischen Mittel fehlten, um »Wünschenswertes im Gesundheitssektor auch durchzusetzen« (ebd.). Vielmehr sollten die »politischen Akteure mit Entscheidungsgewalt ins Boot geholt werden« (ebd.). Diese befänden sich auf Bundesebene, weniger im Land und nicht in den Landkreisen oder Kommune. »Gesundheitskonferenzen könnten Versorgungsprobleme im Gesundheitssektor zwar darstellen, aber heilen könnten sie sie nicht, die Kommunen

wären hierzu rechtlich und finanziell schlichtweg nicht in der Lage.« (Ebd.) Der Vertreter des kommunalen Spitzenverbandes ist sich sicher: »Gegen zu wenig Ärzte helfen nur mehr Ärzte.« (Ebd.) Im Herbst 2019 wird in Sachsen-Anhalt eine fünfprozentige Landarztquote im Rahmen des bestehenden Kontingents von ungefähr 400 Medizinstudienplätzen beschlossen (vgl. Landesministerium für Arbeit, Soziales und Integration 2020). Sie wird im darauffolgenden Jahr als Erfolg gefeiert und verlängert (vgl. Landesministerium für Arbeit, Soziales und Integration 2021).

5.5.2.3 Festhalten am freien Arztberuf als Bremse für den Mentalitätswandel

Die KVSA spricht sich in diversen Pressemitteilungen für eine Landarztquote aus (vgl. KVSA 2019a, 2019b), wohingegen der interviewte Repräsentant der KVSA-Geschäftsführung dieses Instrument kritisch bewertet. Eine Quote würde einen Einschnitt in die ärztliche Freiberuflichkeit darstellen, wohingegen die Aufstockung der Studienplätze den freien Arztberuf stärker achte (vgl. Interview AKSW I). Er begrüßt, dass sich einige Landtagsabgeordnete jüngst offener zeigten, Verantwortung in der Bekämpfung des Ärztemangels zu übernehmen. Dementgegen zeigt sich ein Niedergelassener aus dem Kreisgebiet von der Landespolitik unbeeindruckt. Die vertragsärztliche Versorgung werde ohnehin auf Bundesebene entschieden, weshalb Landtagsabgeordneten keine relevanten Gesprächspartner:innen darstellten (vgl. Interview AKSW IV). Der KVSA-Repräsentant räumt ein, die Reaktion der Landespolitik auf seine Forderung nach mehr Studienplätzen sei verhalten bis negativ ausgefallen (vgl. Interview AKSW I). Er wundere sich, warum dieser Hebel nicht genutzt werde und ergänzt, die KVSA werde nicht wie die KV in Sachsen Mediziner:innen im Ausland ausbilden. »Wenn man sich das überlegt, dass eine Körperschaft öffentlichen Rechts eigentlich schon versucht, das defizitäre Angebot des Staates zu substituieren. Nichts anderes ist das. Eigentlich verrückt. Entweder, es ist falsch, was die Körperschaft macht oder der Staat handelt nicht.« (Ebd.) Entsprechend sei die (Lokal-)Presse ein adäquates Medium für die KVSA ihre Positionen zur Ausbildungssituation auch im Kontrast zum zuständigen Landesministerium darzustellen (ebd.).

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass die Beratungsleistungen, vor allem aber die Flexibilität und das Angebot Eigeneinrichtungen zu betreiben, seitens der KVSA ungewöhnlich umfangreich und weitreichend ist. Schließlich finanziert die KVSA, wie alle anderen KVen, solche Maßnahmen aus dem Strukturfonds. Im Interview versichert der Repräsentant der Geschäftsführung wiederholt, die KVSA lenke Niederlassungsinteressierte in die bedürftigen Problembereiche. Das Engagement für eine flächendeckende Versorgungssicherung ist erkennbar. Dabei markiert der KVSA-Geschäftsführer vor allem den Bundesgesetzgeber und mangelhafte Zusammenarbeit mit den Krankenkassen als Hemmschuh für die Versorgungssicherung.

»Generell haben Krankenkassen natürlich ein Interesse, was uns stört: Sie sind der Meinung, dass sie ihrem Auftrag folgend für das gleiche Geld immer mehr Leistung bekommen müssen. Das ist ihre Aufgabe, das zu fordern. Ganz klar. Unsere Aufgabe ist dagegen gesetzt zu sagen, dass wir für mehr Leistung auch eine Mehrvergütung brauchen. Da laufen wir natürlich immer gegeneinander, das ist ganz klar. Der Gesetzgeber hat da Methoden geschaffen, um diesen Prozess zu regeln. Kennen wir. Das sind diese

ganz langen a/b Paragraphen im SGB V, die über mehrere Seiten gehen und ganz viele Absätze haben, wo schon Buchstaben hinter stehen. 3b, 4a und so weiter. Das zeigt, wie man daran arbeitet. Die sind auch glaube ich für Außenstehende nicht mehr nachvollziehbar. Wir haben mit Krankenkassen sehr gute Erfahrungen gemacht, machen aber auch immer wieder schlechte.« (Ebd.)

Wie bereits von einem interviewten Arzt erwähnt, scheinen bei der KVSA immer wieder standespolitische Interessen durch, wenn es beispielsweise um die Digitalisierung der Versorgungsstrukturen und der Praxisabläufe geht. Dann nämlich, so ist sich der KVSA-Repräsentant sicher, müssten die Vorteile für die Ärzteschaft überwiegen. Da diese bis dato nicht vorlägen, zögere der Verband bei entsprechenden Vorstößen noch.

Die interviewten Bürgermeister:innen unterstreichen, sie könnten sich bei Bedarf bei der KVSA melden und hätten gar ihnen eigens zugordnete regionale Berater:innen (vgl. Interview AKSW V). Doch es würde auch deutlich, wie sehr die KVSA auf die Ressource Arzt angewiesen sei. Sonst ist ihre »Funktionalität dahin«, bestätigt der KVSA-Geschäftsführer selbst (Interview AKSW I). Nach eigenen Angaben versucht die KVSA auch dezentral Versorgungseinrichtungen aufzubauen oder zu erhalten. Der Zentralisierungstrend der Versorgungsstrukturen sei allerdings nicht mehr aufzuhalten (vgl. KVSA 2017). Diese Zentralisierung macht sich auch im Wettbewerb um Medizinstudierende bemerkbar. So äußert sich der Landrat des Altmarkkreis Salzwedel besorgt, die vielen Stipendienprogramme würden den interkommunalen Wettbewerb weiter anheizen (Altmarkkreis Salzwedel 2021: 93). »Der Schlüssel zum Erfolg liege sicher auch in der Erhöhung der Studienplätze für Arztberufe.« (Ebd.)

Grundsätzlich untermauern der Landrat, die Kreisgesundheitsdezernentin und die Kreispolitik und -verwaltung immer wieder, die ärztliche Versorgung sei Teil der Daseinsvorsorge. Dieses Argument geht einerseits mit einer Kritik am Land einher. Diese blende die spezifischen regionalen Gegebenheiten aus. Andererseits ist mit dem vorgebrachten Konzept der Daseinsvorsorge eine Gewährleistungserwartung gegenüber den Kommunen in der Versorgungssicherung verbunden. Ein Bürgermeister beschreibt die verbreitete Wahrnehmung der ländlichen Kommunen wie folgt: »Unsere Dörfer und Städte müssen im übertragenen Sinne so ein bisschen den roten Teppich ausrollen.« (Interview AKSW III)

Wegen dieser Gewährleistungserwartung zeigen sich die adressierten Kommunen resigniert bis verärgert. Ein Bürgermeister sagt, er habe vieles ausprobiert, aber keinen Erfolg gehabt (vgl. Interview AKSW III). Eine Bürgermeisterkollegin ergänzt, es gehöre ihrer Ansicht nach schlicht nicht zu den Aufgaben der Kommune sich um die ärztliche Versorgung zu kümmern. Sie könne zwar die KVSA anrufen, aber auch da fehle ein Plan. Die Kommunalvertreterin geht mitunter hart mit der KVSA ins Gericht.

»Die Leute haben Schwierigkeiten, für sich anzunehmen, dass junge Leute heute anders arbeiten wollen. Wenn sich zum Beispiel zwei Ärztinnen oder Ärzte einen KV-Sitz teilen, weil sie sagen, ich möchte gerne auch Zeit für meine Familie haben und nicht 80 Stunden in der Woche arbeiten, sondern tatsächlich nur 40. Dann wird das aus Sicht häufig älterer Herren belächelt als: Was haben wir für eine verweichlichte Generation.

Das erregt mich zum Beispiel stark, nicht im positiven Sinne. Und ich glaube, das ist ein anderes, ganz falsches Herangehen.« (Interview AKSW V)

Der erwähnte kommunalpolitisch aktive Allgemeinmediziner aus dem Kreisgebiet berichtet, dass zwischen der lokalen Ärzteschaft und der KVSA eine starke Entkopplung in vielen Einzelfragen aber auch den groben Stoßrichtungen festzustellen sei. Die KVSA behindere zwar keine Niederlassungen. Im Gegenteil, es fehle schlichtweg an Interessenten. Aber einzelne »persönliche Kalamitäten« (vgl. Interview AKSW IV) zwischen Personen in der KVSA und Verantwortlichen an den ausbildenden Kliniken verhinderten eine aktive Aus- und Weiterbildungspolitik. Die oben erwähnte »Allianz Allgemeinmedizin«, der Vorstoß des Landes, in der auch die KVSA vertreten ist, ist nach Ansicht des Arztes mit Personen besetzt, »die schon seit 30 Jahren den Niedergang engagiert begleiten« (ebd.). Einzelne Ärzt:innen hingegen, so ist sich der Allgemeinmediziner sicher, hätten kein Problem damit, sich beim Staat anstellen zu lassen, wenn dies einer qualitativen Versorgung zuträglich wäre.

5.5.3 Zwischenfazit

Schon früh im lokalpolitischen Bearbeitungsprozess wird im Altmarkkreis Salzwedel dezidiert vom Ärztemangel gesprochen und zeigt sich der Landrat wegen der angespannten ärztlichen Versorgungslage beunruhigt. Wenngleich noch kein umfassender Lösungsdiskurs angestoßen wird, ist der Problemdruck seitens des Kreises in dieser frühen Diskursphase deutlich. Die KVSA ist für den kommunal wahrgenommenen Handlungsdruck maßgeblich mitverantwortlich. Zugleich zeigt sie sich von einzelnen kommunalen Vorstößen und den an sie herangetragenen Forderungen irritiert. Vehement erinnert sie wiederholt an den frühen Zeitpunkt des Bearbeitungsprozesses und mahnt die Kommunen zur Zurückhaltung.

Doch die Bürgermeister:innen der Kreisgemeinden sind von den Forderungen der Bürger:innen verunsichert. Eine Kommunalpolitikerin kritisiert gar, die Kommunen seien in der ärztlichen Versorgungssicherung zu lange untätig gewesen. Im Kreistag entwickeln sich angesichts der divergierenden Vorstellungen zur kommunalen Gewährleistungsrolle wiederholt Spannungen. Die Kreispolitiker:innen diskutieren überdies darüber, an welchen Stellen ärztliche Ressourcen eingespart werden könnten, wenn sich die Ärzt:innen auf ihre »Kernleistungen« beschränken würden und mehr Aufgaben an ihr Praxispersonal delegieren. Ein Kreisrat fordert zu mehr Engagement der Gemeindevertreter:innen in diese Richtung auf, wohingegen die Bürgermeister:innen ihre Vorstöße mitunter von der lokalen Ärzteschaft blockiert sehen.

Der mediale Diskurs verdichtet sich ab 2013. Insgesamt häuft sich die Anzahl der öffentlichen Problematisierungen der lokalen Versorgungsmängel in dieser Diskursphase. Die Politisierung des Ärztemangels spiegelt sich sprachlich: Es ist von »Brennpunkten«, der Betroffenheit bestimmter Bevölkerungsgruppen und »wachrüttelnden« Prognosen die Rede. Dabei sehen Repräsentant:innen des Kreises und der KVSA die Kommunen als die maßgeblich (mit-)verantwortlichen Akteure in der ärztlichen Versorgungssicherung an. Und es tut sich durchaus etwas in den Rathäusern des Kreisgebiets. Regelmäßige Gespräche zwischen Bürgermeister:innen und Gemeinderät:innen und der KVSA finden

statt. Vertreter:innen der KVSA nehmen wiederholt an Gemeinde- und Kreistagssitzungen teil. Versorgungsrelevante Erfolge können punktuell dort erzielt werden, wo Druck auf die Niederlassungspraxis der KVSA ausgeübt wird. Parallel diskutieren Kommunen materielle Anreize zur Niederlassungsförderung, insbesondere der Bau von Ärztehäusern steht im Fokus. Die Kommunalvertreter:innen kritisieren jedoch auch die fehlenden Unterstützungsstrukturen und diverse rechtliche Unsicherheiten im Zuge der lokalen Projekte.

In der finalen medialen Phase scheinen sich die am Diskurs beteiligten Akteure einig zu sein, dass der lokale Staat sich an der Versorgungssicherung beteiligen muss. Die KVSA unterstreicht den Handlungsdruck wiederholt, während der Kreis sich zunehmend handlungswillig zeigt und in den einzelnen Gemeinden weiterhin Versorgungskonzepte getestet werden. Insgesamt herrscht eine gewachsene Aufmerksamkeit für die vom medizinischen Nachwuchs präferierte Anstellung. Ein örtliches Gesundheitszentrum versucht diesem Wunsch nachzukommen und auch die Eigeneinrichtungen der KVSA ermöglichen die Anstellung interessierter Ärzt:innen. Punktuell schließen sich Akteure in Koalitionen zusammen, um Druck auf die KVSA auszuüben oder den eigenen Handlungswillen zu demonstrieren. Die Sorge der Bürger:innen wird wegen einzelner Initiativen im öffentlichen Diskurs reflektiert. Doch der Diskurs frant auch aus und die wenigen überregionalen Vorstöße ernten viel Kritik, insbesondere wegen ihrer als überschaubar eingeschätzten Wirkung für die Fläche.

Einige Praktiken des lokalen Staates haben sich in der Presseberichterstattung bereits angedeutet. Die wiederholten Einladungen der KVSA in die politischen Gremien zeugen von einer partiell institutionalisierten Zusammenarbeit. Zumindest scheint ein andernorts präserter, gestörter Informationsfluss zwischen der KVSA und den öffentlichen Akteuren kein Problem zu sein. Dies bestätigen auch die Gemeindevertreter:innen. Doch das Verhältnis des Kreises zur KVSA ist ein besseres als das zwischen den einzelnen Kommunen zur KVSA. Eine Bürgermeister:in kritisiert die aus ihrer Perspektive aus der Zeit gefallene Ansichten der KVSA-Funktionäre und das damit verbundene Auftreten des Verbands deutlich. Beides sei dem notwendigen flexiblen Umgang mit den vorhandenen ärztlichen Ressourcen wenig zuträglich. Ähnlich argumentiert ein politisch engagierter Allgemeinmediziner aus dem Altmarkkreis Salzwedel. In unterschiedlichen Belangen seien die Verantwortlichen in der KVSA stark von den Arbeitsrealitäten der praktizierenden Ärzt:innen entkoppelt. Zugleich erweist sich die KVSA als punktuell flexibel in der Versorgungssicherung, wie ihr Umgang mit Eigeneinrichtungen verdeutlicht.

Interessanterweise betreffen die Maßnahmen, die auf Kreisebene jüngst im Rahmen eines Katalogs beschlossen wurden vor allem die Kommunen. Nur eine der 24 Maßnahmen fokussiert sich auf die KVSA. Für den Maßnahmenkatalog und die Implementati-on der einzelnen Projekte investiert der Altmarkkreis nicht nur rund 130.000 Euro, sondern richtet auch eine Personalstelle zur Koordination der Maßnahmen ein. Zugleich wird deutlich, dass die beschlossenen Runden Tische nicht nur der Vernetzung der Ärzteschaft dienen, sondern auch das Ziel verfolgen, die lokale Ärzteschaft zu motivieren, sich möglichst frühzeitig und möglichst eigenständig um Nachfolgeregelungen für die lokalen Praxen zu kümmern.

Wenngleich hin und wieder Kritik am gegenseitigen Vorgehen geübt wird, stellt sich die Beziehung des Kreises zu den einzelnen Gemeinden wenig spannungsgeladen dar.

Vielmehr betonen die Akteure, dass sich alle bemühen und zeigen sich erfreut darüber, dass einzelne Initiativen die örtliche Versorgung zeitweise stabilisieren. Und auch auf der Ebene der Gemeinden ist reges Engagement zu vernehmen. Selbst die Bürgermeister:innen, die versuchen die Gewährleistungserwartungen mit Hilfe eines Verweises auf fehlenden Kompetenzen und Ressourcen von sich zu weisen, verfügen über Vorstellungen adäquater Instrumente und relevanter Rahmenbedingungen und wissen diese einzusetzen. Dabei reflektieren sie den interkommunalen Wettbewerb und gehen mit den aus ihrer Perspektive wenig bedarfsorientierten Projekten hart ins Gericht.

5.6 Landkreis Ansbach, Bayern

Im Juni 2022 veröffentlicht das Nachrichtenportal des Bayerischen Rundfunks (BR) den Beitrag »Arzt verzweifelt gesucht: Immer mehr Teile Bayerns unterversorgt« (BR24 2022). Darin wird berichtet, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 14 Planungsbereiche in Bayern ausmacht, in denen eine Unterversorgung mit Haus- und Fachärzt:innen droht oder bereits besteht. Seit der ersten Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung im Jahr 2013 sei vor allem das »flache Land« (ebd.) vom ungleichen Zugang zu den Versorgungseinrichtungen betroffen. Der Freistaat regierte auf diese Entwicklung. Seit dem Wintersemester 2020/2021 können interessierte Abiturient:innen über eine Landarztquote Medizin studieren. Sie verpflichten sich im Gegenzug, eine gewisse Zeit in schlechter versorgten Regionen Bayerns zu arbeiten. Der Freistaat richtet zudem 2011 das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung¹¹ ein. Es zielt darauf ab, »Lösungsmöglichkeiten für Herausforderungen der künftigen gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene zu entwickeln und deren Umsetzung zu begleiten« (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit o.J.). Zwei der im Beitrag des BR als (drohend) unterversorgt gelisteten hausärztlichen Planungsbereiche sind Wassertrüdingen und Ansbach-Nord. Beide liegen im Landkreis Ansbach. Aktuell sind alle sechs Mittelbereiche im Kreisgebiet für weitere Zulassungen geöffnet. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) beschließt jüngst für die besonders betroffenen Bereiche im Kreisgebiet KV-Eigeneinrichtung einzurichten (vgl. KVB o.J.).

11 »Die Grundlage für die typischen Unterstützungs- und Beratungsleistungen des Kommunalbüros bildet eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen. Hierzu werden zum einen quantitative Daten herangezogen. Beispielsweise werden verschiedene soziodemografische Indikatoren und medizinische Versorgungsdaten betrachtet. Zum anderen wird die jeweils individuelle Ausgangslage in der beratenen Kommune unter Berücksichtigung möglichst aller Beteiligten qualitativ analysiert. Darauf aufbauend finden, in aller Regel vor Ort, ausführliche Beratungsgespräche statt. In diesem Kontext wird u.a. über Hintergründe, Strukturen, zentrale Ansprechpartner*innen und präventive Maßnahmen informiert. Bei Problemen werden gemeinsam passgenaue Handlungsoptionen diskutiert und eine individuelle Vorgehensweise inklusive konkreter Schritte und Zeitläufe erarbeitet. Auf Nachfrage informiert das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung auch bei (öffentlichen) Veranstaltungen, beispielsweise im Rahmen von Versorgungskonferenzen, Bürgermeisterdienstbesprechungen oder Arbeitskreissitzungen.« (Legler et al. 2019: 12)

Im Folgenden wird die mediale Berichterstattung zu den versorgungsrelevanten Diskursen im Landkreis Ansbach analysiert. Da die Journalist:innen der Lokalpresse lange kaum von einzelnen Kommunen im Landkreis berichten, die mit Versorgungsengpässen oder Praxisschließungen kämpfen, wird das Analysematerial räumlich etwas ausgeweitet. Dann kommt zum Vorschein, dass die spannungsvolle Beziehung zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und der Regierung des Freistaats in den Nullerjahren viel Raum im öffentlichen Diskurs einnimmt. Sie wirkt sich auf die öffentliche Debatte um die Versorgungsprobleme und den Umgang mit ihnen aus. Die lokalen Sicherstellungsprobleme werden ab 2014 relevanter. Ab 2017 schließlich verdichtet sich die Berichterstattung zur spezifischen Problemlage und den damit verbundenen Bearbeitungsstrategien zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgungslage im Landkreis Ansbach. Die weitere Recherche und die Interviews mit den lokal engagierten Akteuren vor Ort legen schließlich auch ein umfassendes lokalpolitisches Engagement offen. Dabei ist insbesondere die Beziehung zwischen dem Kreis und den Kommunen aufschlussreich für das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie.

5.6.1 Der mediale Diskurs in Nordbayern und Fränkischer

Ansbach ist der Fläche nach der größte Landkreis Bayerns. Er liegt im Regierungsbezirk Mittelfranken, zu dem die folgenden Landkreise und Städte gehören: Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim, Erlangen-Höchstadt, Nürnberger Land, Roth, Weißenburg-Gunzenhausen, Donau-Ries, Ansbach, Eichstätt, Erlangen, Fürth, Nürnberg, Rothenburg ob der Tauber, Schwabach und Weißenburg. Da die Lokalpresse überwiegend überregional berichtet, ist das vorliegende Pressematerial nicht streng auf den Landkreis Ansbach beschränkt. Immer wieder steht ein Ereignis oder eine Entwicklung außerhalb des Kreisgebietes im Fokus, wobei innerhalb der Artikel Bezüge zum Landkreis Ansbach hergestellt werden. Zwischen 2006 und 2013 berichten die Presseportale Nordbayern (NB) und Fränkischer vornehmlich überregional, wohingegen ab 2014 einige Kommunen wegen ihrer Sicherstellungsprobleme in den Fokus rücken. Ab 2017 gewinnt der Landkreis an medialer Aufmerksamkeit. Deshalb ist die Analyse der medialen Berichterstattung in drei Phasen unterteilt.

5.6.1.1 Konflikte zwischen dem Hausärzterverband und der Regierung des Freistaats (2006-2013)

Die frühe Phase des medialen Diskurses zur medizinischen Versorgung im Landkreis Ansbach ist von einer überregionalen Auseinandersetzung zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und der CSU-Staatsregierung geprägt (vgl. NB 28.04.2007). Vertreten durch den freien Hausärzterverband Bayern droht die Ärzteschaft im April 2007 im Rahmen eines Protesttags damit, aus dem KV-System auszusteigen. Der Verband beklagt, dass es bereits eine »fatale Unterversorgung auf dem Land« (ebd.) gibt und insbesondere die Hausärzt:innen für ihre Leistungen nicht adäquat entlohnt werden. Es wird ein »heftiger Kampf um Geld und Einfluss« (ebd.) nachgezeichnet. Anlass für diesen Kampf liefern auch die Verhandlungen zur damaligen Gesundheitsreform. Die wütenden Hausärzt:innen werfen der anwesenden Sozialministerin Christa Stewens (CSU), vor allem

aber dem Bundestagsabgeordneten Wolfgang Zöllner (CSU) vor, sie hätten die Interessen der bayerischen Hausärzt:innen in den Verhandlungen in Berlin verraten.

»Geträumt hatten sie von höheren Honoraren und von einem Ende der Zwangsehe mit den Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). In dem Gremium werden die Honorare verteilt, doch hier haben die Fachärzte die Mehrheit, und die Hausärzte fühlen sich in Geldfragen von ihnen seit Jahren über den Tisch gezogen.« (Ebd.)

Die Allgemeinmediziner:innen erwarteten ein »Hausarztstärkungsgesetz« (ebd.) und dass sie in Zukunft selbst ihre Verträge und Honorare mit den Krankenkassen verhandeln dürfen, »am besten in einer eigenen KV« (ebd.). Zöllner winkt ab. Es gebe keine Chance für eine entsprechende Reform auf Bundesebene. Ein Vertreter der Barmer Krankenkasse weist die Forderung nach höheren Honoraren als überzogen zurück. »Höchstens eine Umverteilung der vorhandenen Mittel zu Gunsten der Ärzte, die in eventuell unterversorgten Landstrichen arbeiten, kann er sich vorstellen.« (Ebd.)

Der Protest wird unter anderem im oberfränkischen Neumarkt ausgetragen: Auf einer Veranstaltung des Hausärzterverbands diskutieren dessen Mitglieder mit anwesenden Kommunalpolitiker:innen. Wegen der Nachbesetzungsprobleme steht laut den Ärzt:innen eine »Explosion« (NB 17.11.2007) kurz bevor. Ein Mediziner macht die fehlenden finanziellen Anreize für die geringe Niederlassungsbereitschaft in der Region verantwortlich, während sich ein Kollege mahnend an den anwesenden Landrat und die Bürgermeister:innen wendet. Fehlende Ärzt:innen bedeuteten unter anderem eine erhöhte Anzahl an Helikoptereinsätzen, deren Finanzierung nicht gesichert sei. Die Vertreter:innen des Hausärzterverbands beklagen, sie würden mit ihren Anliegen »einfach überhört« (ebd.). Die Politiker:innen zeigen sich von den Entwicklungen zwar beunruhigt, weisen jedoch die an sie gerichteten Erwartungen zurück. Aufgrund der Langwierigkeit gesundheitspolitischer Reformprozesse auf Bundesebene müssten die Spielräume innerhalb der Rahmenbedingungen genutzt werden.

Der Streit um die zukünftigen Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit ist auch 2008 zentrales Thema in den öffentlichen Auseinandersetzungen.¹² Der Chef der AOK Bayern relativiert gegenüber der Presse die Effekte der abnehmenden Ärztezahl im hausärztlichen Versorgungsbereich wie folgt:

»Dass wir innerhalb der Hausärzteschaft einen relativ hohen Altersdurchschnitt haben, ist aber überhaupt nicht zu bestreiten. Auf der anderen Seite machen die Statis-

12 2007 wird mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeführt, wodurch die Hausärzt:innen ein eigenes Verhandlungsmandat erhalten. Allerdings kommt es in Bayern nur auf politischen Druck zu entsprechenden Vertragsabschlüssen. Der erste bayerische HzV wird 2009 beschlossen, zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und der AOK. Ende 2010 kündigen die meisten bayerischen Krankenkassen den HzV, weil der Bayerische Hausärzterverband erneut zum Systemausstieg auffordert. Die Hausärzt:innen stimmen allerdings in einer Abstimmung gegen den Ausstieg und der Vorsitzende des Verbandes tritt zurück. Seit Anfang 2012 werden von den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern wieder HzV angeboten. Doch das Thema bleibt ein Dauerkonflikt. Die Verträge werden größtenteils durch Schiedssprüche festgelegt. Seit 2015 bietet auch die AOK Bayern HzV für ihre Patient:innen an.

tiken über die Versorgung der einzelnen Planungsbereiche in Bayern klar, dass wir nur an ganz, ganz wenigen Stellen wirklich unterversorgt sind. Dafür haben wir aber sehr, sehr viele Regionen, die deutlich überversorgt sind – und zwar nicht nur mit Fach-, sondern auch mit Hausärzten.« (NB 25.01.2008)

Für den Protest und die verbundene Androhung eines kollektiven Systemausstiegs der Hausärzt:innen gibt es nach dem AOK-Chef im Kassenverband kein Verständnis. Er erinnert an die Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Juni 2007.¹³ Das Gericht habe den Ausstieg einer Arztgruppe aus dem System für rechtswidrig erklärt. Außerdem erzielten die bayerischen Hausärzt:innen im Bundesvergleich hohe Honorare, betont der AOK-Chef. Er ist überzeugt, dass der Hausärzteverband nicht weiter der KVB unterstehen will, sondern »wie eine Gewerkschaft in eigenen Verhandlungen die Honorare und Arbeitsbedingungen für die Hausärzte verhandeln« (ebd.) will. Wenige Tage später reagiert der Vorsitzende des Hausärzteverbands mit einem Statement in der Lokalpresse. Die Praxisüberschüsse der Hausärzt:innen seien nicht mit den Nettoeinkommen von Arbeitnehmenden vergleichbar (vgl. NB 14.03.2008). Nach Abzügen blieben rund 1.600 Euro im Monat für die Ärzt:innen über, von denen sie die Schulden für ihre Praxen tilgen müssten. »Da bleibt doch fast nichts mehr übrig – und das bei einer 60-Stunden-Arbeitswoche« (ebd.), beschwert er sich.

Auch zwei Jahre später bestimmt die anhaltende Streitigkeit die mediale Berichterstattung (vgl. NB 26.04.2010), wobei der Hausärzteverband inzwischen noch stärker auf die versorgungsrelevanten Effekte seiner Ungleichbehandlung und der damit verbundenen Überlastungen hinweist. Er malt ein »düsteres Szenario« (NB 25.08.2010) für die Versorgung der bayerischen Patient:innen aus.

»Eine Haltestelle im Winter. Menschen warten frierend auf den Bus. Es sind alte Leute, Menschen an Krücken, mit Verbänden oder Fieber. Der Bus soll sie zum medizinischen Versorgungszentrum in die Stadt bringen – 50 Kilometer entfernt. Denn einen Arzt vor Ort gibt es im Jahr 2017 nicht mehr.« (Ebd.)

Laut dem Hausärzteverband fehle es vor allem an Lehrstühlen für Allgemeinmedizin und die »Amerikanisierung« der Versorgungsstrukturen – zentralisierte MVZs seien das Ergebnis der Lobbypolitik von FDP, CDU und KBV – verursache eine verschlechterte Versorgung der Patient:innen, insbesondere in ländlichen Regionen. »Hausbesuche und

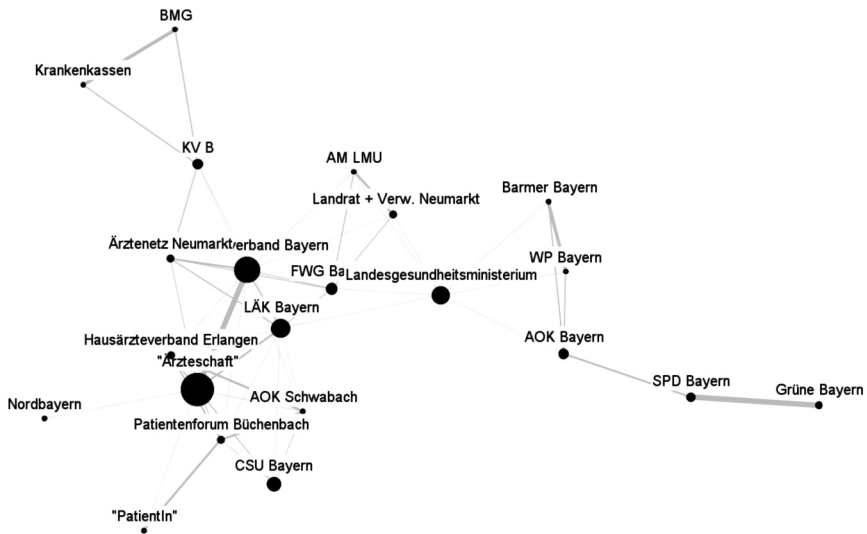
13 Das SGB V regelt die Folgen eines kollektiven Verzichts auf die Zulassung als Ärzt:in in § 13 Abs. 2 SGB V: »Mit Ärzten, die kollektiv die Zulassung zurückgegeben haben, dürfen die Kassen dem Gesetz zufolge keine Selektiv- und Integrationsverträge schließen. Wenn mehr als 50 Prozent der Vertragsärzte in einem Zulassungsbezirk auf ihre Zulassung verzichtet haben und die Aufsichtsbehörde festgestellt hat, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht der Sicherstellungsauftrag an die Kassen über. Das hat zwei Konsequenzen: Den Kassen ist es untersagt, mit diesen Ärzten Verträge abzuschließen. Außerdem können die früheren Vertragsärzte eine erneute Zulassung frühestens nach sechs Jahren erhalten.« (Deutsches Ärzteblatt 2008) Von dieser Regel gibt es nur zwei Ausnahmen, wie das Bundessozialgericht am 27. Juni 2007 entschied. Nur im Falle eines Notfalls oder des Systemversagens, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht in einem gebotenen Zeitraum erbracht werden kann, können Kosten für Behandlung durch ausgetretene Ärzt:innen erstattet werden (vgl. ebd.).

den »persönlichen« Arzt als Vertrauensperson wird es nicht mehr geben. Der Patient wird Teil der Wertschöpfungskette: Es geht nicht mehr um eine möglichst gute Basisversorgung, sondern darum, den Versicherten das Geld aus dem Säckel zu ziehen.« (Ebd.)

2010 spitzt sich der Streit weiter zu. Die Hausärzt:innen wollen nach Bundesmaßgabe einen facharztbezogenen Selektivvertrag mit den Kassen erreichen. Der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), den sogenannten Hausarztverträgen, stehen die Krankenkassen jedoch zögerlich gegenüber. Sie werden im Rahmen eines durch das bayerische Gesundheitsministerium eingeleiteten Schiedsverfahrens zu den Abschlüssen gezwungen (vgl. NB 26.04.2010), woraufhin der Protest der Hausärzt:innen endet. In der Folge legen einige zuvor politisch engagierte Hausärzt:innen ihre Parteimitgliedschaft in der CSU öffentlichkeitswirksam nieder (vgl. NB.10.01.2011). Sie kritisieren deren mangelnde Unterstützung in der Auseinandersetzung.

Von diesen Entwicklungen wenig beeindruckt blickt der damalige Landesgesundheitsminister Markus Söder (CSU) optimistisch in die Zukunft der medizinischen Versorgung im Freistaat. Insbesondere das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 verdeutliche, der nunmehr auch in den ländlichen Regionen Bayerns angekommene Ärztemangel bedürfe einer politischen Mitgestaltung durch den Freistaat (vgl. NB 07.04.2011). Söder schlägt deshalb zwei Dinge vor: Er plant den Gesundheitsfonds zu reformieren. Über den 2009 eingesetzten Fonds werden unter anderem die Honorare der Vertragsärzteschaft bundeseinheitlich verhandelt. Söder ist sich sicher, die bayerischen Patient:innen finanzierten unfreiwillig die Honorare nicht-bayerischer Ärzt:innen mit. Die »1,7 Milliarden Euro im Jahr zur Versorgung anderer Bundesländer« will der Gesundheitsminister in die Errichtung einer Gesundheitsagentur investieren, die innovative Versorgungskonzepte staatlich fördern soll. Zudem plant Söder, ein Kommunalbüro für die ärztliche Versorgung einzurichten (vgl. NB 20.10.2011). Er versichert gegenüber der Presse, »[w]er krank ist, hat Glück, dass er in unserem Land lebt« (ebd.).

Abbildung 30: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2006–2013



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Max Kaplan korrigiert den Minister: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz enthalte gute Ansätze (NB 13.10.2011a), führe aber nicht weit genug, um die Bedingungen der hausärztlichen Versorgung zu verbessern. Es enthalte zu viele zentralistische Elemente. Der Ärztemangel könne hingegen nur mit der Ärzteschaft gemeinsam gelöst werden. So könnten mehr Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe delegiert werden, um die Ärzt:innen zu entlasten. Zudem müsse die unstete Fördermittelsituation überarbeitet werden. Sie stelle die betroffenen Regionen vor große Herausforderungen, ohne ihnen Planungssicherheit zu gewährleisten (vgl. NB 13.10.2011b).

Insgesamt ist der frühe Diskurs nicht von einzelnen Versorgungsproblemen gekennzeichnet, sondern er zeichnet sich eher durch die Argumentation des prominenten Hausärzterverbands aus. Dieser ist der Meinung, dass sich die Versorgung verschlechtern wird, sollte die hausärztliche Tätigkeit nicht besser (finanziell) anerkannt werden. Die Auseinandersetzungen verschaffen dem Hausärzterverband (Abb. 30) ein politisches Profil. Dieses wird von der mittelfränkischen Ärzteschaft aufgenommen. Sie beklagt eine Bürokratisierung ihrer Tätigkeit (vgl. NB 26.04.2006), setzt ihre Honorarsituation mit den ländlichen Nachbesetzungsproblemen in Verbindung (vgl. NB 28.04.2007, 18.07.2007, 20.07.2007) und beklagt Regressängste (vgl. NB 17.11.2007). Ein Allgemeinmediziner aus Ansbach resümiert, die fehlende Wertschätzung gegenüber der Vertragsärzteschaft verwandelt die Versorgung in ein »fast kafkaeskes System, das in sich krank ist« (NB 23.12.2010).

5.6.1.2 Lokale Sicherstellungsprobleme in Mittelfranken (2014–2016)

2014 steht nach erneuten Auseinandersetzungen eine weitere Einigung in Sachen Hausarztvertrag zwischen dem Hausärzterverband und der AOK Bayern in Aussicht. Der da-

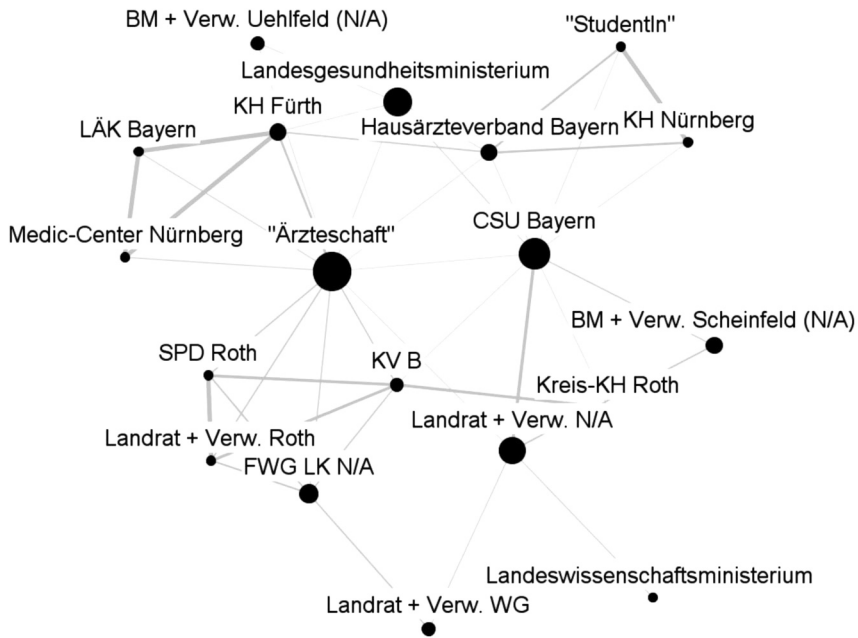
malige Vorsitzende des Hausärzteverbands lässt sich wie folgt in der Lokalpresse zitieren: »Wir verhandeln in guter und freundlicher Stimmung und kommen schrittweise voran.« (NB 05.04.2014)

Parallel wird ab 2014 vermehrt von lokalen Versorgungsproblemen berichtet, insbesondere in den Landkreisen Weißenburg-Gunzenhausen, Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim, Roth und Nürnberger Land. In Roth und Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim betonen unterschiedliche Organisator:innen des Notdienstes, der Hausärztemangel belaste dessen Organisation stark (vgl. NB 08.02.2014, 28.01.2015). In Neustadt wird Ende 2014 überdies darüber beraten, auf Kreisebene eine Gesundheitsregion plus¹⁴ und einen Ausbildungsstandort für Mediziner:innen zu einzurichten (vgl. NB 23.12.2014). Bei einem Besuch der ehemaligen Landesgesundheitsministerin Melani Huml (CSU) in Uehlfeld (ebenfalls Landkreis Neustadt) offenbart diese ihre Deutung der Versorgungsprobleme in der Fläche als Folge eines Verteilungsproblems der Ärzt:innen. In Bayern stünden die zugesicherten gleichen Lebensbedingungen der Bürger:innen unabhängig von ihren Wohnorten nicht zur Diskussion. Dazu gehöre auch eine verlässliche ärztliche Versorgung (vgl. NB 05.08.2016). Entsprechend müssten die Versorgungsregionen verkleinert werden, um »die Diskrepanz von Überversorgung in den Zentren und Unter-versorgung auf dem Land deutlich zu machen« (ebd.).

Auch der Landkreis Nürnberger Land äußert Interesse daran, in den Kreis der bayerischen Gesundheitsregionen aufgenommen zu werden, wobei einige Kommunalpolitiker:innen vor der Verpflichtung zurückschrecken. Ein Arzt, der zugleich Kreisrat ist, gibt zu bedenken, die Gemengelage sei gegebenenfalls zu komplex oder die Prozesse vor Ort schon zu weit fortgeschritten, um sie in diesem Forum versorgungssichernd (weiter) zu entwickeln. Man müsse klären, wer nach Auslaufen der Projekte auf den Kosten angestoßener Initiativen sitzen bliebe. Der Arzt und Politiker erinnert die Anwesenden an eine ehemalige bayerische Gesundheitsregion, die wegen andauernder Finanzierungsprobleme inzwischen eingestellt wurde als »mahndendes Beispiel« (NB 23.11.2016).

14 Das bayerische Programm der Gesundheitsregionen plus unterscheidet sich etwas von vergleichbaren raumwirksamen Instrumenten in anderen Bundesländern. Mit der Gesundheitsregion plus will das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege seit 2015 die medizinische Versorgung strukturell verbessern und die gesundheitliche Prävention fördern. Hierfür muss kommunal ein Netzwerk mit drei vorgeschriebenen Gremien geschaffen werden: Ein zentrales Leitungs- und Steuerungsgremium, das sogenannte Gesundheitsforum wird vom Landrat oder der Landrätin geleitet. Die dem ärztlichen Kreisverband vorsitzende Person und eine Vertretung der KVB, des Gesundheitsamts und der Patient:innen sollen zu diesem Kreis gehören. In mittlerweile drei AG kümmern sich zuständige Akteure und Expert:innen um die Schwerpunkte Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege. Die die Geschäftsstelle leitende Person im Landratsamt koordiniert auch die AGs, bereitet die Sitzungen vor und initiiert und begleitet Projekte (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege online).

Abbildung 31: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2014–2016



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Darüber hinaus werden in den Landkreisen Weißenburg-Gunzenhausen und Fürth einige Lehrpraxen (vgl. NB 10.01.2015) und ein Weiterbildungsverbund zur Nachwuchssicherung in der Allgemeinmedizin gegründet (vgl. NB 06.11.2016). Im Rahmen dieser Anstrengungen üben lokal ansässige Ärzt:innen wiederholt Kritik an der Bundespolitik. »Nach Gesundheitsministerin Ulla Schmidt haben wir große Hoffnung in die FDP gesetzt, aber das war ja ein Flop« (NB 25.06.2014), kritisiert der Vorsitzende eines Ärztenetzes im mittelfränkischen Herzogenaurach (Landkreis Erlangen-Höchstadt). Die Kritik des Arztes betrifft die Budgetierung der ärztlichen Honorare, die »zwangsläufig eine Fünf-Minuten-Behandlung« (ebd.) der Patient:innen bedeutet. Er ist verärgert darüber, dass politisch weiterhin versprochen wird, alle Patient:innen jederzeit ausreichend zu behandeln. Beides gehe nicht zusammen.

Abbildung 31 illustriert, inwiefern der CSU-regierte Freistaat, inklusive des Landesgesundheits- und des Landeswissenschaftsministeriums, den Pressediskurs in der mittleren Diskursphase dominiert. Die Landesebene verweist vor allem auf ihr eigenes Engagement zur Versorgungssicherung: Für den ersten bayerischen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin am Hochschulstandort in Erlangen stellt das Landeswissenschaftsministerium eine Anschubfinanzierung von 300.000 Euro bereit. Zudem richtet die Ministerin ein eigenes Stipendium für Studierende ein, die nach ihrer Ausbildung für mindestens fünf Jahre in einer Praxis oder einem Krankenhaus in einer ländlichen Region arbeiten (vgl. NB 05.03.2014).

Weiterhin treten in der mittleren Diskursphase einige Landrät:innen und vereinzelte Bürgermeister:innen in der Lokalpresse in Erscheinung. Noch äußern sich keine Gemeinde- oder Kreisvertreter:innen aus dem Landkreis Ansbach. Im Vergleich zur frühen Diskursphase verliert der Bayerische Hausärzteverband an Relevanz, wohingegen die Ärzteschaft an Gewicht gewinnt. Die KVB ist auch weiterhin nur marginal im öffentlichen Diskurs aktiv. Ihre Beteiligung beschränkt sich auf vereinzelte, affirmative Äußerungen zum nahenden Ärztemangel (vgl. NB 22.05.2015).

5.6.1.3 Kommunale Versorgungspolitik im Kreis Ansbach (2017–2022)

Im Vergleich der Diskursnetzwerke vor 2017 (Abb. 30 und 31) und danach (Abb. 32) wird deutlich, wie stark sich der versorgungsrelevante Diskurs in den vergangenen sechs Jahren verdichtet hat. Die Ärzteschaft und die CSU sind weiterhin zentrale Diskursakteure. Neu hinzu kommt ANregiomed. Der Verbund der Kliniken Ansbach, Dinkelsbühl, Rothenburg und der Praxisklinik Feuchtwangen beschäftigt sich mit der Versorgung im stationären Bereich. Diese steht vor substanziellen ökonomischen Herausforderungen. Der Bayerische Hausärzteverband rückt noch etwas weiter in die Peripherie des Diskursnetzwerkes und verliert an argumentativen Verbindungen. Neu ist in dieser späten Diskursphase die zentrale Position des Landrats und der Kreisverwaltung Ansbachs, wenngleich andere Kreise präsenter vertreten sind. Vor allem jedoch sind in den vergangenen Jahren vermehrt Vertreter:innen einzelner Gemeinden aus dem Kreisgebiet in den Diskurs eingetreten, namentlich Wassertrüdingen, Ansbach und Rothenburg o. d. Tauber.

Abbildung 32: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2017–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

In der jüngsten Diskursphase entwickelt die KVB zaghafte eine öffentliche Haltung zu den wachsenden lokalen Versorgungsproblemen. Ein Großteil der Äußerungen ist dem Bereich der Problembeschreibung zuzuordnen. Vertreter:innen der KVB werden von Journalist:innen nach Versorgungszahlen gefragt und liefern diese mit dem Hinweis, dass ein Mangel an Mediziner:innen bestehe. Zeitweise wird auf die angestiegenen Fördersummen der KVB hingewiesen. Auf diese Weise unterstützt die KVB die Niederlassungsinteressierten in unterversorgten Gebieten inzwischen mit bis zu 112.500 Euro (vgl. NB 30.06.2017). Nur vereinzelt ordnen Repräsentant:innen der KVB die Lage weitergehend ein. Im Sommer 2017 beispielsweise berichtet eine Journalistin von der sich verschlechternden Versorgung in Gunzenhausen. In diesem Zusammenhang fordert eine Repräsentantin der KVB die »Politik in München und die Kommunen genauso wie die Unis, die den Bereich Allgemeinmedizin in der Vergangenheit oft »stiefmütterlich« behandelt hätten« (NB 30.06.2017) auf, sich mehr zu engagieren. Zugleich warnt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer »vor einem Ärztemangel, der vor allem bei den Hausärzten« (NB 10.01.2017) ins Gewicht fällt. Einzelne Ärzt:innen äußern sich zu der Versorgungslage und den Verantwortlichkeiten wie folgt: »Es gibt noch viele Stell-schrauben, an denen man nachbessern könnte« (NB 30.06.2017). Eine Ärztin habe einen Arzt in Ausbildung bei sich wohnen lassen, nach dem sie sich vergeblich um Fördermit-

tel bemüht hatte. Der Vorsitzende eines lokalen Ärztenetzes betont, die Arbeit verdichte sich immer weiter in den vergangenen Jahren. Die Patient:innen würden älter und die ansteigende Zahl an chronischen Erkrankungen könnte wegen des medizinischen Fortschritts gut behandelt werden. Deshalb steige der Betreuungsbedarf konstant an (vgl. NB 23.10.2017). Ein hausärztlicher Kollege aus Erlangen zeigt sich wegen einiger neuer Versorgungsmodelle optimistisch: »Die Hausarztpraxen auf dem Land sterben aus.« Von Bürgermeister:innen würde allerorten »händeringend« nach Nachfolgern gesucht. [...] »Wir sehen eine große Chance für junge Ärztinnen, in einem MVZ im Angestelltenverhältnis tätig zu werden.« (NB 07.02.2019)

Der Freistaat Bayern verfolgt die Deutung eines allgemeinen Ärztemangels. Er setzt auf eine mengensteuernde Intervention, wobei weniger die bestehenden Hochschulen als vielmehr ein neu einzurichtender medizinischer Campus in Oberfranken als Lösung in den Diskurs eingebracht wird (vgl. NB 22.02.2019). Ein Vertreter der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg spezifiziert, es mangle vor allem an Hausärzt:innen auf dem Land, woraus der Journalist des betreffenden Artikels folgert: »Der Ärztemangel ist also vor allem ein Verteilungsproblem« (ebd.). Offensichtlich scheinen die unterschiedlichen Storylines in der medialen Aufbereitung eine nachgeordnete Rolle zu spielen. Jedenfalls wird kaum um eine gemeinsame Deutung und daraus resultierende Handlungsempfehlungen gerungen. Vielmehr stehen unterschiedlichen Deutungen nebeneinander, und es werden entkoppelt davon Instrumente beworben oder Akteure in die Verantwortung gezogen.

Im Landkreis Ansbach selbst rufen die festgestellten Unterversorgungen in den hausärztlichen Planungsbereichen Ansbach-Nord (70,5 Prozent) und Feuchtwangen (72,5 Prozent) im Sommer 2017 Reaktionen seitens des Hausärztesverbandes hervor (vgl. NB 30.06.2017). Eine Repräsentantin weist beispielsweise darauf hin, dass die Landärzt:innen heute ähnlich gut wie ihre Kolleg:innen aus anderen Fachgebieten verdienen. Den ländlichen Versorgungsproblemen wolle der Hausärztesverband deshalb vor allem durch mehr Lehrpraxen begegnen. Der Verband stellt den Lehrpraxen dafür einen Betrag in Höhe von 80.000 Euro zur Verfügung, um Zuschüsse zu Fahrt- und Mietkosten der Auszubildenden zu finanzieren. Die Ärzt:innen wünschen sich ähnliche Unterstützungsleistungen von den Bürgermeister:innen. Sie fordern insbesondere einen Mietzuschuss für Ärzt:innen in Ausbildung.

Weil es von der Staatsregierung bislang keine Förderung für Lehrpraxen gibt, bringt ein Landtagsabgeordneter für Weißenburg-Gunzenhausen und Ansbach-Süd mit seinen Fraktionskollegen diverse Anträge ins Landesparlament ein, um den Ärztemangel zu bekämpfen (ebd.). Diese rücken zum Beispiel Quotenregelungen in den Fokus. Zudem fordert der Abgeordnete die Staatsregierung auf, zu klären, »wie weit Kommunen in der Unterstützung von Praxen – zum Beispiel durch Immobilien oder Darlehen – gehen dürfen.« (Ebd.) Der Ansbacher Bundestagsabgeordnete Harald Weinberg (Linke) hält die Vorschläge der CSU-Parlamentarier:innen für einen »alten Hut« (ebd.) und plädiert hingegen für kommunale Ärzthäuser. Diese seien mit wenig Verwaltungsaufwand verbunden. Er wirbt zudem für eine »solidarische Gesundheitsversicherung«, in die auch die privat versicherten Bürger:innen einzahlen. Im Herbst 2017 reist Weinberg im Rahmen des Wahlkampfes für die Bundestagswahlen in den Landkreis Ansbach. Er kritisiert, einige versuchten »aus der Gesundheit ein Geschäft mit möglichst viel Wettbewerb« (NB

15.09.2017) zu machen, statt wie er für eine »gemeinwohlorientierte Versorgung ohne Profitlogik« (ebd.) einzutreten.

Im Februar 2020 wird in der Presse das erste Mal von der Ansbacher Gesundheitsregion plus berichtet. Der Landkreis und die Stadt Ansbach hoffen, dass die Gesundheitsregion zum Austausch und der Vernetzung unter den relevanten Gesundheitsakteuren vor Ort beiträgt (vgl. Fränkischer 10.02.2020). Eine AG der Gesundheitsregion beschäftigt sich bereits seit 2019 mit dem drängenden Thema der Hausarztgewinnung. Zudem habe im Herbst eine Informationsveranstaltung für Bürgermeister:innen und Mediziner:innen stattgefunden, auf der von regionalen Versorgungslösungen berichtet wurde. Die lokalen Initiativen selbst werden nicht näher erläutert oder ihr Wirken bilanziert.

Darüber hinaus bleibt die Krankenhauspolitik weiterhin ein präsent Thema in der medialen Berichterstattung (vgl. NB 26.02.2020; Fränkischer 13.07.2020, 01.09.2020, 12.12.2020). An einigen Stellen wird die Frage der Verantwortung des Kreises für die ambulante medizinische Versorgung im Zuge der Ambulantisierung mitdiskutiert (vgl. Fränkischer 12.12.2020). Der lokale Klinikverbund scheint insbesondere in Zeiten der COVID 19-Pandemie wirtschaftlich zu kämpfen. Immer wieder bitten die Repräsentant:innen einzelner Kliniken und deren öffentliche Träger – den Landrat oder den Oberbürgermeister der Stadt Ansbach – um »Verständnis und Unterstützung« (ebd.) seitens der Bevölkerung.

Weiterhin rücken bereits ab 2018, vor allem aber im Jahr 2020, einige Kommunen im Kreisgebiet in den Fokus der Versorgungsberichterstattung. 2018 gründet die Stadt Ansbach eine fraktionsübergreifende AG Gesundheit, in der seitens der zuständigen Mitarbeitenden über den Sachstand der Gesundheitsregion berichtet wird (vgl. Fränkischer 07.08.2018). 2020 äußern sich die KVB, betroffene Bürgermeister:innen und der Landrat zu den aufkommenden Versorgungsempässen in den Gemeinden Dinkelsbühl und Wassertrüdingen (vgl. Fränkischer 16.12.2020). »In Dinkelsbühl und Wassertrüdingen stehen nicht mehr ausreichend Hausärzte zur Verfügung, um die Versorgungssituation langfristig zu stabilisieren« (ebd.), wird die KVB-Internetseite zitiert. Die KVB suche auf allen Kanälen. Der Oberbürgermeister Dinkelsbühls gibt sich zuversichtlich.

»Die städtische Liegenschaftsverwaltung, aber auch die örtlichen Regionalbanken und Immobilienbüros bieten hier ihre Unterstützung und Hilfe an. Geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden und könnten kurzfristig bezogen werden. Die Stadt Dinkelsbühl ist hier bereits durch zahlreiche Gespräche und Kontaktaufnahmen in Vorleistung gegangen. Möglichen Interessenten könnten in unserer Stadt kurzfristig geeignete Räumlichkeiten angeboten werden.« (Ebd.)

Und auch die Kollegin aus Wassertrüdingen sichert interessierten Mediziner:innen kommunalen Hilfestellung zu: »Die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Praxisräumen ist eine Selbstverständlichkeit! Aufgrund der Altersstruktur der Praxisinhaber sind gegebenenfalls auch Praxisübernahmen denkbar. Eine individuelle Hilfe im Einzelfall ist sicher möglich« (ebd.), lässt sie sich zitieren.

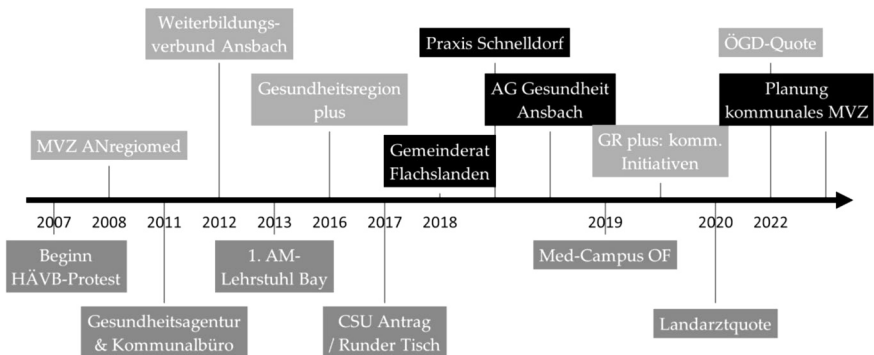
Im Nachbarkreis Neustadt äußert sich der Landrat zur öffentlichen Gewährleistungsverantwortung für die ärztliche Versorgung der Kreisbevölkerung. Die medizinische Versorgung bilde die »Grundlage für gute Lebensbedingungen im Landkreis und

für alle weiteren politischen Handlungsfelder auf Kreisebene (NB 30.12.2021). Er arbeitet deshalb »tagtäglich« (ebd.) daran, die Versorgung zu erhalten. Zugleich sorgt sich Neustadts Landrat angesichts des Ärztemangels um die Organisation des Notdienstes im Kreisgebiet (vgl. NB 02.01.2022, 22.01.2022). Einzig im Landkreis Erlangen wird davon berichtet, dass sich Bürger:innen direkt an die Kommunalpolitik wenden, um einzufordern, dass diese die ärztliche Versorgung sichert. Angesichts der Forderungen der Bürger:innen Erlangens nach einer besseren Versorgung tritt die Kommunalpolitik mit der KVB in Verhandlungen (vgl. NB 07.02.2019).

5.6.2 Pfad: Der Kreis versucht die kommunalen Bearbeitungsstrategien zu steuern

Aus der medialen Berichterstattung ergibt sich das Bild eines sehr fragmentierten Diskurses, der sich darüber hinaus kaum mit einzelnen regionalen Problemen befasst. Die Deutung eines Mengenproblems zieht die Landesregierung und das Landesbildungsministerium in die Verantwortung. Das Land selbst verändert seine Deutung: In der mittleren Diskursphase verteidigt die Landesgesundheitsministerin noch ihre Deutung eines Verteilungsproblems, später sprechen auch die Vertreter:innen des Freistaat Bayern von einem allgemeinen Ärztemangel. Auf Kreisebene wird die 2016 eingerichtete Gesundheitsregion mit der Weitergabe von Informationen an die Kommunen und der Personalakquise im vertragsärztlichen Bereich beauftragt. Die analysierten Dokumente und Erkenntnisse der Experteninterviews ergänzen diese Analyse um relevante Initiativen, und sie informieren über die Strategiebildung der lokalen Akteure. Der mediale Eindruck inaktiver Kommunen ist vor diesem Hintergrund zumindest zu relativieren. Einige der dokumentierten Niederlassungen erfolgen aufgrund kommunalen Engagements und aktuell stehen weitere lokale Initiativen zur Diskussion.

Abbildung 33: Relevante Ereignisse im Landkreis Ansbach



Quelle: Selbstgestaltet; Gemeindeebene (schwarz), Kreisebene (hellgrau) und Landesebene (dunkelgrau)

5.6.2.1 Zwischen Katastrophenstimmung und proaktivem Handeln

Im Interview mit einer Repräsentantin der Ansbacher Gesundheitsregion, deren Geschäftsstellen am Kreisgesundheitsamt angesiedelt ist, berichtet diese von den Kanälen, über die die sich zuspitzende Versorgungslage an die Kommunalpolitik herangetragen wird. Da inzwischen zwei Gebiete unterversorgt sind, würden hin und wieder auch Bürger:innen an sie und ihre Kolleg:innen herantreten. Aus den einzelnen Kreiskommunen jedoch sei seitens der Bürger:innen keine allzu große Unruhe zu vernehmen. In der Regel handele es sich um Bürgermeister:innen oder Verantwortliche der lokalen Pflegeheime die vermehrt die Beratungsleistungen der Gesundheitsregion in Anspruch nähmen. Die betroffenen Bürgermeister:innen deuteten die Problemlage sehr unterschiedlich. Einige nahmen den Ärztemangel als Problem wahr und wendeten sich besorgt an das Kreisgesundheitsamt. Die Mitarbeiterin erinnert sich in diesem Zusammenhang an die »Katastrophenstimmung« (Landkreis Ansbach 2019), die zu Zeiten der Einrichtung der Gesundheitsregion um 2016 herrschte. Heute sei erneut eine Verunsicherung bei einigen der rund 60 Bürgermeister:innen im Kreisgebiet zu verspüren (vgl. Interview LKA II). Einige unter ihnen begriffen die Versorgungslage auch als Herausforderung. Bei ihnen sei eine Aufbruchstimmung zu vernehmen. Grundsätzlich würde die Gesundheitsregion immer häufiger von Bürgermeister:innen kontaktiert. »Das ist ja auch genau Sinn und Zweck, dass wir als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und auch als Bindeglied« (ebd.). Insbesondere in der Stadt Ansbach habe die Medienberichterstattung in den vergangenen Jahren zur Politisierung des Ärztemangels beigetragen. Einige Leserbriefe verstärkten den städtischen Handlungsdruck, obwohl die Stadt Ansbach nach bedarfsplanerischen Berechnungen gut versorgt sei. Als Reaktion hierauf versuche die Stadt aktuell im Rahmen von Diskussion herauszufinden, wie die lokale Ärzteschaft die Lage wahrnehme.

Ein Hausarzt aus dem Kreisgebiet spezifiziert die Lage in der Kreisstadt. Die Ansbacher Ärzt:innen hätten jüngst eine Aufnahmesperre für Neupatient:innen verhängt. Trotz der Versorgungsgrade ist demnach von einem »erheblichen Ärztemangel« (Interview LKA III) auszugehen. Der Arzt ist sich sicher, dass sich der Kreis ohne eine zeitnahe Intervention alsbald in eine »mörderische« (ebd.) Situation bringt. »Wir brauchen einfach eine Lösung.« (Ebd.) Als sich der Allgemeinmediziner vor einigen Jahren niederlies, habe ihm die KVB nicht bei der Suche nach einer Praxis helfen können, obwohl die Lage damals schon angespannt war. Empört berichtete er davon, dass die Kontaktperson bei der KVB ihm stattdessen geraten hat, selbst »herumzutelefonieren« (ebd.). Der Informationsfluss zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren vor Ort sei schrecklich und die Tendenz, die Versorgungsangebote zu zentralisieren, insbesondere für die vielen alten Patient:innen ein großes Problem.

In ihrer Mitgliederzeitschrift »Forum« kritisiert die KVB im Jahr 2011, dass in der Bevölkerung parallel ein Anspruch der Vollversorgung und ein Mythos der Überversorgung bestünden (vgl. KVB 2011: 6ff.). Die »Krankenkassen und Politiker weisen immer wieder auf eine Überversorgung und zu hohe Ärztezahl« (ebd.) hin, ohne den Zusammenhängen differenziert auf den Grund zu gehen, ist dort zu lesen. In der Folge stellt die KVB dar, welche erheblichen Unterschiede zwischen den Leistungserbringer:innen einer Facharztgruppe bezüglich der Fallzahlen und Fallwerte bestehen. Fallwert meint in diesem Zusammenhang den Honorarumsatz je Behandlungsfall. Weil einige Ärzt:innen

bei sehr wenigen Behandlungsfällen recht hohe Fallwerte erzielen, fragt die KVB, ob diese Ärzt:innen tatsächlich hausärztlich tätig sind oder eher einer anderen Tätigkeit nachgehen. Die KVB definiert einige Muss-Kriterien, die hausärztliche tätige Ärzt:innen als typische oder untypische Hausärzt:innen kategorisieren. Nach Anwendung aller Kriterien kommt sie zu dem Schluss, dass rund 1.600 Hausärzt:innen in Bayern hausärztlich untypische Leistungen erbringen. Das entspricht einen Anteil von 18 Prozent (ebd. 9).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch ein Repräsentant der KVB im Interview. Von den 7.000 als Hausärzt:innen gelisteten Ärzt:innen in Bayern rechneten einige völlig hausärztlich-untypische Leistungen ab.

»Die machen Homöopathie, die machen Magnettherapie, die machen irgendwas, was aber nichts mit primär hausärztlicher Versorgung zu tun hat. Die fahren keinen einzigen Hausbesuch, die verordnen keine einzige Medikation, die gängig ist sage ich mal. [...] Also das muss man auch auf dem Schirm haben, dass die tatsächlich hausärztlich Tätigen vielleicht 5–6.000 sind von diesen 7.000 als Hausärzte gelisteten Kolleginnen und Kollegen. Damit möchte ich nicht falsch verstanden werden und deren Tätigkeit schlechtreden. Aber sie fahren unter falscher Flagge.« (Interview LKA I)

Im Zuge der reformierten Bedarfsplanungsrichtlinie verändern sich im Sommer 2013 einige Details in der bayerischen Planungsstatistik. Die KVB verbucht die Reform als Erfolg für die Bekämpfung des Ärztemangels (vgl. KVB 2013a). Der bereits bestehenden Ärztemangel mache es notwendig, vor allem in ländlichen Regionen über eine »effiziente Verteilung der knappen ›Ressource Arzt‹ nachzudenken.« (KVB 2013b: 1) Der Hausärztemangel auf dem Land sei längst Fakt und werde von den Bürger:innen wahrgenommen (ebd.). Ein in der Mitgliederzeitung abgedrucktes Gespräch zwischen dem KVB-Vorstand und dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA relativiert die Steuerungschancen der novellierten Richtlinie allerdings. Anlass des Gesprächs ist laut des KVB-Vorstands die Beobachtung, dass viele »Gemeindechefs hoffen, bald zusätzliche Ärzte [...] begrüßen zu dürfen« (2013c: 14). Der G-BA-Chef erläutert,

»[w]enn es um den Erhalt der flächendeckenden Versorgung geht, werden wir viele Alternativen durchdenken müssen, wie zum Beispiel den Betrieb von KV-Eigeneinrichtungen, Hol- und Bringdienste für Patienten, die nicht mehr mobil sind, oder auch eine stärkere Öffnung der Krankenhäuser. Entscheidend ist, dass die jeweiligen Modelle genau auf die jeweilige Situation vor Ort passen und dass wir uns letzten Endes daran orientieren, was die Patienten und Versicherten wirklich benötigen. Richtlinien geben immer nur einen Rahmen vor, jetzt beginnt die mühselige Arbeit der Umsetzung.« (Ebd.)

In eben dieser Umsetzung fühlt sich die KVB gegenüber dem stationären Sektor finanziell benachteiligt. Diesen Vorwurf äußert der KVB-Vorstandsvorsitzende gegenüber dem ehemaligen CSU-Bundestagsabgeordneten Johannes Singhammer. Der erwidert, es sei »die klare Linie« (KVB 2013d: 20) der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion, deren stellvertretender Fraktionsvorsitzender Singhammer war, »in ganz Bayern eine flächendeckende Versorgung mit Praxen, Kliniken und Apotheken« (ebd.) anzustreben. Die Ärzt:innen seien das »Herzstück der Gesundheitsversorgung« (ebd.). Auf Kritik des KVB-Vor-

standsvorsitzenden versichert Singhammer, man müsse die Wettbewerbsnachteile durch Finanzausschüsse für Klinken ausgleichen, aber auch die nachteilige Behandlung der bayerischen Patient:innen im Bund wegen des Gesundheitsfonds und der unzureichenden Beachtung der Morbidität in der Planungs- und Honorarberechnung korrigieren (vgl. KVB 2013e).

Im November 2013 einigt sich der bayerische Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf die Teilung von insgesamt sieben hausärztlichen Planungsbereichen, darunter Ansbach und Dinkelsbühl (vgl. KVB 2013f). Laut dem Vorstand der KVB zeigen diese Entscheidungen, »dass die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen durchaus funktioniere« (ebd.). Weil das zuständige Staatsministerium die Beschlüsse nicht beanstandet, ruft die KVB im Frühjahr 2014 diverse Förderprogramme aus (vgl. KVB 2014: 12). Die planungsbereichsbezogenen Förderprogramme werden durch den 2012 beschlossenen Strukturfonds der KVB finanziert. Hierzu zählen für drohend unterversorgte Bereiche beispielsweise Zuschüsse zu Niederlassungen, zu errichtenden Zweigpraxen, zur Beschäftigung von Ärzt:innen, zur Praxisführung über das 63. Lebensjahr hinaus und zur Weiterbildung sowie in unterversorgten Gebieten zusätzlich Zuschüsse zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungsassistentin (ebd.: 13).

Der interviewte Repräsentant der KVB erinnert sich an die Anpassung der hausärztlichen Planungsbereiche. In der neu berechneten Verhältniszahl von zu versorgenden Einwohner:innen je Ärzt:in »spielt natürlich viel Politik und viel Geld mit rein. Irgendwie sind die auf den Schlüssel gekommen, dass pro Hausarzt 1.671 Einwohner versorgt werden sollen. Wie die auf die Zahl gekommen sind, weiß ich nicht. Das ist sicher nicht nur medizinisch.« (Interview LKA I) Die Anpassung habe in Ansbach nicht nur Vorteile mit sich gebracht. Vor 2013 war der gesamte Landkreis inklusive der Stadt Ansbach ein Planungsbereich. Nach »zählen Verhandlungen mit den Kostenträgern« (ebd.) einigten sich die Parteien auf die neuen Mittelbereiche.

»Es war damals schon absehbar, dass da, wo die Stadt Ansbach dazugeschlagen würde, eine Überversorgung festgestellt werden würde und alle anderen hätten eine Unterversorgung. Genauso ist es gekommen. Das war aber mit den Kostenträgern eine extrem zähe Verhandlungsmasse, weil die genau wussten, was da für finanzielle Anforderungen auch dahinterstehen. Denn jeder niedergelassene Arzt löst Leistungen aus, für die die Kostenträger geradestehen müssen. Ob das Rezept sind oder Physiotherapie oder einfach nur das Honorar, dass der das sitzt und den Patienten versorgt. Also das muss man wissen, [...] das ist ein extrem gefährliches Mienenfeld und Sie müssen da genau aufpassen, wo Sie den Fuß hinsetzen, sonst fliegt Ihnen das alles um die Ohren.« (Ebd.)

Die heutigen Unterversorgungen bestünden wegen der unzureichenden Steuerungswirkung der Bedarfsplanung, die die Versorgungssituation höchst instabil mache. Würde nur ein:e Ärzt:in ohne Nachfolgeregelung in den Ruhestand gehen, stünden die Patient:innen bei den übrigen Mediziner:innen Schlange.

»Das ist dann nicht ganz einfach. Ich kann nur für mich persönlich sprechen: Ich habe bisher noch keinen Patienten abgewiesen, aber ich betreue inzwischen auch Patienten aus der Kreisstadt Ansbach, die ja von mir 25 Kilometer entfernt ist. Einfach weil

die Patienten verzweifelt sind, weil die schon mehrere Versuche unternommen haben, unterzukommen. Das [...] sind Patienten, die eine ständige und möglicherweise hochfrequente Betreuung benötigen. Das sind dann nicht die jungen leistungsfähigen Patienten, die mal wegen einem Schnupfen kommen, sondern das sind die, die wirklich ständig und hochfrequente Betreuung benötigen.« (Ebd.)

Objektiv seien die Bewohner:innen der Stadt Ansbach nicht unterversorgt. Es spiele aber eine Rolle, ob sich Patient:innen auch gut versorgt fühlten. Für den KV-Repräsentanten, der zusätzlich im Bayerischen Hausärzterverband aktiv ist, liegt der Grund für die Versorgungsprobleme unter anderem in der Statik der Bedarfsplanung. Der ehemalige Gesundheitsminister Seehofer habe den Status Quo der frühen 1990er Jahre »betoniert« (ebd.).

»Er hat gesagt, die Versorgung, die 1993 bestand ist eine gute Versorgung, ist eine hundertprozentige Versorgung. Und von da ausgehend sind dann die Versorgungszahlen weiterentwickelt worden. Aber natürlich: 20 Jahre später hat das vorne und hinten nicht mehr gepasst. Ich bin ja selbst [...] Teil] der Babyboomer-Generation. Es war ja 1993 absehbar, dass diese Menschen, diese Ärztinnen und Ärzte irgendwann auch in Ruhestand gehen würden 30 Jahre später. [...] Das war damals schon nicht ausgewogen. Das muss man einfach mal sagen.« (Ebd.)

Eine vergleichbare Weitsicht oder einen entsprechenden Handlungsdruck nehmen die Kommunalvertreter in den Interviews nicht ein oder wahr. Ein Bürgermeister erinnert sich, dass die Lage vor einigen Praxisschließungen um 2010/2011 unproblematisch war. Nachdem die Praxen schlossen, konnte ihm allerdings niemand dabei helfen, die örtliche Versorgung zu sichern. Insbesondere die erhoffte Hilfestellung seitens der KVB kam nicht zum Tragen. Der Bürgermeister habe deshalb in den Folgejahren aufwändig Kontakt zu Ärzt:innen aufgebaut und unterschiedliche Versorgungskonzepte diskutiert und getestet. Insbesondere die Versorgung der Patient:innen durch in überörtlichen Gemeinschaftspraxen angestellte Ärzt:innen stellte sich als instabil heraus. Immer wieder wechselte das Personal, sodass um 2017 die »Leute nicht mehr zufrieden waren« (Interview LKA IV). Bei dem Bürgermeister reift die Überzeugung, dass er die Versorgung stabilisieren müsse.

Ein Bürgermeisterkollege zeichnet eine vergleichbare Stimmung in seiner Gemeinde nach. Noch sei die Aufmerksamkeit der von den Versorgungsinstabilitäten Betroffenen nicht allzu groß. Allerdings kann der Gemeindevertreter dies auch begründen. Es handelte sich bei seiner Kommune in besonderem Maße um einen Standort, der von der Gesundheitswirtschaft bestimmt sei. Eine Klinik und einige Pflegeeinrichtungen schafften Arbeitsplätze und dienten als Standortfaktoren. Versorgungsprobleme in diesen Bereichen seien den Patient:innen ein Dorn im Auge, der problematisiert werde. Zusätzlich hätte die Lokalpresse in den vergangenen Jahren vermehrt von den Entwicklungen im ambulanten medizinischen Bereich berichtet, weshalb sich der Bürgermeister der Thematik proaktiv annahm. Er sei auf Ärzt:innen zugegangen, habe mit ihnen intensive Telefongespräche geführt und den Bestand genauestens analysiert. Weil die Versorgung vor allem auf einer Praxis mit angestellten Ärzt:innen aufbaue, verunsichere den Bürger-

meister die Zukunft, sollte der Praxisinhaber in den Ruhestand gehen (vgl. Interview LKA V). Er ist sich sicher, das Modell des niedergelassenen Landarztes ist passé und die überregionale Aufmerksamkeit für den Ärztemangel zwingt die Stadt Ansbach schon heute und in Zukunft vielleicht auch ihn zum Handeln.

5.6.2.2 Ambitionierte Lokalinitiativen und das Sorgenkind Weiterbildungsverbund

Der genannte Bürgermeister kritisiert an der 2016 eingerichteten Kreisgesundheitsregion, dass deren Treffen zu keinem substanziellen Erkenntnisgewinn für ihn führten. In der Regel werde dort berichtet, was er schon wisse: Die Einzelpraxis sei ein Auslaufmodell (ebd.). Dabei versteht sich die Gesundheitsregion als »Bingeglied« (Interview LKA II) zwischen den Akteuren vor Ort. Ziel ist es unter anderem, die Kliniken und die niedergelassene Ärzteschaft besser zu vernetzen (vgl. Landkreis Ansbach o.J.). Im Interview berichtet eine Repräsentantin der Gesundheitsregion, der Ansbacher Weiterbildungsverbund sei auch deshalb nicht besonders lebendig, weil die Vernetzung unter den Akteuren defizitär sei. Ihre enge Zusammenarbeit mit dem Kommunalbüro am bayerischen Landesgesundheitsamt helfe dabei, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Region zu vermitteln. Außerdem diene das Büro als Kontaktadresse für Anfragen aus den Kommunen.

Weitaus weniger optimistisch äußert sich der Repräsentant der KVB über den wachsenden interkommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen. Es gebe immer wieder Unmut in den Gemeinden, wenn eine Kommune ein Gebäude bereitstellt oder eine Arztpraxis baut und damit erfolgreich Mediziner:innen anwirbt. »Es kann ja nicht sein, dass sich die reichste Gemeinde einen Hausarzt krallt und die anderen schauen in die Röhre.« (Interview LKA I) Doch den Kommunen zu vermitteln, dass der Überbietungswettbewerb nicht zielführend ist, sei herausfordernd. Hier leiste das Kommunalbüro des Freistaats einen wichtigen Beitrag.

»Nun ja, die Hauptaufgabe der Kommunalbüros ist wohl, dass es den Bürgermeistern klar macht, dass es wenig bringt, wenn man sich um die wenigen Kollegen dann reißt [...], sondern, dass man über Kirchturmdenken hinaus gehen sollte und sagt: Wir haben hier drei oder vier kleine Gemeinden, die alle dasselbe Problem haben, letztlich ist es nur realistisch, wenn eine Gemeinde den Zuschlag bekommt oder einen Arzt oder eine Ärztin bekommt. Dann muss man eben Strukturen schaffen, dass die umliegenden Gemeinden davon auch profitieren. Also da macht das Kommunalbüro glaube ich einen guten Job. Letztlich können die natürlich an der Grundsituation nichts ändern. Aber was ich als sehr wertvoll empfinde ist, dass sie dort ganz klar sagen: Es wird nicht jede Gemeinde in Zukunft weiterhin einen Hausarzt haben. Und dass man da zu mehr Kooperation kommen muss. Weil sonst alle verlieren.« (Ebd.)

Darüber hinaus beruhen erfolgreiche lokale Praxisnach- oder Neubesetzungen, wie die Repräsentantin der Gesundheitsregion berichtet, auch auf der Initiative engagierter Einzelpersonen vor Ort (vgl. Interview LKA II). Sie nennt einen Arzt, der die Initiative »Ärzte schnuppern Landluft« ins Leben gerufen hat, als eine solche Person. Die Initiative

fördert interessierte Studierende bei ihrer Famulatur im Mittelfränkischen Raum (vgl. »Ärzte schnuppern Landluft« online; BR24 2020).

Im vierten Jahr ihres Bestehens findet im Rahmen der Gesundheitsregion eine Veranstaltung mit dem Titel »Praxisbeispiele der Arztversorgung in den Kommunen« statt (vgl. Landkreis Ansbach 2019). Die Geschäftsstellenleitung weist auf die Herausforderungen hin, »die eine Veränderung der Ärztelandschaft, aber auch der Work-Life-Balance der nachfolgenden Generation mit sich bringt.« (Ebd.) Grundsätzlich habe sich dennoch vieles zum Guten gewendet. 2019 ist beispielsweise keiner der Versorgungsbereiche bedarfsplanerisch unterversorgt. Das habe mit den kommunalen Bemühungen zu tun, nachdem 2016 noch eine »Katastrophenstimmung« (ebd.) herrschte. Die Geschäftsstellenleitung betont damals: »Es ist für uns ein echtes Anliegen diesen Weg zu begleiten.« (Ebd.) Alle Referenten der Veranstaltung sind sich darüber einig, dass es für die Bürgermeister:innen im Kreisgebiet »zu den bisherigen, wichtigen kommunalen Aufgaben wie Kindergärten, Schulen, Straßenausbau und vielen anderen Dingen, nun auch die Suche nach Nachwuchsmediziner:innen gehört« (ebd.). Initiativen aus insgesamt vier Kommunen werden von ihren jeweiligen Vertreter:innen im Rahmen der Veranstaltung vorgestellt. In Flachslanden mobilisierten ein Bürgermeister und die KVB nach »jahrelangen Bemühungen« einen Arzt in ein neu gebautes Haus. In Schnelldorf mündeten die Anstrengungen der Kommunalverwaltung im Jahr 2018 in einer allgemeinmedizinischen Praxisansiedlung. Das Kommunalunternehmen der Gemeinde Feuchtwangen kooperierte erfolgreich mit dem genannten Kommunalbüro des Freistaats. Zudem richtete die KVB nach der festgestellten Unterversorgung eine Sicherstellungspraxis in Feuchtwangen ein. Eine Medizinische Fachangestellte in einer Kinderarztpraxis in Neuendettelsau organisierte eine Initiative mit dem Titel »Team-sucht-Arzt«, durch die eine Ärzt:in für die vakante Praxis gefunden werden konnte.

Einige Experteninterviews liefern ergänzende Hinweise zu lokalen Initiativen zur Bekämpfung des Ärztemangels. Ein Bürgermeister berichtet, wie er einen Arzt gewinnen konnte. Er habe zunächst versucht, über die KVB an Mediziner:innen zu gelangen. Diese habe ihm jedoch nicht helfen können. Daraufhin habe er versucht, über die damals im Aufbau befindliche Gesundheitsregion etwas zu erreichen. Letztlich war eine Anfrage beim Kommunalbüro des Freistaats ausschlaggebend. Die Verantwortlichen vermittelten dem Bürgermeister einen praxissuchenden Arzt und die beiden organisierten die Details der Niederlassung in der Gemeinde. Wobei »Details« den folgenden Anstrengungen kaum gerecht wird. Für den Umbau der späteren Praxis und deren Einrichtung bewarb sich der Bürgermeister um Fördermittel beim Freistaat und verhandelte der Arzt mit der KVB über Fördergelder. Im Endeffekt erhielt der Bürgermeister rund 500.000 Euro und investierte weitere 250.000 Euro, die er über Mieteinnahmen in der ebenfalls errichteten Wohnung einzunehmen plant. Auf diese Weise wird sich das Projekt in rund 25 Jahren »selbst finanzieren« (Interview LKA IV). Der Bürgermeister resümiert, es sei ein »Glücksfall« (ebd.) gewesen, dass er einen Arzt gefunden habe; aber er habe auch viel Arbeit in die Ansiedlung gesteckt. »Wir sind jetzt in der glücklichen Lage, dass ich aktuell das Problem gelöst habe. [...] Die anderen Bürgermeister sind auch unter Druck.« (ebd.) Er ist sich bewusst, dass die ärztliche Versorgung nicht Teil des klassischen Verantwortungsbereichs eines Bürgermeisters ist, sieht es aber dennoch als seine Aufgabe an, unterstützend tätig zu werden. Dabei sei es nicht immer ganz einfach gewesen, den

Gemeinderat zu überzeugen. Letztlich hat allerdings keines der Ratsmitglieder gegen sein Vorhaben gestimmt, weil er »natürlich auch schon Power dahinter gesetzt [hat] und Überzeugungskraft. Es wäre nicht einfach gewesen, dagegen zu sein.« (Ebd.)

Der Bürgermeister betont, er habe mit der KVB in dem ganzen Prozess nichts zu tun gehabt, während einige der lokal niedergelassenen Ärzt:innen regen Kontakt zur KVB pflegten. Der Bürgermeister habe sich anderweitig um Fördermittel bemüht. Das Engagement der KVB reflektiert insbesondere der Arzt kritisch. »Da gehört wesentlich mehr Motivation dazu.« (Interview LKA III) Ein Jahr nach seiner Niederlassung habe er von einem Arzt aus einer nahegelegenen Gemeinde erfahren, dass dieser zuvor händeringend nach einer Nachfolge gesucht habe. Weil er seine Praxis neu aufbauen musste, also keinen Patient:innenstamm übernehmen konnte, habe er lange kurz vor der Praxis-schließung gestanden. »Weil die Leute einfach gedacht haben: Hm, der kommt her, aber wir wissen nicht, wie lange er bleibt und deswegen waren die zurückhaltend hier initial. Das hat zwei Jahre gebraucht, dann waren die stetig da. Jetzt schaut es genau andersrum aus.« (Ebd.)

Die Veranstaltungen der Gesundheitsregion kommentiert der Arzt kritisch. Die gesamte Konstruktion sei »undurchsichtig« (ebd.). Er habe den Eindruck gehabt, die politische Ebene versuche sich wegen der eingeworbenen Finanzmittel in den Vordergrund zu stellen. Der »erhebliche Ärztemangel [...] trat in den Hintergrund« (ebd.). »Wenn Sie das Gesamtkonzept dann betrachten, das ist natürlich für den Bürgermeister hier ideal. Er hat einen fixen Arzt hier etablieren können [...]. Was dahintersteht [...] wird gar nicht wahrgenommen. [...]. Man kann auch als Arzt bankrottgehen.« (Ebd.)

Der Bürgermeister erinnert sich an eine Informationsveranstaltung, auf der er seine Pläne anderen Bürgermeister:innen vorstellte. Die Reaktionen seien verhalten gewesen. Einige Bürgermeisterkolleg:innen seien nicht der Meinung, entsprechende Anstrengungen gehörten zu ihren Aufgaben (vgl. Interview LAK IV). Er verstehe die Zurückhaltung in Teilen. Eine öffentliche Investition garantiere schließlich keine Arztansiedlung. »Es gibt jetzt auch Gemeinden im Landkreis, die haben auch trotzdem, obwohl die eine Arztpraxis gebaut haben, Schwierigkeiten mit den Ärzten, die dann da reingegangen sind.« (Ebd.)

Ein anderer Bürgermeister schlägt jüngst einen ganz anderen Weg ein. Er plant seit geraumer Zeit, in seiner Gemeinde ein kommunales MVZ zu errichten (vgl. Interview LKA V).

»Der erste Grund ist der, dass die Zuständigkeiten-Hierarchie in unserer Gewaltenteilung so gut wie kein Bürger kennt. Egal welches Problem der Bürger hat, er geht zu seinem Rathaus. Ich werde auch, egal mit welchen Mitteln der Kommunikation, in der Breite der Bevölkerung dieses Wissen nicht verankern können, dass allgemeinärztliche Versorgung nicht mein Thema ist. Das kommt immer, diese Erwartungshaltung von außen. Das sage ich mal, wenn man sich in der eigenen Bevölkerung nicht komplett unbeliebt machen will, dann muss man eben zumindest so tun, als ob man was macht. Das ist die Mindestanforderung. Darüber hinaus glaube ich aber speziell in meinem Ort ist die allgemeinmedizinische Versorgung ein nicht zu vernachlässigender Standortfaktor. Der letzten Endes essentiell dafür ist, dass die Kommune langfristig bestehen kann. Und aus dem Grund bin ich dann auch bereit, weiterzugehen als alle anderen au-

ßen herum und zu sagen: Im schlimmsten Fall, wenn es nicht anders geht, dann binde ich mir eben ein kommunales MVZ ans Bein.« (Ebd.)

Er habe Kontakt mit der lokalen Ärzteschaft aufgenommen, um herauszufinden, ob die Allgemeinärzt:innen überhaupt ein Problem sehen. Die Mediziner:innen seien froh über die Kontaktaufnahme gewesen.

»Die haben alle gesagt: Ja, im Moment bekommen wir das alles noch hin, aber wenn wir noch ein paar Jahre warten, dann wird es zur Katastrophe. Deswegen haben die alle gesagt, wir haben ein Interesse, gemeinsam mit der Kommune, an dem Problem zu arbeiten. Weil, außer der Kommune gibt es niemand, der uns hilft. Daraufhin haben wir uns dann auch ein Fachbüro als Beratungsfirma engagiert, die uns praktisch beraten haben, welche Möglichkeiten gibt es auf der kommunalen Ebene, die allgemeinärztliche Versorgung zu unterstützen.« (Ebd.)

Es gab mehrere Informationsveranstaltungen, zu denen die niedergelassenen und angestellten Ärzt:innen der Gemeinde, einige Studierende und »jeder, der im Entferntesten mal Allgemeinarzt sein kann« (ebd.) eingeladen wurden. Man habe in diesen Runden diskutiert, wie die ärztliche Versorgung der Zukunft organisiert werden könne. Es hätten sich nur wenige Modelle als erfolgsversprechend entpuppt.

»Wir hatten über Praxisgemeinschaften gesprochen. Das ist aber eigentlich eine Farce, wenn man sagt, dass das Landarztmodell gestorben ist. [...] Ich kann sicherlich die ein oder andere Synergie erzeugen, aber es ist nach wie vor jeder Arzt für sich ein Unternehmer mit all seinem bürokratischen Aufwand. Also idiotisch. Dann hatten wir als nächstes die Gemeinschaftspraxis diskutiert, die tatsächlich ein denkbare Modell gewesen wäre. Aber das muss ich jetzt dazu sagen, die ganzen Gespräche mit den verschiedenen Ärzten, die wir geführt haben, haben dazu geführt, dass wir genügend Arztsitze zur Verfügung haben, die gibt es. Wir haben auch genügend Ärzte, die grundsätzlich eine Bereitschaft haben, als angestellte Ärzte in Teil- oder Vollzeit sich anzustellen lassen als Allgemeinarzt. Wir haben aber keine Unternehmer. Auch die Gemeinschaftspraxis würde ja erfordern, dass es Ärzte gibt, die die Unternehmereigenschaft annehmen und die das unternehmerische Risiko auf sich nehmen und so weiter. Da wir da im Moment keinen einzigen Kandidaten haben, der ›Hier, ich will eine Großpraxis‹ schreit, sind wir dann im Endeffekt bei dem Konstrukt des Medizinischen Versorgungszentrums gelandet. MVZs haben derzeit in der Schar der niedergelassenen Allgemeinärzte keinen guten Ruf, gar keinen guten Ruf. Vor dem Hintergrund gab es dann nur eine einzige Variante, die wir unseren Ärzten bislang überhaupt schmackhaft machen konnten, und zwar ein kommunal getragenes MVZ. Da haben die Ärzte dann ein Stück weit das Vertrauen, dass sie nicht von irgendeinem Investorenkonsortium über den Tisch gezogen werden und dass das am Ende des Tages nicht nur nach betriebswirtschaftlichen Aspekten funktioniert, sondern auch nach sozialen, humanmedizinischen Aspekten.« (Ebd.)

Bisher sei der Gemeinderat nur in die Finanzierung des Beratungsbüros involviert gewesen. Die wohl größte Herausforderung des Projekts sei für den Bürgermeister, seinen Mitarbeitenden und die Kontaktperson aus dem Beratungsbüro aktuell die Planung des

MVZ. »Nach langen Kämpfen sind wir so weit, dass es vom Konstrukt her das kommunale MVZ werden soll. Das war schon anstrengend, bis wir an diesen Punkt gekommen sind. Und jetzt geht es um die konkrete Ausgestaltung von Konditionen.« (Ebd.) Grundsätzlich hätten alle Ärzt:innen sich an der einen oder anderen Stelle für das kommunale MVZ ausgesprochen. Doch die Ärzt:innen hätten Vorstellungen, denen der Bürgermeister nicht gerecht werden könne. Einerseits könne die Kommune oder die außerkommunale MVZ-GmbH die Praxen nicht für die Summen kaufen, die die Ärzt:innen sich wünschten und andererseits müssten die Gehälter der Ärzt:innen ausgehandelt werden. Angestellte Ärzt:innen könnten laut dem Bürgermeister tarifvertraglich in die Entgeltgruppe 12 oder 13 eingestuft werden. Sie erwarteten oftmals höhere Gehälter.

»Da wird man einen gesunden Kompromiss finden müssen. Dass die für Tariflohn nicht arbeiten, damit habe ich mich schon abgefunden. Aber ich kann wegen diesem finanziellen Problem auch nicht 1:1 auf die Gehaltsforderungen von den Ärzten aufspringen. Die haben dafür andere Vorteile, das muss man denen auch mal verdeutlichen. Sie wollen keine unternehmerische Verantwortung, sie wollen keine Überstunden, sie wollen flexible Arbeitszeiten, sie wollen Teilzeit-Arbeitsverhältnisse, und so weiter, dann muss ich eben auch Abstriche beim Gehalt machen.« (Ebd.)

Der Bürgermeister ist sich unsicher, ob es mit dem kommunalen MVZ »am Ende funktioniert« (ebd.). Er bedauert besonders, dass es keinen öffentlichen Ansprechpartner für ein solches Projekt gibt. »Selbst die öffentliche Ebene verweist dann wiederum auf die Zuständigkeit der KVB. Herzlichen Dank. Dann sind wir wieder am Anfang.« (Ebd.) Viele würden ihm davon abraten, das kommunale MVZ weiter zu planen. »Egal mit wem Sie sprechen, alle schlagen die Hände über dem Kopf zusammen. ›Oh, Defizite‹. Aber ich warte jetzt mal ab.« (Ebd.) Die Überzeugung, dass ein kommunales MVZ ein »Zuschussbetrieb« (ebd.) sein muss, irritiert den Bürgermeister. »Da kann aber dann irgendwas doch nicht stimmen. Weil es gibt doch schließlich durchaus auch private MVZs, die nicht mit einem Defizit arbeiten. Sonst würde es diese privaten MVZs nicht mehr geben.« (Ebd.) Der Kommune würden immer wieder »Knüppel zwischen die Füße geworfen« (ebd.), ohne dass eine wirklich Alternative dazu besteht, dass er eine GmbH mit Gewinnerzielungsabsichten für Reinvestitionen gründet. »Da wären meiner Meinung nach auch im Kommunalrecht massive Änderungen notwendig.« (Ebd.)

Der interviewte Repräsentant der KVB und des Bayerischen Hausärzteverbands sieht MVZs, insbesondere als Lösung für den Ärztemangel, eher kritisch. Nach ihrer Einführung waren MVZs nur möglich, wenn zwei Fachärzt:innen unterschiedlicher Bereiche vertreten waren. Der Hausärzteverband habe sich wegen der strukturellen Vorteile von MVZs für die gesetzliche Ermöglichung fachgleicher Varianten eingesetzt.

»Wir hatten jetzt natürlich die Hausärzte im Fokus und haben völlig übersehen, dass der Schuss nach hinten losging. Inzwischen haben wir rein augenärztliche, rein radiologische, rein orthopädische, rein irgendwas MVZs. Die sind natürlich nur in den Ballungsgebieten tätig. Die Versorgung in der Fläche ist überhaupt kein Thema für MVZs. Wir sind hier auf dem Lande weiterhin drohend oder manifest unterversorgt und das ist den MVZ-Strukturen herzlich egal, weil sich da kein Geld verdienen lässt. Oder weil

es eben zu viel Arbeit ist für zu wenig Geld. Das kann man anschauen, wie man will.«
(Interview LKA I)

Auch die Struktur der Gesundheitsregion bewertet der KVB-Repräsentant mit Blick auf ihre Steuerungswirkung eher ambivalent. Für die Vernetzung der Akteure vor Ort sei das Forum ein »echter Erfolg« (ebd.). Allerdings könne die Gesundheitsregion nur die Rahmenbedingungen vor Ort beeinflussen. Substanzielles, versorgungsrelevantes Potenzial spricht er hingegen dem 2012 eingerichteten allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund in Ansbach zu. Damals ging die KVB mit dem Klinikum Ansbachs, acht allgemeinmedizinischen Praxen im Kreis und der Landesärztekammer eine Kooperation zum ersten mittelfränkischen allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund ein. Der Verantwortliche bei der KVB betont im Mitgliedermagazin des Verbands, dass es das Wichtigste sei, einen guten Kontakt zu dem ausbildenden Klinikum, dessen Geschäftsführung und Chefärzt:innen zu pflegen (vgl. KVB 2013c: 17). Im Interview betont ein KVB-Repräsentant, der Verbund spiele eine enorm wichtige Rolle, sei aber in zu hohem Maße von der Gunst einzelner Personen abhängig (Interview LKA I). Es bedarf insbesondere der »Motivation der tragenden Klinik. Wenn die Klinik nicht mitmacht oder sagt, sie habe kein Geld [...] und das ist alles nicht so wichtig. Dann ist das wirklich auf *Standby* und dann passiert nicht viel.« (Ebd.) Einer der beiden Weiterbildungsverbände im Kreis laufe sehr gut, der andere gar nicht. Die Kooperationspartner auf Seiten der ambulanten Ärzt:innen hätten wiederholt versucht, Einfluss zu nehmen, um mehr junge Mediziner:innen zu gewinnen. Doch die schlechten Erfahrungen dieser freiwilligen Stellschraube lassen den Interviewpartner resigniert zurück. Das Beispiel verdeutlicht: Selbst einige der tradierten Förder- und Niederlassungsinstrumente sind auf die Kooperation der Akteure vor Ort angewiesen. Eigenständig kann die KVB nach eigenen Angaben nur finanziell intervenieren (vgl. KVB 2019, 2022a). Im Interview betont der KVB-Repräsentant, Geld allein werde die lokalen Versorgungsmängel jedoch nicht lösen. Einfluss könne hingegen auf weiche Standortfaktoren genommen werden. »Das, wo wir lokal einen Unterschied machen können, das [...] ist Landschaft, das ist Kultur. Nennen Sie es Brauchtum. Das ist ein uralter Begriff. Aber die Menschen müssen sich halt da wohlfühlen.« (Ebd.)

5.6.2.3 Es bedarf kommunaler Keimlinge, an die andere andocken können

Grundsätzlich moniert die KVB bereits seit einer guten Dekade, das deutsche Gesundheitssystem mutiere seit der Kostendämpfungspolitik zum überregulierten System (vgl. KVB 2012). In einer Pressemitteilung betont ein Vorstandsmitglied der KVB, »[e]in effizientes und damit günstiges Gesundheitswesen bedarf einer Portion Freiheit. Stattdessen aber sind die Praxen in ein Korsett aus jahrzehntelang gewachsenen Vorgaben und Regeln eingeschnürt.« (Ebd.) In den Folgejahren fordert die KVB wiederholt, die Eigenständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu erhaltend oder wiederherzustellen. Das Mitgliedermagazin der KVB aus dem März 2022 trägt beispielsweise den Titel »Kein staatlicher Zwang im Gesundheitswesen. Warum eine gemeinsame Selbstverwaltung allen nützt« (KVB 2022b). Darin finden sich ein Dutzend Artikel zu unliebsamen »politischen Einmischungen in die Aufgaben der Selbstverwaltung« oder der zu erhaltenden »Innovationskraft« der KVB (ebd.).

Die KVB unterstreicht wiederholt, das sie gemeinsam mit den Krankenkassen die Bundesgesetzgebung umsetzt. »Man müsste den vielen bestehenden Gesetzen einfach nur die Möglichkeit geben, ihre beabsichtigte Wirkung auch zu entfalten« (KVB 2013), wird mit Bezug auf die reformierte Bedarfsplanung betont. Im Interview bemängelt ein Repräsentant der KVB, der Verband sei oftmals hilflos und handlungsunfähig, weil die Gesundheitsgesetzgebung vom Bund gestaltet ist (vgl. Interview LKA I). »Man kann so eine Vorgabe aus Berlin nur über Hilfskonstrukte wie Mittelbereiche oder Mobilität etc. zurechtbiegen, dass es einigermaßen passt. Aber an den Vorgaben selber können wir eben wenig ändern.« (Ebd.)

Oben wurde bereits erwähnt, dass der Interviewte und Kolleg:innen aus den Ärztenverbänden insbesondere den gesundheitspolitischen Bundestagsabgeordneten aus der Region die Verantwortung für verbesserte Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung zuschreiben. Aber auch die Kommunalpolitik gerät in die Kritik der Ärzteschaft. Der interviewte KVB-Repräsentant hat nach eigenen Angaben vor einigen Wochen einen Vortrag zur Situation in der hausärztlichen Versorgung bei einem städtischen Parteiverband außerhalb des Kreisgebiets Ansbachs gehalten. Zur Vorbereitung sei er in seinen Unterlagen auf einen Vortrag aus dem Jahr 2011 gestoßen, den er in Folge mit angepassten Folien erneut hielt. Einem Anwesenden sei das vermeintliche falsche Datum des Foliensatzes aufgefallen, woraufhin der KVB-Repräsentant die Situation wie folgt aufklärte:

»Sie machen sich mit sowas ja immer zweimal unbeliebt, das erste Mal 2011, als das keinem Landrat gefallen hat, als ich [die Prognose] gezeigt habe und das zweite Mal machen Sie sich unbeliebt zwölf Jahre später, wenn Sie sagen: Sehen Sie, ich habe es damals schon gesagt. Wenn wir damals was getan hätten, hätten wir jetzt nicht die Misere.« (Ebd.)

Insgesamt stelle sich wegen solcher und vergleichbarer Situationen Pessimismus bei dem KVB-Repräsentanten ein. »Das Problem ist: Sie beplanen ja Menschen. Sie beplanen keine Industriegüter, Sie beplanen keine Kubikmeter Holz oder irgendwas, sondern Menschen. Und Menschen machen oft etwas anderes, als Sie sich das vorstellen, in der Planung.« (Ebd.) Die Versorgungslage werde sich unumgänglich verändern. »Wir werden [...] die ambulante Versorgung, wie wir sie hatten, wie wir sie kennen, nie mehr so gut oder nie mehr so preiswert haben. Es wird entweder schlechter oder teurer oder beides.« (Ebd.)

In dieser Konstellation fielen Versorgungsprobleme den Lokalpolitiker:innen, Landrät:innen oder Bürgermeister:innen auf die Füße, obwohl diese keine Verantwortung für die Entwicklungen trügen. Diese Personen könnten höchstens ihre Parteikolleg:innen »mal am Ärmel fassen [...] und sagen: ›Hör mal, was ihr da im Bundestag beschlossen habt, das hat hier negative Auswirkungen und wir hätten uns das anders gewünscht.« (Ebd.) Das würde allerdings die Lage vor Ort und den Handlungsdruck nicht tangieren. »Die Menschen wenden sich natürlich nicht an den Bundestagsabgeordneten, die rufen ihren Bürgermeister an oder den Landrat. Und da gibts dann bei der Kirchweihe, beim Bieranstich ordentlich Zoff, weil irgendwas als insuffizient empfunden wird.« (Ebd.)

In eine ähnliche Richtung argumentiert der Hausärzterverband in seinem Papier »Politische Leitsätze des Bayerischen Hausärzterverbandes« aus dem Sommer 2019. Es könne

»keineswegs mehr einer kleinen Zahl von Abgeordneten vorbehalten bleiben, entscheidende Änderungen in schleichenden Prozessen unbemerkt von der Öffentlichkeit in unser Gesundheitssystem einzuführen und damit eine tragende Säule unseres Sozialstaates zu gefährden« (Bayerischer Hausärzterverband 2019: 2). Vielmehr sei es eine staatliche Aufgabe, die nicht an die Universitäten delegierbar sei, die Allgemeinmedizin zu fördern und mehr Studienplätze einzurichten (ebd.: 3). An dieser Stelle relativiert der Interviewte die Position des Hausärzterverbands, für den er auch spricht. Es brauche insgesamt mehr Studienplätze, aber es könne »nicht sein, dass nur Bayern zusätzliche Studienplätze bereitstellt, die aber bundesweit dann vergeben werden. Da haben Sie dann in Passau einen Kollegen aus Niedersachsen [...] sitzen, der dann höchstwahrscheinlich dahin zurückgeht.« (Interview LKA I)

Die besondere Stellung des Hausärzterverbandes erklärt sich auch in seiner Selbstwahrnehmung und seinem Auftreten. Der interviewte Repräsentant erinnert sich, dass der angedrohte Systemausstieg der bayerischen Hausärzt:innen aus dem KV-System um das Jahr 2010 die Zusammenarbeit mit der Politik zunächst negativ beeinflusste.

»Die waren schwer verstimmt monatelang über den versuchten Systemausstieg. [...] Die Politik hat inzwischen realisiert, dass wir in Sachen hausärztliche Versorgung der einzige und der extrem kompetente Ansprechpartner sind. Und ich sage mal Anfang der 2010er Jahre, 2012, 2013, ist der Bayerische Hausarztverband eigentlich der einzige ernstzunehmende Gesprächspartner der Politik, was die hausärztliche Versorgung angeht. Das hat sich dann natürlich auch in der Kassenärztlichen Vereinigung, in der Körperschaft dann niedergeschlagen. Da sind wir seit 2011 auch die stärkste Fraktion. Auch jetzt wieder in den Wahlen. 2023 wird die konstituierende Sitzung stattfinden. Auch hier ist der Bayerische Hausärzterverband wieder die stärkste Fraktion und wir werden damit auch Anspruch auf den Vorstandsvorsitz erheben. Und da schließen sich die Kreise: Ein kleiner Exkurs in die Kammer, die ja eigentlich mit der unmittelbaren Versorgung wenig zu tun hat, aber auch natürlich mit reinspielt. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer ist auch ein Hausarzt, auch aus dem Bayerischen Hausarztverband hervorgegangen und wir werden versuchen, das ab 2023 auch so fortzusetzen.« (Ebd.)

Im Interview berichtet der Repräsentant, die ambulant tätigen Ärzt:innen fühlten sich von Berlin nicht ernst genommen, wenn Vorschläge wie interprofessionelle Gesundheitszentren, *physician assistants* und *community health nurses* oder wie jüngst der Gesundheitskiosk für eine verbesserte Versorgung an sie herangetragen würden. Einige Komponenten doppelten die seit Jahren praktizierte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Die genannten Delegations- und Substitutionsmodelle lehnten die Ärzt:innen ab, weil sie keinen transparenten Vorteil gegenüber den vorhandenen Versorgungsmodelle lieferten. »Ich habe keine Ahnung, wie die Studiengänge sind, was denen dort beigebracht wird und vor allem, wo dann die Grenzen sind. Wo muss ich dann selbst den Arztvorbehalt setzen? Das sind Sachen, die habe wir mit unseren eigenen Leuten eben nicht, diese Schwierigkeiten.« (Ebd.)

Auf der Ebene des Landkreises Ansbach herrscht eine relative Zufriedenheit mit den jüngeren Entwicklungen. 2021 betont der Landrat im Kontext der Verlängerung der Gesundheitsregion um vier Jahre, es sei eine »Plattform geschaffen [worden], die zum Woh-

le unserer Bürgerinnen und Bürger Kooperation und Vernetzung für eine gute medizinische Versorgung und Pflege sowie Prävention ermöglicht.« (Landkreis Ansbach online o.J.). Zugleich weist der Oberbürgermeister Ansbachs auf deren neuen Aufgabenschwerpunkt hin: Die Gesundheitsregion soll in der kommenden Förderperiode einen Pflegestützpunkt aufbauen (ebd.). Inwiefern dann Kapazitäten für die Vernetzung und Akquise im Bereich Ärztegewinnung bleiben ist unklar. Ein niedergelassener Allgemeinmediziner reflektiert die Gesundheitsregion wie folgt kritisch:

»Jetzt bin ich ganz böse: Ich komme mir vor, als ob ich hier im Krieg bin und die sitzen irgendwo und etablieren da Gesundheitsregionen und versuchen die Strukturen irgendwie zu formieren, haben aber gar nicht den Hintergrund, was in der Peripherie vor Ort abläuft, an der Front. Ich weiß nicht, ob sie das dann etablieren können. Wenn man auch keinen Kontakt hält zu denjenigen. Welchen Kontakt? Also ich komme nicht auf die zu, die müssen auf mich zukommen und dann kriegen die auch [...] einen entsprechenden Input. Und mit dem kann man dann arbeiten. Aber solange das in diesem Elfenbeinturm ist, sehe ich das nicht als förderlich an.« (Interview LKA III)

Dem hingegen beschreibt die Repräsentantin der Gesundheitsregion die Struktur als relevant, um zunächst ein Problembewusstsein bei den Kommunalvertreter:innen zu schaffen. »Ich denke schon, dass wir hier in den letzten Jahren einen ganz guten Weg aufgebaut haben und auch das Problembewusstsein geschafft haben.« (Interview LKA II) Hier liegt die Überzeugung vor, eine Informationslücke gefunden zu haben, deren Besetzung für die Bekämpfung des Ärztemangels zentral ist. Die Beschaffenheit dieser Informationslücke scheint recht unbestimmt zu sein. Schließlich berichtet die Repräsentantin davon, dass sie – recht niederschwellige – Informationen, wie die Nummer der Terminvergabe durch die KVB weiterleitet oder Kontakte mit dem Kommunalbüro des Freistaats herstellt. Zugleich scheint die stete Kontaktpflege mit rund 60 Bürgermeister:innen und deren Vernetzung mit niederlassungsinteressierten Ärzt:innen, ausbildenden Praxen und den Kliniken im Kreisgebiet herausforderungsvoll.

Die unumgänglichen Veränderungen des Versorgungsangebots der Wohnbevölkerung zu kommunizieren, ist aus Sicht der Kreismitarbeiterin Aufgabe der Politik. Die Ansprüche der Bürger:innen an den Umfang des Versorgungsangebots werden sich anpassen müssen, ist sich die Repräsentantin der Gesundheitsregion sicher (vgl. ebd.). Die Mitarbeiterin erwähnt, dass die Versorgungsansprüche der Bürger:innen in der Vergangenheit insbesondere im Rahmen von Bürgerdialogen deutlich wurden. Auch die Seniorenvertretungen hätten die ärztliche Versorgung im Blick. Darüber hinaus spielte die Patientenvertretung oder etwaige zivilgesellschaftliche Initiativen allerdings keine Rolle in den Aushandlungen und lokalen Akteursnetzwerken.

Die Repräsentantin der Gesundheitsregion bemerkt weiterhin, dass vor allem die Kommunen die lokale Versorgung beobachteten. Sie hätten allerdings einen verengten Blick auf die Nachfolgeregelungen für einzelne Praxen, weniger das große Ganze im Blick. Ein Arzt argumentiert ähnlich: Es sei der Lösung des eigentlichen Problems nicht sonderlich zuträglich, wenn sich Lokalpolitiker mit einer Erfolgsgeschichte brüsteten und sich dann von der Thematik abwendeten (vgl. Interview LKA III). Einer der interviewten Bürgermeister scheint die Beobachtungen zu bestätigen. Er zeigt sich zunächst

stolz, mit der Ansiedlung eines Arztes das Problem gelöst zu haben. »Ich habe mich da schon immer intensiv gekümmert.« (Interview LKA IV) Gleichwohl betont er an mehreren Stellen im Interview, dass er sich darum Sorge, dass der angesiedelte Arzt aus der Versorgung ausscheiden könnte. Er zeigt sich vom Freistaat Bayern und der KVB enttäuscht. Die bayerische Regierung wisse um die lokalen Herausforderungen, halte sich aber zurück und finanziere die zusätzlich notwendigen Studienplätze in der Humanmedizin nicht (vgl. Interview LKA IV). Zusätzlich benötige die KVB zu viel Zeit, um sich einzubringen. Der Bürgermeister vermutet eine Strategie bei der organisierten Ärztervertretung: Die KVB habe »in der Vergangenheit gar kein so ganz großes Interesse [daran, dass viele Ärzt:innen] nachkommen, weil da wird auch der Kuchen kleiner. Wenn ich mehr Angebot habe, wird auch der Kuchen kleiner. Ein bisschen habe ich den Eindruck gehabt.« (Ebd.) Auch deshalb habe er sein Projekt inklusive der einzutreibenden Fördermittel für den Praxisumbau ohne die KVB vollzogen. Stattdessen habe er wiederholt mit dem Kommunalbüro des Freistaats Gespräche geführt.

Im Übrigen definiert die Leitung des Kommunalbüros des Freistaats im Rahmen der Grenzen des »Kommunalen Haushalts- und Wirtschaftsrechts sowie wettbewerbsrechtlicher Implikationen« (KVB 2019b: 17) einen kommunalen Handlungskorridor. Kommunen könnten:

»den jeweiligen Gesundheitsstandort analysieren helfen, Strategien bei notwendiger Weiterentwicklung initiieren, moderieren und unterstützen, interkommunal eng zusammenarbeiten (zum Beispiel unter dem Dach einer Gesundheitsregion plus), ressortübergreifende Verständigung und Abstimmung forcieren (beispielsweise zur Weiterentwicklung der Verkehrsinfrastruktur zur Optimierung der Anbindung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung), eine enge Verzahnung mit Konzepten anstreben (zum Beispiel der Familien- und Seniorenpolitik, Stadt- und Raumplanung oder Wirtschaftsförderung), gemeindeübergreifendes Marketing für den Gesundheitsstandort koordinieren, die Aus- und Weiterbildung in der Region flankieren [und] im konkreten Einzelfall bei der Nachfolgersuche oder Neuansiedlung ideell unterstützen. Ziel sollte insgesamt sein, konzertiert vorzugehen, damit Kommunen, vor Ort niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Praxisberaterinnen und Praxisberater der KVB sowie weitere Akteure in der jeweiligen Zuständigkeit die Attraktivität und Niederlassungsfreundlichkeit in der Region gemeinsam steigern und an einem Strang ziehen können.« (Ebd.)

Interessanterweise reflektiert der Bürgermeisterkollege, der aktuell ein kommunales MVZ plant, einerseits sowohl das Kommunalbüro und die Gesundheitsregion auf Kreisebene als wenig eigenständig handlungsfähige Institutionen. Sie könnten ohne einen kommunalen »Keimling«, den sie gewissermaßen als Aushängeschild nutzen, keine Mediziner:innen anwerben:

»Diese beiden Einrichtungen können Ärzte auch nicht auf Bestellung backen. Damit die überhaupt eine Chance haben, Ärzte in die Region zu locken, muss irgendwo ein Keimling da sein, an den die sich anheften können. Wenn es mir nicht gelingt, eine Praxis bereit zu stellen, in der die sich dann anstellen lassen können, dann kann ich auch nicht erwarten, dass die *Gesundheitsregion plus* riesige Erfolge bei der Ansiedlung

von Ärzten erzielt. Weil wie gesagt: Das Allgemeinarztmodell des niedergelassenen Landarztes, das funktioniert nicht mehr. Das ist vorbei.« (Interview LKA V)

Andererseits muss in Frage gestellt werden, inwieweit die lokalen Initiativen mit dem vom Kommunalbüro angestrebten konzertierten Vorgehen einhergehen. Das kommunale MVZ entsteht nach Angaben des Bürgermeisters aus Eigeninitiative. Er könne sich vor den Ansprüchen der Bürger:innen nicht schützen, habe keine Chance, das »Wissen [...] verankern zu können, dass allgemeinärztliche Versorgung nicht mein Thema ist« (ebd.). Dabei werde ihn auch in Zukunft niemand unterstützen, ist sich der Bürgermeister sicher. Er zeigt sich überzeugt, der Freistaat Bayern verfolge mit seinem Landesentwicklungsplan das Ziel öffentliche Güter und Leistungen zu zentralisieren.

»Das ist [...] alles mit schönen Worten ausgeschmückt, aber es soll unter dem Strich nichts anderes heißen, als dass man die eigenen politischen Bekundungen, gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land, nicht wirklich ernst nimmt. Man will das Land letzten Endes ausbluten lassen und aufkonzentrieren zu größeren Kommunen. Weil das am Ende des Tages infrastrukturell billiger ist als diese flächige Infrastruktur. [...] Ich muss mich ein Stück weit beweisen, ansonsten werde ich in diesem Wettbewerb, den der Freistaat da initiiert hat, untergehen.« (Ebd.)

In den Äußerungen der beiden Bürgermeister:innen wird deutlich, inwiefern aus ihrer Perspektive die vorhandenen Strukturen und ihre eigenen Initiativen ineinandergreifen: Dass sich Synergien entwickeln, ist möglich, aber keinesfalls notwendig. Es hängt maßgeblich von den jeweiligen Initiativen ab. Auch die Repräsentantin der Gesundheitsregion räumt ein, dass die Erfolge der versorgungsrelevanten Projekte von engagierten Einzelpersonen abhängen, insbesondere von lokalen Ärzt:innen (vgl. Interview LKA II).

5.6.3 Zwischenfazit

Der mediale Diskurs zur Situation der ärztlichen, vor allem hausärztlichen, Versorgung im Landkreis Ansbach ist zunächst von einem Streit zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und verschiedenen Krankenkassen sowie der Regierung des Freistaats Bayern bestimmt. Zu dieser Zeit versicherte ein Vertreter der AOK in Bayern noch, es bestehe kein Problem mit unterversorgten Gebieten. Zugleich warnt die Landesärztekammer vor den zentralistischen Tendenzen der Gesundheitsreform von 2012. Ab 2014 äußern sich Repräsentant:innen der Staatsregierung zum Verteilungsproblem in der vertragsärztlichen Versorgung. Einige Kommunalpolitiker:innen äußern sich öffentlich skeptisch gegenüber den vielerorts entstehenden Gesundheitsregionen, die sich als unterschiedlich passgenau für die lokalen Probleme erweisen. Erst in der letzten Diskursphase ab 2018 äußert sich die KVB zum Ärztemangel. Sie spricht die politische Verantwortung des Freistaats Bayern an, der sich inzwischen der Deutung eines Ärztemangels angeschlossen hat. Im Landkreis Ansbach spitzt sich die Versorgungssituation derweil zu. Als Reaktion hierauf wirbt der Bayerische Hausärzterverband für mehr Lehrpraxen und fordert, die Staatsregierung solle den kommunalen Handlungsspielraum genauer bestimmen. Gelegentlich äußern sich einige Landes- und

Bundespolitiker:innen aus dem Kreisgebiet zur politisch-institutionellen Bearbeitung auf den verschiedenen Ebenen. Insgesamt allerdings stellt sich der mediale Diskurs wenig konfliktiv und in Summe oberflächlich dar.

Die Dokumentenanalyse und Experteninterviews hingegen offenbaren einige in Teilen widerstreitende Positionierungen im Kreisgebiet. So versucht sich die am Landratsamt angesiedelte Gesundheitsregion seit 2016 daran, den Bürgermeister:innen vom »Überbietungswettbewerb« abzuraten. Dabei liefert der Kreis allerdings keine Alternative für die unter Handlungsdruck befindlichen Kommunen. Es stellt sich auch die Frage, wie die Bürgermeister:innen davon überzeugt werden sollen, inaktiv zu bleiben, nur um den bestehenden kommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen nicht weiter anzuheizen. Schließlich drohen Unterlassen oder die alleinige Thematisierung der Ansprüche seitens der Wohnbevölkerung in der nächsten Kommunalwahl bestraft zu werden. Ein Bürgermeister erläutert dies wie folgt:

»Ich habe mir erlaubt, bei meinem Neujahrempfang, den ich durchgeführt habe, das mal auf höfliche Weise durch die Zeilen anklingen zu lassen, dass im Bereich der medizinischen Versorgung, wir auch an der Erwartungshaltung arbeiten müssen. Aber da bin ich echt sehr, sehr vorsichtig, denn das kann massiv nach hinten losgehen.« (Interview LKA V)

Neben erfolgreichen Niederlassungen, die von den Fördermitteln der KVB beeinflusst waren, und einer Arztansiedlung wegen eines Neubaus und umfangreicher öffentlicher Fördermittel, nennen diverse Akteure das »Kommunalbüro für ärztliche Versorgung« des Freistaats Bayern als versorgungsrelevante Struktur. Dessen Interventionsansatz beruht auf der Unterstützung der kommunalen Ebene durch Beratungsleistungen des Kommunalbüros. Eine Analyse der Beratungsfälle von 2013 bis 2015 liefert aufschlussreiche Erkenntnisse. 68 Prozent aller Beratungen betrafen die hausärztliche Versorgung (vgl. Geuter et al. 2017: 33). Die Autor:innen der Studie gehen davon aus, dass die »Anlässe die wahrgenommenen Herausforderungen, den empfundenen ›Leidensdruck‹ und die Art der Probleme auf kommunaler Ebene widerspiegeln« (ebd.). Sie empfehlen, die positiv bewertete Zusammenarbeit des Kommunalbüros mit der für die Sicherstellung zuständigen KVB und dem öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene auszubauen.

Diese Erkenntnisse stellen sich als anschlussfähig für die vorliegende Studie dar, weil die analysierten Akteure im Kreisgebiet ein zentrales Hindernis für die Stärkung der Versorgungslage in der schlechten Kommunikation und unzureichenden Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren ausmachen. Zumindest darf die Situation, dass die nach Ärzt:innen suchenden Bürgermeister:innen und die nach einem Niederlassungsort suchenden Ärzt:innen nach Kontaktaufnahme mit der KVB nicht miteinander bekannt gemacht werden, irritieren.

Vor dem Hintergrund ist eine weitere Studie anschlussfähig (vgl. Schäfer et al. 2021). Aufhänger der Untersuchung ist, dass zum Erhebungszeitraum nur rund 10 Prozent der Medizinstudierenden in Deutschland eine Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin anstreben. Die Autor:innen untersuchen einen umfangreichen Datensatz der KVB darauf, welche Aussagen über die angebotsseitigen, für die hausärztliche Versorgung rele-

vanten Entwicklungen getroffen werden können. Sie konstatieren, dass der Zeitraum zwischen dem Staatsexamen und der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nehme seit den 1970er Jahren deutlich zunimmt. Zudem steigt die Anzahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Allgemeinmediziner:innen in ländlichen Regionen und eine generelle Tendenz in Richtung von Angestelltenverhältnissen zeichnet sich ab. Die Autor:innen schlagen deshalb vor, die hausärztliche Weiterbildung zeitlich zu verkürzen.

»Auch wenn von den »Playern im Gesundheitswesen« der Wunsch nach bleibender Selbstständigkeit geäußert wird, sollte diese Entwicklung [der zunehmenden Nachfrage nach Anstellungsverhältnissen, Anm. d. A.] im Auge behalten werden, da Angestelltenverhältnisse auf breiter Basis am effizientesten sein könnten, um nachhaltig die hausärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu sichern, z.B. in einem hausärztlichen MVZ.« (Ebd.: 329)

Die lokalpolitischen Akteure im Landkreis Ansbach reflektieren ihre Erfahrungen mit der für die Sicherstellung zuständigen KVB und den eingerichteten öffentlichen Strukturen kritisch. Aufschlussreich ist insbesondere die wenig explizite Kritik an der KVB durch die Bürgermeister:innen. Sie scheinen sich bereits zu Beginn ihrer Initiativen dazu entschlossen zu haben, unabhängig agieren zu wollen. Sie kritisieren zwar mitunter den kommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen, vermuten darin allerdings weniger ein Abwälzen der Verantwortung durch die Landes- oder Bundespolitik. Vielmehr äußert ein Bürgermeister die Vermutung, der Freistaat hege ein sparpolitisches Interesse daran, den ländlichen Raum zu de-infrastrukturalisieren. Weniger relevant als der Gehalt dieser Einschätzung ist die damit verbundenen Implikation für den lokalen Staat. Der Bürgermeister eignet sich komplexes Wissen an, in Teilen selbstständig, aber auch mit Hilfe eines Beratungsunternehmens. Das ist ein nicht zu verallgemeinerndes Vorgehen für strukturell benachteiligte Kommunen.

6 Der ländliche Raum als Laboratorium für das zukünftige Gesundheitswesen?

Seit Bestehen des deutschen Krankenversicherungssystems stellen sich immer wieder Fragen nach einer angemessenen flächendeckenden Versorgung. Dabei spielt die Deutung der den Versorgungsentwicklungen zugrundeliegenden Phänomene eine zentrale Rolle für die Stoßrichtung der öffentlichen Diskurse und politischen Reaktionen. Die infrastrukturpolitischen Vorstöße unterliegen politischen Konjunkturen, die ihrerseits mit wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Zusammenhängen korrelieren. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde der Ausbau des Versichertenkreises und der Leistungen in der GKV noch als sozialpolitischer Erfolg gefeiert. Unter dem Eindruck der Ölpreiskrise in den 1970er Jahren wurde diese Entwicklung allerdings bewertet. Es war von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Rede und die Arbeitgeberbeiträge zur sozialen Sicherung der Arbeitnehmer:innen wurden folgenreich als Lohnnebenkosten umgedeutet. Ein weiteres Beispiel einer einflussreichen diskursiven Konstruktion ist die der Ärzteschwemme. Sie nahm in den 1980er Jahren Bezug auf das Idealbild eines »guten Arztes« der 1950er und 60er Jahre. Die durch das Kassenarztrecht gestärkten »Halbgötter in Weiß« erkämpften sich die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium in den frühen 1960er Jahren. Schnell pendelten sich die vormals günstigen Arbeitsmarktbedingungen für Ärzt:innen ein und es herrschte ein Überangebot an ärztlicher Arbeitskraft. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Freiberuflichkeit diskutierte die KBV damals kontrovers über mögliche regulatorische Interventionen. Zulassungssperren oder gar die Beendigung der Kassenzulassung ab 65 Jahren standen zur Diskussion. Mitte der 1980er Jahre forderten Gewerkschaften, Ärztekammern und Universitäten, die beruflichen Alternativen für Ärzt:innen auszuweiten, um der Schwemme entgegenzuwirken, etwa im Bereich der Medizintechnik oder im Krankenhausmanagement. Seit den frühen 2000er Jahren sehen sich die Leistungserbringer wegen der ärztlichen Personalprobleme erneut in einer komfortablen Situation, nicht um Arbeit konkurrieren zu müssen.

Diese Entwicklungen und die damit verbundenen Debatten sind wie die um den Landarztmangel maßgeblich von interessengeleiteten Akteuren bestimmt. Dies zeigt sich in den analysierten Äußerungen verschiedener KV-Repräsentant:innen. Ange-

sichts der Sicherstellungsprobleme gibt beispielweise der Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen zu bedenken, dass die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zur Überlebensfrage der KVen werden könnte (vgl. KV RLP 2022a). Die dilemmatische Situation der KVen besteht darin, dass sie kommunalpolitischen Initiativen gegenüber skeptisch sein müssen, weil diese die Sicherstellungsprobleme sichtbar machen und – in Teilen konkurrierende – Lösungen präsentieren. Die KVen beobachten die ihr Versorgungsmonopol betreffenden bundespolitischen Interventionen kritisch. Sie präsentieren diese Kritik lokal sehr unterschiedlich, hoffen sie doch politische Allianzen für ihre Interessen zu knüpfen. Dies verdeutlichen insbesondere die KV RLP und der Bayerische Hausärzterverband.

Zugleich bietet das lokalpolitische Engagement zur Versorgungssicherung auch Chancen für die KVen. So haben die Bundesländer und Kommunen bereits einige neue Aufgaben zur Sicherung der Versorgung übernommen. Diese Folgerung sowie die Formulierung des Titels der folgenden Auswertung entstammen einem gesundheitspolitischen Einführungswerk aus dem Jahr 2014 (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014: 449). Darin stellen die Autoren fest, dass zur Bearbeitung der regionalen Versorgungsprobleme der »Königsweg« fehle, weshalb regionale Bearbeitungspfade an Relevanz gewinnen. Die Debatte um eine Regionalisierung des Gesundheitswesens geht der Frage nach, ob in der Versorgungskrise gleichsam eine Chance liegt. Rosenbrock und Gerlinger bejahen dies wegen der bereits umgesetzten lokalen Initiativen und weil sich die gesundheitspolitischen Akteure zunehmend offen für die zentrale Frage nach der Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung zeigen. Entsprechend ihrer Beobachtungen hätten lokale Innovationen zur Bekämpfung von Versorgungsproblemen das Potenzial, in andere Bereiche des Gesundheitswesens auszustrahlen. Der ländliche Raum könne sich als Versuchsstätte für das gesamte zukünftige Gesundheitswesen entpuppen.

Zu den Vorteilen der regionalen Lösungskonzepte zählt Georg (vgl. 2007, zit. n. Hess 2013: 395), für die Kommunen und ihre Bewohner:innen, die gesteigerte Lebensqualität der Menschen, die verbesserte Qualität der medizinischen Ergebnisse und die gesteigerte Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen Region. Der aktuelle gesundheitspolitische Diskurs auf Bundesebene fußt auf ähnlichen Annahmen. So einigten sich die Ampelkoalitionäre darauf, die Gestaltungsfreiheit der Gesundheitsversorgung durch die Regionen als Ziel in ihren Koalitionsvertrag aufzunehmen (vgl. SPD et al. 2021). Jüngst formulierten diverse gesundheitspolitisch relevante Verbände und Stiftungen, etwa der Bundesverband Managed Care (BMC) oder die Robert Bosch Stiftung, Ziele für eine regionale Neuausrichtung – die Robert Bosch Stiftung spricht vom »NEUSTART!« (vgl. Klapper/Cichon 2021) – der Gesundheitsversorgung. Der BMC veröffentlichte im April 2023 ein Papier mit dem Titel »Besser regional – Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann«. Die Autor:innen konzeptualisieren darin diese Regionalisierung als »freiwillige Zusammenarbeit und das Engagement innovationsfreudiger Partner« (BMC 2023: 7).

Sowohl die Ampelkoalitionäre als auch einige Verbände, Stiftungen und Interessenvertretungen formulierten Zielsetzungen, die den vorliegenden Problemzusammenhang in ihrer Reichweite überschreiten. Es geht ihnen um nicht weniger als die Überwindung der Sektorengrenzen und der Grenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern. Der Gesundheitsexperte Franz Knieps (vgl. 2015) weist seit einigen Jahren darauf

hin, dass Parteien, Verbände und Interessengruppen regelmäßig den großen Wurf in der Gesundheitsversorgung ankündigen. Dabei lässt sich für jede Baustelle ein passendes Modellprojekt finden, aus dem Lehren gezogen werden können. Spannend ist, dass in vielen der Projekte eine Regionalisierung der gesundheitspolitischen Kompetenzen und Finanzmittel gefordert wird.

Es geht angesichts der analysierten Probleme lokaler Versorgungsorganisation dennoch nicht darum, das innovative Potenzial einer kommunalstaatlichen Gewährleistung gänzlich in Frage zu stellen. Vielmehr wird im Folgenden empirisch informiert auf einige übergreifende Erfolgsbedingungen und Hindernisse kommunaler Gewährleistung hingewiesen. Nur so können die Implikationen der Erkenntnisse ausblickartig genauer bestimmt und im Sinne einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung diskutiert werden. Zunächst werden hierfür die übergreifenden Ergebnisse der Fallstudien diskutiert. Dabei sind, den forschungsleitenden Fragestellungen folgend, die lokale Politisierung des Landarztmangels und die Steuerungspräferenzen innerhalb der regionalen Bearbeitungspfade von Interesse. Im Anschluss werden die potenziellen Rückwirkungen der lokalen Infrastrukturpolitik auf den Regulierungspfad und das bestehende System einer gewährleistungsstaatlichen Verantwortung diskutiert. Dann werden die Potenziale und Grenzen eines Pfadwechsels deutlich.

6.1 Eine schleichende Politisierung: Die hausärztliche Versorgung als Teil der regionalstaatlichen Daseinsvorsorge

Wenn eine Hausarztpraxis ohne Nachfolgeregelung schließt, ist der Alltag der betroffenen Gemeindebewohner:innen irritiert. Medizinische Behandlungen können nicht ohne weiteres über räumliche Distanzen hinweg erbracht werden, zumal die Voraussetzungen für eine ausgebauten telemedizinische Versorgungsstruktur angebots- und nachfrage-seitig auf Hindernisse stoßen. Zusätzlich stehen Patient:innen dieser innovativen Versorgungsform häufig skeptisch gegenüber. Zu sehr sind sie die wohnortnahe Versorgung gewohnt. Patient:innen nehmen in der Regel eher weitere Wege in Kauf, um entfernter gelegene Praxen zu erreichen. Dafür sind sie vielfach auf den ÖPNV und vor allem auf freie Behandlungskapazitäten angewiesen. In der Folge dieser Irritation im Alltag sprechen die Bürger:innen in aller Regel zunächst die Repräsentant:innen des lokalen Staates, insbesondere die Bürgermeister:innen, Gemeinderät:innen oder Verwaltungsmitarbeitenden in den regionalen Gesundheitsämtern an. Diese sind in aller Regel nicht gänzlich überrascht von den Versorgungsdefiziten. Oft wissen Kommunalpolitiker:innen frühzeitig von den Ruhestandsplänen der lokalen Ärzteschaft. Diese Verbindung zwischen Kommunalpolitik und lokaler Ärzteschaft mag überraschen. Sie weist auf eine Besonderheit der Kommune hin. Als soziale Räume sind Kommunen von der Nähe der Bürger:innen zu den Entscheidungsträger:innen und Produzent:innen sozialer Dienste und Güter gekennzeichnet. Mitunter bestehen gar Überschneidungen zwischen den genannten Bereichen, etwa wenn Ärzt:innen auch als Gemeinderät:innen an den politischen Entscheidungen über die soziale Versorgungslage vor Ort mitentscheiden. Obwohl die Kompetenzen von Kommunen beispielsweise in den Bereichen Sozial- oder Kinder- und Jugendhilfe stärker ausgebaut sind, fordern auch andere klassisch sozial-

politische Fragen wie in der Arbeits- und Beschäftigungspolitik oder in einem weiteren sozialpolitischen Sinne das Wohnen und die Stadtteilentwicklung, zunehmend kommunalpolitische Antworten (vgl. Grohs/Reiter 2014; Betz et al. 2023). In der Gesundheitspolitik sind die Kompetenzen der Kommunen schwach ausgeprägt, und dennoch können sich die Bürgermeister:innen den Forderungen der Wohnbevölkerung nicht entziehen.

In der Regel konzeptualisierten die Bürger:innen und lokale zivilgesellschaftliche Initiativen ihre Forderungen nach einer Versorgung aller als kollektives Anrecht. Der Zugang zur wohnortnahen ärztlichen Versorgung soll für die gesamte Gemeinde oder den gesamten Planungsbereich gewährleistet sein. In diesem Sinne ist die Politisierung zwar räumlich begrenzt, schließt allerdings an die idealtypischen Charakteristika des herzustellenden öffentlichen Guts an. In diesem Anspruch wird der politische Charakter des Gesundheitswesens und der gewährleistungsstaatlichen Verantwortung im ambulanten Sektor deutlich. Schließlich äußern einige kommunal engagierte Akteure, die Versorgung habe sich verschlechtert, weil die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre oder die Ausbildungspolitik der Länder defizitär sei. Zumindest wird postuliert, der ländliche Raum habe nicht von den politischen Interventionen profitieren können. Auf diese Deutung können sich viele der lokal agierenden Akteure einigen. Sowohl die KVEn als auch Vertreter:innen der kommunalen Spitzenverbände und lokale Amtsträger:innen üben Kritik am Bundesgesetzgeber. Die KVEn werden kaum als mittelbare Staatsverwaltung wahrgenommen und weniger direkt in die Kritik gezogen als die Bundes- und mitunter die Landespolitik. Sie werden eher als eigenständige Akteure wahrgenommen, von denen sich – so einige Lokalpolitiker:innen, Ärzt:innen und Berater:innen – der Staat zunehmend abhängig gemacht habe.

Es gibt vielfältige Gründe dafür, dass sich die Bürgermeister:innen den Forderungen der Bürger:innen schwer entziehen können. Sie sind in den Ursachen und Erscheinungsformen des Problems selbst begründet. Schließlich ist der Landarztmangel maßgeblich vom Zusammenspiel strukturschwacher ländlicher Räume und dem Anspruchswandel des medizinischen Nachwuchs zuungunsten dieser Räume bestimmt. Diesen Regionen stehen begrenzte Ressourcen zur Verfügung, um sich an der Sicherung der ärztlichen Versorgung und dem Wettbewerb um Ärzt:innen zu beteiligen. Dass die Kommunalpolitik vor diesem Hintergrund den Forderungen aus der Bevölkerung nicht abweisend gegenübersteht, ist erklärungsbedürftig. Einige Studien, die die Stimmung der Kommunalpolitik gegenüber einer öffentlichen Bearbeitung der Versorgungsdefizite abgefragt haben (s. Kapitel 2.2), halten Unterschiede in den Einstellungen nach Bundesländern und der Ressourcenstärke der Kommunen fest (vgl. Steinhäuser et al. 2012; Barthen/Gerlinger 2016; Kuhn et al. 2018). Die befragten Kommunalpolitiker:innen sind zwar unterschiedlich gewillt, sich zu engagieren, die Studien zeigen allerdings auch, dass viele Bürgermeister:innen trotz ihrer ablehnenden Haltung aktiv werden. Allein der Umfang des öffentlichen Engagements variiert.

Die vorliegenden Fallstudien helfen diese Kluft zwischen lokalpolitischer Zurückhaltung und ergriffenen Maßnahmen zu erklären und Bedingungen für deren Auftreten und spezifischen Umfang zu formulieren. Dabei liefern die Fallstudien auch Erkenntnisse zum Handeln derjenigen Bürgermeister:innen, die nicht selbst interviewt wurden. Unter ihnen lamentierten nur wenige über ihre Lage und agierten in der Folge depolitisierend oder ergriffen kein Engagement. Selbst die, die versuchten, die an sie heran-

getragenen Forderungen abzuwehren, berichteten von Telefonaten mit den KVen, Beratungsgesprächen mit interessierten Ärzt:innen und sie zeigten sich gewillt, öffentliche Kritik an den KVen oder Protestaktionen, Unterschriftenlisten und Resolutionen zu unterstützen. Einige Bürgermeister:innen erklärten, es sei besser, überhaupt etwas zu tun, als zu riskieren, in der Bevölkerung als untätig wahrgenommen zu werden. Sie handelten zurückhaltend-opportun und bilanzierten ihre Interventionen als begrenzt wirksamen Aktionismus. Andere berichteten davon, dass sie die Bürger:innen darauf aufmerksam machten, dass sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verändern werde(n müsse). Sie betonten, dass entsprechende Konfrontationen unangenehm seien und sie es weitestgehend vermeiden, das »Nutzerverhalten« der Bürger:innen öffentlich zu thematisieren. Wieder andere unterstrichen, aus Überzeugung aktiv an der Versorgungssicherung mitzuwirken. Die Gruppe betonte die Gesundheitsversorgung als eine Bedingung für die Lebenssicherung und gesellschaftliche Teilhabe der Gemeindemitglieder oder nahm Bezug auf das Postulat gleichwertiger Lebensverhältnisse und argumentierte damit stärker sozial-integrativ.

Der ambitionierte und gestaltungswillige Typ von Bürgermeister:in erinnert an einen Politikunternehmer. Der Begriff entstammt dem Multiple Streams Ansatz (MSA) (vgl. Kingdon 1984), der im Politikzyklusmodell dem Agenda Setting zugeordnet wird. Der MSA versucht, zu den Erklärungen beizutragen, die hinterfragen, warum einige Themen auf die politische Agenda gelangen und politische Entscheidungen nach sich ziehen, während dies anderen Problemen nicht gelingt. Der Ansatz geht von einem Problem-Strom, einem Politics-Strom (Entscheidungsprozesse) und einem Policy-Strom (Lösungsvorschläge) aus. Gelingt es einem Akteur, die drei Ströme zu verknüpfen und zu einem politisch günstigen Moment Aufmerksamkeit für die von ihm propagierte Lösung zu erlangen, kann es gelingen das Thema auf die politische Agenda zu manövrieren und mit der genannten policy zu verknüpfen. Kingdon (1984: 179) selbst beschreibt Politikunternehmer als Akteure, »who are willing to invest their resources – time, energy, reputation, money – to promote a position in return for anticipated future gain in the form of material, purposive, or solidary benefits«. In der gesundheitspolitischen Forschung fand eine Abwandlung dieser Perspektive jüngst Einzug in eine Vergleichsstudie deutscher und französischer Ärzteorganisationen. Für Deutschland halten Hassenteufel et al. (2019) fest, einigen freien, auf die hausärztliche Versorgung orientierten Ärzteverbänden sei es durch politisches Unternehmertum gelungen, die hausärztliche Versorgung im bundespolitischen Prozess prominent zu platzieren und so die Gesetzgebung zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Angelehnt an den MSA nennen sie diese Akteure »medical entrepreneurs«.

Weiterhin wirkt die Lokalpresse als dynamisierender Faktor der lokalen Politisierung des Landarztmangels. In den Lokalzeitungen wird die ärztliche Versorgungslage mitunter skandalisiert. Insbesondere in Wahlkampfzeiten fordern Lokaljournalist:innen von den Kommunalpolitiker:innen Antworten auf das Praxissterben. In der Folge gelangt die Thematik auf die politischen Agenden der Rathäuser und Kreisgesundheitsämter. Auf Kreisebene werden die Versorgungsdefizite beobachtet, weil die Kreispolitik aufgrund ihres Aufgabenprofils von den veränderten Beschäftigungsverhältnissen und Wanderungsbewegungen im Kreisgebiet weiß. Über diverse überregionale und eigene Strukturentwicklungsprogramme und nicht zuletzt im Rahmen von Gesundheitskon-

ferenzen und weniger formalisierten Informations- und Fachtagungen, werden die gesundheitspolitischen Handlungsspielräume der Kommunen analysiert und Ziele für die Versorgungssicherung formuliert. Wegen der mitunter den Kommunen nicht zugänglichen Versorgungsdetails erheben diese eigenen Analysen und eignen sie sich notwendiges Wissen an, um die Veröffentlichungen und Prognosen anderer Akteure einschätzen zu können. So verfestigt sich die ansonsten moderate Politisierung und der lokale Handlungsdruck wächst. Über die ständige diskursive Rekonfiguration des Systems der staatlichen Gewährleistung in den genannten Foren verfestigen sich die Gewährleistungserwartungen gegenüber den Kommunen und ihrer Repräsentant:innen. Die diskursiven Verknüpfungen und Begründungen bedingen, dass die wohnortnahe ärztliche Versorgung zu einem Teil der regionalen Daseinsvorsorge wird.

Der Arbeit lag die Vermutung zugrunde, es bedürfe spezifischer Argumente für eine lokale Gewährleistungsverantwortung, um die Versorgungsdefizite erfolgreich zu politisieren. Die Wirkung der präsenten Storylines zeichnet jedoch ein anderes Bild. Für die Politisierung spielt es keine entscheidende Rolle, ob in den Regionen vom Hausarztmangel, vom Landarztmangel, vom allgemeinen Ärztemangel, einem Imageproblem der Allgemeinmedizin oder einem Übernutzungsproblem der Ressource Arzt durch die Patient:innen die Rede ist. In jedem Fall leiten die sich äussernden Akteure ab, dass die Kommunen aktiv werden müssen, um die Versorgungslage zu stabilisieren. Dabei unterscheiden sich die hinter den Storylines befindlichen komplexeren Deutungszusammenhänge durchaus. Entscheidend ist allerdings weniger, ob ein Gemeinderatsmitglied die Hochschulpolitik des Landes für den allgemeinen Ärztemangel verantwortlich zeichnet oder ob sich die Lokalpresse von der überschaubaren Resonanz auf eine Werbemaßnahme verwundert zeigt, weil sie die Lebensqualität in der betroffenen Kommune als gut bewertet. Entscheidend ist, dass in beiden Fällen die Überzeugung um sich greift, die betroffene Kommune könne und solle sich (mehr) engagieren. Im Übrigen übersetzten sich die Ursachenkritiken häufig gar nicht in den Lösungsdiskurs, obwohl es im Sinne der Steuerungsfähigkeit durchaus relevant gewesen wäre, inwiefern vorgebrachte Lösungen spezifische Ursachen adressieren.

Insgesamt kann die Politisierung, weil sie sich indirekt über die Bürgermeister:innen und die Kommunalpolitik vollzieht und über die Zeit vollzog, als schleichend bezeichnet werden. Deshalb entbehrte sie allerdings nicht einer gewissen Dynamik. Die KVen konnten Einfluss auf die Politisierung nehmen, etwa wenn sie die Verunsicherung in der Wohnbevölkerung mit Verweis auf einen gefühlten Versorgungsmangel als überzogen abtaten. Hierzu bedienten sich die KVen in der Regel der stark normierten Planungsstatistik. Die Unterscheidung zwischen den Zuständen der Regel- und Unterversorgung wurde zu einem gewichtigen Gegenstand der lokalen Konflikte, der sich doppelt auswirkte. Er fokussierte die Diskurse einerseits, entschärfte aber andererseits das gesellschaftliche Konflikt- und Protestpotenzial. Wegen einem in Prozentpunkten ausgedrückten Versorgungsgrad protestierten die Menschen nicht. Die Fehlversorgung musste für sie greifbar sein. Nur bei einer abgelehnten Zulassung oder eine Blockadehaltung in einem Konflikt wurden die Gewährleistungsstrukturen verantwortlich für die Versorgungsdefizite gemacht. Dann nämlich informierte die Lokalpresse über die gesundheitspolitischen Strukturen oder eigneten sich Initiativen Wissen an, um Druck auszuüben oder Engagement einzufordern.

Die Deutungsmacht der KVen in den lokalen Diskursarenen zeigte sich in deren Möglichkeit, die wahrgenommenen Versorgungsdefizite als überzogen zurückweisen zu können. Sie zeigte sich auch indirekt darin, dass sich die KVen aus den lokalen Diskursen zurückhalten konnten. Sie sind schließlich nicht dazu verpflichtet, der Kommunalpolitik gegenüber Informationen weiterzugeben und so versorgungsrelevantes Wissen zu vermitteln. Der Sicherstellungsauftrag ist zwar mit Instrumenten und Pflichten untersetzt, es besteht allerdings kein Anreiz zur Kooperation. Die KVen müssen sich zudem nicht in gleichem Maße legitimieren, zumindest nicht gegenüber potenziellen Wähler:innen, wie es für Kommunalpolitiker:innen üblich ist. Die mittelbare Selbstverwaltung als hybride Interaktionsform (vgl. Bieling 2010: 32) des Staat-(Zivil-)Gesellschaftsgeflechts ist weniger adressierbar und muss sich weniger responsiv zeigen als es die Repräsentant:innen des lokalen Staats tun. Dies kann einerseits als Schwäche des dezentralen Gewährleistungsstaats im Gesundheitswesen interpretiert werden. Zugleich versucht sich der Staat andererseits so auch vor den Ansprüchen der Gesellschaft zu schützen. Gleichwohl entlastet es auch die KVen zeitweise, wenn sich die Kommunen an der Sicherstellung abreiben. Zwar ist es eine zentrale Bedingung des Korporatismus, dass er für den Staat Vorteile bringt, wozu die delegierte Aufgabe erfüllt werden muss. Allerdings spitzt sich die Lage aktuell noch zu und die wachsenden Versorgungsdefizite haben sich noch nicht zur Überlebensfrage der KVen entwickelt. Es wird sich zeigen, inwieweit sich das stark arztzentrierte System als beständig erweist. Immerhin betonten diverse niedergelassene Ärzt:innen in den Fallregionen, sie empfänden eine substantielle Entkopplung zwischen den praktizierenden Kolleg:innen und den stärker technokratisch agierenden Funktionären in den KVen. Insbesondere mit Blick auf den Arbeitsalltag in den Praxen sahen die Ärzt:innen ihre Anliegen gewinnbringender im lokalpolitischen System adressiert als bei ihrer Landesvertretung, den KVen.

Ein weiteres Machtverhältnis wirkt ebenfalls – zumindest noch – als Herausforderung für die lokale Politisierung der Versorgungsprobleme. Einige Bürgermeister:innen und Gemeinderät:innen erklärten, dass die weiten Entfernungen in den Regionen es erschwerten, dass sich die von den Versorgungsdefiziten betroffenen Bürger:innen zusammenschließen und ihre Interessen artikulieren. Dies trifft in besonderem Maße auf ältere und kranke Personen zu, die nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastet sein können, wodurch deren Selbstvertretung erschwert ist. Der tendenzielle Rückgang zivilgesellschaftlichen Engagements (vgl. Enste et al. 2012: 15; zur Entwicklung in ländlichen Räumen: Borstel 2010; Becker/Runkel 2010) stellt eine Herausforderung für die zu organisierende Politisierung in ländlichen Regionen dar. Für die Selbstvertretung ist darüber hinaus die Erscheinungsform des Problems selbst eine Herausforderung. Dies schließt an eine vorherige Bemerkung an: Die technischen Details der Bedarfsplanung erschwerten eine Teilnahme der Bürger:innen am Diskurs. Die Abstraktion der Planungsstatistik entschärft das Konfliktpotenzial.

Auch im Sinne einer Mitvertretung waren die schwachen Interessen im Vergleich zu anderen Interessen schwächer im lokalen öffentlichen Diskurs vertreten. Am deutlichsten wurden die Interessen der Betroffenen in den Diskursen zur Problembeschreibung. Es musste dann eine gewisse Hürde an Aufmerksamkeit überschritten werden, bevor die Lokalpolitik die zivilgesellschaftlichen Initiativen unterstützte, sich ihnen anschloss

oder weitertrieb. Die Lokalpolitik vertrat schwache Interessen mit. Ob und inwiefern sie deren Forderungen gewinnbringend erfüllte, hing von den anschließenden Lösungsdiskursen und der Gewichtung der Interessen in den damit verbundenen Aushandlungen ab. Einige Interviewte, insbesondere Bürgermeister:innen und Akteure aus der Beratung, berichteten, dass die Positionen von Seniorenvertreter:innen so besetzt wurden, dass sie möglichst wenig Unruhe in den politischen Prozess brachten. Diese Bemerkung kann nicht verallgemeinert werden, sie macht allerdings darauf aufmerksam, dass die mitunter komplexen gesellschaftlichen Ansprüche an die Versorgung – Stichwort Barrierefreiheit von Praxen oder Taktung des ÖPNV – den lokalen Staat zu überfordern drohen. Zumindest vermittelt diese Praxis seiner Repräsentant:innen diesen Eindruck. Eine Mitvertretung durch die Versicherten-, Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen kam in den untersuchten Fallstudien nicht vor. Einzig der Verbraucherschutz setzte sich für die Interessen der Patient:innen ein, etwa, als er in Rheinland-Pfalz der KV RLP die potenziell gesundheitsgefährdenden Effekte einer finanziellen Selbstbeteiligung präsentierte.

Schlussendlich erweist sich insbesondere die gesundheitspolitische Selbstverwaltung als wenig durchlässig bis gänzlich undurchlässig für die lokalen Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen. Insbesondere für die Wohnbevölkerung einer betroffenen Gemeinde besteht kein klarer Kanal, über den sie mit den KVen in Kontakt treten kann, um die Versorgungsdefizite zu problematisieren. In den vorliegenden Fallstudien kamen Kontaktaufnahmen von Bürger:innen zu KVen vereinzelt vor, sie wurden allerdings in aller Regel als wenig hilfreich seitens der Bürger:innen kritisiert. Auf Rückfrage bei den KVen zeigten sich deren Repräsentant:innen in Teilen gewillt, Bürger:innen zu beraten. Einige KVen haben in den vergangenen Jahren Kommunalbüros oder ähnliches eingerichtet, die zwar primär dem Kontakt zu den Ärzteschaften und der Kommunalpolitik dienen, aber auch im oben genannten Sinne genutzt würden. Andere KVen verwiesen auf fehlende Kommunikationsstrukturen oder betonten die Verantwortung der Politik die Bürger:innen über die veränderte Versorgung zu informieren.

6.2 Resignierte Politikunternehmer und ver(un)sicherte Wohnbevölkerung: Chancen und Grenzen lokaler Gewährleistung

Trotz der Herausforderungen, die für die Politisierung bestehen, ist sie in den vorliegenden Fallregionen erfolgreich verlaufen. Die Kommunalpolitiker:innen haben sich den Forderungen nicht entzogen, an der lokalen Versorgungssicherung mitzuwirken. Der lokale Staat reagierte und übernahm eine Gewährleistungsverantwortung für die Versorgung der Bürger:innen. Die neue kommunalstaatliche Gewährleistung ähnelte in ihren Erscheinungsformen den Instrumenten, die den zuständigen Akteuren zur Verfügung stehen. Sie ergänzte oder ersetzte vielfach die tradierte Infrastruktur, seltener ging sie auch über diese hinaus. Dies liegt am Verhältnis der Kommunen und Kreisen zu den KVen, Kliniken, Landesministerien und deren jeweiligen Instrumenten. Das mitunter ähnliche Vorgehen ist darin begründet, dass die Kommunen wenig Einfluss darauf haben, dass die zuständigen Akteure ihrerseits in ihren Zuständigkeitsbereichen aktiv werden. Die Kommunen sahen sich deshalb gezwungen, die bestehende Infrastruktur

zu reorganisieren. Für diese Erkenntnis spielten erneut oder vielmehr weiterhin die Politikunternehmer eine zentrale Rolle. In den analysierten Fallregionen erkundeten die Bürgermeister:innen, Gemeinderät:innen oder Kreisgesundheitsdezernent:innen zunächst die tradierten Infrastrukturen. Sie nahmen Kontakt mit den KVen auf und informierten sich eigenständig oder in Kooperation mit Beratungsunternehmen über die Bedarfe und die möglichen Bearbeitungsmaßnahmen. Dabei trafen die Kommunalpolitiker:innen nicht selten auf wenig kooperationsbereite Akteure. Insbesondere mit den KVen machten viele Interviewte frustrierende Erfahrungen. Die Kontaktaufnahmen von Bürgermeister:innen wurden seitens der KVen abgewehrt und mühsam aufgebaute Informationskanäle gerieten immer wieder ins Stocken. Persönliche Differenzen zwischen Landrät:innen, Klinikleitungen und Verantwortlichen bei den KVen erschwerten aus Perspektive der Interviewten vor allem die Kooperationen im Bereich der Aus- und Weiterbildung.

Insbesondere für die Bürgermeister:innen spielten lokale Erfolgsgeschichten aus den vielfältigen, oben genannten Gründen eine zentrale Rolle. Sie zeigten sich mitunter verärgert darüber, dass ihnen seitens der KVen oder in den Foren auf Kreisebene nahegelegt wurde, die Versorgungs-, Mobilitäts-, Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitinfrastrukturnetze auszubauen oder zu stärken und offen auf interessierte Ärzt:innen zuzugehen. Sie berichteten, dass eine solche Empfehlung, insbesondere wenn sie das primäre Ergebnis längerer Suchprozesse nach Maßnahmen gegen den Ärztemangel waren, keine Veränderung bedeutete. Mehr noch, sie kritisierten, dass sie mitunter seit Jahren nach diesen Maßgaben agierten, ohne dadurch den Ärztemangel lösen zu können. Die Gemeindevertreter:innen fühlten sich in ihren Bemühungen oft nicht ernst genommen. Eine Bürgermeisterin aus dem Altmarkkreis Salzwedel illustrierte dies wie folgt:

»Das ist so eine Sache, da könnte ich mich immer tot darüber lachen. Denn ganz ehrlich, jede Kommune, die einigermaßen in einer [...] strukturschwachen Region ist [...] kümmert sich] um den Bauplatz. Wir kümmern uns um den Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin, wir besorgen für dein Kind einen Kindergartenplatz [...] Das macht doch jeder, was soll das denn? Ist doch ganz klar, wenn einer zu mir sagt: »Pass auf, ich habe hier einen Interessenten, der übernimmt meine Praxis, wenn du dafür sagst, dass der irgendwo ein Baugrundstück kriegt oder eine schöne Mietwohnung.« Da rufe ich persönlich an beim Vermieter.« (Interview AKSW V)

Versucht man, die vielfältigen lokalstaatlichen Bemühungen zu benennen, erscheint im Sinne des Hinweises auf die vielfach zu reorganisierende Infrastruktur eine Aufteilung in Maßnahmen, die die traditionellen Instrumente ergänzen und solche, die sie ersetzen, gewinnbringend. Zwei Bemerkungen sollen erlaubt sein, die sich auf Phänomene beziehen, die außerhalb dieser Systematisierung liegen: Erstens ist festzuhalten, dass nur sehr wenige Lokalpolitiker:innen ihrerseits die Inanspruchnahme der ärztlichen Arbeitszeit seitens der Bürger:innen thematisierten, wohingegen die KVen diese als Ursache für den Ärztemangel im öffentlichen Diskurs platzierten. Auch in den Interviews problematisierten nur wenige Bürgermeister:innen von sich aus die Anspruchshaltung oder das Nutzerverhalten der Patient:innen. Ob das an der Wahrnehmung und Über-

zeugung der Bürgermeister:innen liegt oder sie aus einer amtserhaltenden Logik heraus Hemmungen verspüren, diese Problemdimension anzusprechen, ist schwer abzuschätzen. Einige Gemeindevertreter:innen nannten übermäßige Arztbesuche als Grund für den Druck auf das ärztlichen Arbeitszeitvolumen und bewerteten diese Entwicklung mitunter kritisch. Für die Lösungspfade spielte das Nutzerverhalten in den vorliegenden Fällen jedoch keine Rolle. Zweitens besteht für die Kommunen eine Möglichkeit auf die Versorgung Einfluss zu nehmen darin, bei den KVen dafür zu werben, dass diese von ihren Instrumenten Gebrauch machen oder mit demselben Ziel öffentlichen Druck auf die KVen ausüben. Die Empirie verdeutlicht, dass die Kommunen in der Regel hiervon Gebrauch gemacht haben, bevor sie selbst aktiv wurden. Dabei reflektierten die Kommunalpolitiker:innen jedoch den begrenzten Erfolg eines solchen Vorgehens. Insbesondere die Äußerungen einer Mitarbeiterin eines Kreisgesundheitsamtes kommen in den Sinn. Sie stand in vielen Belangen in einem regen und nach ihren Äußerungen produktiven Austausch mit den regionalen Ansprechpartner:innen der KV. Dennoch kritisierte sie, dass die KV Informationen zurückgehalten habe oder wenig transparent mit ihren Instrumenten umgegangen sei, was die Arbeit der Kreisrepräsentantin und nach ihren Aussagen auch der Bürgermeister:innen im Kreisgebiet erschwerte. Vergleichbare Erzählungen fanden sich in allen Fallregionen. Dennoch sollte betont sein, dass die KVen sich unterscheiden und einige initiativer und kooperativer agieren als andere, etwa bei der Einrichtung von KV-Eigeneinrichtungen auch als freiwillige Übergangslösungen. Die Kooperationsbeziehungen sind allerdings nicht verallgemeinerbar und deshalb auch nicht ohne Weiteres belastbar.

In der Regel lösten die Kooperationsbemühungen und Vernetzungen die Versorgungsdefizite nicht ohne Weiteres. Die Bürgermeister:innen gaben an, schlechte Erfahrungen mit den KVen gemacht zu haben und deshalb flankierend aktiv geworden zu sein. Zu den ergänzenden lokalen Maßnahmen zählen Werbemaßnahmen, wie von einer Initiative dreier Stadträte im Altmarkkreis Salzwedel. Bürgermeister:innen warben mit den Vorzügen der kommunalen Freizeit-, Kultur- und Naherholungsangebote und ergänzten die Kampagnen um finanzielle Anreize, die sie den Interessierten in Aussicht stellten. Dazu zählten vor allem Mietminderungen und -erlasse, günstige Grundstückspreise, die Vermittlung von KiTa-Plätzen und die Unterstützung bei der Arbeitssuche und -vermittlung für die Lebenspartner:innen der Mediziner:innen. Durch das gesamte empirische Material hinweg zeigt sich, wie rege diese Angebote in Anspruch genommen wurden. Dabei erwies sich die strukturelle Ausstattung der jeweiligen Kommune nicht als signifikanter Faktor dafür, ob Finanzen für Maßnahmen mobilisiert werden konnten. Selbst in den Kommunen, die von höheren Verschuldungen belastet waren, gelang es den Bürgermeister:innen, nach eigenen Angaben ohne größere Überzeugungsarbeit, ihre Gemeinderäte davon zu überzeugen, den Haushalt zu belasten. Zu den ergänzenden finanziellen Anreizen zählten Fördergelder der Kommunen. Diese wurden selten von einzelnen Gemeinden erbracht. Häufiger bot der Kreis eine Förderung für einen Ausbildungsabschnitt solcher Studierenden an, die sich bereit erklärten, im Nachgang der Ausbildung in der Region zu praktizieren. Alternativ boten Kreise, zu Beginn häufig in Kooperation mit der KV oder dem Land, ein regionales Stipendienprogramm an. Zudem halfen die Bürgermeister:innen den Ärzt:innen dabei, an Fördermittel außerhalb der Reichweite der Kommunen und der KVen zu gelangen.

Sie bewarben sich bei nicht öffentlichen Akteuren um Fördergelder oder warben diese über Landes-, Bundes- und EU-Programme ein. Dabei gingen die Kommunen insofern innovativ vor, als sie möglichst außerhalb der kommunalen Haushalte Finanzmittel zu mobilisieren versuchten. Ähnlich wie die Strukturfondsmittel der KVen wurden diese Gelder für die Räumlichkeiten, deren Sanierung und die Ausstattung der Praxen mit medizinischem Gerät genutzt. Zusätzlich sanierten die Kommunen vorhandene Immobilien oder bauten neue Gesundheitszentren und Ärztezentren, um Mediziner:innen anzuwerben. Dabei stellte sich die Herausforderung, dass die neuen Praxen zum Beispiel barrierefrei und häufig mit den Vorstellungen der Ärzt:innen kompatibel zu vereinbaren waren. Die komplexen Ansprüche an die Materialität der Infrastrukturen stellten die Kommunen vor finanzielle und organisatorische Herausforderungen.

Neben den finanziellen Investitionen vernetzten sich die Kommunen und Kreise mit relevanten Kooperationspartnern, insbesondere Beratungsunternehmen, der regionalen Wirtschaftsförderung und den regionalen Kliniken. Letztere waren in aller Regel bereits mit dem Aufbau oder Betrieb von Aus- und Weiterbildungsverbänden beschäftigt, wobei sich die Kommunen erhofften etwaige Klebeeffekte auch für die ambulante Versorgung fruchtbar machen zu können. Einige Bürgermeister:innen hofften, sie könnten so frühzeitig Kontakt zu den Studierenden aufbauen, diese für Stipendien gewinnen oder mit der lokalen Ärzteschaft in der Gemeinde vernetzen, um sie für eine spätere Niederlassung zu begeistern. Die Kommunen und Kreise berichteten allerdings von Schwierigkeiten der bestehenden Aus- und Weiterbildungsverbände. Häufig entwickelten diese keine Effekte für die ambulante Versorgungsstruktur, weil die Kliniken selbst um Personal warben, die Vernetzung zwischen der auszubildenden Klinik und den Praxen schlecht war, die Kommunikation wegen persönlicher Ungereimtheiten zwischen den Entscheidungsträger:innen der unterschiedlichen Versorgungssektoren und den Kommunen oder Kreisen haperte oder es schlichtweg an auszubildendem Personal in den Regionen mangelte. Angesichts dieser Herausforderungen versuchten einige Kommunen die genannten Beziehungen positiv zu beeinflussen, etwa über Ausflüge der sich in Ausbildung befindenden Mediziner:innen in die Region. Die Studierenden reisten dann in die lokalen Landarztpraxen und vernetzten sich mit den Ärzt:innen aus der Region. Um die Interviewpartner:innen nicht in Erklärungsnot zu bringen, sei anonymisiert darauf hingewiesen, dass einige kommunalpolitische Akteure zusätzlich recherchierten, welche Abiturient:innen aus ihrer Region aktuell Medizin studierten, um Kontakt mit ihnen aufzunehmen und sie für eine Niederlassung in der Region zu gewinnen.

Diese Ausschnitte verdeutlichen, dass die lokalstaatlichen Bemühungen schnell an Komplexität und Tiefe gewinnen. In Teilen sind die lokalen Aushandlungen konfliktiv. Nicht nur zwischen den KVen und Kommunen, auch zwischen den Kommunen und Kreisen bestehen Interessenkonflikte. Es zeigte sich, dass die Kreise darauf pochten, lokale Maßnahmen frühzeitig transparent zu machen, auf ihren Webseiten zu bewerben und gegebenenfalls sogar zu koordinieren. Wegen des sich zuspitzenden Wettbewerbs zwischen den Kommunen waren diese erst bereit, ihre Initiativen, etwa ein Stipendienprogramm oder Ärztehaus, zu bewerben, wenn die Initiativen unmittelbar vor der Umsetzung standen. Die Bürgermeister:innen fürchteten andernfalls, ihren Wettbewerbsvorteil zu verlieren. Dies erklärt das Fehlen interkommunaler Zusammenarbeit im Bereich des Ärztemangels in Teilen. Eine solche Zusammenarbeit wird wiederum ins-

besondere von der Landesebene gewünscht, wie vor allem im Freistaat Bayern deutlich wird. Hier ist es Teil der Beratung des vom Freistaat eingerichteten Kommunalbüros für ärztliche Versorgung und Zielsetzung der Gesundheitsregion im Landkreis Ansbach, die Bürgermeister:innen davor zu warnen, in einen Überbietungswettbewerb einzusteigen. Vielmehr wurden die Gemeindevertreter:innen angehalten, ihre Ressourcen zu bündeln und die veränderte Versorgungsstruktur gegenüber ihrer Wohnbevölkerung zu kommunizieren. Diese Strategie wurde, angesichts dessen, dass sich die Kommunen den gesellschaftlichen Forderungen aus unterschiedlichen Gründen nicht entzogen, in den Kommunen kritisiert.

Trotz einiger Überschneidungen zu den ergänzenden Instrumenten standen vor allem zwei Maßnahmen in den Kommunen zur Diskussion, die die traditionellen Instrumente ersetzen würden. Eigene kommunale Fördermittel wurden seltener als die vorgenannten Maßnahmen diskutiert und umgesetzt. Allerdings plante unter anderem der Bürgermeister einer Gemeinde im Landkreis Leer ein Gemeindestipendium. Er erhoffte sich viel davon, mit einem rund 50.000 Euro umfassenden Stipendium Anreize für eine Niederlassung in seiner Gemeinde setzen zu können. Zugleich war ihm wichtig, nicht naiv zu handeln. Er betonte mehrmals, dass es sein könne, dass das Programm keine oder nicht die erhoffte Wirkung zeigen werde. Auch andere Bürgermeister:innen berichteten, dass Förderprogramme auf Gemeindeebene in der lokalpolitischen Auseinandersetzung ein Thema waren. Sie entschieden sich häufig dagegen, weil insbesondere Investitionen in die Ausbildung von Ärzt:innen erst nach deren Ausbildung für die lokale Versorgungssicherung relevant würden. Die späte Wirkung der Ausbildungsförderung korreliert einerseits damit, dass die Amtsträger:innen höchstwahrscheinlich nicht mehr politisch von ihrem Engagement profitieren können. Es bedeutet auch, dass die Maßnahmen erst in über einer Dekade für die Versorgung der Bürger:innen vor Ort spürbar würden. Hinzu kamen Unsicherheiten wegen der Verpflichtungen, die diese Instrumente den Studierenden auferlegen. Einige Kommunalvertreter:innen befürchteten, die Studierenden könnten zu einem späteren Zeitpunkt versuchen, sich aus bestehenden Verträgen heraus zu klagen. Die Empirie gibt diesen Bedenken zumindest in Teilen recht. Dort, wo öffentliche Stipendienprogramme bilanziert wurden, zeigten sie marginale Effekte. Immer wieder brachen Studierende ihr Studium ab, stiegen aus den Förderprogrammen aus oder ließen sich aus unterschiedlichen Gründen nicht wie erhofft in den betroffenen Gemeinden nieder. Diese Optionen wägten die Bürgermeister:innen gegeneinander ab und kamen zu unterschiedlichen Bewertungen der Passgenauigkeit dieser Instrumente.

Ein letztes erwähnenswertes Substitut der kommunalen Gewährleistung ist die öffentliche Trägerschaft einer Versorgungseinrichtung. In zwei der sechs Landkreise wurden Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft eingerichtet, in weitaus mehr standen sie allerdings zur Diskussion. Dies verweist auf zwei Sachverhalte: Erstens erweist sich die kommunale Trägerschaft eines MVZ als wenig attraktiv für von Versorgungsmängeln betroffene Kommunen. Häufig diskutierten die Bürgermeister:innen oder Akteure auf Kreisebene diese Option, weil sie dem Wunsch des Nachwuchs nach Anstellung entgegenkommt. Ein Bürgermeister aus dem bayerischen Landkreis Ansbach berichtete, er habe versucht, bevor er sich auf die Planung eines kommunalen MVZ einließ, mit der lokalen Ärzteschaft zu diskutieren, wie eine ärztli-

che Trägerschaft des MVZ möglich wäre. Für ihn war die kommunale Trägerschaft die letzte Option. Die in der Gemeinde praktizierenden Ärzt:innen schreckten vor einer eigenen Trägerschaft zurück. Nachdem er sich in Kooperation mit einem Beratungsakteur und einem Verwaltungsmitarbeitenden das relevante Wissen angeeignet hatte, stand er vor erneuten Herausforderungen mit der Ärzteschaft. Um das MVZ zu gründen, müssen die Zulassungen der dort praktizierenden Ärzt:innen an die Einrichtung übergehen, weshalb die Kommune neben der Gehälter auch die Ablösesummen für die mit den Zulassungen verbundenen Kosten verhandeln muss. Der Gemeinderat stimmte der Planung des MVZ zwar zu, doch der Bürgermeister scherzte auch, dass den Gemeinderät:innen nach seinem Pamphlet keine andere Wahl geblieben sei.

Eher rechtliche Hindernisse ergaben sich im Eifelkreis Bitburg-Prüm bei der Zulassung eines MVZ durch eine Ärztegenossenschaft. Hier unterstützten einige Kommunen und insbesondere der Kreis den Kampf bis zur Zulassung, wobei die Landes- und Bundespolitik involviert wurden. Die Frage nach der Übernahme der Bürgerschaft des MVZ hatte zuvor zu einer Blockadehaltung gegenüber dem Projekt seitens des Zulassungsausschusses der gemeinsamen Selbstverwaltung geführt. Es folgte ein offener Schlagabtausch zwischen den Befürwortern des MVZ-Projekts und der KV RLP. Erst die Gesetzesinterpretation durch den damaligen Bundesgesundheitsminister zugunsten der Genossenschaft ermöglichte die Zulassung des Projekts. Der Einschub zu einem nicht kommunal getragenen MVZ verdeutlicht die Bandbreite an Unsicherheiten, die mit dessen Trägerschaft verbunden sein können. In der zweiten Fallstudie, in der ein öffentliches MVZ gegründet wurde, übernahmen mehrere Mitglieder der kommunalen Ebene deren Trägerschaft. Diese liegt nun beim hessischen Vogelsbergkreis und zwei Gemeinden. Die Trägergruppe hat einen externen Geschäftsführer des involvierten Beratungsunternehmens eingestellt, wodurch Kosten entstanden und weiterhin entstehen. Zudem wurden Finanzierungsmittel in mehrerer Hinsicht im Verhältnis zwischen dem Kreis und den involvierten sowie weiteren an einer Mitgliedschaft interessierten Kommunen relevant. Der Repräsentant des Kreises zeigte sich in Teilen belastet durch das MVZ-Projekt. Aufgrund des Handlungsdrucks in den Kommunen und der damit verbundenen Ansprüche der Gemeindevertreter:innen an den Kreis habe sich der Kreis dazu entschieden, einige Bedingungen für weitere Mitgliedschaften zu formulieren und interessierten Kommunen zu überreichen. Im Interview wurde deutlich, dass diese Bedingungen vor allem die zu mobilisierenden Gelder aus den kommunalen Haushalten betrafen. Zugleich problematisierte der Interviewte, die Kommunen sollten zunächst die KVH in Dienst nehmen und auf nicht-monetäre Investitionen setzen, bevor sie Steuergelder in die Hand nähmen. Eine substantielle Alternative zum kommunalen MVZ bot sich für die Kommunen allerdings nicht, während das MVZ nach Eröffnung einige Zeit mit Personalbeschaffungsproblemen zu kämpfen hatte.

Es verwundert nicht, dass es vor dem Hintergrund der begründeten Skepsis der Kommunen und den Schwierigkeiten in der Umsetzung bundesweit nur knapp 30 kommunale MVZs bestehen. Die seit 2015 gesetzlich bestehende Möglichkeit erweist sich als eher irrelevant für die Versorgung in strukturell benachteiligten Regionen im ländlichen Raum, wenngleich sie in den Suchprozessen nach Lösungen viel Raum und Ressourcen einnimmt. Dies ist insofern bezeichnend, als die Gesamtzahl der MVZs nach anfänglichen Startschwierigkeiten jüngst stark auf rund 4.200 MVZs anwuchs (vgl. KBV 2022).

Dabei ist die Verteilung der MVZs auf Fachrichtungen und ihre räumliche Ansiedlung mindestens genauso bezeichnend wie die Trägerstruktur. 44 Prozent der MVZs im Jahr 2021 wurden von Vertragsärzt:innen getragen, 42 Prozent von Krankenhäusern und 13 Prozent von nicht näher seitens der KBV ausgewiesenen sonstigen Trägern. Dabei befanden sich 46 Prozent der MVZs in Kernstädten, 39 Prozent in Ober- und Mittelzentren und nur 15 Prozent in ländlichen Gemeinden (ebd.). In Bayern befanden sich mit 878 mit Abstand am meisten MVZs, gefolgt von 475 in Nordrhein-Westfalen und 184 in Niedersachsen.

In den vorliegenden Fallstudien wurde nicht gesondert erhoben, inwiefern die Kommunen und Kreise auf die Versorgungslage über MVZs an den öffentlichen Klinikstandorten einwirken. Allerdings erwähnte ein Bürgermeister, dass das Instrument zu einer Scheinlösung für den Landarztmangel verkomme, wenn eine allgemeinmedizinische MVZ-Stelle an einem Klinikstandort mit vier 25-prozentigen Personalstellen besetzt würde. Die Ärzt:innen fielen dann zwar statistisch ins Gewicht, leisteten aber keinen Beitrag zur hausärztlichen Flächenversorgung. Wegen des Untersuchungsdesigns bleibt dieser Kommentar ein anekdotischer Hinweis.

Ihre Gewährleistungsverantwortung versuchen die Kommunen durch finanzielle und personelle Investitionen zu erfüllen. Sie vernetzen sich und beraten interessierte Ärzt:innen. Mitunter fangen sie auch die defizitäre Gewährleistung seitens der zuständigen Akteure dadurch auf, dass sie selbst Versorgungseinrichtungen errichten und darin Ärzt:innen anstellen. Es ist nicht ganz einfach, die Erfolge und dafür notwendigen Bedingungen abzuschätzen, weil das lokalpolitische Engagement so umfassend ist und mitunter in die tradierte Niederlassungspraxis eingreift oder sich mit dieser verschränkt. Die vorliegende Studie hatte auch nicht den Anspruch, die Maßnahmen zu evaluieren. Nichtsdestotrotz erscheinen einige vorsichtige Äußerungen möglich: Die von den Kommunen gesetzten finanziellen Anreize wurden rege in Anspruch genommen und auch den vielen Ärztehäusern und vereinzelt Gesundheitszentren gelang es mitunter, Ärzt:innen für eine Niederlassung oder Anstellung zu gewinnen. Letztlich war jedoch für den Kontaktaufbau zu interessierten Ärzt:innen, der Formulierung eines Bürgermeisters aus dem Landkreis Ansbach folgend, vor allem »Vitamin B« nötig.

Die für eine Arztansiedlung notwendigen Vernetzungsleistungen verweisen auf die schwerwiegenden Hindernisse in der Stärkung der lokalen Versorgungslage durch die kommunalen Gewährleistungsakteure. Die Kommunalvertreter:innen müssen gut vernetzt sein und Kontakt an Schulen, Universitäten und Kliniken pflegen, weil die Vermittlung von praxissuchenden Mediziner:innen und arztsuchenden Kommunen durch die KVen nicht reibungslos funktioniert. Sicherlich, hierfür bedarf es interessierter Ärzt:innen. Doch es sind eben diese Erfahrungen zwischen den Kommunen und KVen, die die Kommunen zu eigenem Engagement motivieren oder drängen. Instrumente, die darauf ausgerichtet sind, die Vernetzung der kommunal agierenden Akteure auszubauen, sind Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen. Die analysierten kommunalen Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen waren so unterschiedlich aufgebaut und mit Ressourcen unversetzt, dass eine Einschätzung ihrer Wirkmächtigkeit für die Versorgungssicherung allgemein bleiben muss. Einzelne Projekte, etwa Patientenmobile oder MVZs, konnten in den Foren vorbereitet werden und die notwendigen Akteure zur Mitarbeit angeregt werden. Allerdings litten viele der lokalen Austausch- und Ver-

netzungsforen an einer überschaubaren Teilnahmebereitschaft seitens der an der Versorgung beteiligten Akteure. Die Förderlogiken der zu initiiierenden Projekte stellten die Kreisgesundheitsämter, an denen die raumwirksamen Instrumente angesiedelt waren, vor Herausforderungen. Die Mitarbeitenden mussten sich in den Akteurskonstellationen zurechtfinden, Projekte konzipieren und Anträge verfassen. Nicht selten sahen sie sich nach Auslaufen der Projekte mit dem frustrierenden plötzlichen Ende der Maßnahmen konfrontiert. Die Überforderung und Erfahrungen mit schwachen und in der Regel auf Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren angewiesenen Instrumenten führten häufig zur Resignation der Gesundheitsdezentern:innen. Um eine bessere Koordination der Projekte zu erreichen und – so die Hoffnung – deren Erfolg zu steigern, wurden mitunter Personalstellen mit Versorgungskoordinator:in oder -lots:in¹ eingerichtet.

Auch in den Kommunen selbst wuchs die Resignation wegen der ebenso schwachen und voraussetzungsvollen Instrumente, die allenfalls partiell zu einer Verbesserung der Versorgungslage führen. Innerhalb der reorganisierten Infrastrukturen waren die Kommunen weiterhin auf die Weiterreichung versorgungsrelevanter Informationen durch die KVen angewiesen. Doch die KVen agieren oftmals als Hybride: Im Rahmen des Sicherstellungsauftrags müssen sie die Versorgung garantieren. Aber sie sind auch die politische Landesvertretung der Vertragsärzt:innen gegenüber der Politik. In den kommunalen Aushandlungen besteht für die KVen kaum ein Anreiz, sich zu beteiligen, geschweige denn die territorialen Interessen der Kommunen und Kreise zu befrieden. Schwerer wiegt ihr Interesse daran, das Monopol auf die Versorgung nicht zu verlieren, weshalb sie kommunales Engagement kritisch beobachten. Dies führte auch in den analysierten Fallregionen zur mehrfach angeklungenen Zerrissenheit zwischen den KVen und praktizierenden Ärzt:innen. Einzelne Niedergelassene äußerten sich verärgert über die geringe Kooperationsbereitschaft und Flexibilität ihrer Landesvertretung. Sie sprachen von einer »Entkopplung«, wenngleich sich die KVen nicht gänzlich unverantwortlich zeigten. Eine solche Behauptung wäre auf Grundlage des erhobenen Materials unsauber. Dennoch kam es vor, dass die KVen lokale Initiativen behinderten oder deren Umsetzung erschwerten, etwa indem sie Informationen zurückhielten.

Vor dem Hintergrund der skizzierten kommunalen Probleme mit Blick auf fehlende Informationen, begrenztes Wissen, fehlende Rechtssicherheit, knappe finanzielle und personelle Ressourcen und Kompetenzen erscheinen deren Forderungen nachvollziehbar. Kommunen forderten beispielsweise öffentliche Ansprechpartner:innen für die Umsetzung kommunaler MVZ-Projekt, oder, dass deren Trägerschaft betreffende rechtliche Fragen geklärt werden. Letztlich forderten sie vor allem mehr Verbindlichkeit in der Informationsweitergabe seitens der KVen. Entsprechende Schritte wurden seitens des Bundesgesetzgebers und der Selbstverwaltungsakteure nicht gegangen. Aktuell scheint sich der Staat paradoxerweise auf kommunaler Ebene mitunter selbst

1 Wenn solche Strukturen eingerichtet werden, bleibt die Gesundheitsversorgung eine freiwillige Aufgabe der Kommunen. In den vorliegenden Fällen waren viele der Strukturen, die an den Kreisgesundheitsämtern angesiedelt waren, mit anderen gesundheitspolitischen (Pflicht-)Aufgaben beauftragt, etwa der Einrichtung von Pflegestützpunkten oder dem Leistungsausbau im Rahmen des neueren Struktur- und Versorgungsparadigmas der Prävention.

zu überfordern. Dabei verpasst der Gesetzgeber es, die an die gesundheitspolitische Selbstverwaltung delegierten öffentlichen Aufgaben im Sinne einer ausreichenden Versorgung aller zu konzessionieren. Er legt Instrumente an und schafft Möglichkeiten für Kommunen, sich an der Versorgung zu beteiligen. Diese Optionen sind jedoch auf die Kooperation zwischen den kommunalen und den gesundheitspolitischen Selbstverwaltungsakteuren angewiesen. Da sie nicht in diesem Sinne untersetzt sind, befördert der Gesetzgeber den wiederholt thematisierten Wettbewerb zwischen den Kommunen.

Politik- und verwaltungswissenschaftlich zeigt diese Beobachtung einige Gemeinsamkeiten mit der Debatte um die Dezentralisierung des Sozialstaats (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2010), die sich in vielen Bereichen belastend für die kommunalen Haushalte entwickelte (vgl. Brettschneider 2022: 99ff.). Nach Renate Mayntz (1987: 89ff.) werden unter der Dezentralisierung politische Reaktionen auf regulative Steuerungsmängel verstanden. Diese Reaktionen können bei der Implementation von *policies* auftreten, mit der Motivation der Steuerungsadressaten korrelieren oder in fehlendem Wissen über zentrale Wirkungszusammenhänge begründet sein, weil Instrumente nicht die intendierte Wirkung entfalten. Insbesondere für den Bereich der sozialen Dienste wurde wiederholt gezeigt, wie zur Erfüllung sozialstaatlicher Zielsetzungen die lokale Zivilgesellschaft aktiviert wurde (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2010: 26ff.). Irene Dingeldey (2008: 316) bringt in diesem Zusammenhang sowohl das Konzept des aktivierenden Sozialstaats als auch das Leitbild des Gewährleistungsstaates an. Gunnar F. Schuppert (vgl. 2005: 34) selbst beschreibt die gewährleistungsstaatliche Struktursteuerung als den zentralen Koordinationsmodus, der darauf abzielt, die Selbststeuerungspotenziale der Gesellschaft freizusetzen. Durch komplexe Koordinationsleistungen des Staates könnte dieser »Ermöglichungsstrukturen« (Dingeldey 2008: 320) schaffen, die das Verhältnis vom Wohlfahrtsstaat zum Individuum beeinflussten. Diese reflexive Form der Steuerung erfordere vom Wohlfahrtsstaat allerdings immer wieder die Re-Regulierung oder Reorganisation der sozialpolitischen Institutionen. Im Gesundheitswesen scheint es dem Gewährleistungsstaat nicht gelungen zu sein, sich vor den gesellschaftlichen Ansprüchen zu schützen. Schließlich gelingt es keiner der öffentlichen Ebenen, die gesellschaftlichen Ansprüche an diese zurückzuspielen, um dort gesellschaftliche Ressourcen zur Leistungserfüllung zu mobilisieren. Dieses für eine angestrebte staatliche Entlastung zentrale Anspruchsmanagement (vgl. Franzius 2009: 39ff.) gelingt dem Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen nicht. Die Gemeindebürger:innen nehmen Gesundheit als Thema lokaler Versorgungsdefizite wahr, weshalb sich Gesundheitspolitik zu einem mobilisierungsfähigen Thema im lokalen Meinungswettbewerb entwickelt (vgl. Luthé 2017: 72f.).

Wie sich die lokalen Governance-Konstellationen im Rahmen von Projekten, die sich nicht auf den Landarztmangel fokussieren, weiterentwickeln, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Es sollte allerdings erwähnt sein, dass im Moment die Träger der schwachen Interessen, die alten, kranken und immobilen Patient:innen, in schlechter versorgten Regionen trotz der erfolgreichen Politisierung unter den schwer zu behandelnden Versorgungsdefiziten leiden. Mitunter thematisierten einzelne Kommunalpolitiker:innen in den untersuchten Regionen, Patient:innen würden doppelt zur Kasse gebeten, wenn zusätzlich zu ihren Sozialversicherungsbeiträgen Steuergelder für die Versorgungsstabilisierung investiert würden, etwa für Beratungsunternehmen, Immo-

bilien, Personalstellen oder Ärzt:innen in Anstellung. Zudem verfügten die von Versorgungsmängeln betroffenen Bürger:innen oft nicht über die Zeit, Kapazitäten, Expertise und die finanziellen Mittel, auf die Versorgungsorganisation Einfluss zu nehmen.

6.3 Rückwirkung auf den eingeschlagenen Regulierungspfad und Impulse für eine gemeinwohlorientierte Versorgung

Wenn die Betroffenen von lokalen Versorgungsmängeln ihre Lage öffentlich problematisieren, indem sie die lokale Politik zum Handeln auffordern, politisieren sie das Versorgungsdefizit, weniger die dahinterliegende Infrastruktur. Diese wird vielmehr im Rahmen der lokalstaatlichen Problembearbeitung zum Gegenstand der Auseinandersetzung, wird sie doch in Teilen unter konfliktiven Interessenlagen reorganisiert. Nur selten leiten die Betroffenen und die Lokalpolitik aus den Erfahrungen innerhalb der Infrastruktur einen strukturellen Reformbedarf ab, für den sie dann auch eintreten. In einigen der Fallregionen konnte beobachtet werden, dass die Diskurse jüngst umschwangen, dass zunehmend auf einen allgemeinen Ärztemangel abgehoben und eine quantitativ angemessene Ausbildung von Mediziner:innen eingefordert wurde. Dann adressierten die lokal engagierten Akteure die hochschulpolitisch verantwortliche Landesebene. Diese verschobene Verantwortungszuweisung verbleibt allerdings innerhalb des tradierten Gewährleistungssystems, die strukturelle Komponente der Versorgungsproblematik verbleibt weiterhin unangetastet. Die Lösungsdebatten verbleiben im Rahmen der dysfunktionalen Gewährleistung und ihrer Regulierung.

Im eingangs zitierten Buch »Gegengifte« argumentiert Ulrich Beck (1988: 62) Ende der 1980er Jahre dafür, den damaligen technischen Herausforderungen im Kontext der Umweltkrise demokratisch gegenüberzutreten. Er schreibt: »Die Souveränität, mit der technische Entscheidungen nicht-technisch gefällt und begründet werden, ist ein Maßstab für Demokratie.« Als Klammer zur aufgeworfenen Frage der Unverantwortlichkeit im System der flächendeckenden ärztlichen Gesundheit erlaubt das Zitat abschließend drei übergreifende Zusammenhänge zu diskutieren. Die Referenz des Begriffs der Souveränität erlaubt die Erkenntnisse der vorliegenden Studie erstens demokratietheoretisch zu beleuchten. Der Verweis auf den technischen Gehalt von Entscheidungen ermöglicht zweitens, die Chancen und Gefahren einer stark institutionalisierten Gewährleistung sozialer Infrastrukturen zu reflektieren. Drittens regen die Fragen nach der Begründung von Entscheidungen und gleichsam von *non-decisions* an, das Potenzial eines regulatorischen Pfadwechsels genauer zu fassen.

Die Frage nach der Souveränität, mit der demokratische Entscheidungen zu Stande kommen (können), schließt an eine mehrmals von den lokalen Akteuren getroffenen Aussage an. Berater:innen und Ärzt:innen waren sich sicher, der Staat habe sich von den KVen oder der gemeinsamen Selbstverwaltung abhängig gemacht und sei deshalb handlungsunfähig. Dies steht dem umfangreichen Staatshandeln, den vielen Interventionen und der umfassenden Re-Regulierung des ambulanten Sektors gegenüber. Die gewachsene staatliche Steuerung (vgl. Gerlinger 2009) und die damit verbundenen Handlungsspielräume des Staates zeigen sich zum Beispiel in dem enormen und stetig wachsenden Umfang des SGB V. Zugleich ist das deutsche Gesundheitswesen stark arztzentriert, was

sich in dem Einfluss der Ärzteschaft auf die Willensbildung und Entscheidungsfindung in den Bereichen Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung auswirkt (vgl. Simon 2015). Es gehört weiterhin zum Entwicklungspfad, dass die Gesundheitspolitik als »spezielle Kunst« (Bandelow 2010: 7) bestimmte starke Interessen bevorzugt hört, während die Patienteninteressen auch nach ihrer funktionalen Integration in die Interessenvermittlung im regulierten Wettbewerb weiterhin über allenfalls begrenzte Einflussmöglichkeiten verfügen (vgl. Klenk 2018). Angesichts der regionalen Herausforderungen in der Versorgungssicherung wachsen hier die Chancen situativ gebildeter Akteursnetzwerke außerhalb des korporatistischen Arrangements. Wenn diese Netzwerke auch Wege außerhalb des korporatistischen Arrangements gehen, werden ihre Vorstöße mitunter von den Zulassungsgremien der tradierten Gewährleistungsakteure einkassiert. Dieser Zusammenhang erklärt die verstärkte Wahrnehmung einer Abhängigkeit von den KVen und Krankenkassen. Ein Rückgang staatlicher Steuerungsfähigkeit ist auf Grundlage der Empirie indes nicht zu konstatieren. Allerdings verdeutlichen die Reflexionen der lokalstaatlichen Akteure, die geringen Anreize des Bundesgesetzgebers für die KVen, lokal kooperativ und die territorialen Interessen integrierend zu agieren.

Für die Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen und die spezifische hybride Interaktionslogik des Korporatismus erweist sich die »partielle Entkopplung demokratischer Strukturen und politischer Verantwortungszuschreibung bei Entscheidungen über Versorgungsstrukturen« (Gerlinger 2022: 64) als in Teilen folgenreich. Die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, die KVen und Kassenverbände, sind demokratisch legitimiert. Besonders stark ist die Legitimationskette mit Blick auf die vorliegende Problematik allerdings nicht: Eine gewählte Regierung erlässt Reformen, deren Konkretisierung an Verbände delegiert wird, während die Aufsichtspflicht beim Bundesgesundheitsministerium liegt. Die Glieder der Legitimationskette der Gewährleistung sind bis zur (Nicht-)Versorgung auf der regionalen Ebene mitunter nicht besonders eng verbunden. Während die Steuerung also von der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung geprägt ist, sind die Bürger:innen, die von den Versorgungsdefiziten stark in ihren Lebenswirklichkeiten betroffen sein können, ohne Steuerungsmöglichkeiten. Sie verfügen nicht über Zuständigkeiten, finanzielle Mittel oder Wissen, um substanziellen Einfluss auf die Versorgungsorganisation zu nehmen. Das lokale demokratische Defizit (re-)produziert Ausschlüsse und Ungleichheiten, insbesondere für die Betroffenen, die es schwer haben, sich zu organisieren und ihre Bedarfe zu artikulieren. Es stellt sich die wichtige strukturelle Frage danach, wie die Entkoppelung im lokalen Raum überwunden werden kann. Eine mögliche Antwort wäre, den Kommunen Kompetenzen und finanzielle Mittel zukommen zu lassen. Es ist allerdings genau zu begründen, warum die Kommunen, insbesondere vor dem Hintergrund der Erfüllungsdefizite in anderen Bereichen, die Gesundheitsversorgung als freiwillige Aufgabe gewährleisten sollten. Eine überzeugendere Antwort findet sich in den Überlegungen von Stefan Greß und Klaus Stegmüller (2018: 16f.). Sie schlagen kommunale Versorgungskonferenzen vor, in denen neben den KVen und Krankenkassen auch Vertreter:innen der Kommunen stimmberechtigt repräsentiert sind. So sollen unter anderem die Maßnahmen gegen Unterversorgung der KVen adäquat mit denen der Kommunen abgestimmt werden. Im Übrigen findet sich auch innerhalb und gegenüber der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Mitvertretung ein Defizit der genannten schwachen Interessen. Obwohl die Patientenvertretung und

der Verbraucherschutz im regulierten Wettbewerb in die Interessenvermittlung integriert wurden, bleibt die Integration angesichts der fehlenden Mitwirkungsrechte nicht-funktional und damit begrenzt.

Auf kommunaler Ebene ist die Versorgungsorganisation stark von Verhältniszahlen, Versorgungsgraden, kleinteiligen Indikatoren und Vorstellungen einer angemessenen Inanspruchnahme und respektive verbundenen Vorstellungen einer überzogenen Inanspruchnahme verbunden. Mayntz spricht aus einer Infrastrukturperspektive von sozio-technischen Systemen, um darauf hinzuweisen, dass Technik nicht nur in

»sozialen Produktions- und vor allem Verwendungszusammenhängen steht [..., sondern, dass] technische Komponenten oft als integrale Bestandteile in soziale Handlungszusammenhänge eingebaut sind, die in ihrer Struktur und Dynamik davon entscheidend geprägt bzw. verändert werden« (Mayntz 1988: 236).

Die Empirie zeigte, dass der normgebundene Charakter der lokalen Infrastrukturpolitik einerseits die lokalen Diskurse fokussierte. Er ermöglichte es den Betroffenen, die Gewährleistungsakteure anzusprechen, um ihre Anliegen zur Sprache zu bringen und wirksam werden zu lassen. Dabei entwickelten sich die sozio-technischen zu normativ sozio-technischen Systemen, die im Sinne der Daseinsvorsorge und gleichwertiger Lebensverhältnisse darauf orientiert waren, den eingeforderten Erhalt der bekannten Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Andererseits erschwerte es der technische Gehalt der gesundheitspolitischen Infrastruktur den zentralen Gewährleistungsstaat für eine stärkere subsidiäre Unterstützung oder strukturelle Anpassungen in Dienst zu nehmen. Die Planungsstatistik und die inkrementell entwickelten Indikatoren für ihre Anpassung sind ihrerseits je auf einen begrenzten Raum, einen Planungsbereich, orientiert. Weil sich die lokalpolitischen Aushandlungen innerhalb des Regulierungssystems abspielen und die Kommunalpolitik auf die planerischen Unterscheidungen zwischen Regel- und (drohender) Unterversorgung angewiesen ist, um Instrumente und Gelder zu bemühen, reproduziert sich die Planungssystematik trotz ihrer vielfach als mangelhaft kritisierten Passgenauigkeit. Bevor sich der lokale Staat der Bearbeitung der Versorgungsdefizite annimmt, entschärft die technische Komponente der Versorgungsplanung zudem die gesellschaftlichen Kritik- und Protestpotenziale. Die betroffenen Bürger:innen schlechter versorgter Gemeinden protestieren nur selten und verhalten sich sehr punktuell normverletzend, etwa wenn sie auf die Notaufnahmen der Kliniken ausweichen. Gerade weil eine Versorgungsorganisation außerhalb des Staates schwer vorstellbar ist und überdies nicht eingefordert wird, sollte die Art und Weise der staatlichen Gewährleistung demokratisch ausgehandelt werden. Sie könnte dann auch eine stärkere Legitimation im lokalen Kontext erlangen. Aufgrund der Tiefe und Komplexität der neuen Infrastrukturaufgaben stellt sich allerdings die Frage, ob die Kommunen und gegebenenfalls der Staat in Gänze überhaupt in der Lage sind, Zukunftsentwicklungen in ihr aktuelles Handeln zu integrieren, zumal die Kommunen schon heute mit vielen verpflichtenden Infrastrukturaufgaben überfordert sind und diese nicht ausreichend erfüllen können. Die wachsende Anzahl der angestellten Ärzt:innen im ambulanten Sektor – als ermächtigte Ärzt:innen in Kliniken oder in auch öffentlich getragenen MVZ – macht diese Fragen aktuell. Schließlich werden die gewandelten Interessen des Nachwuchses

vor diesem Hintergrund zunehmend zu einer institutionellen Frage, wenn die Anstellung eine beim Staat ist.

Letztlich interessiert wegen der aufgeworfenen Fragen, wie es um einen Pfadwechsel des eingeschlagenen Regulierungswegs steht. Dabei steht im Fokus mit welchen Begründungen – hier wird der Bezug zum Zitat deutlich – Entscheidungen oder *non-decisions* getroffen werden, um den disparaten Versorgungsstrukturen regulativ zu begegnen. Wegen der kleinen Fallzahl und der analysierten Schwierigkeit, aus dem Lokalen das Strukturelle zu politisieren, wird im Folgenden auf einige generelle den Entwicklungspfad potenziell (de-)stabilisierende Faktoren hingewiesen. Dann gelingt es je zu benennen, ob die lokale Politisierung und – wenn auch dysfunktionale – lokale Gewährleistungsstaatlichkeit ein dahingehend verstärkendes, transformatives Potenzial in sich tragen. Grundsätzlich bedarf es einiger Faktoren dafür, dass ein regulativer Pfad endet oder verlassen wird. Das in der Institutionenökonomie entwickelte Pfadabhängigkeitstheorem gibt einige Hinweise hierfür (vgl. Mahoney 2000; Pierson 2000). Es fokussiert sich stärker auf exogene Faktoren, die durch eine Störung des Gleichgewichts der ökonomischen Faktoren, der institutionellen Verschränkungen, der macht- und wahlpolitischen Interessen und normativen Grundlagen an einem kritischen Punkt (*critical juncture*) einen institutionellen Wandel herbeiführen können (vgl. Weishaupt et al. 2013: 281). Andere Theoreme gehen davon aus, dass auch endogene Ursachen – Streeck und Thelen (2005) sprechen vom »displacement, layering, drift, conversion« und »exhaustion« von Institutionen – eine graduelle Transformation nationalstaatlicher Institutionen hervorrufen können (vgl. auch Mahoney/Thelen 2010; für die wettbewerbliche Transformation im Gesundheitswesen: Gerlinger 2013).

Die lokale Politisierung des Landarztmangels und die Übernahme einer Gewährleistungsverantwortung zu seiner Bekämpfung durch den lokalen Staat setzt Dynamiken frei, die geeignet sind, den sektoralen Korporatismus zu destabilisieren. Zunächst bringen die wachsenden Probleme bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Legitimationsprobleme für den jetzigen Weg mit sich. In den vorliegenden Fallstudien wurden die KVen seitens gesellschaftlicher Akteure punktuell stark für die Nicht-Erfüllung des Sicherstellungsauftrages kritisiert, wenngleich die Konflikte auch wieder abebbten. Dabei wurden die KVen zwar nicht als mittelbare Staatsverwaltung wahrgenommen, aber ob sich dies zukünftig wegen der sich zuspitzenden Dynamik der Problematik ändert, bleibt offen. Schwerer könnte wiegen, dass die Kommunalpolitiker:innen die begrenzte Möglichkeit, in Fragen der Versorgungsstruktur mitzuentcheiden zu können in Abgrenzung zu den Handlungsspielräumen der KVen kritisieren. Diese strukturelle und demokratische Kritik wird über die Landtags- und Bundestagsabgeordnete aus den betroffenen Regionen und die kommunalen Spitzenverbände auf die höheren föderalen Ebenen und dort in gesundheitspolitisch relevante Gremien der Willensbildung- und Entscheidungsfindung getragen. Zugleich sind die Sicherstellungsprobleme auch dem Bundesgesetzgeber bekannt. Seit den wettbewerblich ausgerichteten Strukturreformen ist die Einbindung der korporatistischen Akteure in die Willensbildung auf Bundesebene situativer und selektiver geworden (vgl. von Winter/Schroeder 2019), und die vorliegende Problematik könnte diese Entwicklung verstärken. Doch es gibt keinen substanziellen Diskurs zu einer marktlichen und stärker staatlich ausgerichteten Organisation des am-

bulanten Sektors. Der Korporatismus bleibt grundsätzlich beständig und mehrheitsfähig.

Weiterhin wirkt die wachsende Rolle der Gesundheitsversorgung für die Gesellschaft insgesamt als destabilisierender Faktor auf den Regulierungspfad. Dies gilt in mehrerer Hinsicht: Es herrscht erstens eine gewachsene Aufmerksamkeit für die Möglichkeit, die Gesundheit von Menschen zu sichern, und die Gesundheit spielt für die Entwicklung von Regionen eine zentrale Rolle. Zweitens ist die ökonomische Entwicklung von Regionen im Sinne des Standortfaktors und als Beschäftigungsfeld maßgeblich von den Angeboten und der Verfügbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen bestimmt. Diese Zusammenhänge wurden in den Diskursen und Aushandlungen der untersuchten Fallregionen deutlich, und ihre Irritationen wegen der Versorgungsdefizite vielfach kritisiert. Drittens gewinnt die Gesundheit wegen des demografischen Wandels auch als Sozialinvestition an Relevanz und wird innerhalb der Bevölkerung so wahrgenommen. Das Konzept der Sozialinvestition ist in den vergangenen zwei, drei Dekaden zu einem einflussreichen sozialpolitischen Reformparadigma geworden. Seine grundsätzliche Aussage lautet: Durch Investitionen in das Humankapital von Menschen soll die Integration benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt und die Chancengleichheit durch frühkindliche Bildung erreicht werden (mit kritischen Akzenten vgl. Leßmann/Laruffa 2020). Das Konzept hat grundlegende Kritik hervorgerufen: Wegen des Fokus auf das Humankapital rückten ökonomische Begründungen für Sozialinvestitionen in den Vordergrund. Auf diese Weise wachse die Gefahr, bestehende soziale Ungleichheiten im Rahmen von Kosten-Nutzen-Rechnungen zuungunsten wertebasierter Überlegungen zu (re-)produzieren. Rolf G. Heinze und Jürgen Schupp (vgl. 2022: 254ff.) gehen am Beispiel der Chancen für die Einführung eines Grundeinkommens davon aus, dass der Sozialstaat als Gewährleistungsstaat dazugelernt habe, Konjunkturprogramme ihn allerdings derart einengten, dass es zu neuen Steuerungsmodellen komme. Hierzu zählen sie einerseits die relevanter werdende Eigenverantwortung und andererseits deren vermutete Konvergenz in Richtung Sozialinvestitionen und Aktivierung. Die gesundheitspolitischen Implikationen sind angesichts der Bedeutung von Gesundheit für die Fähigkeit zu arbeiten evident. Gesundheit wird so neben ihrem Charakter als Merkmal von Lebensqualität zu einem Gestaltungsfaktor.

Angesichts der beiden Punkte heben die vermehrten regionalen Versorgungsdefizite die defizitäre demokratische Kontrolle der Versorgungsorganisation hervor. Dies könnte sich verstärken, weil Kommunen und Kreise in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen eine funktionalere Gewährleistungsrolle spielen, etwa in der Langzeitpflege, der stationären Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Ausgeweitete Aufgabenprofile in diesen Bereichen und vermehrte Debattenvorschläge sowie die modellhafte Erprobung von Projekten der Integrierten Versorgung (vgl. Hildebrandt/Stuppardt 2021) könnten die regionale Rolle schärfen und die Irritationen der tradierten Interessenvertretung weiter in Richtung lokaler Governance-Strukturen und Netzwerke aufweichen. Im Sinne einer Interessenpluralisierung gewinnen in diesem Zusammenhang zudem die aufgewerteten Pflegeberufe und die Beschäftigten in den Praxen und Sozialstationen gegenüber der relativierten Bedeutung von Ärzt:innen als Träger der Krankenversorgung an Gewicht. Die Chancen für lokale Allianzbildungen und Netzwerke steigen.

Stabilisierend für das korporatistische System wirken hingegen die folgenden Faktoren: die anhaltende (Deutungs-)Macht der Ärzt:innen und KVen, das Interesse der KVen an ihrem institutionellen Selbsterhalt, die inkrementelle Anpassung des Systems, die sich insbesondere in den wiederholten Anpassungen der Bedarfsplanungsrichtlinie und des Vertragsarztrechts zeigt und die bestehenden Vorteile der Versorgungsorganisation durch Expert:innen und deren befriedende Wirkung sowie die mit einem Pfadwechsel verbundenen Erfahrungs- und Wissensrückstände des Staates. Letztlich wirken insbesondere die mit einem Pfadwechsel antizipierten politischen und ökonomischen Kosten als stabilisierende Faktoren auf den eingeschlagenen Entwicklungspfad. Zu nennen sind die Mobilisierung von Mehrheiten gegen die Widerstände der eher strukturkonservativen organisierten Ärzteschaft, die Lücken mit Blick auf Erfahrungen, Wissen und Finanzierungsmittel, sowie die bestehenden Überforderungen der Kommunen mit ihren Pflichtaufgaben. Zusätzlich verdeutlichen einige Nicht-Interventionen das geringe abrupte Transformationspotenzial. Nicht-Interventionen oder non-decisions gehen mit der Macht einher, ein Problem unterdrücken zu können, um den Umfang der potenziellen Entscheidungshorizonte einzuschränken (vgl. Bachrach/Baratz 1963: 641). Zu den systemstabilisierenden und mitunter versorgungsdestabilisierenden non-decisions zählen die Nicht-Interventionen im Bereich der wachsenden Konkurrenz der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur GKV. Dies ist insofern versorgungsrelevant, als sich das wachsende Gewicht der PKV entsolidarisierend auf die Finanzierung der Versorgungsinfrastrukturen und somit die Versorgungsnetze insgesamt auswirkt. An diese Argumentation schließt die Forderung nach einer solidarischen Bürgerversicherung unter anderem an (vgl. u.a. Rothgang/Domhoff 2017). Zudem bewirkt der ermöglichte Zugang von Privaten zur ambulanten Versorgung einen Mittelabfluss aus dem Solidarsystem, etwa wenn Private Equity-Investoren in die MVZ-Strukturen einsteigen, Standorte aufbauen, GKV-Mittel als Gewinne aus dem Solidarsystem abführen und die Einrichtungen weiterveräußern (vgl. Scheuplein/Bůžek 2021). Letztlich wirkt sich auch die nicht vorgenommene Einhegung der Klinikprivatisierungen auf die regionalen Gesundheitslandschaften aus. Insbesondere in ländlich geprägten Regionen mussten Kommunen ihre nichtprofitablen Einrichtungen schließen, wodurch die Chancen zur Ermächtigung stationärer Ärzt:innen für die ambulante Versorgung sowie sektorenübergreifende Kooperationen verloren gingen.

Wenngleich aktuell kein Pfadwechsel erkennbar ist, zeigen die Ausführungen doch, inwiefern eine Zuspitzung der Versorgungsdefizite die positiven Rückwirkungen des Pfades schmälern könnten. Ob und auf welche Weise und mit welchem Ausgang sich das institutionelle Arrangement des ambulanten Sektors dann verändert und inwiefern sich eine solche Transformation positiv für die flächendeckende Gesundheitsversorgung auswirken könnte, bleibt offen.

7 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit interessierte sich angesichts der wachsenden ärztlichen Versorgungsprobleme in strukturell benachteiligten und ländlich geprägten Regionen für die Herausforderungen der wohlfahrtstaatlich-korporatistischen Gewährleistung. Denn die staatliche Gewährleistungsverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung stützt sich materiell und prozedural auf ein System der korporatistischen Selbstregulierung, dessen Operationsweise sich trotz der zugespitzten Versorgungsprobleme bislang reproduziert. Vor dem Hintergrund dieser Strukturen und der davon partiell entkoppelten lokalen Verantwortungszuschreibung, rückten die kommunalen Arenen in den Fokus der Untersuchung. Denn es sind einzelne Gemeinden, in denen es nicht gelingt, hausärztliche Praxen wie gewohnt zu erhalten. Es ist die lokale Wohnbevölkerung, die sich an die Bürgermeister:innen wendet und von ihnen einfordert, sich um eine angemessene Versorgung zu bemühen.

An diesem Punkt schloss der erste Fragenkomplex der Studie an. Wie werden ärztliche Versorgungsprobleme in strukturschwachen und ländlichen Regionen lokal problematisiert und mit welchen Bedeutungen eine staatliche Gewährleistung der Versorgung eingefordert? Forschungsleitend wurden die folgenden Thesen aufgestellt: Die lokalen Sicherstellungsprobleme werden seitens der Bürger:innen über den wahrgenommenen Mangel an Ärzt:innen politisiert. Dabei waren die spezifische Problemdeutung und die damit verbundene Ursachenkritik sekundär. Die in den Storylines abstrahierten Verweisungszusammenhänge ermöglichten eine gemeinsame Verständigung in den lokalen Diskursarenen. Dabei war den vereinfachten Formeln der Problemdeutung (Landarzt-, Hausarzt- oder allgemeiner Ärztemangel) gemein, dass sie den Kommunen eine Gewährleistungsverantwortung übertrugen. Die Betroffenen forderten insbesondere von den Bürgermeister:innen ein, sich wegen der zentralen Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Lebensführung an der Beseitigung der Versorgungsprobleme zu beteiligen. In diesem Sinne sind die aufgestellten Thesen zu bestätigen. In den sechs Fallstudien konnte gezeigt werden, dass die Bürger:innen von (drohend) schlechter versorgten Gemeinden insbesondere von der Lokalpolitik einforderten, dass diese die gewohnte Versorgungsinfrastruktur erhält. Verstärkend kam hinzu, dass vor allem in Wahlkampfzeiten auch die Presse lokalpolitische Antworten auf das ›Praxissterben‹ verlangte. Dabei zeichnete sich das Bild einer schleichenden Politisierung ab, weil auch einzelne Ärzt:in-

nen, die Länder-KVen und schließlich die Vertreter:innen der Kommunen und Kreise selbst dazu übergangen, die wohnortnahe ärztliche Versorgung der regionalen Daseinsvorsorge zuzuordnen. Nur selten versuchten die Repräsentant:innen des lokalen Staats, die an sie herangetragenen Gewährleistungserwartungen zu entkräften oder gar abzulehnen. Wenngleich sich die Politisierung moderat darstellte, verstetigte sie sich über die Zeit. Dazu trug bei, dass die Kreise und Kommunen vielfach im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Fachtagungen über die instabile Versorgungslage sprachen und in der Folge kommunalpolitische Handlungsspielräume ausmachten.

In einem zweiten Schritt verfolgte die vorliegende Studie das Ziel, die lokalstaatliche Resonanz auf die Politisierung der Versorgungsdefizite zu analysieren. Dabei standen zum einen die Schwierigkeiten und Gelingensbedingungen der lokalen Bearbeitungspfade und dahinterliegenden Kompetenzen und Instrumente im Fokus. Zum anderen sollte die prozesshafte Darstellung der Fallstudien dazu beitragen, die Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen im Kontext der hybriden Interaktionslogik des Korporatismus zu entschlüsseln. Die folgenden Fragen leiteten die Analyse an: Wie reagieren die Repräsentant:innen des lokalen Staats auf die Gewährleistungserwartungen und unter welchen Bedingungen übernehmen sie Verantwortung für die Versorgungslage? Welche zur Verfügung stehenden Instrumente werden bemüht und welche neuen Initiativen werden getestet? Was sind die Erfolgsbedingungen und Hindernisse in der Stabilisierung der Versorgung und wie reflektieren die lokalstaatlichen Akteure ihre Erfahrungen? Die verbundenen Thesen lauten: Die Repräsentant:innen des lokalen Staats nehmen die Verantwortungszuschreibung an, weil die zuständigen Akteure Ansprüche zurückweisen und sich gegenüber den Kooperationsbemühungen und Forderungen der öffentlichen Akteure wenig responsiv zeigen. Die Repräsentant:innen des lokalen Staats bemühen sich, die Gewährleistungserwartungen zu erfüllen, obwohl die begrenzten kommunalen Ressourcen die Erfolgchancen der getesteten Initiativen schmälern.

Die Fallstudien zeigten, dass sich die Politisierung der lokalen Versorgungsdefizite als erfolgreich erwies. Die Kommunalpolitiker:innen haben sich den Gewährleistungserwartungen der Bürger:innen mehrheitlich nicht entzogen. Dabei kann die betreffende These bestätigt werden: Innerhalb der hybriden Gewährleistungsstaatlichkeit entwickelten sich nur wenige Synergien zwischen den Bemühungen der Kreise und Kommunen auf der einen und den Bemühungen der KVen auf der anderen Seite. In der Regel versuchten die Kommunen nämlich zunächst mit den KVen in Kontakt zu treten, etwa um versorgungsrelevante Informationen zu erhalten. Diese Versuche wurden mitunter abgewehrt oder der Informationsfluss erwies sich als defizitär. Die Kommunen äußerten ihren Unmut darüber auch gegenüber der Presse mit dem Ziel, die KVen so unter Druck zu setzen, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Mit diesem Ziel schlossen sich Bürgermeister:innen auch zivilgesellschaftlichen Protesten an, etwa Unterschriftenlisten, Demonstrationen oder Resolutionen. Diese Kritiken waren in der Regel mit einer spezifischen Zulassungsfrage verbunden. In Teilen konnten die Entscheidungsfindungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung beeinflusst werden. Wie diese Prozesse jedoch genau abliefen, verblieb im Verborgenen. Wo Kooperationen zwischen den Kommunen und der mittelbaren Staatsverwaltung zustande kamen, entstanden gemeinsam finanzierte Mobilitätskonzepte oder Stipendienprogramme, wurden die Aus- und Weiterbildungsverbände in der Kommune beworben und die regionalen Gesuche auf den Web-

seiten verlinkt. Dieses Engagement setzte bereits eine gewisse Kooperationsbereitschaft voraus.

Kommunen entzogen sich der lokalen Adressierung nicht, weil sie es aus unterschiedlichen Gründen nicht konnten oder wollten. Zu nennen wäre die räumliche Nähe der Kommunalpolitik zu der Wohnbevölkerung und der Ärzteschaft, die eine Nicht-Intervention bei der kommenden Wahl negativ beeinflussen könnte. Sodann machten sich die Kommunen auf den Weg, herauszufinden, welche Infrastrukturen zur Bekämpfung (drohender) lokaler Unterversorgung bestehen. Sie machten die Erfahrung, dass die Instrumente im eben genannten Sinne voraussetzungs-voll und in ihrer Wirkung schwach sind. Deshalb gingen die kommunalen Gewährleistungsversuche mit einer Reorganisation der bestehenden Infrastrukturen einher. Die Kommunen versuchten, die bestehenden Instrumente durch ergänzende finanzielle Anreize attraktiver für den medizinischen Nachwuchs zu machen und zusätzliche Beratungs- und Vernetzungsleistungen anzubieten. Wegen der allenfalls partiellen Erfolge dieser Bemühungen und des wachsenden Wettbewerbs der Kommunen um die Ärzt:innen, stellte sich in den Kommunen oftmals eine gewisse Resignation ein und die Bürgermeister:innen werteten ihr eigenes Handeln als Aktionismus ab. Einige wenige Kommunalpolitiker:innen zeigten im Sinne eines politischen Unternehmertums großen Gestaltungswillen. Sie planten und verwirklichten MVZs in einer kommunalen Trägerschaft. Dabei stießen sie auf vielfältige Hürden wegen der begrenzten kommunalen Ressourcen, rechtlicher Unsicherheiten und bestehender Probleme, anstellungsinteressiertes ärztliches Personal zu gewinnen. Es zeigte sich, dass die lokale Gewährleistungsstaatlichkeit nicht adäquat ausgestattet ist, um die Versorgungsprobleme zu lösen. Dazu sind die verfügbaren Instrumente in ihrer Umsetzung zu komplex und zu schwach.

Ein nicht zu vernachlässigender Antrieb, die Versorgungsdefizite lokal zu bearbeiten, war, dem eigenen politischen Handeln Legitimation zu verleihen. Wenn sich die Bürgermeister:innen der Versorgungsdefizite annahmen, und die ärztliche Versorgung als Daseinsvorsorgeleistung ein Teil der lokalen Infrastrukturpolitik wurde, gewann die gesamte Infrastrukturpolitik schnell an Komplexität und Tiefe. Die lokale Versorgungsproblematik fügte sich in ein größeres Bild ein und wurde zu einem räumlichen Ausdruck des Ärztemangels – zum Landarztmangel –, dessen Ursachen vielfältig sind und für den spezifische Instrumente bereitstehen. Diese zu ergänzen oder zu ersetzen bedeutete, die Problematik mit anderen Strukturproblemen zu verknüpfen. Deren Verwirklichung war allerdings wegen der in Teilen konfliktiven infrastrukturpolitischen Gestaltungslogiken und lokalen Steuerungspräferenzen mit eigenen Interessenkonflikten verbunden. Angesichts der widerstreitenden Interessen wuchsen die lokalen Infrastrukturpolitiken punktuell zu Infrastrukturkonflikten heran, wobei deren Ausgang hochgradig kontingent war.

Innerhalb der lokalen Infrastrukturkonflikte wurde die Relevanz des letzten Fragekomplexes deutlich. Dieser lautete: Lernen die von den Versorgungsproblemen betroffenen Gruppen mit der lokalen Gewährleistungsstaatlichkeit umzugehen? Bestehen Handlungsmöglichkeiten für Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen, auf die lokale Infrastrukturpolitik Einfluss zu nehmen? Die verbundenen Thesen waren die folgenden: Die Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen fordern zwar kommunalpolitisches Engagement ein, sehen sich allerdings auch starken or-

ganisationellen Hindernissen ausgesetzt, ihre Interessen in den politischen Prozess einzuspeisen. Raumwirksame Instrumente staatlicher Gewährleistung, etwa kommunale Gesundheitskonferenzen, könnten diese Hindernisse abschwächen. Innerhalb der medialen öffentlichen Diskurse äußerten die Bürger:innen der von Versorgungsmängeln betroffenen Gemeinden ihre Sorgen und Forderungen. Diese wurden von den Lokalpolitiker:innen aufgenommen. Insbesondere zu Wahlkampfzeiten rückten die Interessen und Bedarfe besonders betroffener Menschen stärker in den Fokus der öffentlichen Diskurse. Zumindest waren die Themen der Mobilität älterer Menschen oder die Frage von Hausbesuchen bei gänzlich immobilen Patient:innen dann Teil der politischen Diskurse. Zivilgesellschaftliche Initiativen dynamisierten gelegentlich auch die lokalpolitischen Bearbeitungsprozesse, etwa wenn Unterschriften gesammelt oder Demonstrationen organisiert wurden. In den lokalen Diskursen und Arenen konnten darüber hinaus kaum eine Mitvertretung, etwa durch Patientenorganisationen, oder eine advokatorische Vertretung der schwachen Interessen analysiert werden. Die Kommunalpolitiker:innen reflektierten die Hürden derer, die besonders von den Versorgungsmängeln betroffen sind, weil sie immobil oder auf eine kontinuierliche Versorgung angewiesen sind. Ihre Chancen, sich zu organisieren und Einfluss auf den politischen Prozess zu nehmen, bewerteten die lokal engagierten Akteure als allenfalls überschaubar. Hierzu trägt auch die normierte und regelgebundene Planungsstruktur durch den Bundesgesetzgeber bei. Zusammen mit den eingeschränkten Ressourcen der Betroffenen schränkt sie die Chancen ein, die eigenen Bedarfe zu artikulieren und Forderungen zur Sprache zu bringen.

Zudem ist die Art und Weise der vorgenannten Integration von schwachen Interessen durch Mitvertretung mit den Interessen der sie vertretenden Akteure verkoppelt. Die Vertretung schwacher Interessen läuft deshalb Gefahr, in den Infrastrukturkonflikten im Vergleich zu durchsetzungsstärkeren Interessen unterzugehen. Die ihrerseits begrenzt wirkmächtigen Gesundheitskonferenzen (s. Ressourcen und Empfehlungscharakter) vermochten nicht, die Hindernisse für schwache Interessen in Richtung eines stärkeren Einflusses auf die Infrastruktur zu relativieren. Dennoch, die entstandene lokale Gewährleistungsstaatlichkeit reagierte auf die Forderungen der Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen. Sie konnte allerdings im oben genannten Sinne das Problem nur begrenzt lösen. Da das öffentliche Gut der flächendeckenden Versorgung im Sinne eines Kollektivrechts der gesamten Gemeinde oder des Planungsrechts konzeptualisiert wurde und die Politisierung vielfach erfolgreich war, gelangen die allgemeingültigen Forderungen der schwachen Interessen in den politischen Prozess. Inwiefern bereits bestehende Ausschlüsse und Ungleichheiten auf diese Weise reproduziert wurden, wäre genauer zu untersuchen. Hierbei stößt das vorliegende Untersuchungsdesign allerdings an seine Grenzen.

Demgegenüber ist der Beitrag der vorliegenden Studie evident: Die bereits bestehenden Studien zur Problemwahrnehmung, -beschreibung und -bewertung von Kommunalpolitiker:innen gegenüber der ambulanten medizinischen Versorgung werden gewinnbringend hinterfragt und ergänzt. Schließlich beleuchten die vorliegenden Fallstudien zusätzlich längsschnittartig besondere Dynamiken in diesen Bereichen. Sie liefern Erkenntnisse zu der die gesamte Akteurslandschaft betreffenden lokalen Bearbeitung der Sicherstellungsprobleme. Dabei werden die Steuerungs- und *policy-*

Präferenzen der Akteure und die Hindernisse und Gelingensbedingungen für die Stärkung der sozialen Infrastruktur deutlich. Damit ist die Studie für viele Teildiskurse anschlussfähig und insofern innovativ, als sie die gesellschaftlichen Interessen und Einflussmomente auf den lokalpolitischen Prozess einbezieht. Für diese Erkenntnisse erwies sich das methodische Vorgehen als besonders gewinnbringend. Über die Diskursnetzwerkanalyse konnten die lokalen Diskurse und Akteurskonstellationen erschlossen werden. Sie bildeten die Voraussetzung für die Auswahl der relevanten Dokumente und zu interviewenden Expert:innen der lokalen politischen Prozesse. Die Grenzen der einzelnen Analyseinstrumente konnten sich gegenseitig ergänzen und die Datentriangulation lieferte eine aussagekräftige Datenlage für die anschließende interpretative Auswertung. Für eine umfassende Erhebung der Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen der Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen sollten zukünftige Studien auf ergänzende Erhebungsinstrumente setzen, etwa über teilnehmende Beobachtungen in den öffentlichen Sitzungen der politischen Gremien.

Weiterhin ermöglichten einige konzeptionelle Fixpunkte und deren Verknüpfung die Komplexität der lokalen Infrastrukturpolitiken und damit verbundenen Konflikte hervorzuheben. Der Verweis auf die vergesellschaftende Wirkung und den politischen Charakter von Infrastrukturen, die Modi staatlicher Gewährleistung im Sinne einer organisationspolitischen Kontinuität und der kollektive Anspruchscharakter öffentlicher Güter erlaubten Folgendes: Es konnte auf die wiederholte, reflexive Reorganisation der Infrastrukturen verwiesen werden. Dass diese im vorliegenden Kontext von gesellschaftlichen Bedarfen und deren Artikulation im öffentlichen Raum ausgingen, überrascht im Sinne der gesellschaftspolitischen Akzentuierung der Sozialpolitik wenig. Weiterhin konnten die vielfältigen Modi der Gewährleistung im Bereich der Gesundheitsversorgung analysiert werden. Der lokale Staat agiert im Rahmen eines breiten und diversifizierten Arsenal an Instrumenten und Praktiken gewährleistend. Er lobbyiert bei und macht Druck auf die zuständigen KVen, berät interessierte Ärzt:innen und unterbreitet ihnen finanzielle Anreize, er investiert in mobile Versorgungskonzepte und Immobilien. Er schafft neue – wenn auch mit freiwilligen Aufgaben versehene – Strukturen, wie Personalstellen zur Arzttakquise und Versorgungscoordination und tritt letztlich punktuell auffangend in die Gewährleistung der lokalen Versorgung ein, wenn er kommunal getragene MVZs einrichtet und Ärzt:innen anstellt.

Letztlich liefert die Studie anschlussfähige Erkenntnisse für die Operationsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung im Kontext der sich zuspitzenden Versorgungskrise. Die vorangestellten staats-theoretischen Überlegungen, insbesondere die heteronomen, dezentralisierten und dynamischen Charakteristika des Staates als Prozess, erwiesen sich als für die vorliegende Studie anschlussfähig. Der Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen wurde auf lokaler Ebene wegen der zivilgesellschaftlichen Forderungen aktiv. Er reagierte auf die öffentliche Problematisierung der Versorgungsdefizite und die damit verbundenen Forderungen nach lokalstaatlichem Engagement. Die nicht-funktionale Einbettung der Patientenvertretung in die gemeinsame Selbstverwaltung erlaubte es dem dezentral angelegten Gewährleistungsstaat zwar, sich wenig bis gar nicht auf die relational schwachen Interessen einlassen zu müssen. Allerdings sah sich eine andere Dimension des Staates angesichts der Versorgungskrise unter Druck. Die Dynamiken der ständigen Rekonfiguration von Staatlichkeit zeigten sich im vorliegen-

den Kontext vor allem in den lokalen öffentlichen Diskursen. Das post-weberianische Verständnis von Staatlichkeit erlaubte, die kommunalen Diskurse als Räume zu analysieren, in denen über Staatlichkeit verhandelt wird und diese praktiziert wird. In Kombination mit der Disaggregation des Staates, konnte eine gesundheitspolitische »Black Box« geöffnet werden. In der Regel bleiben die Kommune und ihre politischen Prozesse unterbelichtet. Die ungleiche resourcielle und kompetenzielle Ausstattung der Kommunen als kommunaler Staat und der KVen als mittelbare Staatsverwaltung erlaubte darzustellen, wie unterschiedlich diese staatlichen Repräsentant:innen in Dienst genommen werden konnten, beziehungsweise wie wenig sie sich vor den gesellschaftlichen Ansprüchen schützen konnten.

Diese Erkenntnis leitet zu den die Studie abschließenden politischen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Implikationen über. Auf politischer Ebene sollten sich die notwendigen strukturellen Reformen, die für eine Stärkung der flächendeckenden Versorgungsinfrastruktur nötig sind, aufgedrängt haben. Das vielfältig problemgeplagte Gesundheitswesen lässt dahingehende Strukturreformen aktuell unwahrscheinlich erscheinen. Selbst der Bundesgesundheitsminister argumentierte jüngst für die Mengensteuerung durch die Länder als Lösung der Fehlverteilung der Ärzt:innen in der Fläche. Angesichts dieser Lage sollten zumindest die rechtlichen Hindernisse für die Kommunen, etwa im Bereich der MVZ-Gründung, geklärt werden und die finanzielle Ressourcenausstattung betroffener Kommunen überdacht werden. Immerhin birgt die Problematik, trotz der im Vergleich zur Bundes- und Landespolitik geringeren parteipolitisch profilierten Infrastrukturkonflikte, das Potenzial zu spalten und populistisch vereinnahmt zu werden. Der räumlich ungleiche Zugang zu den Versorgungseinrichtungen wird sich tendenziell und vor allem ohne politische Intervention eher verstärken. Da sich die Adressierung der politischen Akteure im Sinne der Politisierung oft als erfolgreich erwiesen hat, ist zu überdenken, wie die zuständigen Adressat:innen und gesundheitspolitisch gewichtigen Politiker:innen angesprochen werden können. Dafür bedarf es gesundheitspolitischen Wissens in der Zivilgesellschaft, etwa durch dahingehende politische Bildungsarbeit. In diesem Rahmen könnten die Debattenvorschläge zu einer gemeinwohlorientierten Infrastrukturgestaltung präsentiert und diskutiert werden. Diese Überlegung leitet zu den wissenschaftlichen Desideraten über. Es ist überaus begrüßenswert, dass den Kommunen, Städten und Quartieren eine größere Aufmerksamkeit in der Wohlfahrtsstaatsforschung zukommt. Dies sollte kritisch weitergetrieben werden. Die vorliegenden Studien und die Entwicklungen im Feld verweisen auf größeren Datenbedarf in den folgenden Bereichen: Wenige Erkenntnisse liegen zu den Rückwirkungen der Klinikprivatisierungen und -schließungen auf von ambulanten Versorgungsmängeln betroffene Kommunen und deren Handlungsspielräume vor. Es gilt, die Wechselwirkungen des Landarztmangels mit der Krise der Pflegeinfrastruktur zu analysieren. Schließlich begründet der wachsende Anteil an angestellten ambulant tätigen Ärzt:innen einen Bedarf an Daten zu deren Einstellungen, ihrem Selbst- und Professionsverständnis sowie ihren Einkommensverhältnissen. Insbesondere angesichts der relevanter werdenden öffentlich getragenen MVZs stellt sich die zentrale Frage nach der staatlichen Fähigkeit, solche zukünftigen Entwicklungen in aktuelles Handeln zu integrieren.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie war es, die Herausforderung der wohlfahrtstaatlich-korporatistischen Gewährleistung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung zu analysieren. Der Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen erweist sich insbesondere auf der lokalen Ebene als dysfunktional, die sich zuspitzenden Versorgungsprobleme zu lösen. Die vorliegenden empirischen Daten vermitteln den Eindruck, dass sich das partielle Scheitern des Gewährleistungsstaates trotz allem lokalpolitischen Engagements ohne eine substanzielle politische Intervention reproduzieren wird. Für eine Stärkung der landärztlichen Versorgung sind sowohl die Instrumente der zuständigen KVen als auch die den resourciell begrenzt handlungsfähigen Kommunen verfügbaren Instrumente zu schwach und in ihrer Umsetzung zu voraussetzungsvoll.

Presseverzeichnis

Landkreis Leer, Niedersachsen

- OZ (11.01.2003): Nachfolger für Arztpraxen gesucht, in: Ostfriesen-Zeitung.
- (05.04.2005): Jungärzte mit Bammel vor der Landpraxis, in: Ostfriesen-Zeitung
 - (08.08.2007): Im Landkreis Leer herrscht Ärztemangel [Erich Penon], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (04.12.2009): Landkreis Leer rechnet mit Ärztemangel [Philipp Koenen], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (13.04.2010): Dem Landkreis Leer droht Ärztemangel [Marion Luppen], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (18.03.2011): Immer mehr ältere Personen besuchen den Hausarzt, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (14.04.2011): Residenzpflicht für Ärzte soll aufgehoben werden, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (31.08.2011): Ärztemangel: Diskussion in Bunde, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (08.09.2011): Zuschuss für Praxis könnte Anreiz bieten, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (19.10.2011): Ostfriesland sucht Rezept gegen den Ärztemangel [Erich Penon], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (20.10.2011): Ärzte wollen mehr Kollegen und weniger Bürokratie [Karin Luppen], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (06.12.2011): 4000 Unterschriften gegen Ärztemangel [Robert Luiking], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (10.12.2011): Ärztemangel: Gemeinde sucht Gegenmittel [Philipp Koenen], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (04.09.2012): Das Plakat für den Streik liegt schon griffbereit [Petra Herterich], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (11.10.2013): »Ein Schritt in die falsche Richtung«, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (12.10.2013): Thiele: Land sollte Mittel für Ärzte aufstocken, in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (27.02.2014): Ärztemangel spitzt sich weiter zu [Carsten Ammermann], in: Ostfriesen-Zeitung.
 - (28.02.2014): Politik favorisiert Bau eines Ärztehauses [Carsten Ammermann], in: Ostfriesen-Zeitung.

- (01.03.2014): Ärzteversorgung: Stöhr fordert »Runden Tisch«, in: Ostfriesen-Zeitung.
- (29.03.2014): Neues Ärztehaus kostet 1,4 Millionen Euro [Carsten Ammermann], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (24.06.2016): Mit dem »Patientenbus« zum Arzt in Leer [Petra Herterich], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (01.07.2016): Nachfolge für Hausarzt im MVZ ist unklar [Martin Alberts], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (08.09.2016): Landkreis will mehr Ärzte für Nordgemeinden, in: Ostfriesen-Zeitung.
- (21.10.2016): Hausarztpraxis im MVZ ist weiter vakant [Tatjana Gettkowski], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (16.06.2017): Hildegard Hinderks als Stadtverbandsvorsitzende im Amt bestätigt, in: Ostfriesen-Zeitung.
- (06.10.2017): Eine Kämpferin für die Gerechtigkeit [Tatjana Gettkowski], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (11.10.2017): Kandidaten im Angriffsmodus [Petra Herterich], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (13.10.2017): Patientenmobil in Leer droht das Aus [Petra Herterich], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (04.12.2017): Johanne Modder verteidigt Landarztquote, in: Ostfriesen-Zeitung.
- (25.05.2018): Landkreis Leer droht Ärztemangel ab 2030 [Karin Lüppen], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (16.08.2018): Mit weiteren Stipendien gegen den Ärztemangel [Dennis Schrimper], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (20.01.2020): Zu viele Ärzte in Ostfriesland – sagt die Statistik [Andreas Ellinger], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (23.01.2020): SPD: Landarztquote soll schnell kommen [Christopher Bredow], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (12.03.2020): Medizinstudiengang in Oldenburg vor dem Aus? [Ute Nobel], in: Ostfriesen-Zeitung.
- (08.07.2020): Uni-Medizin: Der Nordwesten gibt die Hoffnung nicht auf [Daniel Nogliki], in: Ostfriesen-Zeitung.

Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg

- MAZ (22.01.2014): Großer Ärztemangel in Brandenburg [Igor Göldner], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (19.11.2016): In Brandenburg sind Ärzte älter als anderswo [Manfred Rey], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (11.03.2018): Der lange Weg zum Hausarzt in Brandenburg, in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (23.05.2018): Spahn (CDU) auf den Spuren der Poliklinik [Torsten Gellner], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (26.09.2018): Brandenburg will Ärzte mit Stipendium aufs Land locken [Torsten Gellner], in: Märkische Allgemeine Zeitung.

- (14.03.2019): Versorgung von 1000 Patienten wackelt: Task Force fahndet nach Landarzt, in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (28.01.2019): »Unsere Studierenden sehen sich als Bildungsspioniere« [Rüdiger Braun], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (15.07.2019): Wahlkampf tour: CDU sorgt sich um die MHB [André Wirsing], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (06.09.2019): Medizinische Hochschule Brandenburg will jährlich rund 13 Millionen vom Land [Rüdiger Braun], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (11.11.2019): Starker Protest gegen Ärztemangel [Thomas Wachs], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (15.05.2020): Medizinhochschule verzichtet auf Brandenburg-Quote [Jürgen Lauterbach], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (09.07.2020): Enttäuschung in Neuruppin: Millionen für neues Medizinstudium in der Lausitz [Reyk Grunow], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (31.07.2020): Ärztenotstand: Letzte Allgemeinmedizinerin in Niemegek baut neue Praxis [Josephine Mühlh], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (22.06.2021): Brandenburgs Krankenhäuser mit Bestandsgarantie – Linke fordert öffentlichen Klinikverbund, in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- (16.03.2022): Wiesenburg will Landärzte locken – Politiker streiten über richtigen Weg [René Gaffron], in: Märkische Allgemeine Zeitung.
- MOZ (20.01.2021): Wiesenburg sucht Landarzt! [Eva Loth], in: Märkische Online Zeitung.
- PNN (07.12.2012): Kooperation bei medizinischer Versorgung [Thomas Lähns], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (07.02.2013a): Facharztwüste Brandenburg [Matthias Matern], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (07.02.2013b): »Landesregierung hat jahrelang nur gemauert« [Matthias Matern], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (15.10.2013): Gemeinsam gesund statt einsam und krank [Tobias Reichelt], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (29.01.2015): Letzter Kreißsaal in Potsdam-Mittelmark schließt [Andreas Koska], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (31.01.2015): Moratorium für Geburtsstation gefordert, in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (10.03.2015): Langes Warten in vollen Arztpraxen [Marco Zschieck], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (11.03.2015): Entscheidung über die Schließung erst einmal vertagt [Björn Stelley], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (10.10.2017): Kassenärztliche Vereinigung bestreitet Ärztemangel [Henri Kramer], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (13.06.2018): Brandenburg braucht junge Mediziner [Marion Kaufmann], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (25.04.2019): Brandenburg besteht nicht nur aus der Lausitz [Thorsten Metzner], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.

- (19.06.2019): Land startet Programm gegen den Ärztemangel [Thorsten Metzner], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.
- (26.06.2019): Linke kritisiert Schließung [Eva Schmid], in: Potsdamer Neueste Nachrichten.

Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz

- Et Bletchen (2021): Medizinische Versorgung in Speicher im Bereich Gynäkologie gesichert, in: Et Bletchen 63(14).
- TV (19.02.2010): Grüne ziehen an einem Strang, in: Trierischer Volksfreund.
- (19.04.2013): Praxissterben in der Eifel geht weiter [Christian Bruncker], in: Trierischer Volksfreund.
 - (24.06.2013): Patienten im Blick, Bürokratie im Weg [Christian Bruncker], in: Trierischer Volksfreund.
 - (03.02.2014): Kreis kämpft gegen Ärztemangel [Mandy Radics], in: Trierischer Volksfreund.
 - (24.07.2014): Vortrag über Praxissterben: Landärzte dringend gesucht, in: Trierischer Volksfreund.
 - (09.09.2014): Speicher bekommt einen neuen Platz – Netto will Filiale eröffnen [Katharina Hammermann], in: Trierischer Volksfreund.
 - (04.02.2015): VG-Rat Speicher diskutiert mit Bürgern über Ärzteversorgung, in: Trierischer Volksfreund.
 - (10.02.2015): Was passiert, wenn der Hausarzt in Rente geht?, in: Trierischer Volksfreund.
 - (27.02.2015): Ärzte-Projekt: Prüm und Arzfeld sind dabei [Fritz-Peter Linden], in: Trierischer Volksfreund.
 - (19.03.2015): Neue Ärzte braucht das Land, in: Trierischer Volksfreund.
 - (24.04.2015): Ärztemangel ist größte Sorge der Bürger [Frank Auffenberg], in: Trierischer Volksfreund.
 - (25.06.2015): Bessere ärztliche Versorgung: Erste Runde in Prüm [Fritz-Peter Linden], in: Trierischer Volksfreund.
 - (28.06.2015): Rückenwind für den Wahlkampf [Fritz-Peter Linden], in: Trierischer Volksfreund.
 - (17.09.2015): Ärztemangel in der Eifel: Mit dem Krankenwagen zum Hausarzt [Sarah Hasmin Schmidt], in: Trierischer Volksfreund.
 - (18.11.2015): Demografie, Fachkräftemangel, ärztliche Versorgung und Co., in: Trierischer Volksfreund.
 - (10.01.2016): Mobilität und weitere Herausforderungen: Kreis arbeitet mit Kommunen und Bürgern an einem Zukunftskonzept [Uwe Hentschel], in: Trierischer Volksfreund.
 - (29.04.2016): Landarzt dringend gebraucht [Lisa Bergmann], in: Trierischer Volksfreund.
 - (10.02.2017): Eifel 2030: Landkreis startet Modellprojekt zur Sicherung der Versorgung und Mobilität [Christian Moeris], in: Trierischer Volksfreund.

- (09.03.2017): Rezept gegen Ärztemangel [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (19.04.2017): Hoffen, dass der Arzt kommt: In Bitburg herrscht Ärztemangel [Andrea Weber], in: Trierischer Volksfreund.
- (28.09.2017): Der Ex-Chefarzt hält im Gesundheitszentrum Neuerburg die Stellung [Stefanie Glandien], in: Trierischer Volksfreund.
- (19.04.2018): Schritt für Schritt dem Ziel entgegen [Stefanie Glandien], in: Trierischer Volksfreund.
- (14.05.2018): Eifeler Ärzte gehen auf die Barrikaden [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (18.05.2018): Entsetzen in der Eifel über Aus für Ärzte-Initiative [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (01.06.2018a): »Das Thema betrifft jeden« [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (01.06.2018b): Ländliche Regionen brauchen mehr Ärzte [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (01.06.2018c): »Da fehlen einem die Worte« [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (25.07.2018): Eifeler Ärzte dürfen nun doch Medicus Genossenschaft gründen [Dagmar Schommer], in: Trierischer Volksfreund.
- (27.09.2018): Jetzt kann die Medicus eG starten [Dagmar Dettmer], in: Trierischer Volksfreund.
- (03.01.2019): So will Medicus Ärzte aufs Land bringen [Dagmar Dettmer], in: Trierischer Volksfreund.
- (17.01.2019): Kreistag Bitburg-Prüm: Wenn alle dasselbe wollen [Christian Altmayer], in: Trierischer Volksfreund.
- (18.01.2019): Eifelkreis wirbt weiter um Ärzte [Stefanie Glandien], in: Trierischer Volksfreund.
- (22.01.2019): Gesundheitszentrum Neuerburg: Gemeinsam gegen den Ärztemangel [Patricia Fee Prechtel], in: Trierischer Volksfreund.
- (06.05.2019): Gesundheitsversorgung – Mosaikstück für mehr Ärzte auf dem Land [Dagmar Dettmer], in: Trierischer Volksfreund.
- (10.12.2019): Studie belegt: Senioren leben schlecht in der Eifel [Christian Altmayer], in: Trierischer Volksfreund.
- (22.12.2019): ZDF-Studie: »Blödsinn« oder Warnschuss? [Christian Altmayer], in: Trierischer Volksfreund.
- (27.12.2019): Ärztemangel in der Eifel – eine Studie soll Weichen stellen [Nora John], in: Trierischer Volksfreund.
- (11.11.2020): Land fordert Zuschüsse von Eifeler Ärztegenossenschaft zurück [Dagmar Dettmer], in: Trierischer Volksfreund.
- (18.11.2020): Eifeler Medicus eG soll 13 000 Euro zurückzahlen [Dagmar Dettmer], in: Trierischer Volksfreund.
- (22.11.2020): Wie Speicher den Ärztemangel besiegen will [Christina Bents], in: Trierischer Volksfreund.

Vogelsbergkreis, Hessen

- OHZ (03.01.2017): Steigenden Bedarf decken, in: Oberhessische Zeitung.
- (10.05.2017): Gesundheitsversorgung im Vogelsberg: »Wichtig ist der Weg« [Annika Rausch], in: Oberhessische Zeitung.
 - (07.06.2017): Mangel droht, in: Oberhessische Zeitung.
 - (29.06.2017): Millioneninvestition für »Ärztehaus« in Kirtorf, in: Oberhessische Zeitung.
 - (27.07.2017): Stipendien für angehende Mediziner, in: Oberhessische Zeitung.
 - (15.10.2017): Klares Votum für Ärztehaus, in: Oberhessische Zeitung.
 - (17.11.2017): Das prägt den Stadtkern, in: Oberhessische Zeitung.
 - (30.11.2017): Kirtorfer will ins Feldataler Rathaus [Christime Heil], in: Oberhessische Zeitung.
 - (02.01.2018): »Einsatz, der sich gelohnt hat« [Linda Buchhammer], in: Oberhessische Zeitung.
 - (26.01.2018): Dr. Löschner geht in Ruhestand [Christian Dickel], in: Oberhessische Zeitung.
 - (20.02.2018): Innenansichten oder Impulse von außen [Gerhard Kaminski], in: Oberhessische Zeitung.
 - (20.04.2018): Landtagswahl: Nicole Eggers tritt im Vogelsbergkreis für die Linken an, in: Oberhessische Zeitung.
 - (30.06.2018): Hausärztliche Versorgung gesichert [Christian Dickel], in: Oberhessische Zeitung.
 - (28.08.2018): Regresse und Nachwuchsmangel: Vogelsberger Ärzte im Dialog mit Landespolitikern, in: Oberhessische Zeitung.
 - (06.11.2018): Lauterbacher Ärzte zwischen Frust und Resignation [Claudia Kempf], in: Oberhessische Zeitung.
 - (23.11.2018): »Lauter-Tor« nimmt Gestalt an [Claudia Kempf], in: Oberhessische Zeitung.
 - (17.12.2018): Türen der Praxis schließen nicht, in: Oberhessische Zeitung.
 - (21.02.2019): Junge Ärzte aufs Land locken [Claudia Kempf], in: Oberhessische Zeitung.
 - (22.08.2019a): Versorgungslücken schließen [Christian Dickel], in: Oberhessische Zeitung.
 - (22.08.2019b): Komplizierte Gemengelage im Vogelsbergkreis [Christian Dickel], in: Oberhessische Zeitung.
 - (03.03.2020): Arztsuche in Feldatal wird fortgesetzt, in: Oberhessische Zeitung.
 - (29.03.2020): Medizinisches Versorgungszentrum im Vogelsbergkreis unter Dach und Fach, in: Oberhessische Zeitung.
 - (07.08.2020): Auslaufmodell Einzelkämpfer, in: Oberhessische Zeitung.
 - (18.08.2020): Ulrichstein sucht noch immer einen Arzt, in: Oberhessische Zeitung.
 - (15.09.2020): SPD will im Vogelsbergkreis »Boden gut machen«, in: Oberhessische Zeitung.
 - (04.12.2020): »Solidarisches Gesundheitssystem«, in: Oberhessische Zeitung.
 - (09.12.2020): MVZ Vogelsbergkreis geht an den Start [Frank Schäfer], in: Oberhessische Zeitung.

- (20.12.2020): Zwei Mediziner für MVZ in Grebenhain, in: Oberhessische Zeitung.
- (14.01.2021): Onkologische Praxis am Kreiskrankenhaus Alsfeld geschlossen [Linda Buchhammer], in: Oberhessische Zeitung.
- (15.01.2021): Patienten-Ansturm auf MVZ-Praxen [Oliver Hack/Carsten Eigner], in: Oberhessische Zeitung.
- (23.01.2021): Ulrichstein: Praxis Dr. Krell »bis auf Weiteres« geöffnet, in: Oberhessische Zeitung.
- (25.01.2021): Ulrichstein: Ärztliche Versorgung langfristig gesichert, in: Oberhessische Zeitung.
- (24.02.2021): Alsfelder Frauenärzte ab April an neuem Standort [Linda Buchhammer], in: Oberhessische Zeitung.
- (01.04.2021): Ehemaliger Hausarzt springt in Freiensteinau ein, in: Oberhessische Zeitung.
- (16.10.2021): Ärzte: Schwierige Nachwuchs-Suche im Vogelsberg [Benjamin Gössl], in: Oberhessische Zeitung.
- (21.01.2022): Ärztehaus Romrod wird konkreter [Benjamin Gössl], in: Oberhessische Zeitung.
- (08.03.2022): Mangel an Herzspezialisten im Vogelsbergkreis [Christian Dickel], in: Oberhessische Zeitung.
- (09.05.2022): MVZ Vogelsberg braucht noch zwei Ärzte, in: Oberhessische Zeitung.

Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt

- AZ (29.04.2010): Lust auf Landarzt machen, in: Altmark Zeitung.
- (21.10.2010): »Müssen mit niedergelassenen Ärzten reden, wie wir das nun organisieren«, in: Altmark Zeitung.
 - (27.06.2012): Arzt und Termin in weiter Ferne [Thomas Mitzlaff], in: Altmark Zeitung.
 - (08.12.2012): Ziel: Mediziner aufs Land, in: Altmark Zeitung.
 - (04.05.2013): Hausärzte dringend gesucht [Christian Ziems], in: Altmark Zeitung.
 - (10.07.2013): »Brauchen in Arendsee unbedingt Ärzte« [Christian Ziems], in: Altmark Zeitung.
 - (05.05.2014): »Was soll denn dort rein?« [Christian Ziems], in: Altmark Zeitung.
 - (16.05.2014): Und die Altmark regt sich doch [Thomas Mitzlaff], in: Altmark Zeitung.
 - (14.10.2014): Aufnahmestopp bei Hausärzten [David Schröder], in: Altmark Zeitung.
 - (10.02.2015): Die Idee: Kommunale Polikliniken mit angestellten Ärzten [Harry Güssefeld], in: Altmark Zeitung.
 - (19.02.2015): Ein Ärztehaus ist das Ziel [David Schröder], in: Altmark Zeitung.
 - (28.03.2016): Landarzt nicht in Sicht: Dährer suchen Nachfolger für Praxis [Kai Zuber], in: Altmark Zeitung.
 - (09.06.2016): Mehr Geld für Landärzte [Christian Ziems], in: Altmark Zeitung.
 - (31.12.2016): Patienten können aufatmen [Katharina Schulz], in: Altmark Zeitung.
 - (19.01.2017): Hausärzte als Lotsen im Gesundheitssystem, in: Altmark Zeitung.
 - (31.01.2017): 14 000 Rettungseinsätze im vergangenen Jahr [Elke Weisbach], in: Altmark Zeitung.

- (30.09.2017): Die schwierige Suche nach einem neuen Arzt [Jens Heymann], in: Altmark Zeitung.
- (10.01.2018): Numerus clausus in der Kritik [Kai Zuber], in: Altmark Zeitung.
- (23.03.2018): Praxis kommt, Arzt fehlt noch [Stefan Wasinski], in: Altmark Zeitung.
- (29.03.2018): Ostern Ende einer Odyssee [Jens Heymann], in: Altmark Zeitung.
- (18.10.2018): Pflichtdienst für Landärzte [Christian Wohlt], in: Altmark Zeitung.
- (08.01.2019): Neues Gesundheitszentrum: Riesen Andrang in Winterfeld [Kai Zuber], in: Altmark Zeitung.
- AZ (30.01.2019): Abgeordneter kritisiert Initiative für Sachsen-Anhalt [Ulrike Meineke], in: Altmark Zeitung.
- (13.03.2019): Kreis-CDU will mit Blick auf Stendal mehr Geschlossenheit [Kai Zuber], in: Altmark Zeitung.
- (25.05.2019): Arztpraxis in Diesdorf: Unterschriften für neue Kinderärztin [Rüdiger Lange], in: Altmark Zeitung.
- (27.05.2019): 14 unbesetzte Stellen: Runder Tisch gegen Ärztemangel in Salzwedel [Jens Heymann], in: Altmark Zeitung.
- VS (28.05.2015): Kein Patentrezept gegen Ärztemangel [Antje Mewes], in: Volksstimme.
- VS (13.08.2021): Augenoptiker schließen Lücken [Beate Achilles], in: Volksstimme.
- (22.11.2021): Akuter Notstand in Hecklingen: Kein Hausarzt und keine Impfmöglichkeit vor Ort in Sicht [Sabine Lindenau], in: Volksstimme.
- (23.02.2022): Kreis fördert angehende Zahnärzte [Beate Achilles], in: Volksstimme.
- (09.04.2022): Rollende Augenarzt-Praxis gegen den Ärztemangel in der Altmark [Jan Dahms], in: Volksstimme.
- (17.05.2022): Salzwedel droht massiver Zahnärztemangel [Antje Mewes], in: Volksstimme.

Landkreis Ansbach, Bayern

- Fränkischer (07.08.2018): Erfreuliche Entwicklung der HNO-ärztlichen Versorgung in Ansbach, in: Fränkischer.
- (10.02.2020): Gesundheitsregion plus kümmert sich als Vernetzer um große Themenbandbreite, in: Fränkischer.
 - (13.07.2020): Stellungnahme zum »offenen Brief« einer Rothenburger Hausarztpraxis, in: Fränkischer.
 - (01.09.2020): Dr. Wolfgang Breit im ANregiomed MVZ Dinkelsbühl zum weiteren ärztlichen Leiter benannt, in: Fränkischer.
 - (12.12.2020): ANregiomed Krankenhäuser als »Gesundheits-Campus«, in: Fränkischer.
 - (16.12.2020): In Dinkelsbühl und Wassertrüdingen stehen nicht mehr genügend Hausärzte zur Verfügung, in: Fränkischer.
- NB (26.04.2006): »Ist inakzeptabel«, in: nordbayern.
- (28.04.2007): Der Hausarzt – bald vom Aussterben bedroht? [Armin Jelenik], in: nordbayern.
 - (18.07.2007): Ist Hausarzt ein Beruf ohne Reiz, in: nordbayern.
 - (20.07.2007): Helikopter bei Nasenbluten, in: nordbayern.

- (17.11.2007): Müssen Hausärzte ihre Praxen dichtmachen? [Sonja Fleischmann], in: nordbayern.
- (25.01.2008): AOK-Chef warnt vor Ausstieg aus Kassenversorgung [Armin Jelenik], in: nordbayern.
- (14.03.2008): 94 000 Euro für den Hausarzt [Armin Jelenik], in: nordbayern.
- (26.04.2010): Hausarztmodelle: Ein langes und zähes Ringen [Gerlinde Guthmann], in: nordbayern.
- (25.08.2010): Wenn die »Gesundheits-AG« den Hausarzt ersetzt [Patrick Shaw], in: nordbayern.
- (23.12.2010): »Nachfolger gibt es für mich keinen mehr« [P. Abspacher], in: nordbayern.
- (10.01.2011): Dr. Franz Macht verlässt enttäuscht die CSU, in: nordbayern.
- (07.04.2011): Bayern bei Landärzten nicht unterversorgt, in: nordbayern.
- (13.10.2011a): Immer mehr Ärzte arbeiten in Teilzeit, in: nordbayern, 13.10.2011.
- (13.10.2011b): Warnung vor Protesten: Bayerns Ärzte brüten was aus, in: nordbayern, 13.10.2011.
- (20.10.2011): Söder will Milliarden in Bayern halten, in: nordbayern.
- (08.02.2014): Landkreis Roth: Hausarzt ist ein Auslaufmodell, in: nordbayern.
- (05.03.2014): Mehr Hausärzte braucht das Land [Christina Merkel], in: nordbayern.
- (05.04.2014): Tauziehen um AOK-Hausarztvertrag vor dem Abschluss, in: nordbayern.
- (25.06.2014): Es läuft falsch im Gesundheitssystem [Sabine Strickstock], in: nordbayern.
- (23.12.2014): Landkreis will »Gesundheitsregion« werden [Harald J. Munzinger], in: nordbayern.
- (10.01.2015): Erste Hilfe gegen den Ärztemangel, in: nordbayern.
- (28.01.2015): Der Rettungsdienst im Landkreis ist gut aufgestellt, in: nordbayern.
- (22.05.2015): Zentrale Bereitschaftspraxis tut Kreisräten weh [Elke Bodendörfer], in: nordbayern.
- (05.08.2016): Lob für Modell gegen Ärztemangel in Uehlfeld [Harald J. Munzinger], in: nordbayern.
- (06.11.2016): Neuer Verbund will den Hausärztemangel stoppen [Armin Leberzammer], in: nordbayern.
- (23.11.2016): »Gesundheitsregion plus«: Nürnberger Land bald dabei?, in: nordbayern.
- (10.01.2017): Bayern ist »Zuwanderungsland«: Ärztezahl auf Rekordstand, in: nordbayern.
- (30.06.2017): Wie bekommt Gunzenhausen mehr Ärzte? [Daniel Hertwig], in: nordbayern.
- (15.09.2017): Von Nürnberg nach Ansbach: Linker Gesundheitsexperte Weinberg im Wahlkampf [Daniel Hertwig], in: nordbayern.
- (23.10.2017): Neumarkter Hausärzte weisen Patienten ab [Christine Anneser], in: nordbayern.
- (07.02.2019): Drei Nachfolgerinnen für alten Hausarzt [Frank Heidler], in: nordbayern.
- (22.02.2019): Auf dem Land fehlen Ärzte: Fränkischer Campus soll helfen [Johanna Köhler], in: nordbayern.
- (26.02.2020): Viel Resonanz auf Resolution zum Erhalt ländlicher Kliniken [Dieter Balb], in: nordbayern.

- (30.12.2021): Neustädter Landrat Weiß: Optimale medizinische Versorgung oberstes Ziel, in: nordbayern.
- (02.01.2022): Notarztstandort in Franken ist in Gefahr [Stefan Blank], in: nordbayern.
- (22.01.2022): Petition für Notarztversorgung in Kreis Neustadt/Aisch-Bad Windsheim, in: nordbayern.

Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz-Harald (2004): Die politische Funktion des Hausarztes: Reflexionen auf die besondere Stellung des Generalisten im Versorgungssystem, in: Elsner, Gine et al. (Hg.): Markt versus Solidarität: Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus, Hamburg: VSA, 106–114.
- Alber, Jens (1988): Die Gesundheitssysteme der OECD-Länder im Vergleich, in: Manfred G. Schmidt (Hg.), Staatstätigkeit: International und historisch vergleichende Analysen, PVS/DVPW Sonderh. 19, Opladen, 116–150.
- Alber, Jens (1992): Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung, Struktur und Funktionsweise. Frankfurt: Campus Verlag.
- Altmarkkreis Salzwedel (2012): TOP Ö 3: Information über die Kooperationsvereinbarung zwischen dem Altmarkkreis Salzwedel und der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung im Gebiet des Altmarkkreises Salzwedel, Sitzungsprotokoll des Ausschuss für Soziales, Familie und Gesundheit vom 04.12.2012.
- (2015): TOP Ö4: Vortrag zum Thema Hausärztliche Versorgung im Altmarkkreis Salzwedel, Sitzungsprotokoll des Ausschuss für Soziales, Familie und Gesundheit vom 26.05.2015.
 - (2016): TOP Ö 3: Informationen zur Hausarztversorgung im Altmarkkreis Salzwedel, Sitzungsprotokoll des Ausschuss für Soziales, Familie und Gesundheit vom 29.11.2016.
 - (2019a): Informationsvorlage Kreistag. Vorlagen-Nr.: 079/2019 vom 06.11.2019.
 - (2019b): Fachtagung zur Ärztengewinnung, Pressemitteilung vom 06.11.2019, altmarkkreis-salzwedel [online] <https://www.altmarkkreis-salzwedel.de/buerger-presseservice/presseservice/pressemitteilungen-neuigkeiten-pressebilder/fachtagung-zur-aerztengewinnung.aspx> [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2020a): 12. Verwaltungsbericht, Berichtsjahr 2019, altmarkkreis-salzwedel [online] https://www.altmarkkreis-salzwedel.de/PortalData/1/Resourcen/buerger_und_presseservice/flyer_und_broschueren_download/2020/Verwaltungsbericht_2020-06-15_final.pdf [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2020b): Fachkräftesicherung für zukünftige Hausarztversorgung, Pressemitteilung vom 02.12.2020, altmarkkreis-salzwedel [online] <https://www.altmarkkreis-salzwedel.de/buerger-presseservice/pressemitteilungen-neuigkeiten-pressebilder/fachkraeftesicherung-fuer-zukuenftige-hausarztversorgung.aspx> [abgerufen am 16.06.2023].

- zwedel.de/buerger-presseservice/presseservice/pressemitteilungen-neuigkeiten-pressebilder/fachkraeftesicherung-fuer-zukuenftige-hausarztversorgung.aspx [abgerufen am 05.07.2023].
- (2021): Kreisentwicklungskonzept 2030, altmarkkreis-salzwedel [online] https://www.altmarkkreis-salzwedel.de/PortalData/1/Resources/landkreis/kreisentwicklung/KE_K_Altmarkkreis_Salzwedel_231303-komprimiert.pdf [abgerufen am: 16.06.2023].
- Amelung, Volker E./Ex, Patricia (2019): Inkrementell oder mit der Brechstange: Wie wird das Gesundheitswesen endlich digital?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 73(1), 15–19.
- Arentz, Christine (2017): Regionale Verteilung von Ärzten in Deutschland und anderen ausgewählten OECD-Ländern, WIP-Diskussionspapier 2/2017 (2), Köln.
- Ärzte schnuppern Landluft (o.J.): Ärzte schnuppern Landluft e.V., aerzteschnuppernlandluft [online] <https://www.aerzteschnuppernlandluft.de/> [abgerufen am 26.06.2023].
- Ärzte Zeitung (2021a): Wenig Geld und viele Herausforderungen [Benjamin Lassiwe], in: Ärzte Zeitung vom 29.08.2021, aerztezeitung [online] <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Wenig-Geld-und-viele-Herausforderungen-422359.html> [abgerufen am 05.05.2023].
- (2021b): Ärzte ins Land holen: 2020 gab KVBB zehn Millionen Euro dafür aus [Benjamin Lassiwe], in: Ärzte Zeitung vom 07.10.2021, aerztezeitung [online] <https://www.aerztezeitung.de/Nachrichten/Aerzte-ins-Land-holen-2020-gab-KVNN-zehn-Million-en-Euro-dafuer-aus-423476.html> [abgerufen am 05.05.2023].
- Ärzteblatt Rheinland-Pfalz (2018a): Neues aus der KV. Vertreterversammlung will Entbudgetierung vorantreiben, in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 71(8), 22–24.
- (2018b): Brückenbauer zwischen Kommunen und Entscheidern, in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 71(8), 25.
- (2021c): Die KVen stehen bereit, Editorial [Andreas Bartels], in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 73(7), 4.
- Augustin, Birgit (2022): Ärztemangel auf dem Land. Wie Länder und Kommunen Landärzte für sich gewinnen wollen, in: DLF vom 15.10.2022, deutschlandfunk [online] <https://www.deutschlandfunk.de/landaerzte-verzweifelt-gesucht-100.html> [abgerufen am 04.07.2023].
- Baas, Jens (2019): Zukunft der Gesundheit. Vernetzt, digital, menschlich, Berlin.
- Bachrach, Peter/Baratz, Morton S. (1963): Decisions and Nondecisions: An Analytical Framework, in: American Political Science Review, 57(3), 632–642.
- BÄK (2023): Gesamtzahl der Ärzte in Deutschland im Zeitraum von 1990 bis 2022 (in 1.000), statista [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/158869/umfrage/anzahl-der-aerzte-in-deutschland-seit-1990/> [abgerufen am 24.05.2023].
- Bandelow, Nils C. (1998): Gesundheitspolitik. Der Staat in der Hand einzelner Interessengruppen? Opladen: Leske + Budrich.
- (2004): Akteure und Interessen in der Gesundheitspolitik: Vom Korporatismus zum Pluralismus?, in: Politische Bildung, 37(2), 49–63.
- Bandelow, Nils C. et al. (2009): Qualitätssicherung als »Megathema« der Zukunft?, in: Bandelow, Nils C. et al. (Hg.): Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von

- Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft, Wiesbaden: Springer VS, 13–28.
- Bandelow, Nils C./Schade, Mathieu (2009): Konsens im Dissens? Konflikte in der Gesundheitsreform der Großen Koalition, in: Schroeder, Wolfgang/Paquet, Robert (Hg.): Gesundheitsreform 2007. Nach der Reform ist vor der Reform, Wiesbaden: Springer VS, 58–76.
- Bandelow, Nils C. et al. (2010): Reform(un)möglichkeiten in der Gesundheitspolitik, in: APuZ 25/2010, 6–11.
- Bandelow, Nils C. et al. (2019): Selbstbeschränkte Gesundheitspolitik im Vorfeld neuer Punktuerungen, in: Zohlhörer, Reimut/Saalfeld, Thomas (Hg.): Zwischen Stillstand, Politikwandel und Krisenmanagement, Wiesbaden: Springer VS, 445–467.
- Bandelow, Nils C. et al. (2020): Der Politikstil von Jens Spahn – Von Konsensorientierung zu Konfliktbereitschaft, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(1), 6–11.
- Bandelow, Nils C. et al. (2021): Wie kommen Innovationen in das Gesundheitssystem?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 75(3), 20–25.
- Barlösius, Eva (2019): Infrastrukturen als soziale Ordnungsdienste. Ein Beitrag zur Gesellschaftsdiagnose, Frankfurt: Campus.
- Barthen, Linda/Gerlinger, Thomas (2016): Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt: Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister, in: Gesundheitswesen, 78(10), 645–650.
- Bauer, Jan et al. (2018): Hausärztliche Versorgung in Deutschland – Gleicher Zugang für alle?, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 143 (2), e9–e17. DOI: 10.1055/s-0043-110846
- Baur, Michael et al. (2002): Visone software for visual social network analysis, in: Mutzel, Petra/Jünger Michael/Leipert, Sebastian (Hg.): Graph Drawing. 9th International Symposium, GD 2001, Berlin: Springer, S. 463–464.
- Bayerischer Hausärzterverband (2019): Politische Leitsätze des Bayerischen Hausärzterverbandes (BHÄV), Stand 17.05.2019, hausaezte-bayern [online] https://www.hausaerzte-bayern.de/images/ueber-uns/2019-05-17_BHAAET_2019_Politische_Leitsae tze_Stand_17052019_FINAL.pdf [abgerufen am 26.06.2023].
- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (o.J.): Kommunalbüro für ärztliche Versorgung, lgl.bayern [online] https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsversorgung/aerztliche_versorgung/index.htm#abschnitt_2 [abgerufen am 19.06.2023].
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (o.J.): Gesundheitsregionenplus – Entscheidungen vor Ort treffen, gesundheitsregionenplus.bayern [online] <https://www.gesundheitsregionenplus.bayern.de/#1559303951074-98bd9596-2e3ebod2-f94cf123-e76c> [abgerufen am 26.06.2023].
- Bechtum, Alexandra (2022): Transnationaler Bergbau und lokale Politik. Politische Einflussnahme im Kontext des industriellen Goldbergbaus in Argentinien. Bielefeld: transcript.
- Beck, Ulrich (1988): Gegengifte. Die organisierte Unverantwortlichkeit, Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

- Becker, Elke/Runkel, Carolin (2010): Zivilgesellschaft in räumlichen Arenen, in: Becker, Elke et al. (Hg.): Stadtentwicklung, Zivilgesellschaft und bürgerschaftliches Engagement, Oldenburg: De Gruyter, 121–205.
- Beek, Jan (2019): Selbstverständliche Staatlichkeit. Ghanaische und deutsche Polizeiarbeit im Vergleich, in: Howe, Christiane/Ostermeier, Lars (Hg.): Polizei und Gesellschaft. Transdisziplinäre Perspektiven zu Methoden, Theorie und Empirie reflexiver Polizeiforschung, Wiesbaden: Springer, 105–130.
- Benz, Arthur (1997): Kooperativer Staat? Gesellschaftliche Einflußnahme auf staatliche Steuerung, in: Klein, Ansgar/Schmalz-Bruns, Rainer (Hg.): Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland. Möglichkeiten und Grenzen. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, 88–113.
- (2008): Der moderne Staat. Grundlagen der politologischen Analyse, München/Berlin: De Gruyter.
- Berchthold, Peter et al. (2015): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung und Berufsausübung in Zeiten von »Ärztelknappheit«, in Gesundheits- und Sozialpolitik 69(5), 27–36.
- Berger, Peter/Luckmann, Tomas (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Berghöfer, Anne et al. (2020): Innovative Modelle zur Sicherung der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum, in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 96(5), 198–202.
- Betz, Johanna et al. (2023): Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte, Bielefeld: transcript.
- Bieling, Hans-Jürgen (2008): Liberalisierung und Privatisierung in Deutschland: Versuch einer Zwischenbilanz, in: WSI-Mitteilungen 10, 541–547.
- (2009): »Privat vor Staat«? Zur Entwicklung politischer Leitbilder über die Rolle des Staates, in: WSI-Mitteilungen, 62(5), 235–242.
- (2010): Die Globalisierungs- und Weltordnungspolitik der Europäischen Union, Wiesbaden: Springer.
- (2019): Europäische Integration und wohlfahrtsstaatliche Entwicklung, in: Keil, Daniel/Wissel, Jens (Hg.): Staatsprojekt Europa. Eine staatstheoretische Perspektive auf die Europäische Union. Baden-Baden: Nomos, 117–136.
- (2023): Gewährleistungsstaatlichkeit in der Europäischen Union – die regulative Strukturierung sozialer Infrastrukturen durch die europäische Handlungsarena, GROEG-Arbeitspapier Nr. 5.
- Bieling, Hans-Jürgen/Buhr, Daniel (2015): Europäische Welten in der Krise. Arbeitsbeziehungen und Wohlfahrtsstaaten im Vergleich, Frankfurt a.M./New York.
- Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea (2021): Als die Corona-Krise kam, war die Versorgungskrise schon da. Infrastrukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen, in: Kurswechsel 4/2021, 18–29.
- Bieling, Hans-Jürgen/Möhring-Hesse, Matthias (2022): Öffentliche Infrastrukturen: gesellschaftliche Konflikte und staatliche Gewährleistung, in: Bürger und Staat (1/2), 4–11.
- (2023): Einleitung: Infrastrukturkonflikte. Aussichten auf die Gesellschaft von morgen, in: Betz, Johanna et al. (Hg.): Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte, Bielefeld: transcript, 1–21.

- Billig, Michael (1987): *Arguing and Thinking. A rhetorical approach to social psychology*, Cambridge: Cambridge UP.
- Blanke, Bernhard (2009): Erzählungen zum aktivierenden Staat, in: *Verwaltung & Management*, 15(3), 115–125.
- Blatter, Joachim et al. (2007): *Qualitative Politikfeldanalyse. Eine Einführung in Forschungsansätze und Methoden*, Wiesbaden: Springer.
- BMC – Bundesverband Managed Care e. V. (2023): *Besser Regional – Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann*, bmcev [online] <https://www.bmcev.de/wp-content/uploads/2023-05-22-BMC-Positionspapier-Besser-regional.pdf> [abgerufen am 10.07.2023].
- BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2018): *Sicherung von Versorgung und Mobilität. Strategien und Praxisbeispiele für gleichwertige Lebensverhältnisse in ländlichen Räumen*, Berlin: BMVI.
- Bode, Ingo (2010): *Disorganisierte Governance und Unterprivilegierung. Die Konsequenzen neuer Steuerungsformen in der gesetzlichen Krankenversicherung*, in: Clement, Ute et al. (Hg.): *Public Governance und schwache Interessen*, Wiesbaden: Springer, 27–46.
- Boeßenecker, Karl-Heinz (1995): *Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege in der BRD. Eine Einführung in Organisationsstruktur und Handlungsfelder*, Münster: Votum.
- Boeßenecker, Karl-Heinz/Vilain, Michael (2013): *Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege. Eine Einführung in Organisationsstrukturen und Handlungsfelder sozialwirtschaftlicher Akteure in Deutschland*, Weinheim: Beltz.
- Bogumil-Uçan, Simon/Klenk, Tanja (2021): *Varieties of health care digitalization: Comparing advocacy coalitions in Austria and Germany*, in: *Review of Policy Research* 38(4), 478–503.
- Bohsem, Guido (2014): *Ärztmangel. Landarzt-Gesetz verfehlt sein Ziel*, in: *Süddeutsche Zeitung vom 10.07.2014*, sueddeutsche [online] <https://www.sueddeutsche.de/gesundheits/aerztmangel-landarzt-gesetz-verfehlt-sein-ziel-1.2038987> [abgerufen am 04.07.2023].
- Borstel, Dierk (2010): *Zivilgesellschaft in örtlichen Kontexten. Eine ostdeutsche Perspektive*, in: Becker, Elke et al. (Hg.): *Stadtentwicklung, Zivilgesellschaft und bürgerschaftliches Engagement*, Oldenburg: De Gruyter, 58–98.
- BR24 (2020): *Feuchtwanger Arzt mit Programm gegen Ärztemangel auf dem Land* [Anika Svitil/Karin Goeckel], in BR24 vom 28.01.2020.
- (2022): *Arzt verzweifelt gesucht: Immer mehr Teile Bayerns unterversorgt* [Claudia Grimmer], in: BR24, 10.06.2022, [online] <https://www.br.de/nachrichten/bayern/arzt-verzweifelt-gesucht-immer-mehr-teile-bayerns-unterversorgt,T8LxY7D> [abgerufen am 20.03.2023].
- Brandes, Ulrich/Wagner, Dorothea (2004): *Visone – Analysis and Visualization of Social Networks*, in: Jünger, Michael/Mutzel, Petra (Hg.): *Graph Drawing Software*. Berlin/Heidelberg: Springer, 321–40.
- Brandhorst, Andreas et al. (Hg.) (2017): *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer.

- Brauns, H.-J./Loos, Wolfgang (2015): Telemedizin in Deutschland: Stand – Hemmnisse – Perspektiven, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58(10), 1068–1073.
- Brettschneider, Antonio (2022): Kommunale Sozialpolitik, in: Rund, Mario/Peters, Friedhelm (Hg.): Schlüsselbegriffe der Sozialplanung und ihre Kritik, Wiesbaden: Springer, 99–116.
- Brugger, Heike/Henry, Adam (2021): Influence of policy discourse networks on local energy transitions, in: Environmental Innovation and Societal Transitions 39, 141–154.
- Buck, Christoph et al. (2020): Vermeidung der medizinischen Unterversorgung ländlicher Strukturen durch innovative Ansätze der Telemedizin, in Pfannstiel, Mario et al. (Hrsg.): Innovationen und Innovationsmanagement im Gesundheitswesen. Wiesbaden: Springer, 715–734.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017): Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen, bundesaerztekammer [online] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fachberufe/Physician_Assistant.pdf. [abgerufen am 16.06.2013].
- Bundesinstitut für Bau- Stadt- und Raumforschung (BBSR) (2018): Laufende Raumbewachung. Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen, bbsr [online] <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumbewachung/Raumabgrenzungen/deutschland/kreise/siedlungsstrukturelle-kreistypen/kreistypen.html;jsessionid=61EA201DB2B277572600B3AAF58BFF0F.live21323> [abgerufen 17.05.2023].
- Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung (Bochumer Schriften zum Sozial- und Gesundheitsrecht, Bd. 15), Baden-Baden.
- Butterwegge, Christoph (2018): Krise und Zukunft des Sozialstaates, Wiesbaden: Springer.
- CDU/CSU/SPD (2018): Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode, [online] <https://www.bundestag.de/resource/blob/194886/696f36f795961df200fb27fb6803d83e/koalitionsvertrag-data.pdf> [abgerufen am 07.05.2023].
- Christ, Manuela (2023): Hausarzt dringend gesucht. Wie Kommunen Ärzte aufs Land locken wollen, in: ZDF heute, zdf [online] <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/aerzte-mangel-land-gesundheit-medizin-loesungen-100.html> [abgerufen am 04.07.2023].
- Clement, Ute et al. (2010): Public Governance und schwache Interessen, Wiesbaden: Springer.
- Cress, Anne (2019): Advokatorisches Handeln Sozialer Arbeit – selbstverständlich »gut«? Interessen- und repräsentationstheoretische Perspektiven im Vergleich, in: Toens, Katrin/Benz, Benjamin (Hg.): Schwache Interessen? Politische Beteiligung in der Sozialen Arbeit. Weinheim: Beltz Juventa, 36–54.
- Czada, Roland (1994): Konjunkturen des Korporatismus: Zur Geschichte eines Paradigmenwechsels in der Verbändeforschung, in: Staat und Verbände, Wiesbaden: Springer, 37–64.

- (2022): Korporatismus, in: Staatslexikon-online [online] <https://www.staatslexikon-online.de/Lexikon/Korporatismus> [abgerufen am 23.05.2023].
- Dahme, Heinz-Jürgen/Wohlfahrt, Norbert (Hg.) (2010): *Regiert das Lokale das Soziale? Die Kommunalisierung und Dezentralisierung sozialer Dienste als sozialpolitische Reformstrategie, Grundlagen der Sozialen Arbeit*, Bd. 24, Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Deppe, Hans-Ulrich (2011): *Zur Kommerzialisierung der Krankenversorgung: Solidarische Alternativen sind möglich!*, Diskussionspapiere des Institut für Medizinische Soziologie 2011/1, publikationen.ub.uni-frankfurt [online] <https://publikationen.ub.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/year/2012/docId/27716> [abgerufen am 10.07.2023].
- Deutscher Hausarzt Service (2021): *Angebot für Ihre Hausarztsuche (A2021-101)*, vom 08.02.2021.
- Deutsches Ärzteblatt (2008): *Kollektiver Systemausstieg: Er kommt, er kommt nicht, er...* in: *Deutsches Ärzteblatt* 105(8), *aerzteblatt* [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/59035/Kollektiver-Systemausstieg-Er-kommt-er-kommt-nicht-er> [abgerufen am 19.06.2023].
- Die Linke Salzwedel (2019): *Mit Stipendium Ärztemangel begegnen!* [Jürgen Brunsch], 19.05.2019, *dielinke-salzwedel* [online] <https://www.dielinke-salzwedel.de/fileadmin/Salzwedel/image/190513PM-J.Brunsch/190512AErztemangel.pdf> [abgerufen am 16.06.2023].
- Dingeldey, Irene (2006): *Aktivierender Wohlfahrtsstaat und sozialpolitische Steuerung*, bpb [online] <https://www.bpb.de/apuz/29901/aktivierender-wohlfahrtsstaat-und-sozialpolitische-steuerung>, [abgerufen am 15.09.2020].
- (2008): *Governance und Sozialpolitik: Der aktivierende Wohlfahrtsstaat als Gewährleistungsstaat*, in: Schuppert, Gunnar Folke/Zürn, Michael (Hg.): *Governance in einer sich wandelnden Welt (PVS Sonderheft 41/2008)*, Wiesbaden, 313–329.
- DLF (2019): *Junge Ärzte fordern andere Arbeitsbedingungen* [Dorothea Brummerloh], 27.05.2019, DLF [online] <https://www.deutschlandfunkkultur.de/oekonomisierung-der-medizin-junge-aerzte-fordern-andere-100.html> [abgerufen am 05.05.2023].
- Döhler, Marian (1995): *The State as Architect of Political Order: Policy Dynamics in German Health Care*, in: *Governance*, 8(3), 380–404.
- (2002): *Gesundheitspolitik in der Verhandlungsdemokratie*, in: Gellner, Winand/Schön, Markus (Hg.): *Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik*. Baden-Baden: Nomos, 25–40.
- Döhler, Marian/Manow Philip (1995): *Staatliche Reformpolitik und die Rolle der Verbände im Gesundheitssektor*, in: Scharpf, Fritz W./Mayntz, Renate (Hg.): *Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung*, Frankfurt a.M./New York: Campus, 140–168.
- (1992): *Korporatisierung als gesundheitspolitische Strategie*, in: *Staatswissenschaften und Staatspraxis* (3), 64–106.
- (1997): *Strukturbildung von Politikfeldern*, Wiesbaden: Springer.
- Dye, Thomas (1976): *Policy Analysis. What governments do, Why they do it and What difference it makes*. Tuscaloosa: University of Alabama Press.

- Edwards, Paul (2003): Infrastructure and modernity: force, time, and social organization in the history of sociotechnical systems, in: Misa, Thomas, J./Brey, Philip/Feenberg, Andrew (Hg.): *Modernity and Technology*, Cambridge: MIT Press, 185–225.
- Ehlert, Andree/Wein, Thomas (2014): Integrierte Versorgung: Wettbewerbspotenzial in der Gesundheitsversorgung heben!, in: *Wirtschaftsdienst*, 94(3), 194–202.
- Engartner, Tim (2016): *Staat im Ausverkauf. Privatisierung in Deutschland*. Frankfurt a.M.: Campus.
- (2017): Zur Privatisierung von Infrastruktur: Staat im Ausverkauf, in: *APuZ* 67(16-17), 12–17.
- Enste, Dominik H./Neumann, Michael/Schare, Teresa (2012): *Erster Engagementbericht 2012. Für eine Kultur der Mitverantwortung*, Berlin.
- Enthoven, Alain C. (1988): *Managed Competition: An Agenda for Action*, in: *Health Affairs* 3(7), 25–47.
- Esping-Andersen, Gøsta (1990): *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, N.J.
- Etgeton, Stefan (2009): Perspektiven der Sicherung und Entwicklung von Qualität und der Einbezug der Patientensicht – ein Zukunftsmodell?, in: Bandelow, Nils C./Eckert, Florian/Rüsenberg, Robin (Hg.): *Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*, Wiesbaden: Springer, 97–106.
- Evans, Peter B. et al. (Hg.) (1985): *Bringing the State Back In*, Cambridge: Cambridge UP.
- Ewert, Benjamin (2013): *Vom Patienten zum Konsumenten? Nutzerbeteiligung und Nutzeridentitäten im Gesundheitswesen*, Wiesbaden: Springer.
- Ewert, Benjamin (2019): *Zivilgesellschaftliches Korrektiv und Koproduzenten im Versorgungssystem: Nutzerorganisationen im deutschen Gesundheitswesen*, in: Freise, Matthias/Zimmer, Annette (Hg.): *Zivilgesellschaft und Wohlfahrtsstaat im Wandel. Akteure, Strategien und Politikfelder*, Wiesbaden: Springer, 227–256.
- Ex, Patricia/Amelung, Volker (2021): *Patientenorientierung und vernetzte Versorgung: Implementierung einer längst überfälligen Gesundheitsversorgung*, in: Baas, Jens (Hg.): *Perspektive Gesundheit 2030: Gesellschaft, Politik, Transformation*, Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 130–139.
- Eyßell, Tim (2015): *Vom lokalen Korporatismus zum europaweiten Wohlfahrtsmarkt. Der Wandel der Governance sozialer Dienste und zugrundeliegende Strategien*. Wiesbaden: Springer.
- Faller, Bernhard et al. (2019): *Zukunftsfähige Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum. Ergebnisse aus dem Modellprojekt zur ambulanten Versorgung in der Region Schwarzwald-Baar-Heuberg*, quaestio-fb, [online] https://www.quaestio-fb.de/media/ambulante-versorgung-sbh_mai-2019.pdf [abgerufen am 07.07.2023].
- Fin, Ulf (2005): *Stärkung von Gesundheitsförderung und Prävention – das zentrale Zukunftsthema in der deutschen Gesundheitspolitik*, in Behrens, Fritz et al. (Hg.): *Ausblicke auf den aktivierenden Staat. Von der Idee zur Strategie*, Baden-Baden: Edition Sigma.
- Fischer, Frank/Forester, John (Hg.) (1993): *The Argumentative Turn in Policy Analysis and Planning*. Durham/London: Duke UP.
- Flachsmeer (2019): *Öffentliches Protokoll der 11. Sitzung des Ortsrates Flachsmeer vom 12.06.2019*, [online] <https://westoverledingen.ratsinfomanagement.net/sdnetrim>

/UGhVMohpdzNXNFdFcExjZVt8Xlm7SGxf38RkoySZoWvx_2su05dDeDEipQZ3NYPj/Oeffentliches_Protokoll_Ortsrat_Flachsmeer_12.06.2019.pdf [abgerufen am 30.04.2023].

- ForsthoFF, Ernst (1938): Die Verwaltung der Leistungsträger, Stuttgart: Kohlhammer.
- Foundational Economy Collective (2019): Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik, Berlin: edition suhrkamp.
- Frankfurter Allgemeine Zeitung (2004): Warnung vor Ärztemangel, vom 25.02.2004, Nr. 47, S. 13, faz [online] <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/wirtschaftspolitik/warnung-vor-aerztemangel-1142633.html> [abgerufen am 10.07.2023].
- Franzius, Claudio (2009): Gewährleistung im Recht. Grundlagen eines europäischen Regelungsmodells öffentlicher Dienstleistungen, Jus Publicum 177, Tübingen: Mohr Siebeck.
- Freytag, Antje et al. (2016): Effekte hausarztzentrierter Versorgung: Eine Fallkontrollstudie mit Routinedaten, in: Deutsches Ärzteblatt, 113(47), 791–798.
- Fülop, Gerhard et al. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung. Gesundheits- und Sozialpolitik, 61 (9–10): S. 57–63.
- Futterer, Andrea (2020): Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim »Landarztmangel« an ihre Grenzen. Eine strukturelle Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgungsgeschichte Deutschlands, GROEG Arbeitspapier 1, DOI: 10.15496/publikation-49292
- (2022): Jenseits der Landarztidylle: ambulante Versorgung im ländlichen Raum, in: Bürger und Staat (1/2), 37–42.
- Gandrup, Tobias/Titeca, Kristof (2019): Reproducing the state? Organising primary education between state and non-state actors in Somaliland, in: Journal of Eastern African Studies, 13(4), 642–660.
- Gerhards, Helene (2022): Patientenpolitiken: Zur Genealogie eines kollektiven Subjekts, Bielefeld: transcript.
- Gerlinger, Thomas (2002): Zwischen Korporatismus und Wettbewerb: Gesundheitspolitische Steuerung im Wandel. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Arbeitsgruppe Public Health (WZB Discussion Paper, P 02–204). Berlin.
- (2003): Ein Schritt vorwärts – zwei Schritte zurück?: Rot-grüne Gesundheitspolitik 1998–2003, in: Prokla, 33(132), 365–388.
- (2009): Der Wandel der Interessenvermittlung in der Gesundheitspolitik, in: Rehder, Britta/von Winter, Thomas/Willems, Ulrich (Hg.): Interessenvermittlung in Politikfeldern: Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung, Wiesbaden, 33–51.
- (2013): Gesundheitspolitik in Zeiten der Krise: Auf inkrementellem Weg zur Systemtransformation? in: Zeitschrift für Sozialreform 59(3), 337–364. DOI: 10.1515/zsr-2013-0305
- (2021a): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem. Reformbedarf und Handlungsempfehlungen, HSB Working Paper Forschungsförderung No. 205, Düsseldorf.
- (2021b): Gesundheitspolitik zwischen Markt und Staat. Ökonomisierung – Privatisierung – Re-Regulierung, in: Zeitschrift Marxistische Erneuerung 32(125), 48–75.

- (2022): Kommunen als Träger Regionaler Versorgungszentren: Governance-Probleme an den Schnittstellen zwischen den Akteuren, in: Lange, Joachim (Hg.): Regionale Versorgungszentren in ländlichen Räumen Niedersachsens, Loccumer Protokolle 90, Rehburg-Loccum, 51–69.
- Gerlinger, Thomas et al. (2018): Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 53: Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion, Hamburg, 103–126.
- Gerlinger, Thomas/Reiter, Renate (2017): Gesundheitspolitik, in: Reiter, Renate (Hg.): Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Eine Einführung: Wiesbaden: Springer.
- Gerlinger, Thomas/Sauerland, Dirk (2018): Gesundheitspolitik, in: Mause, Karsten/Müller, Christian/Schubert, Klaus (Hg.): Politik und Wirtschaft, Wiesbaden: Springer, 523–555.
- Gerlinger, Thomas/Schmucker, Rolf (2011): 20 Jahre Public Health – 20 Jahre Politik für eine gesunde Gesellschaft?« in: Thomas Schott/Claudia Hornberg (Hg.), Die Gesellschaft und ihre Gesundheit, Wiesbaden, 69–83.
- Gerlinger, Thomas/Schönwälder, Thomas (2012): Etappen der Gesundheitspolitik 1975 bis 2012, bpb [online] <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72874/etappen?p=all> [abgerufen am 25.07.2020].
- Geuter, Gunnar et al. (2017): Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern, in: Gesundheitswesen 79(1), 28–34.
- Geyer, Siegfried (2020): Soziale Ungleichverteilungen von Gesundheit und Krankheit und ihre Erklärungen, in: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer, 169–191.
- Gibis, Bernhard et al. (2012): The career expectations of medical students. Findings of a nationwide survey in Germany, in: Deutsches Ärzteblatt international 109(18), 327–332.
- Giesel, Flemming et al. (2013): Alt und immobil auf dem Land? Mobilitätseinschränkungen älterer Menschen vor dem Hintergrund einer zunehmend problematischen Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen, in: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 56(10), 1418–1424.
- GKV-Spitzenverband (2023): Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2023, statista [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/74834/umfrage/anzahl-gesetzliche-krankenkassen-seit-1970/> [abgerufen am 04.07.2023].
- Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer.
- Gourevitch, Peter (1986): Politics in Hard Times. Comparative Responses to International Economic Crisis, Ithaca, London: Cornell UP.
- Greß, Stefan (2019). Finanzierung der Gesundheitsversorgung, in: Haring, Robin (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, Berlin/Heidelberg: Springer, 749–760.
- Greß, Stefan/Stegmüller, Klaus (2011): Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land. Ein Zukunftskonzept, Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung, Wiesbaden.

- (2017): Rahmenbedingungen für eine effektive Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene, in: Brandhorst, Andreas et al. (Hg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden: Springer, 375–385.
- (2018): Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene – Möglichkeiten und Grenzen, in: Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 53: Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion, Hamburg, 8–21.
- Grohs, Stephan/Reiter, Renate (2014): Kommunale Sozialpolitik. Handlungsoptionen bei engen Spielräumen, Expertise (WISO-Diskurs), Bonn.
- Groll, Tina (2010): Ärztemangel. Migranten im Wartestand, in: ZEIT vom 22.06.2010 [online] <https://www.zeit.de/karriere/bewerbung/2010-06/aerztemangel-migranten> [abgerufen am 04.07.2023].
- Grzeszick, Bernd (2010): Wohlfahrt zwischen Staat und Markt. Korporatismus, Transparenz und Wettbewerb im Dritten Sektor, Berlin: Duncker & Humblot.
- Gunter, Oliver H. et al. (2010): The role of monetary and nonmonetary incentives on the choice of practice establishment: a stated preference study of young physicians in Germany, in *Health Service Research* 45(1), 212–229.
- Hahne, Ulf (2011): Neue Ländlichkeit? Landleben im Wandel, in: *Der Bürger im Staat*, 61(1/2), 12–18.
- Hajer, Maarten A. (1995): *Politics of Environmental Discourse, The Ecological modernization and the policy process*, Oxford: Oxford UP.
- (2002): Discourse Analysis and the Study of Policy Making, in: *European Political Science* 2 (1), 61–65.
- (2003): Argumentative Diskursanalyse. Auf der Suche nach Koalitionen, Praktiken und Bedeutung, in: Keller, Reiner (Hg.): *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse*. Opladen: Leske + Budrich, 271–298.
- (2005): Discourse Coalitions and the Institutionalization of Practice, in: Fischer, Frank/Forester, John (Hg.): *The Argumentative turn in policy analysis and planning*, 3rd vol, Durham/London: Duke UP, 43–76.
- (2008): Argumentative Diskursanalyse. Auf der Suche nach Koalitionen, Praktiken und Bedeutung, in: Keller, Reiner/Hirsland, Andreas/Schneider, Werner/Viehöver, Willi (Hg.): *Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse* (Bd. 2), 3. Auflage, Wiesbaden: Springer, 271–298.
- (2010): *The politics of environmental discourse. Ecological modernization and the policy process*, Reprint, Oxford: Clarendon.
- Hall, Peter (1986): *Governing the Economy*, Cambridge: Polity Press.
- Hänlein, Andreas/Schroeder, Wolfgang (2010): Patienteninteressen im deutschen Gesundheitswesen, in: Clement, Ute et al. (Hg.): *Public Governance und schwache Interessen*, Wiesbaden: Springer, 47–62.
- Harries, Lena et al. (2015): Arztentlastende Konzepte in schwer zu versorgenden Regionen in Deutschland: Ein Vergleich mit England und den Niederlanden, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 69(3/4), 66–73.
- Hartmannbund (2022): Die Landarztquote in den einzelnen Bundesländern, hartmannbund [online] <https://www.hartmannbund.de/berufspolitik/themen-und-aktionen/versorgungsstrukturen/in-diesen-landern-steht-sie-uns-voraussichtlich-bald-ins-haus/> [abgerufen am 04.07.2023].

- Hassenteufel, Patrick et al. (2020): The role of professional groups in policy change: Physician's organizations and the issue of local medical provision shortages in France and Germany, in: *European Policy Analysis*, 6(1), 38–57.
- Heinze, Rolf G. et al. (1997): Zur politischen Ökonomie der sozialen Dienstleistungsproduktion: der Wandel der Wohlfahrtsverbände und die Konjunkturen der Theoriebildung, in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 49(2), 242–271.
- Heinze, Rolf G. et al. (1999): Vom Wohlfahrtsstaat zum Wettbewerbsstaat. Arbeitsmarkt- und Sozialpolitik in den 90er Jahren, Springer: Verlag.
- Heinze, Rolf G./Schupp, Jürgen (2022): Grundeinkommen – Von der Vision zur schleichenden sozialstaatlichen Transformation, Wiesbaden: Springer.
- Herrmann, Markus/Hämel, Kerstin (2019): Internationale Perspektive auf Teamarbeit in der Primärversorgung, in: *Gesundheit + Gesellschaft – Wissenschaft* 19(4), 15–22.
- Hildebrandt, Helmut (2021): Versorgung neu und integriert denken – regional, verantwortlich, zukunftsorientiert: Das Konzept »innovative Gesundheitsregionen«, in: Lange, Joachim/Hilbert, Josef (Hg.): *Gesundheitsversorgung in ländlichen Räumen: Nachhaltigkeit für erfolgreiche Pilotprojekte und Regionen*, Loccumer Protokolle 2020/67, Rehburg-Loccum, 91–109.
- Hildebrandt, Helmut et al. (2020): Integrierte Versorgung als nachhaltige Regelversorgung auf regionaler Ebene – Teil 1, in: *Welt der Krankenversicherung* (7–8), 164–172.
- Hildebrandt, Helmut/Stuppardt, Rolf (Hg.) (2021): *Zukunft Gesundheit – regional, vernetzt, patientenorientiert*, Heidelberg: medhochzwei.
- Hilligardt, Jan (2010): Standortfaktor »Ambulante ärztliche Versorgung«: Debatten und Strategien im Bundesland Hessen, in: *Raumforschung Raumordnung* 68, 219–229.
- Hobson, John M./Seabrooke, Leonard (2001): Reimagining Weber: Constructing International Society and the Social Balance of Power; in: *European Journal of International Relations* 7(2), 239–274.
- Hoffmann-Riem, Wolfgang (2001): *Modernisierung von Recht und Justiz. Eine Herausforderung des Gewährleistungsstaates*, Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Höfling, Wolfram (2008): Der Gesundheitsgewährleistungsstaat: Staatstheoretische und verfassungsrechtliche Überlegungen, in: Schumpelick, Volker/Vogel, Bernhard (Hg.): *Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb*, Freiburg: Herder, 110–120.
- Holick, Marcel (2006): *Korporatistische Verhandlungen im deutschen Gesundheitswesen. Ausdifferenzierung der korporatistischen Steuerung am Beispiel des Gemeinsamen Bundesausschusses*, unveröffentlichte Diplomarbeit, Berlin.
- Holleder, Alfons (2015): *Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick*, in: *Gesundheitswesen* 55, 161–167.
- Howarth, David (2010): Power, discourse, and policy: articulating a hegemony approach to critical policy studies, in: *Critical Policy Studies* 3(3-4), 309–335.
- Hübinger, Gangolf (2009): Max Weber's »Sociology of the State« and the Science of Politics in Germany, in: *Max Weber Studies* 9(1/2), 17–32.
- Janning, Frank et al. (2009): *Diskursnetzwerkanalyse. Überlegungen zur Theoriebildung und Methodik*, in: Schneider, Volker et al. (Hg.): *Politiknetzwerke. Modelle, Anwendungen und Visualisierungen*, Wiesbaden: Springer, 59–92.
- Jansen, Dorothea (2006): *Einführung in die Netzwerkanalyse: Grundlagen, Methoden, Forschungsbeispiele*. Wiesbaden: Springer.

- Jellinek, Georg (1921): *Allgemeine Staatslehre*. Unter Mitarbeit von Walter Jellinek, 3. Aufl., Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kaiser, Anne (2015): Selbsthilfe-Vertretung in Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Beteiligung mit Erfolgen und Hindernissen, in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. (Hg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*, Gießen, 106–113.
- Kaiser, Pascal et al. (2021): Was erwarten die Versicherten von der ambulanten ärztlichen Versorgung? Repräsentative Bevölkerungsbefragung durch den GKV-Spitzenverband, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 2/2021, 16–24.
- Kallert, Andreas et al. (2020): *Gleichwertige Lebensverhältnisse? Zur Entwicklung ländlicher Räume in Hessen*, Rosa Luxemburg Stiftung.
- KBV (2022): *Medizinische Versorgungszentren aktuell*, Statistische Informationen zum Stichtag 31.12.2021, kbv, [online] <https://www.kbv.de/media/sp/mvz-aktuell.pdf> [abgerufen am 07.07.2023].
- (2023a): *Ambulante Bedarfsplanung. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen*, kbv [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php> [abgerufen am 05.07.2023].
 - (2023b): *Vertragsärztliche Versorgung. Mehr Ärztinnen und Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten*, kbv [online] [gesundheitsdaten.kbv.de https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php) [abgerufen am 03.07.2023].
 - (2023c): *Gesundheitsfachberufe. Medizinstudium weiterhin attraktiv*, kbv [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17074.php> [abgerufen am 01.06.2023].
 - (2023d): *Vertragsärztliche Versorgung: Die Medizin wird weiblich*, kbv [online] <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16396.php> [abgerufen am 04.07.2023].
 - (2023e): *Anzahl Ärzte/Psychotherapeuten nach Alter 2008–2022*, kbv [online] [gesundheitsdaten.kbv.de https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php](https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php) [abgerufen am 01.03.2023].
 - (o.J.a): *Sicherstellungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigungen*, kbv [online] <https://www.kbv.de/html/sicherstellungsatlas.php> [abgerufen am 05.07.2023].
 - (o.J.b): *Bedarfsplanung. Die Bedarfsplanung als Instrument zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung*, kbv [online] <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php> [abgerufen am 03.07.2023].
- Keller, Reiner et al. (2012): *Kommunikativer Konstruktivismus*, Wiesbaden: Springer.
- Kenis, Patrick/Schneider, Volker (1991): Policy networks and policy analysis: Scrutinizing a new analytical toolbox, in: Marin Bernd/Mayntz, Renate (Hg.): *Policy networks: empirical evidence and theoretical considerations*, Frankfurt a.M.: Campus, 25–59.
- Kersten, Jens et al. (2012): Die demografische Provokation der Infrastrukturen, in: *Leviathan*, 40(4), 563–590.
- Kingdon, John W. (1984): *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Boston: Little Brown.
- Kingreen, Thorsten (2004): Rechtliche Gehalte sozialpolitischer Schlüsselbegriffe: Vom daseinsvorsorgenden zum aktivierenden Sozialstaat, in: *Schriftenreihe des Deutschen Sozialrechtsverbandes* 52, 7–47.
- Kistemann, Thomas/Schroer, M.-A. (2007): Kleinräumige kassenärztliche Versorgung und subjektives Standortwahlverhalten von Vertragsärzten in einem übersorgten Planungsgebiet, in: *Gesundheitswesen* 69(1), 593–600.

- Klapper, Bernadette/Cichon, Irina (2021): Neustart! Für die Zukunft unseres Gesundheitswesens, Berlin: MWV.
- Klemm, Anne-Kathrin/Knieps, Franz (2020): Unter dem Corona-Brennglas: Erste Lehren aus der Pandemie, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 74(4-5), 67–73.
- Klenk, Tanja (2012): Das Ende der korporatistischen Selbstverwaltung?, in: Klenk, Tanja et al. (Hg.): Abkehr vom Korporatismus? Der Wandel der Sozialversicherungen im europäischen Vergleich, Frankfurt a.M.: Campus, 53–118.
- (2018): Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor, in: Spier, Tim/Strünck, Christoph (Hg.): Ärztenverbände und Ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden: Springer, 19–46.
- Klenk, Tanja et al. (2022): Neue Stärken, alte Schwächen. Schwache Interessen in der Sozialpolitik – eine Bestandsaufnahme, in: WSI-Mitteilungen 75(1), 3–11.
- Knieps, Franz (2012): Versorgungskonzepte der Zukunft, in: Klein, Bodo/Weller, Michael (Hg.): Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden: Nomos, 65–86.
- (2015): Herausforderungen und Defizite der gesundheitlichen Versorgung: Handlungsfelder der Gesundheitspolitik für die 18. Legislaturperiode, in: Wille, Eberhard (Hg.): Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen, Frankfurt a.M., 7–14.
- (2020): Brauchen wir eine Generalüberholung des SGB V – Perspektiven für eine Neukodifizierung, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 74(1), 71–78.
- Knieps, Franz et al. (2012): Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 66(6), 8–19.
- Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Konfliktlinien, Bern: Huber.
- Knoke, David et al. (1996): Comparing Policy Networks. Labor Politics in the U.S., Germany and Japan, Cambridge: Cambridge UP.
- Kopetsch, Thomas (2002): KBV-Studie zu Arztzahlen: Überaltert und zu wenig Nachwuchs, in Deutsches Ärzteblatt 99(9), 544–547, arzteblatt [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/30610/KBV-Studie-zu-Arztzahlen-Ueberaltert-und-zu-wenig-Nachwuchs> [abgerufen am 03.07.2023].
- (2003): Entwicklung und Erfahrung mit der Bedarfsplanung für die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland, in: Gesundheits- und Sozialpolitik, 57(5-6), 34–38.
- (2011): Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlenentwicklung, Berlin.
- Krajewski, Christian/Wiegandt, Claus-Christian (2020): Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung, Bonn: bpb.
- Krajewski, Markus (2011): Der Gewährleistungsstaat als Leitbild neuer Staatlichkeit, in: Krajewski, Markus (Hg.): Grundstrukturen des Rechts öffentlicher Dienstleistungen. Berlin/Heidelberg: Springer, 549–570.
- Kriwy, Peter et al. (2020): Regionale gesundheitliche Ungleichheiten, in: Kriwy, Peter/Jungbauer-Gans, Monika (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie, Wiesbaden: Springer.
- Kuhlmey, Adelheid/Schaeffer, Doris (2012): Die Herausforderung: Altern, Gesundheit, Versorgung, in: Klein, Bodo/Weller, Michael (Hg.): Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden, 107–123.

- Kuhn, Bertolt. et al. (2018): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte, in: Gesundheitswesen, 80(8-09), 711–718.
- Küpper, Patrick/Mettenberger, Tobias (2018): Berufliche und private Standortfaktoren für die Niederlassung von Hausärzten in ländlichen Räumen, in: Raumforschung und Raumordnung, 76(3), 229–245.
- KV RLP (2017): Vertreterversammlungen von KV RLP und KVS, gemeinsame Resolution, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 16.09.2017, kv-rlp [online] <https://www.kv-rlp.de/presse/standpunkte-und-hintergruende/resolution-september-2017/>[abgerufen am 07.05.2023].
- (2018a): Vertreterversammlung der KV RLP, Resolution, Kassenärztliche Vereinigung, 14.03.2018, kv-rlp [online] <https://www.kv-rlp.de/presse/standpunkte-und-hintergruende/resolution-maerz-2018/>[abgerufen am 07.05.2023].
 - (2018b): Standpunkt. KVRLP zur Selbstbeteiligung für Patienten, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 20.07.2018, kv-rlp [online] https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Hintergrund/KVRLP_Standpunkt_Selbstbeteiligung.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
 - (2019): Standpunkt. Bedarfsplanung und Budgetierung: Falsche Instrumente gegen Ärztemangel!, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 07.01.2019, kv-rlp [online] https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Hintergrund/KVRLP_Standpunkt_Bedarfsplanung_und_Budgetierung.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
 - (2020): Hintergründe des Ärztemangels, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, 18.08.2020, kv-rlp [online] https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Hintergrund/KVRLP_Hintergruende_Aerztemangel.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
 - (2021a): Wo bleibt der Nachwuchs? Fragen an Tobias Henke vom bvmd, <https://www.youtube.com/watch?v=E8YwcaBtdZQ&t=113s>.
 - (2021b): Sind die Ansprüche von Patienten zu hoch? Fragen an Sabine Strüder von der Verbraucherzentrale RLP, <https://www.youtube.com/watch?v=os6iHGeTSac>.
 - (2021c): Keine Gewinnmaximierung in der ambulanten Medizin! Fragen an SPD-Bundestagskandidatin Tanja Machalet, <https://www.youtube.com/watch?v=37jickYx8iw>.
 - (2021d): Bürokratie, Bereitschaftsdienst und Masterplan! Fragen an RLP-Gesundheitsminister Clemens Hoch, <https://www.youtube.com/watch?v=oOYEz-ffoy8>.
 - (2022a): Wieso braucht die KV RLP »FALK«?, Martin Degenhardt beim Talk mit Doc Bartels, <https://www.youtube.com/watch?v=VPENqTxNIHo>.
 - (2022b): Gassen ist vom KV-System überzeugt, KBV-Chef beim Talk mit Doc Bartels, <https://www.youtube.com/watch?v=FCg2LvN3xRg>.
 - (2022c): Medizinische Fachangestellte sind gefrustet, MFA-Präsidentin König beim Talk mit Doc Bartels, https://www.youtube.com/watch?v=yw3mN5_eKq4.
 - (2022d): Rigide Bedarfsplanung. Prof. Hecken vom G-BA bei Doc Bartels, <https://www.youtube.com/watch?v=HaWA7MkvOE8>.
 - (o.J.a): Zehn gute Gründe, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, kv-rlp [online] <https://www.arzt-nah-dran.de/zehn-gute-gruende> [abgerufen am 07.05.2023].

- (o.J.b): Erhalt der vertragsärztlichen Versorgung, Forderungen, Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz, kv-rlp [online] https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Standpunkte/KVRLP-Forderungen_Erhalt_vertragsaerztliche_Versorgung.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
- KVB (2011): Klarer Blick auf die Versorgung. Analysen der KVB liefern interessante Ergebnisse, in: KVBFORUM 10/2011.
- (2012): KVB-Vorstand: Studie offenbart überreguliertes System, Presseinformation, München, 03.01.2012.
- (2013a): KVB und Krankenkassen verabschieden neuen Bedarfsplan für die ambulante Versorgung, Presseinformation, München, 01.07.2013.
- (2013b): Die neue Bedarfsplanung: Chancen und Grenzen, in: Impuls. Das Informationsjournal der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns 8(3).
- (2013c): Neue Bedarfsplanung. Bessere Anpassung an regionale Besonderheiten?, in: KVBFORUM 03/2013.
- (2013d): Notarzdienst in Bayern. Notwendige Reformen für die Zukunft, in: KVBFORUM 04/2013.
- (2013e): KVB-Vorstand unterstützt Kritik des Bayerischen Gesundheitsministers Dr. Marcel Huber am Gesundheitsfonds, Presseinformation, München, 18.01.2013.
- (2013f): KVB-Vorstand: Neue Perspektiven für passgenaue ambulante Versorgung eröffnet, Presseinformation, München, 18.11.2013.
- (2014): Versorgungslücken auf der Spur. Ein Resümee zur neuen Bedarfsplanung, in: KVBFORUM 04/2014.
- (2019a): Neue Förderprogramme der KVB für Simbach am Inn, Feuchtwangen und Ingolstadt, Presseinformation, München, 30.01.2019.
- (2019b): Gesundheitsregionenplus. Neue Konzepte für die Versorgung in Stadt und Land, in: KVBFORUM 05/2019.
- (2022a): KVB schreibt neue Förderprogramme aus, Presseinformation, München, 08.06.2022.
- (2022b): Kein staatlicher Zwang im Gesundheitswesen! Warum eine gemeinsame Selbstverwaltung allen nützt, in: KVBFORUM 03/2022.
- (o.J.): Planungsbereich Wassertrüdingen (Mittelfranken), kvb [online] <https://www.kvb.de/praxis/niederlassung/region-sucht-arzt/wassertruedingen-hausaerzte/> [abgerufen am 05.07.2023].
- KVBB (2015): Hohe Belastung durch Bürokratie, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 24.09.2015.
- (2016): Funktionale Integration ist schwierig aber machbar. Hauptstadtkongress 2016: KVBB-Forum zum Thema Ambulantisierung, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 14.06.2016.
- (2018a): Budgetierung endlich abschaffen! Gesundheitsministerkonferenz hat versagt! Resolution der VII. Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 22.06.2018, kvbb [online] <https://www.kvbb.de/praxis/ansicht-news/article/budgetierung-endlich-abschaffen-gesundheitsministerkonferenz-hat-versagt/507/> [abgerufen am 10.01.2022].
- (2018b): Ich bin Arzt in Brandenburg, weil...Neue KVBB-Kampagne startet, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, 23.11.2018, kvbb [online] <https://www.kvbb.de/>

- presse/pressemitteilungen/newsdetail/article/ich-bin-arzt-in-brandenburg-weil/232/archive/2018/[abgerufen am 10.01.2022].
- (2020): Bedarfsplanung 2020 für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Potsdam, kvbb [online] <https://www.kvbb.de/praxiseinstieg/zulassung/bedarfsplanung> [abgerufen am 15.05.2021].
 - (2021): Versorgungssituation zum 30.06.2021, kvbb [online] <https://www.kvbb.de/praxiseinstieg/zulassung/bedarfsplanung> [abgerufen am 09.05.2022].
- KVH (2013): Auswirkungen der neuen Bedarfsplanung – auf Landesebene und in der Region, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, PPT Fachtagung »Neue Bedarfsplanung: Mehr Ärzte für das Land?!«.
- (2021): Fokus Gesundheit, Analyse Ambulante Medizinische Versorgung Vogelsbergkreis, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, kvhessen [online] <https://kvhessen.maps.arcgis.com/sharing/rest/content/items/71430838113748e3bd48e193886794ec/data> [abgerufen am 08.07.2023].
 - (2022): Auf den Punkt Nr. 3/2022, Kassenärztliche Vereinigung Hessen, kvhessen [online] https://www.kvhessen.de/fileadmin/user_upload/kvhessen/Mitglieder/Publikationen/AUF-DEN-PUNKT_AdP_3-2022.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
- KVN (2018): Sachstandsbericht zum Projekt Patientenmobil der Gesundheitsregion Leer.
- (2020): Ärztinnen- und Ärztemangel – nur eine Frage der Verteilung? Ein Symposium der KVN [YouTube], <https://www.youtube.com/watch?v=fHtqYaWAOjg>
- KVSA (2014a): Medizinischer Nachwuchs für die ambulante Versorgung wird vielfältig gefördert. Pressemitteilung vom 03.07.2014, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2014/PM_Foerderprogramme_Juli_2014.pdf [abgerufen am 16.06.2023].
- (2014b): Politiker, nutzt den Sachverstand der Ärzteschaft!, Pressemitteilung vom 15.01.2014, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2014/PM_Neujahrsempfang_3.pdf [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2015): Die KVSA schafft Studienplätze für werdende Landärzte, Pressemitteilung vom 20.03.2015, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2015/PM_Studienplaetze.pdf [abgerufen am 05.07.2023].
 - (2015b): 25 Jahre KV Sachsen-Anhalt, Pressemitteilung vom 01.09.2015, kvsa [online] https://www.kv-sachsen-anhalt.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2015/PM_20150901_25_Jahre_KV.pdf [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2017): Zukunftssichere Versorgung in Sachsen-Anhalt, Gemeinsame Erklärung zum Neujahrsempfang der Heilberufler Sachsen-Anhalts am 11.01.2017, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2017/Gemeinsame_PM_11_01_17_final1.pdf [abgerufen am 19.06.2017].
 - (2019a): Landarztquote wird zukünftig die Grundversorgung sichern, Pressemitteilung vom 22.01.2019, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2019/PM_Landarztquote.pdf [abgerufen am 19.06.2023].
 - (2019b): KVSA begrüßt die Einführung der Landarztquote, Pressemitteilung vom 27.09.2019, kvsa [online] https://www.kvsa.de/fileadmin/user_upload/PDF/Presse/Pressemitteilungen/2019/2019_09_27_Pressemitteilung_1_Landarztquote.pdf [abgerufen am 19.06.2023].

- LÄKB (2020c): Gesundheit braucht Patientenorientierung – nicht Ökonomisierung, Landesärztekammer Brandenburg, 20.04.2020, laekb [online] <https://www.laekb.de/www/website/design/story/detail.htm?recordid=1719BCoBF8A> [abgerufen am 05.05.2023].
- (2020f): Brandenburgisches Ärzteblatt 11/2020, Landesärztekammer Brandenburg, laekb [online] <https://www2.laekb.de/files/175787796B6/2020-11-BAEB.pdf> [abgerufen am 05.05.2023].
- Landesministerium für Arbeit, Soziales und Integration (2020): Erstes Bewerbungsverfahren für Landarzt-Studienplätze startet. Pressemitteilung Nr. 008/20 vom 13.02.2020.
- (2021): Nach erfolgreicher Premiere: Studierende können sich bis 31. März für zweite Runde der Landarztquote bewerben. Pressemitteilung Nr. 57/21 vom 15.02.2021.
- Landkreis Ansbach (2019): Informationsaustausch zur Arztversorgung in den Kommunen im Landratsamt Ansbach, 01.10.2019, gesundheitsregionplus-ansbach [online] www.gesundheitsregionplus-ansbach.de/Aktuelles/Informationsaustausch-zur-Arztversorgung-in-den-Kommunen-im-Landratsamt-Ansbach.php?object=tx_3280.5.1&ModID=7&FID=3280.28.1&NavID=3280.2&La=1&kat=3280.3&call=suche [abgerufen am 26.06.2023].
- (o.J.): Über uns, gesundheitsregionplus-ansbach [online] www.gesundheitsregionplus-ansbach.de/%C3%9Cber-uns/ [abgerufen am 26.06.2023].
- Landkreis Leer (2010): Wir nehmen das Heft selbst in die Hand. Der demographische Wandel im Landkreis Leer, landkreis-leer [online] <https://www.landkreis-leer.de/Wirtschaft-Bauen/Wirtschaft/Demografie/Handlungsfelder-Maßnahmen/Demografieorientierte-Personalarbeit/index.php?La=1&NavID=2051.468.1&object=med,58.3081.1.PDF> [abgerufen am 25.05.2021].
- (2012): Zukunft im Blick. Demografiebericht-Fortschreibung, landkreis-leer [online] https://www.landkreis-leer.de/media/custom/2051_945_1.PDF?1371653193 [abgerufen am 25.05.2021].
- (2013): Demografie hat Stellenwert wie Deichbau, landkreis-leer [online] https://www.landkreis-leer.de/media/custom/2051_783_1.PDF?1362554332 [abgerufen am 25.05.2021].
- (2018): Niederschrift. Ausschuss für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Ehrenamt Landkreis Leer am Dienstag, 14.08.2018.
- (o.J.a): Infrastrukturplanung & Siedlungsentwicklung. Landkreis-leer, landkreis-leer [online] <https://www.landkreis-leer.de/Wirtschaft-Bauen/Wirtschaft/Demografie/Handlungsfelder-Maßnahmen/Infrastrukturplanung-Siedlungsentwicklung/> [abgerufen am 23.06.2021]
- (o.J.b): Gesundheitsregion Landkreis Leer – eine gesunde Region!, landkreis-leer [online] <https://www.landkreis-leer.de/Leben-Lernen/Gesundheit-Verbraucher/Gesundheitsregion> [abgerufen am 05.07.2023].
- Landkreis Potsdam-Mittelmark (2019a): Anfrage Nr.: A/2019-6/028 [Kornelia Kimpfel/AfD], 28.10.2019, pm-belzig [online] <https://pm-belzig.more-rubini.de/pdf-viewer.php?src=aHRocHM6Ly9wbS1iZWx6aWcubW9yZS1ydWJpbjEuZGUvZG9jdW1lbnRzLnBocD9kb2N1bWVudF9oeXBIX2lkPTQmc3VibWlzc2lvb19pZDoyMDE5NjI4MTAxMDAwMjcmaWQ9NjkmanNvbjoxJnBsYXRmb3JtPXPjpcw==&name=QW5m>

- cmFnZSBBLzIwMTktNi8wMjggKEFyenRwcmF4aXMgaW4gQmVlbGloeikucGRm [abgerufen am 05.05.2023].
- (2019b): Antwort auf Anfrage Nr.: A/2019-6/028, 03.12.2019, pm-belzig [online] <https://pm-belzig.more-rubin1.de/pdf-viewer.php?src=aHRocHM6Ly9wbSiiZWx6aWcubW9yZS1ydWJpbjEuZGUvZG9jdWlbnRzLnBocD9kbzN1bWVudF9oeXBkX2lkPTEzJnN1Ym1pc3Npb25fYXRoYWNobWVudF9pZDoyMDE5NjI4MTAxMDAwMjclNoMyMDE5MTIwNDEzMzAoMS5wZGYlNoMmaWQ9NjkmanNvbjoXJnBsYXRmb3JtPXFJpcw==&name=QW5od29ydCBkZXIgmVmVyd2FsdHVuZw==> [abgerufen am 05.05.2023].
 - (2021): Antrag. Stärkung des ländlichen Raumes [Martin Szymczak/CDU], 30.09.2021, pm-belzig [online] https://pm-belzig.more-rubin1.de/vorlagen_details.php?vid=202123009100108&datum_von=2016-01-01&datum_bis=2023-12-06&kriterium=vl&suchbegriffe=2021%2F325&select_gremium=&select_koerperschaft= [abgerufen am 05.05.2023].
- Landtag Sachsen-Anhalt (2018a): Beschlussempfehlung Einsetzung einer Enquete-Kommission »Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern«. Drucksache 7/3384 vom 19.09.2018, padoka.landtag.sachsen-anhalt [online] <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp7/drs/d3384vbe.pdf> [abgerufen am 16.06.2023].
- (2018b): Antrag der Fraktion DIE LINKE – Einsetzung einer Enquete-Kommission »Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!«. Drucksache 7/3003 vom 13.06.2018, padoka.landtag.sachsen-anhalt [online] <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp7/drs/d3003dan.pdf> [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2019): Ländarztquote soll Abhilfe schaffen, landtag.sachsen-anhalt [online] <https://www.landtag.sachsen-anhalt.de/2019/laendarztquote-soll-abhilfe-schaffen/> [abgerufen am 16.06.2023].
 - (2020): Niederschrift 7/E10/9. Enquete-Kommission »Die Gesundheitsversorgung und Pflege in Sachsen-Anhalt konsequent und nachhaltig absichern!«
- Langer, Achim et al. (2015): Literaturüberblick über niederlassungsfördernde und -hemmende Faktoren bei Ärzten in Deutschland und daraus abgeleitete Handlungsoptionen für Kommunen, in: Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 20(01), 11–18.
- Laudel, Grit/Gläser, Jochen (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, Wiesbaden: Springer.
- Lauth, Hans-Joachim/Thiery, Peter (2012): Politikfeldanalyse, in: Lauth, Hans-Joachim/Wagner, Christian (Hg.): Politikwissenschaft. Eine Einführung, 7. Auflage, Wien u. a.: UTB, 271–303.
- Legler, Oliver et al. (2019): Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen – Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung, in: Ländlicher Raum 03/2019, 9–15.
- Legler, Oliver et al. (2019): Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung: Kommunalbüro für ärztliche Versorgung in Bayern berät Kommunen. in: Ländlicher Raum 03/2019, lgl.bayern [online] <https://www.lgl.bayern.de/downloads/gesundheit/ges>

- undheitsversorgung/doc/artikel_kb_laendlicher_raum_03_2019.pdf [abgerufen am 05.07.2023]
- Lehmbruch, Gerhard (1979): Wandlungen der Interessenpolitik im liberalen Korporatismus, in: von Alemann, Ulrich/Heinze, Rolf G. (Hg.): Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus, Opladen, 50–71.
- Leifeld, Philip (2009): Die Untersuchung von Diskursnetzwerken mit dem Discourse Network Analyzer (DNA), in: Schneider, Volker et al. (Hg.): Politiknetzwerke. Modelle, Anwendungen und Visualisierungen, Wiesbaden: Springer, 391–404.
- (2010): Political discourse networks: the missing link in the study of policy oriented discourse. Paper presented at the workshop ›Ideas, policy design and policy instruments: casting light on the missing link‹, ECPR Joint Sessions of Workshops, Münster, Germany (22–27 March).
- (2017): Discourse network analysis: policy debates as dynamic networks, in: Victor, Jennifer Nicoll et al. (Hg.): The Oxford handbook of political networks. New York, NY: Oxford UP, 301–325.
- Leßmann, Ortrud/Laruffa, Francesco (2020): Nicht nur Humankapital aufbauen: Sozialinvestitionen weitergedacht, in: WSI-Mitteilungen, 73(2), 93–99.
- Lukes, Steven (2005): Power. A radical view, 2nd vol, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (2017): Dimensionen von »Integration«, »Kooperation« und »Dezentralisierung«, in: Brandhorst, Andreas et al. (Hg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Wiesbaden, 33–82.
- Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.) (2013): Kommunale Gesundheitslandschaften. Gesundheit, Politik – Gesellschaft – Wirtschaft, Wiesbaden: Springer.
- Mahoney, James (2000): Path dependence in historical sociology, in: Theory & Society 29, 507–548.
- Mahoney, James/Thelen, Kathleen (2010): A theory of gradual institutional change, in: Mahoney, James/Thelen, Kathleen (Hg.): Explaining institutional change. Ambiguity, agency, and power, New York: Cambridge UP, 1–37.
- Majone, Giandomenico (1994): The Rise of the Regulatory State in Europe, in: West European Politics 17(3), 77–101.
- Manzei, Alexandra/Schmiede, Rudi (2014): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen: Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege, Wiesbaden: Springer.
- Marmor, Theodore R. et al. (2009): Comparative studies and the politics of modern medical care, New Haven/London: Yale UP.
- Mayntz, Renate (1987): Politische Steuerung und gesellschaftliche Steuerungsprobleme – Anmerkungen zu einem theoretischen Paradigma, Baden-Baden: Nomos, 89–110.
- (1988): Zur Entwicklung technischer Infrastruktursysteme, in: Mayntz, Renate et al. (Hg.): Differenzierung und Verselbständigung. Zur Entwicklung gesellschaftlicher Teilsysteme, Frankfurt a.M.: Campus, 233–259.
- Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz (1995): Der Ansatz des akteurzentrierten Institutionalismus, in: Mayntz, Renate/Scharpf, Fritz (Hg.): Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung, Frankfurt a.M.: Campus, 39–72.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse, 12. Auflage, Weinheim/Basel: Beltz.

- Meyer, Nora (2020): Sicherung der medizinischen Versorgung in ländlichen Regionen. Eine empirische Untersuchung im rheinland-pfälzischen Gillenfeld und Umgebung, Berlin/Münster.
- Meyer-Treschan et al. (2021): Welchen Beitrag können Physician Assistants zur Gesundheitsversorgung leisten? Eine Abgrenzung zu Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 164, 15–22.
- Migdal, Joel/Schlichte, Klaus (2005): Rethinking the State, in: Schlichte, Klaus (Hg.): The dynamics of states: The formation and crises of state domination, London/New York: Routledge, 1–40.
- Ministerium für Wirtschaft, Tourismus, Landwirtschaft und Forsten Sachsen-Anhalt (o.J.): Leader – Gemeinschaftsinitiative für die ländlichen Räume, sachsen-anhalt, mwl.sachsen-anhalt [online] <https://mwl.sachsen-anhalt.de/landwirtschaft/laendlicher-raum/leader> [abgerufen am 08.07.2023].
- (o.J.): Leader – Gemeinschaftsinitiative für die ländlichen Räume, mwl.sachsen-anhalt [online] <https://mwl.sachsen-anhalt.de/landwirtschaft/laendlicher-raum/leader> [abgerufen am 05.07.2023].
- Möhring-Hesse, Matthias (2008): Verbetriebswirtschaftlichung und Verstaatlichung, in: Zeitschrift für Sozialreform, 54(2), 141–160.
- (2009): Soziale Exklusion durch Erwerbsarbeit und Aktivierungspolitik, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 40(4), 22–33.
- (2020): Die Politische Ökonomie des alltäglichen Kommunismus. Eine Entdeckung für all diejenigen, die es mit öffentlichen Gütern und Daseinsvorsorge zu tun haben, in: Ethik und Gesellschaft 2/2020.
- (2022): Vom gewährleistenden Staat zum »Gewährleistungsstaat« – und (vielleicht) zurück. Sozialpolitik über die Verantwortung des Staates für Gemeingüter, in: Ethik und Gesellschaft 2/2022.
- Moser, Gabriele (2011): Ärzte, Gesundheitswesen und Wohlfahrtsstaat. Herbolzheim: Centaurus.
- Moyal, Anne (2021): How a not-so-new organizational innovation gained traction in the context of the ›medical deserts‹ crisis in France: the MSPs‹ case, Barcelona: International Conference on Public Policy 2021.
- Mühlbacher, Axel C./Wessels, Michael (2011): Neue Wege in der Bedarfsplanung in Deutschland: Haben wir ein Mengen- oder ein Verteilungs- bzw. Allokationsproblem?, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 65(1), 53–63.
- Münch, Sybille (2016): Interpretative Policy-Analyse. Eine Einführung, Wiesbaden: Springer.
- Munir, Mudassar (2019): Everyday Images and Practices of the State in Rural Pakistan, unveröffentlichte Dissertation, Milano.
- Natanzon, Iris et al. (2010): Future potential country doctor: the perspectives of German GPs, in: Rural and Remote Health 20(1347).
- Neu, Claudia (2009): Daseinsvorsorge – eine Einführung, in: Neu, Claudia (Hg.): Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung, Wiesbaden: Springer, 9–19.

- Neubauer, Günter (1978): Probleme der Bedarfsplanung im Bereich der gesetzlichen Krankenversorgung, in *Sozialer Fortschritt* 27(11), 242–247.
- Niedersächsischer Landtag (2021): Bericht der Enquetekommission »Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung«, landtag-niedersachsen [online] https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-08650.pdf [abgerufen am 24.05.2023].
- Noweski, Michael (2004): Der unvollendete Korporatismus. Staatliche Steuerungsfähigkeit im ambulanten Sektor des deutschen Gesundheitswesens, WZB Working Paper No. SP I 2004–304.
- NSGB (2019): Hausärztliche Versorgung in Niedersachsen sicherstellen, nsgb [online] https://www.nsgb.de/wp-content/uploads/2021/11/Positionspapier_Aerzte.pdf [abgerufen am: 30.04.2023].
- Nullmeier, Frank (2003): Alterssicherungspolitik im Zeichen der »Riester-Rente«, in: Gohr, Antonia/Seeleib-Kaiser, Martin (Hg.): *Sozial- und Wirtschaftspolitik unter Rot-Grün*, Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 167–187.
- (2004): Vermarktlichung des Sozialstaates, in: *WSI-Mitteilungen*, 9(57), 495–500.
 - (2006): Politikwissenschaft auf dem Weg zur Diskursanalyse?, in: Keller, Reiner (Hg.): *Handbuch sozialwissenschaftliche Diskursanalyse* (Bd. 1), Wiesbaden: Springer, 287–315.
 - (2021): Kausale Mechanismen und Process Tracing: Perspektiven der qualitativen Politikforschung, Frankfurt a.M.: Campus.
- Nullmeier, Frank/Rüb, Friedbert W. (1993): *Die Transformation der Sozialpolitik. Vom Sozialstaat zum Sicherungsstaat*, Frankfurt a.M.: Campus.
- OECD (2021): *OECD Health Statistics 2021*, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, stats-oecd [online] stats.oecd.org [abgerufen am 03.07.2023].
- Offe, Claus (2001): Wessen Wohl ist das Gemeinwohl?, in: Offe, Claus (Hg.): *Institutionen, Normen, Bürgertugenden*, Wiesbaden: Springer, 341–366.
- Ono, Tomoko et al. (2014): *Geographic Imbalances in Doctor Supply and Policy Responses*, OECD Health Working Papers No. 69, Paris: OECD Publishing.
- Oschimansky, Frank/Berthold, Julia (2020): *Wohlfahrtsstaatliche Grundmodelle*, bpb [online] <https://www.bpb.de/themen/arbeit/arbeitsmarktpolitik/305930/wohlfahrtsstaatliche-grundmodelle/#node-content-title-2> [abgerufen am 03.07.2023].
- Ostrom, Elinor (1990): *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*, Cambridge: Cambridge UP.
- Ozegowski, Susanne/Sundmacher, Leonie (2012) Wie »bedarfsgerecht« ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung, in: *Gesundheitswesen* 74(10), 618–626.
- (2013): Bedarfsplanung – quo vadis?, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 67(6), 60–67.
- Pannowitsch, Sylvia (2012): *Vetospiele in der deutschen Gesundheitspolitik*, Baden-Baden: Nomos.
- Peake, Gordon/Forsyth, Miranda (2022): Street-level bureaucrats in a relational state: The case of Bougainville, in: *Public Administration and Development* 42, 12–21.

- Perschke-Hartmann, Christiane (1994): Die doppelte Reform. Gesundheitspolitik von Blüm zu Seehofer, Opladen: Leske + Budrich.
- Pierson, Paul (2000): Increasing Returns, Path Dependence, and the Study of Politics, in: *American Political Science Review* 94, 251–267.
- Quaestio – Forschung und Beratung GmbH (o.J.): Unsere Referenzen, Quaestio – Forschung und Beratung GmbH, quaestio-fb [online] https://www.quaestio-fb.de/index.php?article_id=81&cat=5 [abgerufen am 07.05.2023].
- Rabbata, Samir (2003): Ärztemangel: Probleme nicht verharmlosen, in: *Deutsches Ärzteblatt* 100(30), aertzeblatt [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/37797/Aerztemangel-Probleme-nicht-verharmlosen> [abgerufen am 03.07.2023].
- Reiners, Hartmut (2009a): *Mythen der Gesundheitspolitik*, Bern: Hans Huber.
- (2009b): Wettbewerb, Regierung, Selbstverwaltung: Wer stellt die medizinische Versorgung sicher?, in: Bandelow, Nils C. (Hg.): *Gesundheit 2030. Qualitätsorientierung im Fokus von Politik, Wirtschaft, Selbstverwaltung und Wissenschaft*, Wiesbaden: Springer, 84–96.
- (2018): Bedarfsplanung und Sicherstellung – Dauerbaustelle der Gesundheitspolitik, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 72(2), 21–25.
- (1990): Bericht der Enquetekommission »Strukturreform der Gesetzlichen Krankenversicherung« – außer Spesen nichts gewesen?, in: *Jahrbuch für kritische Medizin* 15, Hamburg: Argument, 16–30.
- Ried, Walter (2016): Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum: Ziele und Indikatoren, in: Herbst, Michale (Hg.): *Daseinsvorsorge und Gemeinwesen im ländlichen Raum*, Wiesbaden, 1–23.
- Rieser, Sabine (2003): Ärztemangel: Der Nachwuchs bricht weg, in *Deutsches Ärzteblatt* 100(36), ärzteblatt [online] <https://www.aerzteblatt.de/archiv/38238/Aerztemangel-Der-Nachwuchs-bricht-weg> [abgerufen am 03.07.2023].
- (2014): Chancen für ländliche Räume: Medizinische Versorgungszentren, in:
- Roick, C. et al. (2012): Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? Ergebnisse einer postalischen Befragung junger Ärzte in Deutschland, in: *Das Gesundheitswesen* 74(1), 12–20.
- Rosenbrock, Rolf (2015): Gesundheitsbezogene Selbsthilfe im deutschen Gesundheitssystem. Funktionen und Perspektiven. In: *Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. (Hg.): Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*, Gießen, 165–175.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*, Bern.
- Rosewitz, Bernd/Webber, Douglas (1990): *Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2017): *Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung*, Bremen: Uni Bremen.
- Sabatier, Paul (1988): An advocacy coalition framework of policy change and the role of policy-oriented learning therein, in: *Policy Sciences* 21, 129–168.
- (1993): Advocacy-Koalitionen, Policy-Wandel und Policy-Lernen, Eine Alternative zur Phasenheuristik, in: Héritier, Adrienne (Hg.): *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung*, Wiesbaden: Springer, 116–148.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Bonn/Berlin.
- (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Berlin: Deutscher Bundestag (Drucksache 15/5670).
- Samuelson, Paul A. (1954): The Pure Theory of Public Expenditure, in: *The Review of Economics and Statistics*, 36(4), 387.
- Saretzki, Thomas (2003): Aufklärung, Beteiligung und Kritik: Die »argumentative Wende« in der Policy-Analyse, in: Schubert, Klaus/Bandelow, Nils C. (Hg.): *Lehrbuch der Politikfeldanalyse*, München/Wien: R. Oldenbourg, 391–417.
- Sauer, Jana (2018): 10-Jahres-Evaluation zeigt Versorgungsvorteile: Hausarztzentrierte Versorgung, in: *Der Hausarzt*, 09.10.2018.
- Sauerland, Dirk (2022): Ziele, Akteure und Strukturen der Gesundheitspolitik in Deutschland, in: Haring, R. (Hg.): *Gesundheitswissenschaften*, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, 871–883.
- Schaeffer, Doris/Hämel, Kerstin (2019): Integrierte Gesundheitszentren: Gemeinsam eine gute Versorgung sichern, in: *Ländlicher Raum*, 70(3), 48–51.
- Schäfer, Merle et al. (2021): Entwicklung der hausärztlichen Versorgung innerhalb der letzten Jahrzehnte – eine Analyse des Basisdatensatzes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, in: *Gesundheitswesen* 84(4), 326–332.
- Scharpf, Fritz W. (1993): Versuch über Demokratie im verhandelnden Staat, in: Czada, Roland/Schmidt, Manfred G. (Hg.): *Verhandlungsdemokratie, Interessenvermittlung, Regierbarkeit*. Festschrift für Gerhard Lehbruch, Opladen: Westdeutscher Verlag, 25–50.
- (2000): *Interaktionsformen. Akteurszentrierter Institutionalismus in der Politikforschung*, Opladen: Leske + Budrich.
- Scharpf, Fritz W./Mayntz, Renate (1995): *Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung*, Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Scheuplein, Christoph et al. (2019): Übernahmen durch Private Equity im deutschen Gesundheitssektor. Eine Zwischenbilanz für die Jahre 2013 bis 2018, IAT Discussion Papers 19/01.
- Scheuplein, Christoph/Bůžek, Richard (2021): Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 75(2), 36–44.
- Schlichte, Klaus (2016): *The Dynamics of States. The Formation and Crisis of State Domination*, London/N.Y.: Ashgate Publishing.
- (2018): A Historical-Sociological Perspective on Statehood, in: Börzel, Tanja A. et al. (Hg.): *The Oxford handbook of governance and limited statehood*, Oxford: Oxford UP, 48–67.
- Schmacke, Norbert (2004): Der Staatsmedizin noch einmal entkommen? Steuerung in der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem GKV-Modernisierungsgesetz 2003, in: Elsner, Gine et al. (Hg.): *Markt versus Solidarität: Gesundheitspolitik im deregulierten Kapitalismus*, Hamburg: VSA, 138–149.

- Schmid, Josef/Buhr, Daniel (2015): *Wirtschaftspolitik für Politologen. Begriffe, theoretische Ansätze und Handlungsfelder einer interdisziplinären politischen Wirtschaftslehre*, Paderborn: UTB.
- Schmidt, Katharina et al. (2017): Einflussfaktoren auf die Standortwahl von hausärztlichen Land- und Stadtärzten in Niedersachsen, in: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 22, 280–289.
- Schmidt, Manfred (1998): *Sozialpolitik in Deutschland: Historische Entwicklung und internationaler Vergleich*, 2. Auflage, Opladen: Leske + Budrich.
- (2003): Vergleichende Policy-Forschung, in: Berg-Schlosser, Dirk/Müller-Rommel, Ferdinand (Hg.): *Vergleichende Politikwissenschaft. Ein einführendes Studienhandbuch*, 4. überarb. u. erw. Auflage, Wiesbaden: Springer, 261–276.
- Schmitter, Philippe C. (1979): Interessenvermittlung und Regierbarkeit, in: von Alemann, Ulrich/Heinze, Rolf G. (Hg.): *Verbände und Staat. Vom Pluralismus zum Korporatismus*, Opladen, 92–114.
- (1981): Interest Intermediation and Regime Governability in Contemporary Western Europe and North America, in: Berger, Suzanne (Hg.): *Organizing Interests in Western Europe. Pluralism, Corporatism and the Transformation of Politics*, Cambridge, 285–327.
- Schneider, Volker/Janning, Frank (2006): *Politikfeldanalyse. Akteure, Diskurse und Netzwerke in der öffentlichen Politik*, Wiesbaden: Springer.
- Schönbach, Karl-Heinz (2015): Reformbedarf der Versorgungsstrukturen in der GKV: Systemdefekte behindern die Gesundheitspolitik, in: Wille, Eberhard (Hg.): *Versorgungsdefizite im deutschen Gesundheitswesen*, Frankfurt a.M., 71–90.
- Schöpe, Pascal et al. (2007): Bedarfsgerechte Versorgungsplanung – Entwicklung eines Modells zur Bestimmung zwischenstandörtlicher Versorgungsbeziehungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden und bedarfsgerechten ambulanten vertragsärztlichen Versorgung, in: *Gesundheits- und Sozialpolitik* 61(9-10), 57–63.
- Schreyögg, Jonas (2019): Sektorenübergreifende Versorgung durch Versorgungsmanagement, in: Baas, Jens (Hg.): *Zukunft der Gesundheit: Vernetzt, digital, menschlich*, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgemeinschaft, 275–289.
- Schreyögg, Jonas/Farhauer, Oliver (2004): Die Reformfähigkeit der Sozialpolitik in Deutschland aus Sicht der ökonomischen Theorie der Pfadabhängigkeit, in: *Sozialer Fortschritt*, 53(10), 247–253.
- Schroeder, Wolfgang/von Winter, Thomas (2019): Korporatismus im deutschen Gesundheitssystem: Voraussetzungen, Bedingungen und Entwicklungen, in: *Sozialer Fortschritt*, 68(6-7), 477–496.
- Schubert, Klaus/Klein, Martina (2020): Korporatismus, in: *Das Politiklexikon*. 7., aktual. u. erw. Aufl. Bonn: Dietz.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2015): Gesundheitsbezogene und soziale Selbsthilfegruppen als bürgerschaftliches Engagement im sozialräumlichen Kontext kommunaler Daseinsvorsorge, in: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) e.V. (Hg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2015*. Gießen, 134–149.
- Schuppert, Gunnar F. (1998): Die öffentliche Verwaltung im Kooperationspektrum staatlicher und privater Aufgabenerfüllung: Zum Denken in Verantwortungsstufen, in: *Die Verwaltung* 31, 415–447.

- (2000): Verwaltungswissenschaft: Verwaltung, Verwaltungsrecht, Verwaltungslehre.
- (2001): Der moderne Staat als Gewährleistungsstaat, in: Schröter, Eckhard (Hg.): Empirische Policy- und Verwaltungsforschung. Lokale, nationale und internationale Perspektiven, Springer, 399–414.
- (2003): Staatswissenschaft. Baden-Baden: Nomos.
- (2005): Der Gewährleistungsstaat. Ein Leitbild auf dem Prüfstand, Baden-Baden. Seabrooke, Leonard (2011): US Power in International Finance. The Victory of Dividends, Houndmills et al.: Palgrave.
- Simon, Michael (2015): Lobbyismus in der Gesundheitspolitik, bpb, [online] www.bpb.de/e/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/200658/lobbyismus-in-der-gesundheitspolitik [abgerufen am 07.07.2023].
- (2017): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, Bern: Hogrefe.
- Skocpol, Theda (1985): Bringing the State Back In. Strategies of Analysis in Current Research, in: Evans, Peter B. et al. (Hg.): Bringing the State Back In, Cambridge: Cambridge UP, 3–38.
- SPD et al. (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP.
- Speicher sucht Arzt (2021): Information über die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft Ärzteversorgung des Stadtrates Speicher, Speicher sucht Arzt, 26.05.2021.
- (o.J.): Ärzte und Gesundheitsversorgung, Bestehend Ärzte- sowie Gesundheitsversorgung in Speicher, speichersuchtarzt [online] <http://speichersuchtarzt.de/aerzte-und-gesundheitsversorgung/>[abgerufen am 07.05.2023].
- (o.J.b): Stadt sucht (Haus) Arzt, Speicher hat (fast) alles!, speichersuchtarzt [online] http://speichersuchtarzt.de/wp-content/uploads/2021/03/Flyer_Arzt-1.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
- Spier, Tim/Strünck, Christoph (Hg.) (2018): Ärzteverbände und Ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden: Springer.
- Statistisches Bundesamt (1973): Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik 1972, Wiesbaden.
- (2022): Entwicklung der Einwohnerzahl im Landkreis Leer von 1995 bis 2021, statista [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1130969/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-im-landkreis-leer/>[abgerufen am 24.04.2023].
- (2023): Entwicklung der Einwohnerzahl im Altmarkkreis Salzwedel von 1995 bis 2021, statista [online] <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1186109/umfrage/entwicklung-der-gesamtbevoelkerung-im-altmarkkreis-salzwedel/#:~:text=Im%20Jahr%202021%20lag%20die,die%20Zahlen%20fast%20j%C3%A4hrlich%20gesunken> [abgerufen am 05.07.2023].
- Steinhäuser, J. et al. (2011): Lösungsansätze gegen den Allgemeinartzmangel auf dem Land – Ergebnisse einer Online-Befragung unter Ärzten in Weiterbildung, in Deutsche medizinische Wochenschrift (1964) 136(43-35), 1715–1719.
- Steinhäuser, J. et al. (2012): Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg, in: Gesundheitswesen 74(10), 612–617.

- Stinn, Thomas (2017): Die Gesundheitsregion als zukunftsfähiges Konzept für ländliche Räume: Raumrelevante Handlungsstrategien im Kontext regionaler Gesundheitsversorgung, Münster: LIT Verlag.
- Streeck, Wolfgang (1994): Staat und Verbände, Wiesbaden: Springer.
- Streeck, Wolfgang/Thelen, Kathleen (2005): Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies, Oxford: Oxford UP.
- Strübing, Jörg (2018): Qualitative Sozialforschung: Eine komprimierte Einführung, Berlin/Boston: De Gruyter.
- Stukenberg, Timo (2015): Datenanalyse zum Ärztemangel. Örtlich betäubt, in: SPIEGEL vom 21.01.2015 [online] <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/landarzt-datenanalyse-zum-mangel-wo-aerzte-fehlen-a-1013906.html> [abgerufen am 04.07.2023].
- Süllow, Bernd (1982): Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung als korporatistische Einrichtung. Europäische Hochschulschriften: Reihe 31, Politikwissenschaft, Bd. 38, Frankfurt a.M./Bern.
- Sundmacher, L. et al. (2019): Ausblick auf eine sektorenübergreifende Bedarfsplanung der ambulanten Versorgung, in: Baas, Jens (Hg.): Zukunft der Gesundheit: Vernetzt, digital, menschlich, Berlin, 173–189.
- Sundmacher, Leonie/Ozegowski, Susanne (2016): Regional distribution of physicians: the role of comprehensive private health insurance in Germany, in: The European journal of health economics 17 (4), 443–451.
- SWR (2023): Ärztemangel auf dem Land. Ärztegenossenschaft Medicus in der Eifel insolvent. Praxen dennoch gerettet, vom 04.07.2023, swr [online] <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/trier/aerztegenossenschaft-medicus-in-der-eifel-insolvent-100.html> [abgerufen am 08.07.2023].
- Tangermann, Ulla et al. (2019): Hausärztliche Versorgungssituation und Einführung neuer Versorgungsformen in schwer zu versorgenden Regionen: Eine Befragung der Bevölkerung, in: Gesundheitswesen 81 (6), 498–504.
- Theres, Mathä (2021): Ärztemangel? Eine Systematisierung, Masterarbeit an der Johannes Kepler Universität Linz, epub [online] abrufbar unter: <https://epub.jku.at/obvuihs/download/pdf/6235192?originalFilename=true> [abgerufen am 04.07.2023].
- Thomsen, Stephan et al. (2020): Ärztebedarf in Niedersachsen 2035. Modellrechnungen zur Sicherstellung einer flächendeckenden vertragsärztlichen Versorgung im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen. Studie im Auftrag der KVN, Hannover.
- Toens, Katrin/Benz, Benjamin (2019): Schwache Interessen? Politische Beteiligung in der Sozialen Arbeit, Weinheim: Beltz Juventa.
- Töller, Annette E. (2003): Warum kooperiert der Staat? Politische Steuerung durch Umweltvereinbarungen, in: Grande, Edgar/Prätorius, Rainer (Hg.): Politische Steuerung und neue Staatlichkeit, Baden-Baden: Nomos, 155–188.
- Traue, Boris et al. (2019): Diskursanalyse, in: Baur, Nina/Blasius, Jörg (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Wiesbaden: Springer, 565–583.
- Ulrich, Lisa et al. (2018): Strategien zur Verbesserung der regionalen hausärztlichen Versorgung – Das Konzept der lokalen Zukunftswerkstätten in Rheinland-Pfalz, in:

- Pfannstiel, Mario A. et al. (Hg.): Management von Gesundheitsregionen IV, Bd. 92, Wiesbaden: Springer, 77–88.
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende, WZB Discussion Paper No. P 01–206. Berlin.
- (2005): Wettbewerbskorporatismus und soziale Politik. Zur Transformation wohlfahrtsstaatlicher Politikfelder am Beispiel der Gesundheitspolitik, Studie 21 der Forschungsgruppe Europäische Integration (FEI), uni-marburg [online] <https://www.uni-marburg.de/de/fb03/politikwissenschaft/fachgebiete/politische-oekonomie-der-brd-und-der-europaeischen-integration/s21.pdf> [abgerufen am 24.04.2023].
- van den Berg, Neeltje et al. (2015): Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 58, 367–373.
- Vaske, Sebastian (2016): Die freie Wohlfahrtspflege als politischer Akteur im modernen Sozialstaat. Ein Beitrag zum Wandel der Inkorporierung von Wohlfahrtsverbänden in die staatliche Sozialpolitik, Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) (2021): PKV in Zahlen, pkv [online] https://www.pkv.de/fileadmin/user_upload/PKV/3_PDFs/Publikationen/PKV_in_Zahlen_2021.pdf [abgerufen am 04.07.2023].
- Verspohl, Ines (2012): Health care reforms in Europe. Convergence towards a market model? Baden-Baden: Nomos.
- Voelzkow, Helmut (2021): Neokorporatismus, in: Andersen, Uwe et al. (Hg.): Handwörterbuch des politischen Systems der Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden: Springer, 649–651.
- Vogel, Berthold (2007): Die Staatsbedürftigkeit der Gesellschaft, Hamburg: Hamburger Edition.
- Vogelsbergkreis (2015): Gesundheitsversorgung zukunftssicher gestalten, Dokumentation der zweiten Vogelsberger Gesundheitskonferenz am 23.09. 2015, promediare [online] https://promediare.files.wordpress.com/2016/03/dokumentation-gesundheitskonferenz_150923_160312.pdf [abgerufen am 08.07.2023].
- (2017): 3. Gesundheitskonferenz: Ärztliche Versorgung zukunftssicher gestalten – Gemeinsame Suche nach dem Vogelsberger Weg, Kreisausschuss des Vogelsbergkreises, Pressemitteilung, 12.05.2017, lifep [online] <https://www.lifep.de/pressemitteilung/kreisausschuss-des-vogelsbergkreises/3-Gesundheitskonferenz-Aerztliche-Versorgung-zukunftssicher-gestalten-Gemeinsame-Suche-nach-dem-Vogelsberger-Weg/boxid/652358> [abgerufen am 25.05.2023].
- (2019): Innovative Versorgungsformen für den Vogelsbergkreis, Zweites Gesundheitsforum, 21.8.2019, Vogelsbergkreis, alt.vogelsbergkreis [online] https://alt.vogelsbergkreis.de/fileadmin/user_upload/Gesundheitsamt/Gesundheitsamt/Dokumentation_2._Vogelsberger_Gesundheitsforum.pdf [abgerufen am 07.05.2023].
- von Alemann, Ulrich (2002): Vom Korporatismus zum Lobbyismus?, in: APuZ 26–27/2000.
- von Stillfried, Dominik/Czihal, Thomas (2018): Weiterentwicklung der Bedarfsplanung: Herausforderungen aus Sicht der vertragsärztlichen Versorgung, in: Die Welt der Krankenversicherung, 7(2-3), 36–42.

- von Stillfried, Dominik et al. (2011): Leistungsverlagerungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten – Ein Beitrag zur Methodik der Messung von Verlagerungseffekten und grobe Abschätzung der Bedeutung«, in: *Gesundheitswesen* 73(3), 124–133.
- von Winter, Thomas (2022): Starke als Fürsprecher von Schwachen? Verbände und Patienteninteressen in der Gesundheitspolitik, in: *WSI-Mitteilungen* 75(1), 45–56.
- von Winter, Thomas/Willems, Ulrich (2000): Die politische Repräsentation schwacher Interessen. Anmerkungen zum Stand und zu den Perspektiven der Forschung, in: Willems, Ulrich/von Winter, Thomas (Hg.): *Politische Repräsentation schwacher Interessen*, Wiesbaden: Springer, 9–36.
- (2009): Zum Wandel der Interessenvermittlung in Politikfelder. Zentrale Befunde aus der Verbände- und der Policy-Forschung, in: Rehder, Britta et al. (Hg.): *Interessenvermittlung in Politikfeldern: Vergleichende Befunde der Policy- und Verbändeforschung*, Wiesbaden: Springer, 9–29.
- Wasserman Stanley/Faust Katherine (1994): *Social network analysis: methods and applications*, Cambridge: Cambridge UP.
- Weichlein, Siegfried (2007): Max Weber, der moderne Staat und die Nation, in: Anter, Andreas/Breuer, Stefan (Hg.): *Max Webers Staatssoziologie. Positionen und Perspektiven*, Baden-Baden: Nomos.
- Weilert, Katarina (Hg.) (2015): *Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat*, Baden-Baden.
- Weinhold, Ines/Gurtner, Sebastian (2018): Rural-urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care, in: *Social Science & Medicine* 212, 76–85.
- Weinhold, Ines/Wende, Danny (2018): Instrumente und Herausforderungen der Bedarfs- und Verteilungsplanung in Gesundheitsregionen, in: Pfannstiel, Mario A. et al. (Hg.): *Management von Gesundheitsregionen IV*, Bd. 92. Wiesbaden: Springer, 1–20.
- Weishaupt, Timo J. et al. (2013): Editorial: Der Umbau des Wohlfahrtsstaates in Krisenzeiten: Institutioneller Wandel in Deutschland im internationalen Vergleich, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 59(3), 279–290.
- Westoverledingen (2018): Öffentliches Protokoll der 4. Sitzung des Ausschusses für Jugend, Senioren und Soziales am Dienstag, 13.03.2018, westoverledingen.ratsinfomanagement [online] https://westoverledingen.ratsinfomanagement.net/sdnetrim/UGhVMohpdzNXNFdFcExjZQ6mCSLArz3DPEBCc_BSHvfs7GdZ68adPoYoLz-5ZN4d/Oeffentliches_Protokoll_Ausschuss_fuer_Jugend-_Senioren_und_Soziales_13.03.2018.pdf#search=Klaa%C3%9Fen [abgerufen am 30.04.2023].
- (2019): Öffentliches Protokoll der 13. Sitzung des Hochbauausschusses am Donnerstag, 09.05.2019, westoverledingen.ratsinfomanagement [online] https://westoverledingen.ratsinfomanagement.net/sdnetrim/UGhVMohpdzNXNFdFcExjZbpYq5fLYon3LOB_8q-YIQkegrxzkFXjgphpY8UwMuEm/Oeffentliches_Protokoll_Hochbauausschuss_09.05.2019.pdf#search=Ostholfhoff [abgerufen am 30.04.2023].
- Wiegandt, Claus-Christian/Krajewski, Christian (2020): Einblicke in ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung, in: Krajewski, Cristian/Wiegandt, Claus-Christian (Hg.): *Land in Sicht. Ländliche Räume in Deutschland zwischen Prosperität und Peripherisierung*, Bonn: bpb, 12–31.

- Willems, Ulrich/von Winter, Thomas (Hg.) (2000): Politische Repräsentation schwacher Interessen, Opladen: Leske + Budrich.
- Winter, Sebastian (2020): Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Die Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge, unveröffentlichtes Dissertation, Kaiserslautern.
- Ziegler, Stine et al. (2017): Berufliche Präferenzen bezüglich Versorgungssektor und Position von Ärztinnen und Ärzten nach vierjähriger fachärztlicher Weiterbildung, in: Deutsche medizinische Wochenschrift (1946) 142(12), e74-e82.
- Zm online (11.08.2016): Mit dem Patientenbus gegen den Ärztemangel, in: zm online [online] <https://www.zm-online.de/news/detail/mit-dem-patientenbus-gegen-den-aerztemangel> [abgerufen am 31.10.2023].

Anhänge

DNA-Kodierschema nach Kategorien mit Beispielen

Kategorie 1: Problem und Ursache

Konzept	Erläuterung (im Falle der Zustimmung)
Abwälzen	Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung wird intentional auf die kommunale Ebene abgewälzt.
ÄM = Systembelastung	Der Ärztemangel belastet andere Bereiche des Gesundheitssystems, etwa die Pflege.
Ärztemangel (kommt)	Es gibt einen Ärztemangel oder dieser steht kurz bevor.
Betroffenheit ländlicher Raum	Es besteht eine besondere Betroffenheit des ländlichen Raums für ärztliche Versorgungsdefizite.
Betroffenheit Alte	Es besteht eine besondere Betroffenheit von älteren Menschen unter den Versorgungsdefiziten zu leiden.
Herausforderung Ansprüche Patient:innen	Die Ansprüche der Patient:innen sind (mit-)ursächlich für den Ärztemangel.

Kategorie 2: Lösung

Konzept	Erläuterung
(AM-)Image stärken	Das Image der Allgemeinmedizin muss gestärkt werden, um die hausärztliche Versorgung zu stärken.
Aus- und Weiterbildungsverbund	Ein Aus- und Weiterbildungsverbund kann lokale Versorgungsdefizite verhindern/abmildern.
Digitalisierung	Die Digitalisierung des Gesundheitswesens kann ärztliche Behandlungskapazitäten freisetzen.
Gesundheitskonferenz	Gesundheitskonferenzen tragen zur Lösung lokaler Versorgungsprobleme bei.
Komm. MVZ	Ein kommunal getragenen MVZ ist eine adäquate Lösung für den Ärztemangel.
KV-Eigeneinrichtung	Eine KV-Eigeneinrichtung kann die Versorgung in einer betroffenen Region stabilisieren.
Mobilitätskonzept	Um dem Ärztemangel zu begegnen, braucht es Mobilitätskonzepte für die betroffenen Bürger:innen.

Kategorie 3: Akteurspositionierung und Verantwortung

Konzept	Erläuterung
Bund in Verantwortung	Der Bund trägt die Verantwortung für die Sicherung der ärztlichen Versorgung.
Kapazitätsgrenze Kommune	Die Kapazitäten der Kommunen schränken ihre Handlungsspielräume bedeutend ein.
Kommune in Verantwortung	Die Kommune trägt die Verantwortung für die Sicherung der ärztlichen Versorgung.
Kreis in Verantwortung	Der Kreis trägt die Verantwortung für die Sicherung der ärztlichen Versorgung.
KV in Verantwortung	Der Sicherstellungsauftrag verpflichtet die KV zur Gewährleistung einer wohnortnahen ärztlichen Versorgung.
Land in Verantwortung	Das Land trägt die Verantwortung für die Sicherung der ärztlichen Versorgung.

Teilstandardisierter Interviewleitfaden

I Problemwahrnehmung/-verortung im (Arbeits-)Alltag

Berichten Sie, in welcher Funktion/aus welcher Betroffenheit Sie sich mit der ärztlichen Versorgung befassen?

Präzisieren Sie bitte die Problemlage. Wer ist von den Versorgungsdefiziten betroffen? Wie drückt sich diese Betroffenheit aus? Wie nehmen Sie die Ungleichheiten im Zugang zur ärztlichen Versorgung wahr? Welche Bedingungen müssen für eine angemessene Versorgung gegeben sein?

II Strukturen und politisch-institutionelle Bearbeitung

Worin liegen Ihres Erachtens die Gründe für die Probleme in der ärztlichen Versorgung?

Fühlen Sie sich adäquat adressiert? An wen richten Sie ihre Forderungen und mit welcher Begründung fordern Sie (mehr) Engagement ein?

Verfügen Sie Ihres Erachtens über ausreichend Ressourcen und Instrumente, um Ihrem Anliegen gerecht werden zu können? Inwiefern trifft dies auf andere Akteure zu?

Erwiesen sich die Gesundheitsreformen der letzten Jahre vor Ort als wirksam? Inwiefern hat die Kommune diese auszuschöpfen versucht? Welche Maßnahmen wurden vor Ort ergriffen?

III (Konfliktvolle) Aushandlungsprozesse und Akteure

Beschreiben Sie Ihre Initiative zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgung vor Ort. Welche Erfolge konnten Sie erzielen? Wo liegen Schwierigkeiten in der Umsetzung ihrer Vorhaben?

Mit welchen Akteuren arbeiten Sie zusammen? Wo bestehen im lokalen Kontext erfolgreiche Kooperationen? Welche Gelingensbedingungen kennen Sie?

Bestehen lokal Spannungen zwischen Akteuren? Worin sind diese begründet? Wie gehen Sie mit Kritik/Ablehnung um? Wie reagieren andere Akteure auf Ihre Kritik?

Sind diese Spannungslinien situativ oder gehen sie von gewachsenen Spannungen aus? Wenn zweiteres zutrifft, worin liegen Ihres Erachtens die Gründe Ihrer Divergenzen?

IV Lösung unter dem Einfluss der Zivilgesellschaft

An welche Stelle richten sich Ihre Forderungen? Weshalb gehen Sie davon aus, dass diese Stelle verantwortlich/kompetent/zuständig ist? Wie reagiert der Adressat auf Ihr Anliegen und Ihre Forderungen? Wie gesprächs- und kooperationsbereit empfinden Sie ihn? Bleibt die Zusammenarbeit (un-)problematisch?

Wie nehmen sie den Staat in dieser Konstellation wahr? Wo liegt seine Verantwortung und wo seine Kompetenz? Wie schätzen sie seine Kapazitäten ein?

Wie treten Betroffene in den lokalen öffentlichen Räumen und im politischen Prozess auf? Was fordern sie? Bekommen Sie Gehör/Wie reagieren Sie auf diese Forderungen?

Abfrage des wahrgenommenen zivilgesellschaftlichen Einflusses in spezifischen regionalen Kontexten, etwa kommunalen Gesundheitskonferenzen, Bürgerdialogen, runden Tischen, Protesten, ...

Interviewdaten

In-Text Referenz	Akteur	Datum
Landkreis Leer, Niedersachsen		
Interview LL I	KV Niedersachsen	23.04.2021
Interview LL II	SPD Niedersachsen	26.04.2021
Interview LL III	Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund	06.05.2021
Interview LL IV	Wachstumsregion Ems-Achse	12.05.2021
Interview LL V	Bürgermeister:in I	17.05.2021
Interview LL VI	Bürgermeister:in II	19.05.2021
Interview LL VII	Kreisgesundheitsamt Leer	20.05.2021
Interview LL VIII	Allgemeinmediziner:in I	26.05.2021
Interview LL IX	Allgemeinmediziner:in II	18.06.2021
Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg		
Interview PM I	Kreistagsabgeordnete:r I	09.06.2021
Interview PM II	Allgemeinmediziner:in	19.10.2021
Interview PM III	Kreistagsabgeordnete:r II	16.11.2021
Interview PM IV	Landkreis Potsdam-Mittelmark	26.11.2021
Interview PM V	Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg	01.12.2021
Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz		
Interview EKBP I	Unternehmensberatung	25.11.2021
Interview EKBP II	Eifelkreis Bitburg-Prüm	14.12.2021
Interview EKBP III	Bürgermeister:in	11.02.2022
Interview EKBP IV	Stadträt:in	19.02.2022
Vogelsbergkreis, Hessen		
Interview VBK I	Vogelsbergkreis	13.07.2022

In-Text Referenz	Akteur	Datum
Interview VBK II	KV Hessen	20.07.2022
Interview VBK III	Allgemeinmediziner:in I	27.07.2022
Interview VBK IV	Bürgermeister:in	19.09.2022
Interview VBK V	Abteilung Gesundheitspolitik des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration	13.10.2022
Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt		
Interview AKSW I	Geschäftsführung KV Sachsen-Anhalt	11.11.2022
Interview AKSW II	Altmarkkreis Salzwedel	10.11.2022
Interview AKSW III	Bürgermeister:in I	10.11.2022
Interview AKSW IV	Allgemeinmediziner:in	29.11.2022
Interview AKSW V	Bürgermeister:in II	12.12.2022
Landkreis Ansbach, Bayern		
Interview LKA I	KV Bayern/Bayerischer Hausärzterverband	30.11.2022
Interview LKA II	Gesundheitsregion Plus Ansbach	11.01.2023
Interview LKA III	Allgemeinmediziner:in	15.02.2023
Interview LKA IV	Bürgermeister:in I	21.02.2023
Interview LKA V	Bürgermeister:in II	22.02.2023

Index

A

AG, *siehe* Arbeitsgruppe
AOK, *siehe* Allgemeine Ortskrankenkasse
AZ, *siehe* Altmark Zeitung

B

BÄK, *siehe* Bundesärztekammer
BBSR, *siehe* Bundesinstituts für Bau-,
Stadt- und Raumforschung
BR, *siehe* Bayerischer Rundfunk

C

CDU, *siehe* Christlich Demokratische
Union Deutschlands

D

DHV, *siehe* Deutscher Hausarzt Service
DRK, *siehe* Deutsches Rotes Kreuz

G

G-BA, *siehe* Gemeinsamer
Bundesausschuss
GKV, *siehe* Gesetzliche
Krankenversicherung
GZ, *siehe* Gesundheitszentrum

H

HzV, *siehe* Hausarztzentrierte Versorgung

K

KBV, *siehe* Kassenärztliche
Bundesvereinigung
KiTa, *siehe* Kindertagesstätte
KV, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
KV RLP, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Rheinland-Pfalz
KVB, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Bayern
KVBB, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg
KVH, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Hessen
KVN, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen
KVSA, *siehe* Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen-Anhalt

L

LKT, *siehe* Landkreistag

M

MAZ, *siehe* Märkische Allgemeine Zeitung
MVZ, *siehe* Medizinisches
Versorgungszentrum

N

NB, *siehe* Nordbayern

NC, *siehe* numerus clausus

NSGB, *siehe* Niedersächsischer Städte-
und Gemeindebund

O

OECD, *siehe* Organisation for Economic
Co-operation and Development

OHZ, *siehe* Oberhessische Zeitung

ÖPNV, *siehe* Öffentlicher
Personennahverkehr

OZ, *siehe* Ostfriesen-Zeitung

P

PKV, *siehe* Private Krankenversicherung

PNN, *siehe* Potsdamer Neueste
Nachrichten

R

RVZ, *siehe* Regionales

Versorgungszentrum

S

SPD, *siehe* Sozialdemokratische Partei
Deutschland

SVR-G, *siehe* Sachverständigenrat zur
Begutachtung der Entwicklungen im
Gesundheitswesen

T

TV, *siehe* Trierischer Volksfreund

V

VG, *siehe* Verbandsgemeinde

VS, *siehe* Volksstimme

W

WIdO, *siehe* Wissenschaftliches Institut
der AOK

Andrea Futterer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Tübingen.

