

Auf dem Weg zu einer kommunalen Gewährleistungsverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung

Andrea Futterer

1 Elemente einer schleichenden Politisierung

Die ambulante medizinische Versorgung steht insbesondere ›auf dem Land‹ vor großen Herausforderungen. Die Lage wird sich aller Voraussicht nach weiter verschärfen. Ursächlich sind sowohl der Wegzug junger Menschen aus strukturschwachen, ländlich geprägten Regionen als auch der demografische Wandel. Beides erhöht den Druck auf das Arbeitszeitvolumen der Ärzteschaft, vor allem der Hausärzt:innen. Diese sind im Schnitt älter als ihre Kolleg:innen aus anderen Fachbereichen. Eine Ruhestandswelle steht an. Der allgemeinmedizinische Nachwuchs ist nicht in gleichbleibendem Maße bereit, als ›Einzelkämpfer:in‹ tätig zu sein. Vielmehr fordern junge niederlassungswillige Ärzt:innen flexible Arbeitsverhältnisse, Teamarbeit, attraktive Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie Lebens- und Betreuungsangebote für sich und ihre Familien. Zudem schmälert die geringere Möglichkeit, Einnahmen über private Zusatzleistungen erzielen zu können, die Attraktivität einer Niederlassung in einer strukturell benachteiligten, ländlichen Region.

Die bundesweit punktuell auftretenden Versorgungsprobleme verweisen auf eine mangelhafte Verteilung der hausärztlich tätigen Ärzt:innen in der Fläche. Schließlich gilt der Großteil der hausärztlichen Planungsbereiche als regelversorgt (vgl. KBV 2021). Die Zahl der Vertragsärzt:innen steigt seit den 1990er Jahren an (vgl. Simon 2017: 160) und auch die Zahl überversorger Gebiete wird größer (vgl. Klose/Rehbein 2011). Allerdings ist der absolute Anteil der Hausärzt:innen innerhalb aller Facharztgruppen rückläufig (vgl. Kopetsch 2010). Und kleinräumige Betrachtungen der hausärztlichen Versorgungsbereiche zeigen regionale Disparitäten in der Niederlassung.

Die skizzierten Entwicklungen werfen Fragen der lokalen Problemwahrnehmung und kommunalen Aufgabeninterpretation in diesen Regionen auf. Einige wenige Befragungen erfassten in den vergangenen zehn Jahren die Perspektive der

Bürgermeister:innen und vereinzelt der Landrät:innen auf die genannten Sicherstellungsprobleme in Baden-Württemberg, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen. Die befragten Lokalvertreter:innen nehmen die hausärztliche Versorgung vor allem als kommunalen Standortfaktor wahr. Ein beachtlicher Anteil interpretiert die Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung als kommunale Aufgabe. Geografisch changiert diese Einschätzung: Während in Baden-Württemberg mehr als 90 Prozent der Befragten die Versorgung mit Vertragsärzt:innen als eine kommunale Aufgabe sehen (vgl. Steinhäuser et al. 2012), interpretieren dies nur 45 Prozent der sachsen-anhaltinischen Kommunalpolitiker:innen so (vgl. Barthen/Gerlinger 2016). Bürgermeister:innen und Landrät:innen in Niedersachsen sind zu 64 Prozent mit der Versorgungslage zufrieden, sehen jedoch auch zu 69 Prozent einen kommunalen Unterstützungsbedarf und geben mit 72 Prozent Hindernisse bei der Umsetzung kommunaler Initiativen an (vgl. Kuhn et al. 2018).

Im vorliegenden Beitrag werden die lokalen Diskurse in sechs Landkreisen analysiert, die von Sicherstellungsproblemen betroffenen sind. Die lokale Politisierung des ›Landarztmangels‹ muss vor dem Hintergrund der oben genannten Studien eingeordnet werden. Dennoch liefert die in den Landkreisen diskutierte und durchaus problematisierte Verantwortung des lokalen Staats, den ›Landarztmangel‹ zu bekämpfen, hilfreiche Erkenntnisse zur Operationsweise des ambulanten Sektors. Zu den Fallregionen zählen der Landkreis Leer in Niedersachsen, der Landkreis Potsdam-Mittelmark in Brandenburg, der Eifelkreis Bitburg-Prüm in Rheinland-Pfalz, der Vogelsbergkreis in Hessen, der Altmarkkreis Salzwedel in Sachsen-Anhalt und der Landkreis Ansbach in Bayern. Sie wurden ausgewählt, weil Berichte betroffener Bürger:innen in der Lokalpresse abgedruckt, Entwicklungen in den Versorgungszahlen öffentlich problematisiert werden und die zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie die Lokalpolitik zu den Praxisschließungen Stellung beziehen. Wie die lokalstaatliche Verantwortung begründet wird, ob Maßnahmen ergriffen werden und inwiefern diese erfolgreich sind, bleibt kontextabhängig. Es kann in diesem Beitrag nicht erschöpfend auf diese Kontextbedingungen eingegangen werden, vielmehr wird auf Entwicklungen abgehoben, die sich in den Landkreisen vergleichen lassen.

Es stellt sich in diesem Sinne die Frage, wie sich die lokale Politisierung des ›Landarztmangels‹ in den sechs Landkreisen vollzieht. Eine öffentliche, vor allem lokale Gewährleistungsverantwortung ist vor dem Hintergrund der fehlenden Kompetenzen erklärbungsbedürftig. Ihr Zustandekommen gilt es vor dem Hintergrund der Beziehung zwischen Staat, Ärzteverbänden und Gesellschaft zu entschlüsseln. Die Leitthese des Beitrags lautet: Der lokale Staat wird in seiner zunächst diskursiv konstruierten Gewährleistungsverantwortung aktiviert. Insbesondere Bürgermeister:innen sehen sich mit der Forderung konfrontiert die Versorgung der Wohnbevölkerung zu gewährleisten. Um die Leitfrage des Beitrags zu beantworten, werden die Faktoren herausgearbeitet, die auf die Politisierung

des ›Landarztmangels‹ Einfluss nehmen. Insbesondere wenn die ambulante medizinische Versorgung als soziale Infrastruktur begriffen und diskutiert wird, rückt der territoriale Bezug des ›Landarztmangels‹ in den Fokus. Eben diese Territorialität ist im System gesellschaftlicher Selbstregulierung nicht ausreichend adressiert. Entsprechend wehren die KVen Forderungen aus der lokalen Wohnbevölkerung ab und ringen die Kommunalpolitiker:innen um eine adäquate Positionierung im öffentlichen Diskurs. Es wird in diesem Sinne von einer ›schleichenden Politisierung‹ ausgegangen: ›Schleichend‹ ist sie, weil die Kommunen bemüht agieren aber keine Kompetenzen innehaben, weil sie auf die mangelnde Initiative der zuständigen Akteure reagieren und mitunter die an sie herangetragenen Forderungen einer Verantwortungsübernahme abzuwehren versuchen. Die Problem- und Bürger:innen-nähe erschwert es den Kommunalvertreter:innen jedoch, sich dem öffentlichen Diskurs zu entziehen.

Nachfolgend gilt es zunächst die strukturierenden Elemente des Gesundheitswesens auszumachen, um die politisch-institutionellen Verantwortungsräume zu benennen (Kapitel 2). Anschließend werden die Modi der Politisierung anhand der prominenten Argumente und Bedeutungszuschreibungen empirisch dargelegt, weitere Einflussfaktoren der Politisierung herausgearbeitet (Kapitel 3) und ihre Effekte auf die lokalen Akteurskonstellationen nachgezeichnet (Kapitel 4). Schließlich werden die Ergebnisse mit Blick auf die Versorgungssicherung diskutiert (Kapitel 5).

2 Verantwortungsfragen im Wettbewerbskorporatismus

Für einen Großteil der Bürger:innen in der Bundesrepublik herrscht eine Krankenversicherungspflicht. Rund 90 Prozent der Bürger:innen sind gesetzlich versichert. Da die Versicherten ihr Krankheitsrisiko gemeinsam tragen, gilt die Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) als ein Solidarsystem, in dem für alle Versicherten weitreichend gleiche Sach- und Dienstleistungen erbracht werden. Die Leistungen werden zum überwiegenden Teil aus Sozialversicherungsbeträgen finanziert und öffentlich reguliert. In der GKV, die in ihrer Grundstruktur schon seit ihrer Einführung im Deutschen Kaiserreich besteht, wurden hierfür die Ärzt:innen als Leistungserbringer und die Krankenkassen als Kostenträger vom Staat als Körperschaften öffentlichen Rechts verfasst. So konnten sie mit der Erfüllung öffentlicher Aufgaben betraut werden. Die GKV kennt zwei getrennte Versorgungsektoren mit je unterschiedlicher Organisation. Das Regulierungssystem des ambulanten Sektors gilt als wesentlicher Bestandteil der staatlichen Organisierung sozialer Sicherheit, auch weil die intermediären Akteure, die Körperschaften der Vertragsärzt:innen und der Krankenkassen, gemeinwohlrelevante Aufgaben erfüllen.

Die Rahmenbedingungen der ambulanten Gesundheitsversorgung und ihrer Leistungen werden gesundheitspolitisch reguliert und im Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) kodifiziert. Das Prinzip der Selbstverwaltung spielt eine gewichtige Rolle im deutschen Gesundheitswesen. Die soziale Selbstverwaltung beschreibt das vielfach modernisierte (vgl. Klenk 2008) interne Organisationsprinzip der Kassenverbände. Im Sinne des Prinzips der gemeinsamen Selbstverwaltung verhandeln die Kassenverbände die Versorgungsdetails mit den Verbänden der Vertragsärzteschaft. Ambulante Versorgungsleistungen werden überwiegend von Fachärzt:innen in privat getragenen Praxen erbracht. Um gesetzlich Versicherte behandeln zu können, sind die Mediziner:innen als Vertragsärzt:innen in den ebenfalls körperschaftlich organisierten KVen pflichtmäßig Mitglied. Zu den kollektivvertraglichen Verhandlungen treten die Dachverbände der KVen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, und der Krankenkassen, der GKV-Spitzenverband, auf Bundesebene im höchsten Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, dem Gemeinsamen Bundesauschuss (G-BA) zusammen. Der G-BA konkretisiert im Rahmen untergesetzlicher Normen die Bestimmungen der Gesundheitsreformen. Auf Ebene der Bundesländer handeln die Länder-KVen mit den Kassen in paritätisch besetzten Gremien Verträge aus, um die Versorgung, Organisation und Vergütung regional auszugestalten. Das Regulierungssystem bestimmt in hohem Maße die Leistungen, Akteursbeziehungen und Prozessabläufe, die sowohl die Vertragsärzt:innen als auch die Versicherten in ihrem Handeln binden.

Die gemeinsame Selbstverwaltung unterliegt der Rechtsaufsicht durch die zuständigen staatlichen Behörden. Sowohl das Bundesgesundheitsministerium als auch die zuständigen Ministerien in den Bundesländern überprüfen, ob die Körperschaften bei der Ausübung ihrer Aufgaben geltendes Recht beachtet haben. Sie können zum Instrument der Ersatzvornahme greifen, beispielsweise wenn sich die Mitglieder eines Ausschusses der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht fristgerecht einig werden. Darüber hinaus führen das Bundesamt für Soziale Sicherung oder die obersten Landesbehörden die Aufsicht über die gesetzlichen Krankenkassen.

Das prominente Selbstverwaltungselement des ambulanten Sektors bedeutet nicht, dass der Staat sich aus der Gestaltung des Gesundheitssystems heraushält. Ganz im Gegenteil bestimmt er die ordnungspolitischen Leitplanken der GKV im Rahmen von Gesundheitsreformen. Der Gesetzgeber delegiert jedoch die Regelung von Detailfragen an die gemeinsame Selbstverwaltung, wobei das SGB V die Rechtsgrundlage bildet. Die gemeinsame Selbstverwaltung gilt als »mittelbare Staatsverwaltung«, wonach die Regulierung von einer unmittelbaren staatlichen Regulierung einerseits und einer marktförmigen Regulierung andererseits unterschieden und als korporatistische Regulierung gefasst wird. Das korporatistische System hat für den Staat den Vorteil, dass Expert:innen an komplexen Fragestellungen arbeiten und der errungene Konsens eine gewisse gesellschaftliche Akzeptanz mit sich bringt. Gleichzeitig ist eine korporatistische Regulierung davon abhängig,

dass sie funktioniert. Andernfalls können Aufgaben auch vom Gesetzgeber neu vergeben werden, so dass das Repräsentationsmonopol der Verbände erodiert. Dieser Umstand erhöht den Druck auf das korporatistische Arrangement, zu Entscheidungen zu gelangen (vgl. Döhler/Manow 1997: 115ff.).

Die gewichtige Rolle des Korporatismus kommt insbesondere in der Existenz der KVen zum Ausdruck. Diese wurden geschaffen, um den Ärzt:innen gegenüber den vormals übermächtigen Krankenkassen eine Stimme zu geben. Das Vertretungsmonopol der KVen geht damit einher, dass die Kassen auf Einzelleistungsvergütungen zugunsten von Kollektivverträgen verzichten. Im Gegenzug verpflichtet der sogenannte Sicherstellungsauftrag die KVen dazu, eine »ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung« (§ 72 SGB V) zu gewährleisten.

Im disaggregierten wohlfahrstaatlich-korporatistischen Gefüge tragen die KVen in diesem Sinne die Gewährleistungsverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung (vgl. Schuppert 2001). Zwar ist die Gewährleistungstaatlichkeit in der Gesundheitspolitik zentralstaatlich organisiert. Sie operiert jedoch hierarchisch über verschiedene Schaltstellen auf unterschiedlichen Ebenen. Zum gewährleistungstaatlichen Kern sind im Kontext des ›Landarztmangels‹ die Akteure und Einrichtungen der gemeinsamen Selbstverwaltung zu zählen. Die staatliche Gewährleistung stützt sich in diesem Sinne materiell und prozedural auf ein System der gesellschaftlichen Selbstregulierung. Zwischen diesem Kern und den Interessen der Bevölkerung vermitteln die lokalen Politiker:innen. Hierzu zählen die Repräsentant:innen der untersuchten Landkreise, der ihnen eingegliederten Gemeinden und die Abgeordneten lokaler politischer Gremien. Diese vermittelnde Membran übersetzt Forderungen in den politischen Prozess und vermittelt zwischen lokalen Initiativen und der gemeinsamen Selbstverwaltung. Es geht also nicht darum, ob der Staat die ambulante medizinische Versorgung gewährleistet, sondern in welchem Modus und durch welche Akteure die staatliche Gewährleistung imaginiert und eingefordert wird. Es gilt herauszufinden, ob der Staat weiterhin im Modus der zuständigen Akteure operiert oder ob und unter welchen Bedingungen die Irritation wachsender Versorgungsprobleme punktuell zu lokalstaatlicher Gewährleistung führt.

Lange Zeit verfolgte der Gesetzgeber die Strategie der ›Korporatisierung‹, also einer verstärkten Einbindung der Verbände in die Interessensvermittlung. In den 1960er und 70er Jahren wurden die Expansion der GKV, die diagnostische Praxis (›diagnostic overkill‹), die wachsende Anzahl an Mediziner:innen und die Kosten medizinisch-technischer Entwicklungen jedoch zunehmend als Teil einer größeren Debatte zur ›Kostenexplosion‹ im Gesundheitswesen problematisiert (vgl. kritisch Reiners 2009). In der Folge führte der Gesetzgeber Budgets für diverse Versorgungs- und Vergütungsbereiche ein. Das Instrument der Bedarfsplanung sollte zum Abbau von Überversorgung führen. Die gewünschten Effektestellten sich jedoch nicht ein, weswegen die große Strukturreform 1992 wettbewerbliche Akzen-

tuierungen einführte. Die Strukturen und Prozesse des Gesundheitswesens sollten so an den Globalzielen der Bundesregierung ausgerichtet werden, die sich auf Kosteneinsparungen fokussierten. Im »Wettbewerbskorporatismus« (Urban 2001: 38) verändert sich die Strategiebildung der Akteure, die an der Versorgungsorganisation beteiligt sind, nachhaltig. Die transformierte Staat-Verbände-Beziehung beeinflusst die Chancen der Interessenvertretung für die traditionellen Verbände; sie wird selektiver und situativer (vgl. Klenk 2018). Zudem schafft die nicht-funktionale Integration der Patient:innenperspektive im regulierten Wettbewerb nur wenige Einflussmöglichkeiten dieser Gruppierung auf die Ausgestaltung der Versorgungsstrukturen (vgl. Schroeder/von Winter 2019: 486).

Um die Jahrtausendwende wächst auf Bundesebene die Aufmerksamkeit für die Folgen des demografischen Wandels auf die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung. Disparate Versorgungsstrukturen werden fortan als ›Fehlverteilung‹ der Ärzt:innen problematisiert. Die Planungsinstrumente werden sukzessive angepasst und das Vertragsarztrecht inkrementell flexibilisiert. Die Auswahl relevanter gesetzlicher Regulierungsmaßnahmen (Tabelle 1) verweist auf eine partielle Anpassung der Regulierungsinstrumente an die sozio-demografische Entwicklung und deren Effekte in der Fläche. 2015 wurde beispielsweise Kommunen die Möglichkeit eingeräumt, Medizinische Versorgungszentren einzurichten, in denen Ärzt:innen angestellt werden können. Aber auch die verbindliche Einrichtung von Strukturfonds bei den KVen gilt als Ausbau der Fördermöglichkeiten für Niederlassungen in schlechter versorgten Regionen. Schließlich können die Kommunen, die Auslobung von Strukturfondsmitteln durch die KVen öffentlich thematisieren. Dennoch haben Kommunen und Kreise auch weiterhin begrenzte Kompetenzen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (vgl. Gerlinger et al. 2018: 109f.).

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

Gesundheitsreform	Ausgewählte Maßnahmen
GKV-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
GKV-Wettbewerbststärkungsgesetz 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 regionale Zuschläge in unversorgten Gebieten, Verpflichtung zum Strukturfonds, Möglichkeiten zu KV-Eigeneinrichtungen

Quelle: Futterer 2022, S. 40.

Welche Legitimationsfiguren für eine kommunale Verantwortung in den öffentlichen Diskurs eingebracht werden und ob sich »der ländliche Raum« vor diesem Hintergrund als »Laboratorium für die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens« (Rosenbrock/Gerlinger 2014: 44) erweist, gilt es zu überprüfen.

3 Vorsorge für die Versorgung? Konstruktionen einer kommunalen Gewährleistungsverantwortung

Um den Modus der lokalen Politisierung zu verstehen, sind die Argumente zu untersuchen, die den lokalen Staat und seine Repräsentant:innen zur Bekämpfung des »Landarztmangels« auffordern. Es ist von Interesse, wie der lokale Staat auf seine Adressierung reagiert, ob seine Repräsentant:innen die Zuschreibungen übernehmen oder versuchen die Verantwortung von sich zu weisen. Die diskursiven Strategien der KVen spielen vor allem dann eine Rolle, wenn sie eine öffentliche Verantwortung zum Gegenstand haben. Zeichnet man die Diskurse in den sechs Landkreisen nach, fällt auf, dass unterschiedliche Faktoren Einfluss auf die Politisierung des »Landarztmangels« nehmen: Die räumliche Nähe der Repräsentant:innen des lokalen Staats zu den betroffenen Kommunen spielt eine Rolle. Die Entkopplung der niedergelassenen Ärzt:innen von den KVen und der starke Fokus der Körperschaften auf die Bedarfplanung erschweren lokale Schulterschlüsse. Zumindest lassen die Interessenkonflikte Kooperationen voraussetzungsvoll erscheinen. In der Folge verfestigt sich vor allem bei den Bürgermeister:innen die Annahme, sie müssten den »Landarztmangel« lösen, weil es kein anderer macht.

3.1 Adressierung der Lokalpolitiker:innen

Wenn sich in der Lokalpresse Berichte von Praxisschließungen häufen, werden zunächst die Bürgermeister:innen der betroffenen Kommunen um einen Kommentar gebeten. Sie äußern sich besorgt über das »Praxissterben« (Trierischer Volksfreund 19.04.2013). Ein Bürgermeister resümiert, leerstehende Praxen seien eine »Katastrophe für die alte und zunehmend chronisch kranke Bevölkerung« (ebd.). Auf Nachfrage versichern viele Amtsträger:innen, sie hätten die Thematik seit einiger Zeit auf dem Schreibtisch und bemühten sich um Lösungen.

Obwohl Praxisschließungen mitunter von aufgebrachten Bürger:innen gegenüber Bürgermeister:innen problematisiert werden, sind die Gemeindevorsteher:innen vor allem auch auf Grund der „kurzen Wege“ in den Gemeinden informiert. Bürgermeister:innen und Gemeinderät:innen berichten, sie seien in der Regel über die Ruhestandspläne der Mediziner:innen informiert, bevor diese relevant würden. Ob über den privaten Arztbesuch der Kommunalvertreter:innen, oder weil vereinzelt auch Ärzt:innen selbst kommunalpolitisch aktiv sind, gelangen drohende Mangelsituationen in die Rathäuser und die Sozialausschüsse. Es mag überraschen, dass ein Großteil der interviewten Gemeindevorsteher:innen berichtet, sie stünden in Kontakt mit der lokalen Ärzteschaft und seien zumindest in Teilen über deren Ruhestandspläne im Bilde. Allerdings ist eine Verallgemeinerung mit Vorsicht zu genießen, da womöglich eben jene Bürgermeister:innen auskunftsfreudig sind, die ihrerseits über die Versorgungslage informiert und an ihrer Sicherung beteiligt sind.

Die niedergelassenen Ärzt:innen verweisen in diesem Zusammenhang auf Überlastungen in den Praxen, sollten sie bereits Patient:innen aus der Region mitversorgen. Sie kritisieren, die verdichtete Arbeit sei nicht versorgungsgerecht: Sie müssten Aufnahmestopps verhängen, hätten wenig Zeit für ihre Patient:innen und müssten zunehmend Hausbesuche einstellen. Man fühle sich deshalb verantwortlich, die gespannte Situation des ärztlichen Arbeitsalltags selbst oder über Gespräche mit Abgeordneten in die lokalpolitischen Gremien zu tragen. Einige interviewte Ärzt:innen unterstreichen auf Nachfrage, sie sähen die Problematik explizit in den politischen Gremien und nicht in den KVEn adäquat platziert. Es deutet sich eine Distanz zwischen der lokalen Ärzteschaft und ihrer körperschaftlichen Interessenvertretung durch die KVEn an.

Die Visionen und Forderungen einer angemessenen Versorgung seitens der Wohnbevölkerungen fokussieren auf den Erhalt der gewohnten Praxisstrukturen. Die Bürger:innen äußern in der Presse den Wunsch nach einer wohnortnahmen ärztlichen Versorgungseinrichtung, also einer Praxis, die in kurzer Zeit erreichbar ist. Die Empirie verweist darüber hinaus nicht darauf, dass die Wohnbevölkerung eine spezifische Vorstellung einer zukünftigen Versorgung in der Fläche gegenüber den Kommunen aufbringen muss, um auf die Politisierung einzuwirken. Die Problematisierung des Mangels genügt zunächst, um kommunalpolitische Reaktionen

zu erzielen. So berichten einige Bürgermeister:innen, die Thematik berge durchaus Konfliktpotenzial in der Kommunikation zwischen dem Rathaus und den Gemeindemitgliedern. Ein Bürgermeister verdeutlicht, er vermeide es, die Ansprüche der Bürger:innen vor dem Hintergrund der angebotsseitigen Entwicklungen öffentlich zu problematisieren (vgl. Interview LKA V). Die Schilderung unterstreicht die Zerrissenheit der Gemeindevorstehenden. Selbst wenn sie über Wissen zu den Entwicklungen im Gesundheitswesen verfügen und davon ausgehen, dass sich die Ansprüche der Bürger:innen an den Zugang zu Versorgungsreinrichtungen in der Zukunft anpassen müssen, scheuen sie den möglichen Konflikt mit den Bürger:innen. Die Gesundheitsversorgung betrifft schließlich einen ganz grundsätzlichen Lebensbereich der Bürger:innen. Eine wie auch immer geartete Abkehr von der in der Vergangenheit als ausreichend, gar gut wahrgenommenen Versorgung (vgl. Futterer 2020) scheint nicht zur Diskussion für die Kommunalpolitiker:innen zu stehen.

So sehr sich die Bürgermeister:innen betroffener Gemeinden also »ganz einfach verantwortlich« (Interview EKBP III) fühlen, so erleichtert zeigen sie sich auch, wenn das Thema auch wieder an Relevanz einbüßt. Ein interviewter Kreistagsabgeordneter erinnert sich an die Hochphase des öffentlichen Diskurses. Sie sei eine Herausforderung für die »Ansprechpartner des Staats vor Ort« (Interview PM II) gewesen. Es sei nicht einfach zu sagen, man sei in der Sache eigentlich nicht zuständig. Ein ostfriesischer Amtskollege ist sich sicher, einen Wandel in der Problemausmaßen ausmachen zu können:

»Ist eine Gemeinde als Gebietskörperschaft überhaupt für den Landarzt zuständig? Ist das eine wirkliche Aufgabe einer Gemeinde? [Die Frage] hätte man vor 10, 15, 20 Jahren auf jeden Fall mit einem deutlichen Nein beantwortet. [...] Aber im weitesten Sinne könnte man sagen: ›Ui, irgendwann muss die Gemeinde reagieren.‹« (Interview LL II)

Die zeitweise angespannte Stimmung in den betroffenen Kommunen wird im gesamten empirischen Material wiederholt unterstrichen: Ein Repräsentant des Niedersächsischen Städte- und Gemeindebunds (NSGB) geht von einem »dramatischen Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten« (Interview LL III) aus. Der Spitzenverband attestiert einen »unmittelbaren Handlungsbedarf« (NSGB 2019: 1). Einzelne Bürger:innen monieren in der Presse, weite Anfahrtswege zu Praxen stellten eine »halbe Weltreise« dar (Märkische Allgemeine Zeitung 11.11.2019). Ein Gemeindevorsteher im Eifelkreis Bitburg-Prüm äußert auf einem Podium, es sei »fünf vor zwölf«, woraufhin die anwesende Landesgesundheitsministerin einwirft, »wenn wir jetzt nichts tun, werden wir in fünf oder zehn Jahren ein Problem haben« (Trierischer Volksfreund 10.02.2015). Eine Repräsentantin eines Kreisgesundheits-

amts erinnert sich an die Atmosphäre, die herrschte, als die Region erstmals aktiv wurde:

»Wir haben schon vor über zehn Jahren hier eine Faxabfrage gemacht bei den Ärzten, wie es aussieht zum jetzigen Zeitpunkt. Glücklicherweise ist das Horrorszenario, was wir damals hatten, nie eingetreten. Also es sah wirklich dunkel aus. Da hätten Sie wirklich gedacht: ›Ja okay, wir müssen hier auch alle weg hier. Bevor ich in so ein kritisches Alter komme, ist hier gar kein Arzt mehr, der mir helfen kann.‹« (Interview LL VII)

In den lokalen öffentlichen Diskursen spielt die Bedarfsplanung eine gewichtige Rolle. Der Bedarfsplan, der von den KVen öffentlich zur Verfügung gestellt wird, weist aus, wo wie viele Ärzt:innen in der Region praktizieren und wie viele sich niederlassen können. Hierfür werden regionale Versorgungsgrade berechnet. Bei einer Unterschreitung des Soll-Niveaus um 25 Prozent gilt ein hausärztlicher Planungsbereich als unversorgt. Dann sind die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung angehalten, Schritte zur Niederlassungsförderung einzuleiten. Die Information eines als unversorgt eingestuften hausärztlichen Planungsbereichs signalisiert lokal, dass etwas ›nicht stimmt‹. In der Folge ›belegen‹ Lokaljournalist:innen die betreffenden Fehlentwicklungen in der Versorgungssituation anhand der Versorgungszahlen. Die Bedarfspläne sind ihrerseits Gegenstand der lokalen Debatten, werden in Veröffentlichungen der Kommunen und Kreise zitiert (u.a. NSGB 2019) und als Grundlage für lokale Initiativen herangezogen. Ergänzend prägen von den KVen veröffentlichte und von den Kommunen und Kreisen eigens in Auftrag gegebene Machbarkeitsstudien, Bedarfsanalysen, Prognosen, Versorgungsatlanten und Regionalberichte die Problemwahrnehmung der lokalen Akteure. Sie bestärken den wahrgenommenen Handlungsdruck seitens der kommunalen Amtsträger:innen und befördern eine Verunsicherung in den Verwaltungen. Selbst wenn der »Leidensdruck noch nicht hoch genug sei« (Interview EKBP III), entwickle man deshalb ein »vorausschauendes Denken« (ebd.) in den Kommunen.

Grundsätzlich fokussieren die Forderungen in den frühen Phasen der lokalen öffentlichen Diskurse auf den Erhalt der gewohnten, wohnortnahen Praxisstrukturen. Das Recht auf eine wohnortnahe Versorgung wird mit dem »zwingenden« (NSGB 2019: 2) Erhalt der Erreichbarkeit des Hausarztes oder der Hausärztin gleichgesetzt. Unterstreichen die Versorgungszahlen die öffentlichen Diskurse, verstärkt dies den kommunalen Handlungsdruck. Sind Praxen nach längeren Nachbesetzungsproblemen leerstehend, wächst die Sorge vor Ort.

3.2 Ambivalente Abwehrmechanismen der KVen

In der Regel wenden sich Bürgermeister:innen, wenn Sicherstellungsprobleme aufkommen, früher oder später an die zuständigen KVen. Repräsentant:innen der KVen werden aber auch in der Lokalpresse um Stellungnahmen gebeten. Sie erklären die Versorgungslage in der Regel anhand der Deutung der Bedarfspläne. Die Problembeschreibungen verengen die lokalen Diskurse auf zweierlei Weise: *Einerseits* können die KVen, wenn eine bedarfsplanerische Regelversorgung oder gar Überversorgung besteht, »gefühlte Versorgungsmängel als unangebracht zurückweisen (vgl. Altmarkzeitung 21.10.2010) oder sich nicht-responsiv gegenüber entsprechenden Forderungen zeigen. Um den Kreis der handelnden Akteure breiter anzulegen, verweisen die KVen auf den demografischen Wandel. Die alternde Gesellschaft erhöhe den Druck auf das ohnehin sinkende Arbeitsvolumen der Leistungserbringer:innen. Insbesondere in strukturschwachen Regionen stelle dies die KVen vor eine Aufgabe, für deren Bearbeitung sie sich nicht verantwortlich sehen: In einem Kommentar der brandenburgischen Lokalpresse spitzt der stellvertretende Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu, man müsse sich »als Gesellschaft der ehrlichen Diskussion stellen, wie wir mit ländlichen Regionen umgehen wollen, aus denen jegliche Infrastruktur immer mehr verschwindet« (Märkische Allgemeine Zeitung 11.03.2018). Forderungen nach dem Erhalt gewohnter Versorgungsstrukturen, seien fehlgerichtet, schließlich könne »nicht erwartet werden, dass es in Orten selbstverständlich Arztpraxen geben soll, in denen keine Bürgerämter, keine Feuerwehr oder Polizei, ja selbst keine Tante-Emma-Läden mehr vorhanden sind« (ebd.). Die Kommunen werden verantwortlich für ihre Attraktivität gezeichnet. Entsprechend wäre es an ihnen, Niederlassungswilligen Anreize zu unterbreiten und die kommunalen Infrastrukturen auszubauen. Vergleichbare Legitimationsfiguren für einen öffentlichen Handlungsauftrag seitens der KVen finden sich in allen Fallregionen.

Andererseits zeichnet der bedarfsplanerische Fokus der lokalen Diskurse das Bild einer stark normierten Niederlassungspraxis, das die KVen ihrerseits reproduzieren. Insbesondere in der Presse unterstreichen die KVen, sie könnten erst bei einer festgestellten Unterversorgung Instrumente zur Niederlassungsförderung ergreifen. Deren Versorgungseffekte relativieren sie wiederholt. Die Vertreter:innen der KVen markieren regelmäßig die Grenzen des gesetzlichen Gewährleistungsauftrags. Bisherige Anstrengungen zur Niederlassungsförderung unterhalb der im Rahmen einer Unterversorgung verbindlichen Maßnahmen werden als eigeninitiatives Engagement gerahmt. In diesem Zusammenhang heben die Repräsentant:innen der KVen die (Problem-)Nähe zur jeweiligen lokalen Ärzteschaft und ihre Erfahrungswerte hervor. Und es stimmt: Unterschiedliche KVen sind unterschiedlich aktiv in der Niederlassungsförderung. Dennoch ermöglicht diese vorteilhafte Ausgangslage es den KVen, Forderungen zurückzuweisen und

Bearbeitungspotenziale vermehrt im (Kommunal-)Politischen zu verorten. Sodann spielen die Kommunen und Kreise eine (mit-)verantwortliche Rolle in der Gewährleistung der ärztlichen Gesundheitsversorgung. Der Vorstandsvorsitzende der KV Hessen betont beispielsweise »die Kommunen dürften und könnten sich in dieser Frage [...] nicht zurücklehnen« (Vogelsbergkreis 2019: 10). Die Versorgungssicherung sei »eine gemeinsame Aufgabe von KV Hessen und Kommunen, wenn nicht sogar eine gesellschaftliche Aufgabe« (ebd.).

Einige KVen verbinden die Einforderung einer kommunalen Gewährleistungsübernahme mit dem im öffentlichen Diskurs häufig unterbestimmten Konzept der Daseinsvorsorge.

»Wir glauben, dass wir längst über den Punkt hinaus sind, an dem eine Institution wie die Kassenärztliche Vereinigung das Problem der Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung alleine bewältigen kann, ohne dass wir das als Offenbarungseid verstanden wissen wollen. Wir müssen das Problem der ambulanten Versorgung als das begreifen, was es ist: ein zentrales Thema der Daseinsvorsorge, das Ärzte, Landes- und Kommunalpolitiker, Kostenträger und viele andere Player mehr nur gemeinsam lösen können.« (KV Hessen 2021: 3)

Die KVen sind in diesem Sinne ihrerseits in unterschiedlichem Maße an der Politisierung der Versorgungsmängel beteiligt. In einigen Kreistagen berichten sie in regelmäßigen Abständen über die bedarfsplanerischen Entwicklungen und werben gleichermaßen für kommunales Engagement. Dennoch ist zu betonen, dass die KVen die Rolle der Kommunen ambivalent bewerten. Einerseits entlastet kommunales Engagement die KVen, zumal sich einige Instrumente ähneln. Andererseits beobachten die KVen die kommunalen Vorstöße durchaus mit einer gewissen Skepsis. Schließlich wollen es die KVen nicht als Offenbarungseid verstanden wissen, dass ihnen die Sicherstellung alleine nicht (mehr) ohne weiteres gelingt. Ein Repräsentant der KV Niedersachsen versichert, der Verband wolle den Sicherstellungsauftrag »gerne behalten« (Interview LL I). Aber nicht nur aus einem Eigeninteresse am institutionellen Fortbestehen, sondern auch aus Skepsis gegenüber einer kommunalen Gewährleistung, diskutieren die KVen die Rolle der Kommunen öffentlich ambivalent. Die KV Rheinland-Pfalz beispielsweise ruft den (lokalen) Staat auf ihrer Webseite auf, »rechtzeitig geeignete Maßnahmen [zu] ergreifen« (KV RLP o.J.) und äußert gleichzeitig Zweifel daran, ob Bürgermeister:innen und Landrät:innen die Problematik adäquat bearbeiten können. Der stellvertretende Vorstandsvorsitzende der KV Rheinland-Pfalz moniert, die »politischen Notwendigkeiten« der lokalen Amtsträger:innen hätten zu oft »mehr Gewicht, als dass man die Versorgung tatsächlich in einer vernünftigen Weise dort vor Ort in die Wege leitet« (KV RLP 12.04.2021: 20:00). Zudem offenbaren die KVen vielerorts eine Aufmerksamkeit für die unterschiedlichen Politisierungsfaktoren:

Sie kritisieren, der Sicherstellungsauftrag würde öffentlich angeführt, um Druck auf die Körperschaft aufzubauen. Bürgermeister:innen kämen erst auf die KVen zu, wenn es bereits zu spät wäre und zeigten ihrerseits ein unangebrachtes Dienstleistungsverständnis gegenüber den Verbänden. Die KVen setzen die Erfahrungen öffentlicher Kritik mit der lokalen Presseberichterstattung in Verbindung. Eine Repräsentantin der KV Hessen unterstreicht, man halte sich auch aus der Presse zurück, weil diese emotional und in Teilen inhaltlich verkürzt oder verzerrt berichte (vgl. Interview VBK II).

Versteht man die Strategien der KVen, sich lokal für ein flankierendes Engagement der Kommunen stark zu machen, als Versuch einer Entlastung, so scheint die Strategie aufzugehen. Schließlich übernehmen verschiedene lokalstaatliche Akteure und die lokale Ärzteschaft die genannte Argumentationslogik: Ein Arzt unterstreicht, die Gesundheitsversorgung sei ein »zentrales Daseinskonzept«, weshalb seine Sicherung »erstmal eine öffentlich-politische Aufgabe« sei (Interview PM II). Ein Kreispolitiker aus der Region zeigt sich sicher, »es wird zunehmend eine Frage der Daseinsvorsorge sein« (Interview PM IV).

3.3 Unfreiwillige kommunalpolitische Ansprechbarkeit

In beinahe allen untersuchten Kreisregionen tragen die Bürgermeister:innen früher oder später die lokalen Versorgungsprobleme an die Landkreisebene heran. Zudem informieren Kreistagsmitglieder, die enge Kontakte in die Gemeinden pflegen oder dort ihren Wohnort haben, in den politischen Gremien auf Kreisebene über etwaige Probleme. Hier stößt das Argument der Verantwortung im Sinne der Daseinsvorsorge zunächst auf Kritik. Das Forderungspapier eines niedersächsischen kommunalen Spitzenverbands verdeutlicht den Unmut der Gebietskörperschaften gegenüber der betreffenden KV:

»Der Sicherstellungsauftrag für die ambulante medizinische Versorgung liegt bei der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen (KVN). [...] Es kann aber nicht sein, dass sich die Akteure im Gesundheitswesen darauf verlassen, dass hier Leistungen erbracht werden, die dazu führen, dass sich wohlhabende Städte und Gemeinden einen Hausarzt leisten können, andere aber nicht.« (NSGB 2019: 2)

Dieser Schulterschluss zwischen den kommunalen Gebietskörperschaften ist durchaus interessant: Schließlich ist das Verhältnis von Landkreisen und den ihnen eingegliederten Gemeinden aus unterschiedlichen Gründen konfliktbehaftet. Unabhängig vom ›Landarztmangel‹ sind Kommunen wegen des Sozialstaatsprinzips grundrechtlich zur Bereitstellung unterschiedlicher wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Leistungen verpflichtet. Ursprünglich waren die Aufgaben der Daseinsvorsorge – unter diesem Begriff werden die genannten Leistungen diskutiert –

mittels eigener Einrichtungen bereitzustellen. Auf Grund ihrer begrenzten Größe und Verwaltungskraft sind Gemeinden jedoch nicht zur Erfüllung aller Aufgaben in den genannten Bereichen befähigt. Vor diesem Hintergrund und dem Prinzip der kommunalen Selbstverwaltung (Art. 28, 2 GG) kommt es zwischen Gemeinden und den sie eingliedernden Landkreisen immer wieder zu Konflikten bei der Aufgabenabgrenzung. Diese betreffen in der Regel die Finanzierung von Aufgaben, wobei die Kreisumlage als zentrale Kreisfinanzquelle als umkämpft gilt, weil sie sich aus den Steuermittelinnahmen der Gemeinden speist.

Im ambulanten Versorgungssektor spielen weder Kommunen noch Kreise traditionell eine Rolle bei der Organisation oder Erbringung von Leistungen. Allerdings haben Kreispolitiker:innen und Verwaltungsverantwortliche auf Grund der ihnen zugewiesenen Aufgabenfelder eine besondere Aufmerksamkeit für die demografischen Entwicklungen, die bevölkerungsrelevanten Wanderungsbewegungen und die Beschäftigungsverhältnisse in einer Region. Diese Zusammenhänge entwickeln in strukturschwachen Regionen eine versorgungsrelevante Virulenz und stellen die Kreise vor »neue Herausforderungen in der Gesundheitsversorgung« (Interview PM IV). Die diskutierten Personalengpässe innerhalb der Vertragsärzteschaft reihen sich für die Kreise in eine übergelagerte Fachkräfteproblematik ein. In der Folge rückt die Thematik auf die Agenda des Standortmarketings, weshalb Akteure aus dem Bereich der regionalen Wirtschaftsförderung mit der ärztlichen Nachwuchsakquise beauftragt werden. Die vertragsärztliche Versorgung spielt zudem eine gewichtige Rolle als kommunaler Standortfaktor, insbesondere vor dem Hintergrund knapper Haushalte und einem damit verbundenen interkommunalen Wettbewerb um Einwohner:innen und Unternehmensansiedlungen.

Im stationären Sektor und der Organisation des Notdienstes beteiligen sich einige Landkreise zudem bereits an der Leistungserbringung. Vereinzelt sind Kommunen in den lokalen Notdienst eingebunden, und einige Landkreise agieren als Träger lokaler Krankenhäuser. Die Bundesländer haben Investitionspflichten in der stationären Versorgung und organisieren die Hochschulausbildung der Mediziner:innen. Die Gemengelage an öffentlicher Aktivität in versorgungsrelevanten Bereichen des Gesundheitswesens bedingt, dass eine Verantwortung für die Organisation der ambulanten Versorgung seitens der Bevölkerung angenommen wird. Vor dem Hintergrund lokaler Sicherstellungsprobleme scheinen die sonst so beharrlichen sektoralen Grenzen und die damit verbundenen Regulierungsstrukturen diskursiv aufzuweichen. Kommunen und Kreise übernehmen ihrerseits die diskursive Konstruktion einer öffentlichen (Mit-)Verantwortung: Der Demografiebericht des Landkreises Leer nennt die »Planung der Infrastruktur« beispielsweise als zentrale politische Aufgabe des Kreises, wobei »Kindergärten, Schulen, Pflege, Einkaufen, ärztliche Versorgung, Kultur oder öffentlicher Personennahverkehr« als Infrastrukturen gelistet werden (Landkreis Leer 2013: 6).

3.4 Verfestigung kreispolitischer Verantwortung

Vor dem Hintergrund einer sich zusätzlichen Politisierung, großen Unsicherheiten in der Versorgung und Schwierigkeiten bei der Nachbesetzung vakanter Praxen verbreitet sich in den untersuchten Kreisregionen die Einschätzung, man könne und solle sich einer kommunalpolitischen Bearbeitung des ‚Landarztemangels‘ nicht entziehen. Die öffentlichen Akteure erstellen Bedarfsanalysen, richten Arbeitsgruppen und Runde Tische ein und veranstalten Diskussionspodien und Fachtagungen. Die Suche nach einem gemeinsamen Weg wird von der lokalen Presseberichterstattung begleitet.

Tabelle 2: Berichterstattung aus dem Trierischen Volksfreund 2019/20

Datum	Artikeltitel
06.05.2019	Gesundheitsversorgung – Mosaikstück für mehr Ärzte auf dem Land
01.07.2019	Mehr Ärzte aufs Land: Klinik und Praxen kooperieren in der Eifel
27.12.2019	Ärztemangel in der Eifel – eine Studie soll Weichen stellen
11.11.2020	Land fordert Zuschüsse von Eifeler Ärztegenossenschaft zurück
22.11.2020	Wie Speicher den Ärztemangel besiegen will
22.11.2020	Ärztemangel: ernste Lage, viele Initiativen

Quelle: Selbstgestaltet

Tabelle 2 listet die versorgungsrelevanten Artikel, die 2019/20 im Eifelkreis Bitburg-Prüm veröffentlicht wurden. Die Titel verweisen auf die geteilte Wahrnehmung eines Ärztemangels im öffentlichen Diskurs und die verbundenen lokalen Suchprozesse nach adäquaten Lösungen.

Es werden überdies auch stärker institutionalisierte raumwirksame Instrumente, etwa Gesundheitskonferenzen, und weniger formalisierte öffentlich geförderte Gesundheitsregionen initiiert. Diese zielen je nach Konzeption darauf, ein sozial-integratives, partizipatives Moment in das gewährleistungsstaatliche Arrangement einzuführen (vgl. Hollederer 2015: 164). Grundsätzlich verfolgen die eingerichteten Foren das Ziel, eine Kollaboration der versorgungsrelevanten Akteure anzuregen. Die Kreise versuchen sich in erster Linie als Vermittler zu positionieren, wobei das Vorgehen, ohne gesundheitspolitisches Knowhow in der Versorgungsorganisation aktiv zu werden, von einem gewissen Unbehagen begleitet ist. Ein Kreis könnte nicht mehr als ein »Troubleshooter sein vor Ort, ein Kurzfirst-Denker« (Interview EKBP II). In der Regel sprechen die Verantwortlichen in den Kreisgesundheitsäm-

tern – hier sind die genannten Instrumente angesiedelt – deshalb Vertreter:innen der KVen an, um Vorträge zu organisieren, in Gesprächsrunden zu diskutieren, im Rahmen von Bürgerdialogen Rede und Antwort zu stehen oder in politischen Gremien Entwicklungen gegenüber den kommunalen Abgeordneten einzuschätzen. De- ren Stellungnahmen reproduzieren im oben genannten Sinne die lokale Politisie- rung der Mangelsituation. Darüber hinaus werden seitens der Kreise eigene Befra- gungen und Studien durchgeführt oder in Auftrag gegeben. Entsprechende Analy- sen gehen mit Handlungsempfehlungen einher, die die Spielräume der Kreisebene ausleuchten. Sie bieten zu Beginn des öffentlichen Engagements zumindest vorder- gründig einen ›Weg aus der Krise‹. In der Folge verknüpfen Landrät:innen die Vor- stellung der Studienergebnisse mit politischen Versprechungen, die die Ansprech- barkeit des Kreises in der Öffentlichkeit weiter legitimieren.

4 Skepsis und Misstrauen innerhalb der lokalen Akteurskonstellationen

Die skizzierten Entwicklungsschritte der lokalen Diskurse in sechs mit Sicherstel- lungsproblemen konfrontierten Landkreisen zeichnen das Bild eines (mit-)ver- antwortlichen lokalen Staats. Dieses Bild beinhaltet neben den beschriebenen Politisierungsmodi und -praktiken vor allem die Problemdeutungen der promi- nenten Diskursakteure. In den lokalen Diskursen tun sich Akteure zusammen, die unterschiedliche Deutungen vertreten. Die Problemdeutungen betreffen bei- spielweise die Rolle, die die ›Unattraktivität‹ ländlich geprägter Regionen für den ›Landarztmangel‹ spielt. Entsprechende Argumente äußern Repräsentant:innen der KVen, um auf die Handlungsspielräume der Kommunen hinzuweisen und sich von einer Indienstnahme zu schützen. Zugleich deuten einige lokale Hausärzteverbände die Entwicklung als allgemeinmedizinisches, stärker facharztspezifisches Problem. Dementsprechend fordern sie die Stärkung der Primärversorgung durch die Delegation von Leistungen an nicht-ärztliches Personal. Entsprechende Alli- anzen in den öffentlichen Diskursen schaffen es punktuell, ihre unterschiedlichen Interpretationen und Deutungen in gemeinsamen Storylines (Hajer 2008: 277ff.) aufzulösen oder zu abstrahieren. Storylines bilden einen Verständigungsmodus, der für die Kooperation grundlegend ist. Sie fassen umfangreiche Erzählungen zusammen und ermöglichen es, mehrdeutigen sozialen Phänomenen über ein spezifisches Set an Storylines Bedeutung zuzuschreiben. Eine solche Rahmung gilt als ein höchst signifikantes Phänomen des politischen Prozesses. Sie erweist sich für lokale Versorgungsdiskurse als relevant, weil prominente Diskursallianzen durch eine gemeinsame Problemdeutung bestimmte Pfade als anschlussfähig für eine effektive Problembearbeitung betrachten und andere verwerfen.

Die empirisch prominenten Storylines (Tabelle 3) des ›Landarztmangels‹, der ›Fehlverteilung‹ und des ›allgemeinen Ärztemangels‹ gehen mit einer Gewährleis-

tungserwartung gegenüber den Kommunen einher. Die Erzählungen hinter den Storylines offenbaren unterschiedliche Bezüge, die als ursächlich für die Sicherstellungsprobleme ausgemacht werden. Während der ›Landarztmangel‹ eher auf die Lebens- und Arbeitsrealitäten in der Region abstellt, unterstreicht die Deutung einer ›Fehlverteilung‹ den mangelnden Zugang zu Versorgungseinrichtungen im Vergleich zur Stadt. In dieser Deutung wird im Gegensatz zum ›allgemeinen Ärztemangel‹ davon ausgegangen, dass ausreichend Ärzt:innen im Gesundheitssystem vorhanden sind. Wird der ›Ärztemangel‹ beklagt, geht dies in der Regel mit einer Forderung an die Landesebene nach dem Ausbau von Studienplätzen einher. Evident ist allerdings: Selbst die Deutung eines ›allgemeinen Ärztemangels‹ entbindet die kommunale Ebene nicht einer (Mit-)Verantwortung, die Versorgung zu gewährleisten. Und auch weniger prominente Deutungen, wie die eines fachgebietbezogenen Image-Problems, fordern lokales Engagement.

Tabelle 3: Deutungen vertragsärztlicher Versorgungsprobleme

Story Line	Diskutierte Lösung	Adressat
›Landarztmangel‹	Kommunales Engagement	Kommunen und Regionen, Bundespolitik
›Fehlverteilung‹	Niederlassungssteuerung	Kommunen, korporatistische Akteure, Politik
›Allgemeiner Ärztemangel‹	Mengensteuerung	Kommunen, Landespolitik
›Hausarztmangel‹	Stärkung der Primärversorgung	Kommunen, korp. Akteure, freie Ärzteverbände, Politik
›Imageproblem der Allgemeinmedizin‹	Reform der Aus- und Weiterbildung	Landes- und Bundespolitik
›Nachfrageseitiges (Über-)Nutzungsproblem‹	Patientensteuerung	Patient:innen und Bundespolitik

Quelle: Selbstgestaltet

Durch die Aktivierung der lokalen Gewährleistungsstaatlichkeit, also der Gemeinden und der Landkreise, werden auch erste Erfahrungen zwischen den Kommunen und den KVen gesammelt. Die Suchprozesse nach möglichen Schulterschlüssen weisen auf divergierende Interessen und entsprechende Abwehrstrategien hin. So ermöglicht es die stark auf die Bedarfsplanungszahlen fokussierte öffentliche Problemdeutung, die Existenz eines Problems so lange zu ›leugnen‹, bis eine Unterversorgung festgestellt wird. Diese Strategie vermuten einige Bürgermeister:innen bei den KVen, wenn sich letztere gegenüber Anfragen nicht-

responsiv zeigen. In allen untersuchten Landkreisen berichten einzelne Bürgermeister:innen, ihre Anrufe würden seitens der KV-Mitarbeiter:innen nicht entgegengenommen oder Informationen zurückgehalten, sodass sie sich gezwungen sähen, die Initiative zu ergreifen. Gleichwohl ist das Problembewusstsein der KVen, wie oben skizziert, gegeben. Einzig die Rolle der Kommunen und deren Engagement stellt sich für die KVen ambivalent dar, birgt dieses doch die Gefahr, in Konkurrenz zum eigenen Handeln zu treten. Die lokalen Politisierungsprozesse verweisen in diesem Sinne sowohl auf fehlende oder holprige Kooperationen als auch auf das konflikthafte Aufeinandertreffen der kommunalen Selbstverwaltung und der mittelbaren gesundheitspolitischen Staatsverwaltung: In einer Brandenburgischen Gemeinde stoßen mehrere Kommunalvertreter:innen eine Protestaktion an, um nach eigenen Angaben Druck auf die »untätige« KV aufzubauen, während ein Kreisrepräsentant in der Eifel unterstreicht, »überhaupt keine Beziehung zur KV« (Interview EKBP III) zu haben, weil er nicht glaube, dass die Struktur »gut funktioniert« (ebd.).

Die skizzierten Erfahrungen veranlassen die Kommunen und Kreise zu einer zurückhaltend-resignativen Kritik an den KVen und an der Operationsweise des sektoralen Regulierungssystems. Die Beauftragung der KVen im Rahmen des Sicherstellungsauftrag weckt bei den lokalstaatlichen Akteuren die Erwartung einer möglichen Kollaboration, um lokale Sicherstellungsprobleme zu bearbeiten. Wenn Kontakt aufgenommen wird, stellt sich diese Vorstellung jedoch als voraussetzungsvoll heraus. Es wird deutlich, dass die KVen nicht nur als beauftragte Akteure, sondern vor allem auch als Interessenvertretung der Ärzteschaft agieren. Sie verfolgen berufsständische Ziele und sind am Erhalt ihrer selbst als Institution interessiert. In dieser Rolle können sich die KVen in der Gesundheitspolitik auf eine lange Geschichte in einer machtvollen Position berufen. Sowohl den KVen selbst als auch dem Regulierungssystem der gemeinsamen Selbstverwaltung sind die den Kommunen wichtigen, territorialen Interessen nicht eingeschrieben. Sie werden im Verhandlungsalltag der gemeinsamen Selbstverwaltung entsprechend nicht ausreichend adressiert.

Eben diese Interessen treiben die Bürgermeister:innen strukturschwacher, vor allem ländlich geprägter Regionen jedoch um. Sie müssen auf die Bedarfe der Wohnbevölkerung – auch im Sinne von Patient:innen – reagieren und gleichzeitig die Strukturentwicklung ihrer Region vorantreiben. Vor diesem Hintergrund nehmen sich Bürgermeister:innen und kommunale Verwaltungen als »die armen Säue im ländlichen Raum« wahr (Trierischer Volksfreund 19.04.2018), auf die Verantwortung abgewälzt wird. Kommunalvertreter:innen fühlen sich von den verantwortlichen KVen und den ressourcenstärkeren Ländern allein gelassen. Im sich abzeichnenden interkommunalen Wettbewerb um Landärzt:innen fallen die begrenzten Ressourcen in den Bereichen Finanzen, Personal und Expertise ins Gewicht. Dies zwingt zum öffentlichkeitswirksamen Handeln.

Die im weiteren Politisierungsprozess adressierten Kreisverwaltungen reagieren vor diesem Hintergrund mitunter de-politisierend. Ein Landrat lehnt die Beschäftigung des Kreistags mit dem ›Landarztmangel‹ ab, indem er die Intentionen der Antragsteller:innen in Frage stellt, das Gemeinwohl stärken zu wollen (vgl. Interview PM IV). Häufiger jedoch positionieren sich Landkreise als vermittelnde Instanzen, mit dem Ziel, die alten und neuen Gewährleistungsakteure, die KVen und die Kommunen, an einen Tisch zu bekommen. Derlei Entwicklungen verweisen auf voraussetzungsvolle Umstände, die gegeben sein müssten, um die Versorgung bedarfsorientiert, informiert und gemeinwohlorientiert zu stärken. Schließlich schafft die Problemnahe einer Kommune allein noch keine tragfähigen politischen Antworten.

5 Die Überforderung des Lokalstaats mit der Zuständigkeitsverschiebung

Die lokale Politisierung des ›Landarztmangels‹ stellt sich in den untersuchten Kreisregionen schleichend dar. Adressierte Bürgermeister:innen sehen sich zeitweise einem hohen Problemdruck ausgesetzt, der seitens der lokalen Medien mit vorangetrieben wird. Obwohl die vertragsärztliche Versorgung nicht zu den originären Aufgaben der Daseinsvorsorge gehört, zeigen sich Bürgermeister:innen vielerorts überzeugt, die Gewährleistung einer wohnortnahmen ärztlichen Versorgung sei Teil ihres Aufgabenprofils. In Teilen kommen sie selbst zu dieser Überzeugung, andernorts ringen die Akteure darum, die wohnortnahe ärztliche Versorgung der Bevölkerung in den Katalog öffentlicher Aufgaben aufzunehmen. Befürworter:innen gehen von einem Vorteil öffentlichen Engagements auf Grund der kommunalen Problemnahe aus. Der lokale Staat wird als ein fähiger Gestalter von Rahmenbedingungen für die Ansiedlung von Ärzt:innen gezeichnet und in die Verantwortung gezogen. Er nimmt sich in Teilen auch selbst als interventionsfähig wahr, auf die Bedarfe der Bevölkerung und die Ansprüche des ärztlichen Nachwuchses reagieren zu können. Dies geschieht auch, weil die Kommunalpolitiker:innen wahrnehmen, dass territoriale Aspekte in der Bedarfsplanung der gemeinsamen Selbstverwaltung nicht adäquat adressiert sind. Die ambulante medizinische Versorgung spielt für die Komunalvertreter:innen unter Versorgungsgesichtspunkten aber auch als Standortfaktor eine gewichtige Rolle. Zugleich bestehen bei den Lokalvertreter:innen große Vorbehalte gegenüber einer öffentlichen Gewährleistung. Neben der fehlenden Kompetenzen sind vor allem die häufig knappen finanziellen und personellen Ressourcen und der fehlende Sachverstand der Kommunen zu nennen.

Die ambivalenten Reaktionen der KVen im Zuge der Kontaktaufnahme der Bürgermeister:innen verstärken bei Letzteren die Überzeugung, Verantwortung übernehmen zu müssen. Auch die Repräsentant:innen der Landkreisebene reproduzierten diese Annahme, insbesondere dadurch, dass sie sich darauf einlassen, die ärztli-

che Versorgung der Daseinsvorsorge zuzuordnen. Die lokalen öffentlichen Diskurse machen deutlich, wie stark die geteilte Problemeideutung des ‚Landarztmangels‘ und ihre Rahmung und Einbettung auf eine kommunale Gewährleistungsverantwortung abstellt. Es wird gemeinhin der Eindruck vermittelt, die Kommunen verfügten über ausreichend Möglichkeiten und Ressourcen, ihre Attraktivität als Arbeits- und Lebensort für niederlassungswillige Ärzt:innen steigern zu können.

In diesem Sinne wird dem lokalen Staat eine Gewährleistungsverantwortung übertragen, wenngleich seine Repräsentant:innen sich über die Grenzen ihrer Kapazitäten und versorgungsrelevanten Kompetenzen bewusst sind. Sowohl die Kommunen als auch die KVen stehen einer lokalen Gewährleistung skeptisch gegenüber. Doch die Steuerungsstrukturen sind maßgeblich von der öffentlichen Verantwortungszuschreibung entkoppelt. Anders als die KVen ist die Wohnbevölkerung der untersuchten Kreisregionen von den Sicherstellungsproblemen in ihren Lebenswirklichkeiten betroffen. Sie verfügt jedoch über keine Steuerungsmöglichkeiten, formale Zuständigkeiten, finanzielle Ressourcen oder adäquates Wissen, um auf die Versorgungsorganisation Einfluss zu nehmen. Deshalb adressiert sie die Bürgermeister:innen als Ansprechpartner:innen vor Ort. Und diese können und wollen sich der Suche nach Antworten auf die Versorgungsprobleme zumindest nicht entziehen.

Das Verhältnis zwischen dem lokalen Staat und der gemeinsamen Selbstverwaltung ist allerdings kein historisch gewachsenes mit entsprechend belastbaren Verbindungen. Vielmehr zeigt sich in den ersten Berührungs punkten innerhalb der lokal agierenden Akteurskonstellationen Skepsis zwischen den Akteuren, bis hin zu Misstrauen. Der regulative Weg der gesellschaftlichen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wird punktuell in Frage gestellt. Es ist allerdings gänzlich unklar, ob die Kommunen die Probleme besser lösen könnten als es der mittelbaren Staatsverwaltung in Form der KVen begrenzt gelingt. Insofern ist kein Pfadwechsel an sich zu vermuten; vielmehr reproduziert sich bis dato der bestehende Regulierungspfad inklusive gewisser Anpassungen.

Interviewverzeichnis

Interview LL II – Landkreis Leer vom 26.04.2021.

Interview LL III – Landkreis Leer vom 06.05.2021.

Interview LL V – Landkreis Leer vom 17.05.2021.

Interview LL VII – Landkreis Leer vom 20.05.2021.

Interview PM II – Potsdam Mittelmark vom 19.10.2021.

Interview PM IV – Potsdam Mittelmark vom 26.11.2021.

Interview EKBP II – Eifelkreis Potsdam-Mittelmark vom 14.12.2021.

Interview EKBP III – Eifelkreis Potsdam-Mittelmark vom 11.02.2022.

Interview VBK II –Vogelsbergkreis vom 20.07.2022.

Interview LKA V – Landkreis Ansbach vom 22.02.2023.

Presseverzeichnis

Altmarkzeitung (21.10.2010): »Müssen mit niedergelassenen Ärzten reden, wie wir das nun organisieren«.

Märkische Allgemeine Zeitung (11.03.2018): »Der lange Weg zum Hausarzt«.

Märkische Allgemeine Zeitung (11.11.2019): »Starker Protest gegen Ärztemangel«.

Trierischer Volksfreund (19.04.2013): »Praxissterben in der Eifel geht weiter«.

Trierischer Volksfreund (10.02.2015): »Was passiert, wenn der Hausarzt in Rente geht?«.

Trierischer Volksfreund (19.04.2018): »Gesundheitszentrum Neuerburg: Schritt für Schritt dem Ziel entgegen«.

Literaturverzeichnis

Barthen, Linda/Gerlinger, Thomas (2016): »Die hausärztliche Versorgungssituation in Sachsen-Anhalt. Wahrnehmung, Beschreibung und Bewertung lokaler Versorgungsprobleme durch die Bürgermeister«, in: Das Gesundheitswesen 78, S. 645–650, <https://doi.org/10.1055/s-0035-1549995>

Döhler, Marian/Manow, Philipp (2007): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren, Opladen: Leske + Budrich.

Futterer, Andrea (2020): Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim ›Landarztemangel‹ an ihre Grenzen. Eine strukturelle Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgungsgeschichte Deutschlands, GROEG-Arbeitspapier Nr. 1, <http://dx.doi.org/10.15496/publikation-49292>

Futterer, Andrea (2022): »Jenseits der Landarztdylle: ambulante Versorgung im ländlichen Raum«, in: Bürger und Staat (1/2), S. 37–42. <http://dx.doi.org/10.15496/publikation-49292>

Gerlinger, Thomas et al. (2018): Die Kommune als Ort der Gesundheitspolitik (= Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, 52), Hamburg: Argument, S. 103–126.

Hajer, Maarten (2008): »Argumentative Diskursanalyse. Auf der Suche nach Koalitionen, Praktiken und Bedeutungen«, in: Keller, Reiner et al. (Hg.): Handbuch Sozialwissenschaftliche Diskursanalyse, 3. Aufl., Wiesbaden: VS.

Holleederer, Alfons (2015): »Gesundheitskonferenzen in Deutschland: ein Überblick«, in: Das Gesundheitswesen 77, S. 161–167, <https://doi.org/10.1055/s-0033-1361109>

- Klenk, Tanja (2008): Modernisierung der funktionalen Selbstverwaltung. Universitäten, Krankenkassen, und andere öffentliche Körperschaften (= Schriften des Zentrums für Sozialpolitik, Band 15). Frankfurt a.M./New York: Campus.
- Klenk, Tanja (2018): »Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor«, in: Spier, Tim/Strünck, Christoph (Hg.): Ärzteverbände und ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik, Wiesbaden: Springer VS, https://doi.org/10.1007/978-3-658-19249-5_2
- Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte – Intentionen – Konfliktlinien. Bern: Huber.
- KBV (2021): »BPL-Umfrage der KVVen«, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>
- KV Hessen (2023): »Fokus Gesundheit. Analyse Vogelsbergkreis – Ambulante medizinische Versorgung«, <https://www.kvhessen.de/publikationen/daten-zur-ambulanten-versorgung-in-hessen>
- KV Rheinland-Pfalz (2020): »Hintergründe des Ärztemangels«, https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Hintergrund/KVRLP_Hintergruende_Aerztemangel.pdf
- KV Rheinland-Pfalz (12.04.2021): »Sind die Ansprüche von Patienten zu hoch? Fragen an Sabine Strüder von der Verbraucherzentrale RLP«, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=0s6iHGeTSac>
- KV Rheinland-Pfalz (o.J.), <https://www.arzt-nah-dran.de/zehn-gute-gruende>
- Landkreis Leer (2013): »Demografie hat Stellenwert wie Deichbau. Fortschreibung des Demografieberichts für den Landkreis Leer«, https://www.landkreis-leer.de/Quicknavigation/Suchergebnis/index.php?La=1&NavID=2051.17.1.1.1&object=med_2051.783.1.PDF
- NSGB – Niedersächsischer Städte- und Gemeindebund (2019): »Hausärztliche Versorgung in Niedersachsen sicherstellen«, <https://www.nsgb.de/hausaerztliche-versorgung-in-niedersachsen-sicherstellen/>
- Reiners, Hartmut (2009): Mythen der Gesundheitspolitik, Bern: Huber.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern: Huber, https://doi.org/10.1007/978-3-658-01966-2_6
- Schroeder, Wolfgang/Winter, Thomas von (2019): »Korporatismus im deutschen Gesundheitssystem. Voraussetzungen, Bedingungen und Entwicklungen«, in: Sozialer Fortschritt 68, Berlin: Duncker & Humblot, S. 477–496, <https://doi.org/10.3790/sfo.68.6-7.477>
- Schuppert, Gunnar Folke (2001): »Der moderne Staat als Gewährleistungsstaat«, in: Schröter, Eckhard (Hg.): Empirische Policy- und Verwaltungsforschung, Opladen: Leske + Budrich, S. 399–414, https://doi.org/10.1007/978-3-663-09926-0_24
- Steinhäuser, Jost/Scheidt, Lea/Szecsenyi, Joachim/Götz, Katja/Joos, Stefanie (2012): »Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel – eine Be-

- fragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg», in: Das Gesundheitswesen 74, S. 612–617. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1308977>
- Urban, Hans-Jürgen (2001): Wettbewerbskorporatistische Regulierung im Politikfeld Gesundheit. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und die gesundheitspolitische Wende. WZB Discussion Paper, No. P 01–206. Berlin.
- Vogelsbergkreis (2019): »Innovative Versorgungsformen für den Vogelsbergkreis. Zweites Gesundheitsforum 21.8.2019«, <https://docplayer.org/166392079-Dokumentation-zum-2-vogelsberger-gesundheitsforum.html>
- Klose Joachim/Rehbein, Isabel (2011): Ärzteatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten, Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO).
- Kuhn, Bertolt/Steinhäuser, Jost/Eberhard, Sveja/Hufenbach, Rolf/Amelung, Volker E. (2018): »Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte«, in: Das Gesundheitswesen 80, S. 711–718. <https://doi.org/10.1055/s-0042-121602>

