

2 Gegenstandserläuterungen und Forschungslage

Die Problematisierung und politisch-institutionelle Bearbeitung des Landarztmangels können nur vor dem Hintergrund der Beschaffenheit des deutschen Gesundheitssystems gewinnbringend durchdringen 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 Wohlfahrtstaatsforschung von stärker steuerfinanzierten Modellen. In Großbritannien und den skandinavischen Ländern ist das Sozialsystem auf die Bedürfnisse der Leistungsbeziehenden ausgerichtet. Der geläufigen Klassifikation von Wohlfahrtstaaten 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 Institutionengefuges 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 GG¹), 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 Krankenassen 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 einzuzgrenzen. 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.

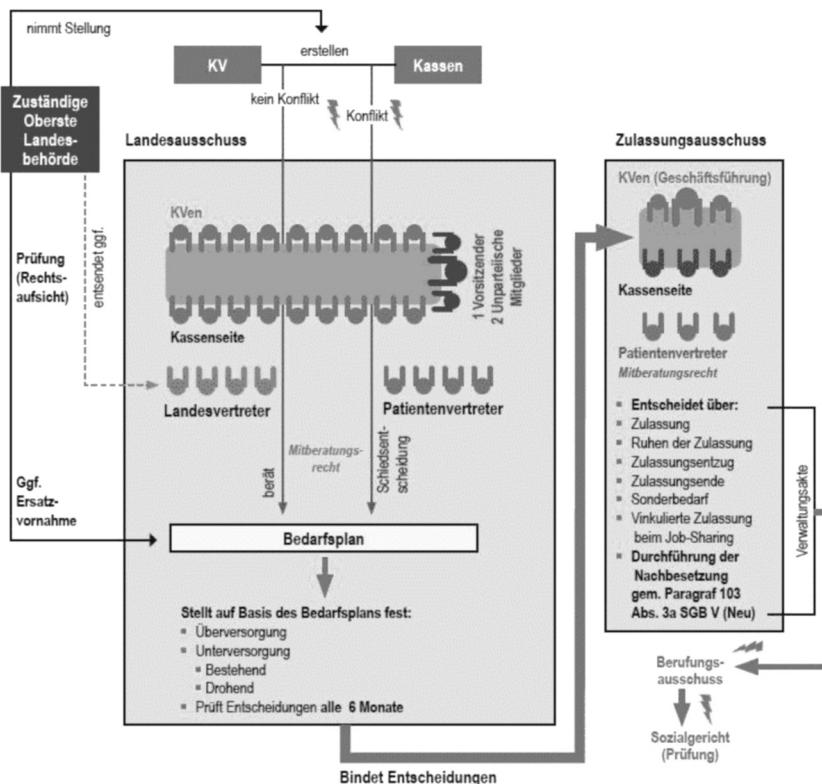
Im Rahmen der folgenden Gesetze zur sogenannten »strukturkonservierenden Kostendämpfung« zielte der Bundesgesetzgeber darauf ab, die Ausgaben der GKV an ihre Einnahmen anzupassen, insbesondere um die Lohnnebenkosten niedrig zu halten. Das Primat der Beitragssatzstabilität war geboren. Hierfür wurden unter anderem Leistungsausgaben begrenzt, Wirtschaftlichkeitsprüfungen eingeführt und die Privatisierung von Behandlungskosten ausgebaut. Mitunter strich der Gesetzgeber Behandlungen gänzlich aus dem Leistungskatalog. Als bald 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 Kostendämpfungspolitik kam ohne substanzelle 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 Landesausschüsse 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 beplant. 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 unversorgte 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 Landesauschuss 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 einzutreten. 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 Versorgerebene 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 einnahmeeorientierte 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 Enquête-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 *corporatus*, 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 gewonnenen Konsens eine gewisse Akzeptanz (Grzesick 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 Neo-Korporatismus 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 Lehmbruchs (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 Sachverständ 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 Kontingent 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 vormals 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 Rahmensexzung 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 beschnürt die Spielräume der tradierten Akteure in der Interessenvermittlung. Zudem erscheinen die Erfolgsausichten 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 erkläруngsbedürftig. 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 Medizinsoziole 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 erklärbungsbedürftig. 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 artikulationsfähige 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 Verbundseinflusses 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 Interessengruppen 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 Interessengruppen 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 vermehr 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; Luthe 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 unversorgten 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, verpflichtende reg. Zuschläge in unversorgten 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. Kuhlmeij/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. Mühlbacher/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 Bezuggröße der Bedarfsplanung erweise sich bereits seit Anfang der 2000er Jahre als ungeeignet zur Versorgungssicherung (vgl. Schöpe et al. 2007; Fülop 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 Krankenassen 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 finanziellseitigem Worst-Case- und wachstumsseitigen Best-Case-Erwartungen« (2010: 7). Gerlinger und Sauerland ergänzen, gesundheitsökonomische Analysen seien explizit auch normativ ausgerichtet und zielen 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 überversorgten 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 Landräte: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 Landräte: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 selben 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/Hämäl 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/Hämäl 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 Berührungsängsten 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 wohnortnahmen 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 aktiver 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; Weinhold/Wende 2018), Gesundheitskonferenzen (vgl. Hollederer 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 Empfehlungskarakter, sodass sie im tradierten Regulierungsgefüges 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 Patientenmobilien 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.