

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 dünnnt 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 »Ärzteschwemme«. 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. Fülop 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 überversorgt 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 Hausarztemangel 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 flächen-deckenden 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 Unstädten 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 zusätzlichen 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 Infrastrukturnetzen 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 communal 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) unversorgten 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 zusitzenden 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 unversorgte 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 unversorgt. 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 Aufälligkeit 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 zugesetzt 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 erklärbungsbedürftig. 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, dürfen 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 Erfolgschancen 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-(Civil-)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.

