

## 5 Die lokale Politisierung und Bekämpfung der ärztlichen Versorgungsdefizite

---

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

### 5.1 Landkreis Leer, Niedersachsen

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

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

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

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

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

### 5.1.1 Der mediale Diskurs in der Ostfriesen-Zeitung

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

#### 5.1.1.1 Warnung vor dem Ärztemangel (2001–2010)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quelle: Selbstgestaltet

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

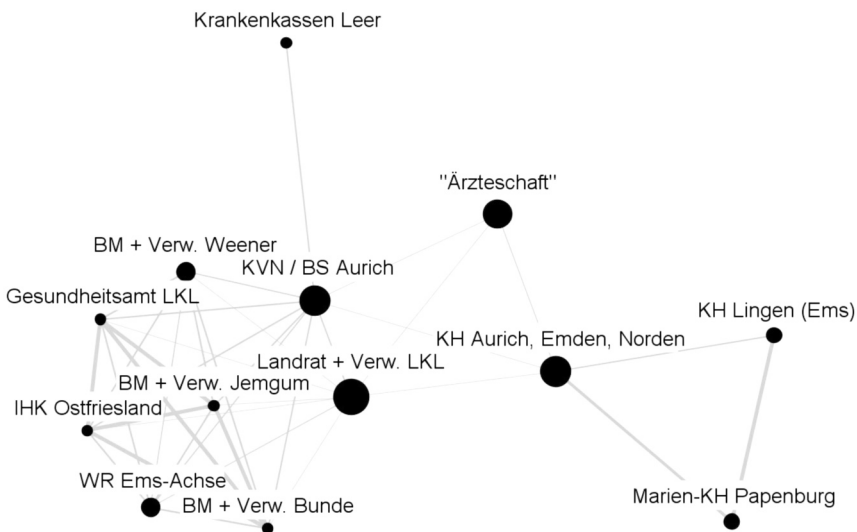
Doch das kommunale Einschreiten wird erneut Thema des öffentlichen Diskurses. Die oppositionelle CDU in Weener kritisiert nämlich rund ein Jahr nach der Antragsstellung – in der Hochphase des Landtagwahlkampfes – einen der involvierten Bürgermeister. Es sei unverantwortlich gewesen, eine Sicherstellungspraxis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

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

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

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

Abbildung 5: Diskursnetzwerk Landkreis Leer 2015–2016



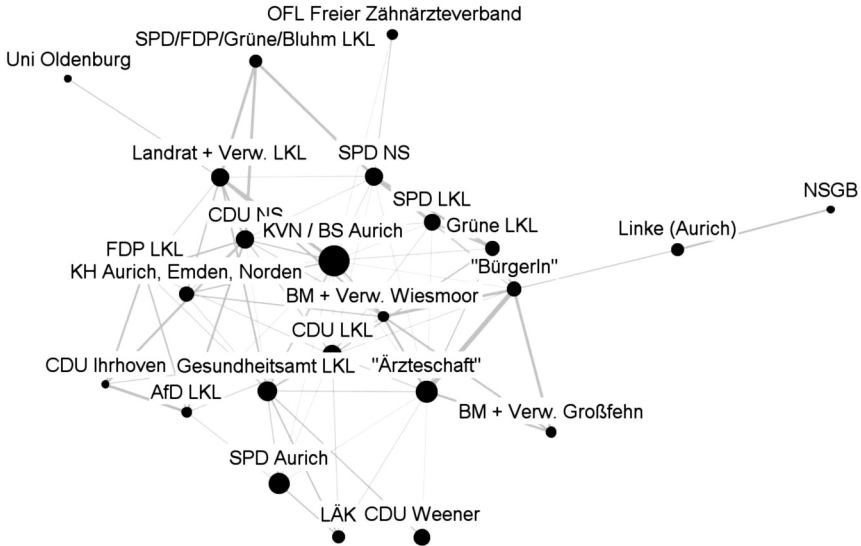
Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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



te<sup>1</sup> (SPD). Die Kandidatin der Grünen kritisiert die Niederlassungs- und Förderpraxis der KVN zurückhaltend: »Sie macht die Bedarfsplanung – und da fällt das Land hinten über« (ebd.).

Abbildung 6: Diskursnetzwerk Landkreis Leer 2017–2018



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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

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



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

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

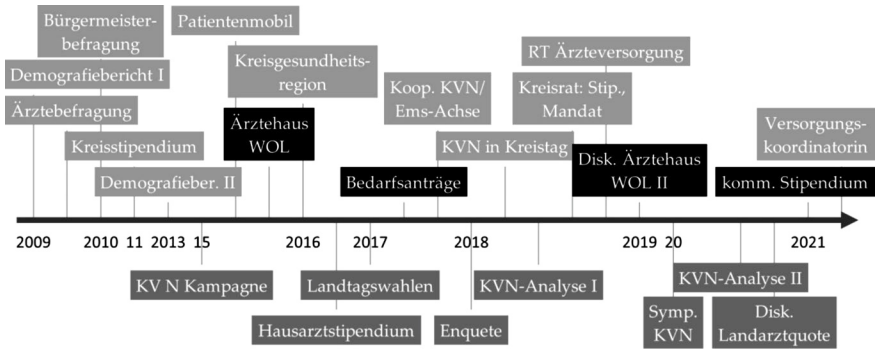
»Auch Überhangmandate im Bundestag werden nicht aus den Vergütungen der anderen Bundestagsabgeordneten bezahlt«. Nach seiner Gesamteinschätzung gefragt, sagt [er], die Reform der Bedarfsplanung sei »nicht der Super-Wurf«, aber »ein mittelgroßer Wurf« sei es auf jeden Fall.« (Ebd.)

### 5.1.2 Pfad: Lose Kooperationsbestrebungen im Landkreis Leer

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

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

Abbildung 7: Relevante Ereignisse im Landkreis Leer



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

### 5.1.2.1 Wappnen für den nahenden Ärztemangel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Auch die KVN ändert ihre Deutung innerhalb der vergangenen Dekade nicht grundsätzlich. Sie bleibt der Storyline treu, nach der es sich bei den Sicherstellungsproblemen um eine Verteilungsfrage handle. Allerdings weicht sie deren alleinige Erklärungskraft etwas auf. Über die Zeit verweist sie wiederholt darauf, dass sich auch die veränderten Arbeitsvorstellungen des medizinischen Nachwuchses auswirkten und wegen der Konkurrenzsituation um Ärzt:innen zwischen Kommunen, Kliniken und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mehr Mediziner:innen im System gebraucht würden. Die Mengensteuerung ist auch im September 2020 Thema auf einem KVN-Symposium mit dem Titel »Ärztinnen- und Ärztemangel – nur eine Frage der Verteilung?«. Anlass bietet die bereits erwähnte Studie der KVN<sup>2</sup>, die eine Prognose der vertragsärztlichen Versorgung für das Jahr 2030 umfasst und – so die Position der KVN – zeigt, dass sowohl die Kommunen die ländlichen Infrastrukturen ausbauen als auch mehr Medizinstudienplätze eingerichtet werden müssen (vgl. Thomsen et al. 2020). Zusammen mit der Landarztquote könne eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden (vgl. KVN 2020, 50:00 ff.).

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

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

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

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

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

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

### 5.1.2.2 Kommunale Wettbewerbsstrategie versus regionale Koordination

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

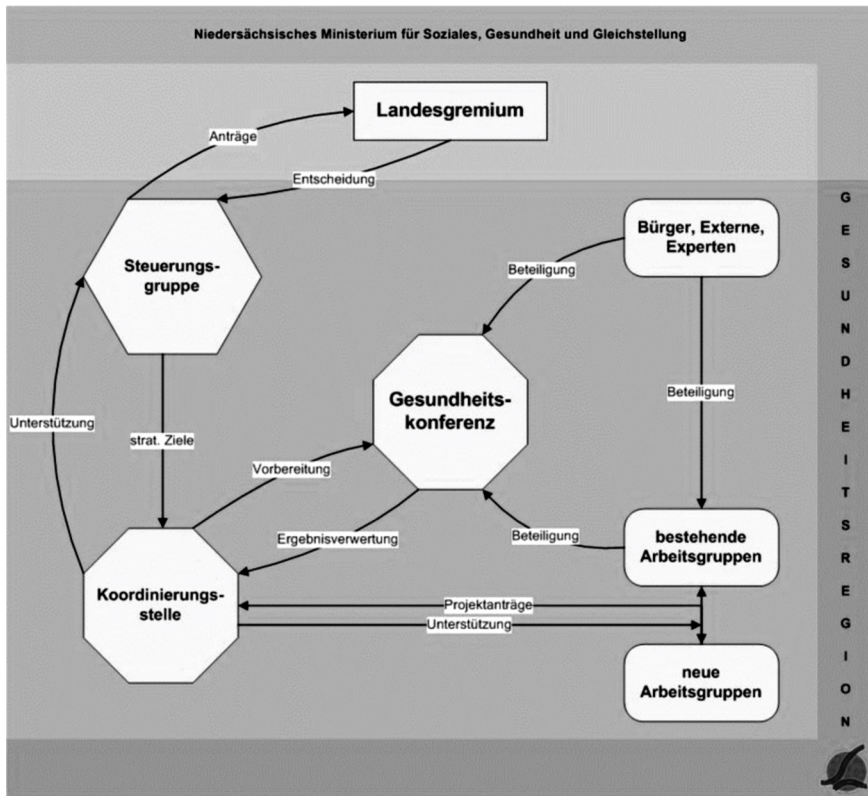
»Wir versuchen es jetzt einmal mit Geld und haben natürlich noch andere Ideen im Hinterkopf. Das ist eben genau das, was auch in Sögel gemacht wird, dass man den Ärzten noch mehr abnimmt, dass sie eigentlich nur noch ihre Praxis aufmachen müssen, die Patienten behandeln und alles andere abgenommen wird.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

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

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

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

Abbildung 8: Strukturbildung im Rahmen der Gesundheitsregion Landkreis Leer



Quelle: Landkreis Leer o.J.b

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.1.2.3 Proaktive Anpassung der lokalen Infrastrukturpolitik

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### 5.1.3 Zwischenfazit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.2 Landkreis Potsdam-Mittelmark, Brandenburg

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

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

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

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

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

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

#### 5.2.1.1 Die Rede von einer Verantwortungsgemeinschaft (2007–2012)

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

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



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

### 5.2.1.2 Uneinigkeit in der Problemdeutung (2013–2017)

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

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

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

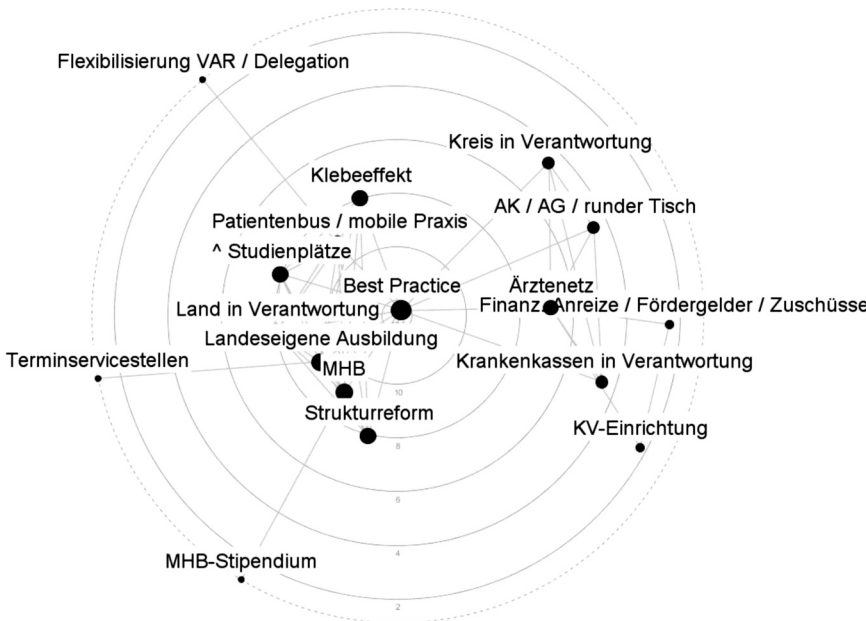
Abbildung 9 zeigt die zentralen Forderungen, die zwischen 2013 und 2017 im öffentlichen Diskurs zur Bearbeitung der Versorgungsprobleme vorgetragen werden. Abbildung 10 ergänzt diese um die entsprechenden Akteure. Die KVBB und die Landesärz-



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

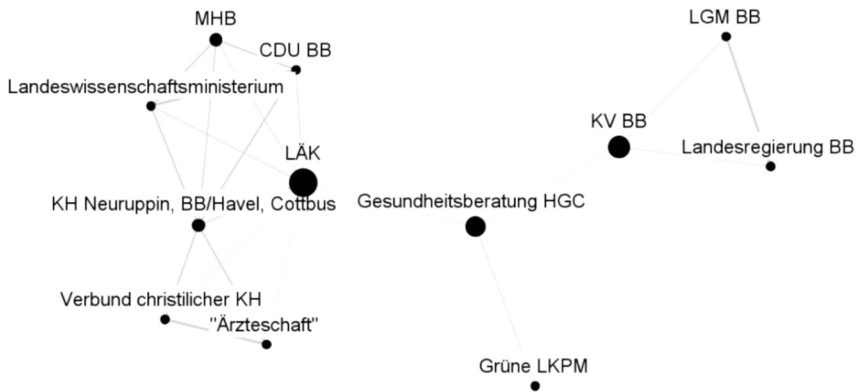
Fortan nimmt die Ausbildungspolitik des Landes eine zentrale Stellung im medialen Diskurs ein. Spannungen zwischen der Landesregierung und den Initiatoren der privaten Hochschule MHB werden öffentlichkeitswirksam thematisiert. Deren Gründerkreis betritt 2013 das mediale Parkett. Die Hochschule wird vor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

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



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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

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

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

### 5.2.1.3 Lokale Proteste und ein Landesprogramm (2018–2021)

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

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

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

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

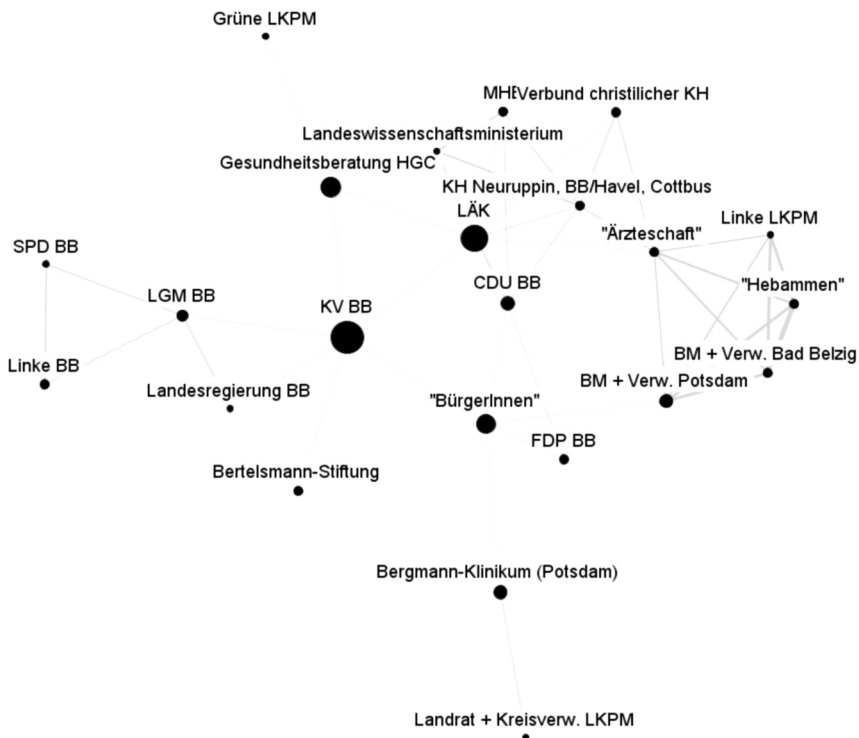
Zwei Kommunen im Kreisgebiet rücken in den Fokus der Berichterstattung. In der Gemeinde Wiesenburg fahndet eine selbsternannte »Task Force« nach Mediziner:innen und im knapp 20 Kilometer entfernten Niemeßk brechen 2019 Proteste wegen einer vakanten Praxis aus. Beide Gemeinden liegen im südlichen Kreisgebiet.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

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

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

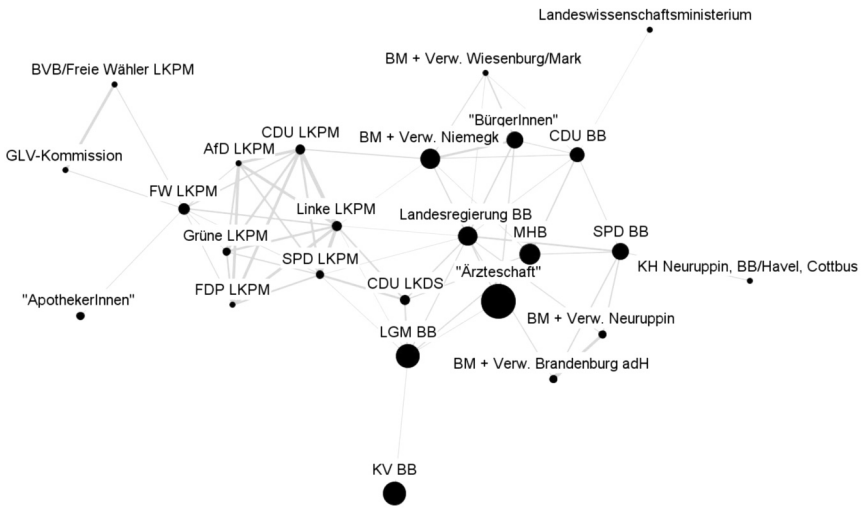
inhaltlichen Differenzen mit anderen Akteuren hinweist. Die KVBB ist argumentativ mit dem Landesgesundheitsministerium verbunden, was mit einer Kooperation im Rahmen des Drei-Punkte-Programms der rot-grünen Landesregierung zu erklären ist. Die Landesregierung reagiert damit auf die Prognosen der KVBB,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

Abbildung 11: Diskursnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark 2013–2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Abbildung 12: Diskursnetzwerk Landkreis Potsdam-Mittelmark 2018–2021



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,045

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

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

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

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

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

## 5.2.2 Pfad: Zurückhaltung in der kommunalen Strategiebildung

Abbildung 13: Relevante Ereignisse im Landkreis Potsdam-Mittelmark



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

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

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

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

### 5.2.2.1 Fragmentierte Problemdeutung und ausbleibende Ursachenkritik

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.2.2.2 Ist öffentliches Handeln überhaupt notwendig?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.2.2.3 Verhaltene Positionierungen und de-politisierende Momente

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.2.3 Zwischenfazit

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.3 Eifelkreis Bitburg-Prüm, Rheinland-Pfalz

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

#### 5.3.1 Der mediale Diskurs im Trierischen Volksfreund

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Verbandsgemeinde Speicher zeigt sich derweil zuversichtlich, im Rahmen eines neu aufgesetzten Landesprojekts<sup>4</sup> tragfähige Lösungen zur Versorgungssicherung entwickeln zu können. Speichers Bürgermeister begrüßt die lokalen Zukunftswerkstätten zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung und betont, die Dringlichkeit des Problems sei auf politischer Ebene erkannt worden. Nur zwei Wochen später wird bekannt, dass Speicher nicht in das Landesprogramm aufgenommen wurde (vgl. TV 27.02.2015). Den zuvor geforderten Arbeitskreis richtet der Verbandsgemeinderat wenige Wochen später dennoch ein. Neben dem Bürgermeister sind auch einige Ratsmitglieder und zwei Vertreter:innen der örtlichen Ärzteschaft involviert. Der Arbeitskreis stellt sich schwerpunktmäßig der Frage, wie jungen Ärzt:innen ein attraktives Umfeld geboten werden kann (vgl. TV 19.03.2015). Ein gutes Jahr später verkündet Speichers Bürgermeister, er glaube, man könne das Versorgungsniveau nicht langfristig halten. Er begrüße das Landesprogramm, setze selbst aber vornehmlich auf den persönlichen Kontakt mit der Ärzteschaft (vgl. TV 29.04.2016).

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

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



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

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

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

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

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

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

### 5.3.1.2 Der steinige Weg zur Ärztegenossenschaft (2017–2018)

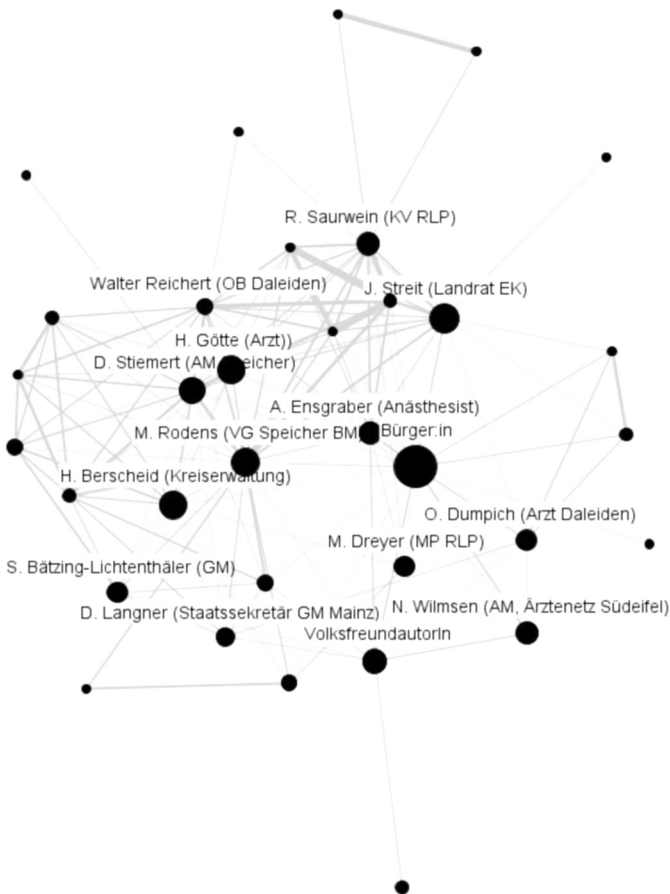
Im Frühjahr 2017 schließlich startet das Kreisentwicklungsprogramm. Erste Stimmen seitens der Kommunalpolitik deuten eine Aufbruchsstimmung an. Der Bürgermeister der Verbandsgemeinde Speicher befürwortet das Bündeln der Themen, betont jedoch, dass es der zivilgesellschaftlichen Unterstützung der Verwaltung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

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

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

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

Abbildung 14: Personennetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2009–2016

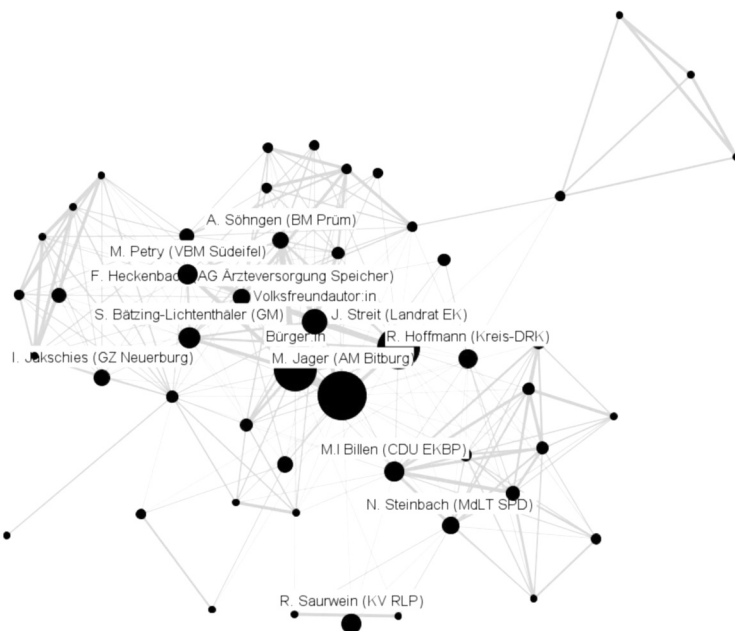


Quelle: Selbstgestaltet in Visone

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

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

Abbildung 15: Personennetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2017–2020



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,036

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

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

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

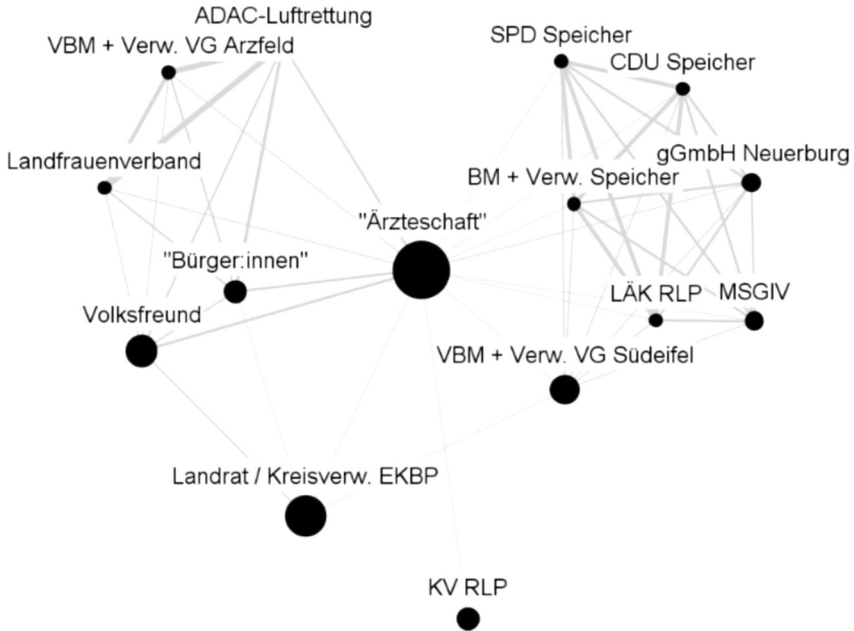
Diese Entwicklung nimmt die Presse zum Anlass, die Strukturen und Funktionsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zu erklären. Sie erläutert die Zusammensetzung der relevanten Gremien und trägt so zur Aufklärung der Leser:innen und damit verbunden der Wohnbevölkerung des Eifelkreises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

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

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

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

Abbildung 16: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2017



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,154

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

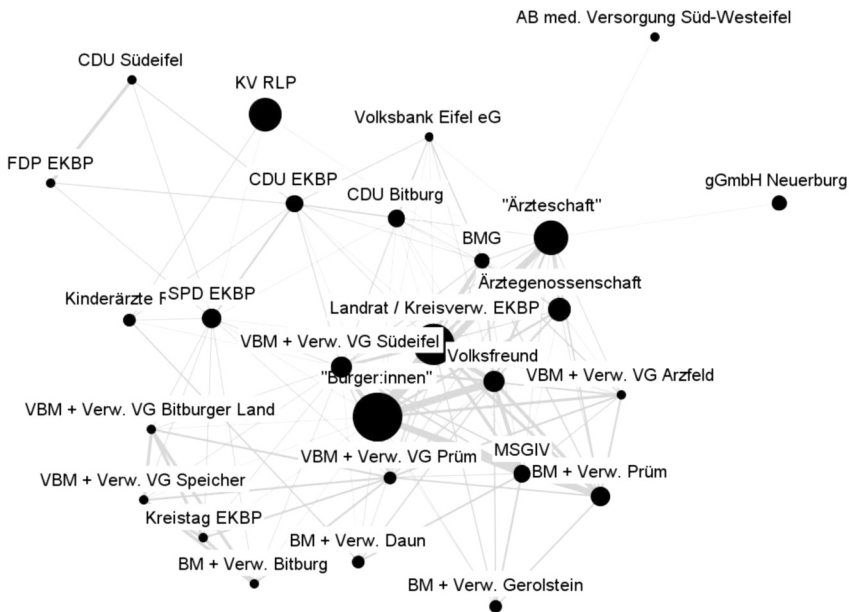
Die Ministerin äußert sich schließlich tatsächlich zu der Sache. Ihrer Meinung nach sei die Ablehnung des Antrags durch den Zulassungsausschuss nicht nachvollziehbar. Sie ruft zum Dialog auf. Diesem blickt der Landrat wiederum wenig euphorisch entgegen. Er findet vor dem Gesprächstermin deutliche Worte:

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

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

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

Abbildung 17: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm 2018



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,069

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



*Tabelle 4: Ausgewählte Facebook-Kommentare aus dem Trierischen Volksfreund*

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

Quelle: Selbstgestaltet nach TV 01.06.2018c

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

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

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

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

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

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

### 5.3.1.3 Ernüchternde Bilanz der getesteten Maßnahmen (2018–2020)

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

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

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

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

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

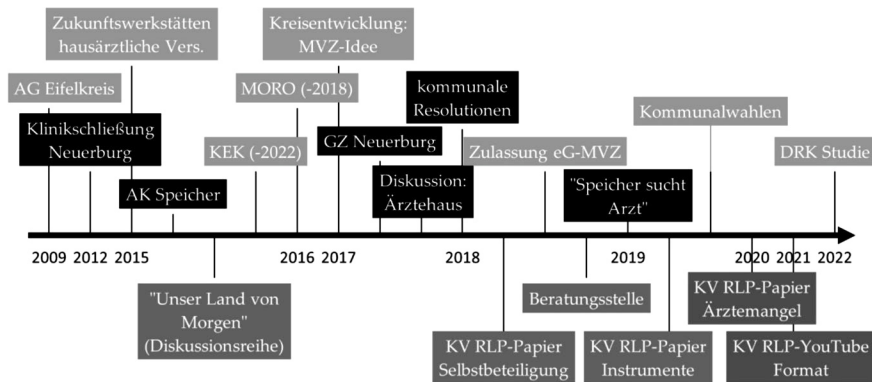
Die Stadt Speicher bleibt weiterhin öffentlichkeitswirksam in der Nachwuchsakquise aktiv: Drei Stadträte bilden eine AG zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung, die alsbald ein offizielles Mandat durch den Stadtrat erhält (TV 22.11.2020). Die ständigen Mitglieder der AG verfügen über Erfahrungen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

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

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

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

Abbildung 18: Relevante Ereignisse im Eifelkreis Bitburg-Prüm



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

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

### 5.3.2.1 Keine Alternative zum kommunalpolitischen Handeln?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### 5.3.2.3 Kommunale Verantwortungsgefühle

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.3.3 Zwischenfazit

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.4 Vogelsbergkreis, Hessen

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

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

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

### 5.4.1 Der mediale Diskurs in der Oberhessischen Zeitung

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

#### 5.4.1.1 Versorgungsrelevante Diskurse auf Kreisebene (2017–2018)

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

Im Mai 2017 findet die dritte Vogelsberger Kreisgesundheitskonferenz mit dem Titel »Herausforderungen annehmen – ärztliche Versorgung zukunftssicher gestalten« statt. Neben diverser Kreisvertreter:innen und -politiker:innen sind am Veranstaltungsabend auch eine Versorgungsforscherin der Universität Frankfurt a.M. und ein Berater der Quaestio – Forschung und Beratung GmbH<sup>6</sup> anwesend. Im Auftrag des Kreises haben die beiden zuvor den lokalen Bedarf an ambulanter medizinischer Gesundheitsversorgung erhoben. Auf der Veranstaltung werden die Ergebnisse präsentiert. Unterschiedliche Anwesende, vornehmlich aus der lokalen Ärzteschaft, kritisieren die mangelhafte Datengrundlage der Studie, die deshalb nicht repräsentativ sei. Die Autor:innen der Studie verweisen auf die wenig kooperationswillige KVH, die Details zurückgehalten habe (vgl. OHZ 10.05.2017). Die beiden haben sich deshalb mit den verwendeten Zahlen zufriedengeben müssen. Als sich weitere, eher grundlegende, Kritik an der Passgenauigkeit bedarfsplanerischer und niederlassungspraktischer Einzelheiten entfacht, richtet Landrat Manfred Görig (SPD) kritische Worte in Richtung KV. Er wirft ihr vor,

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

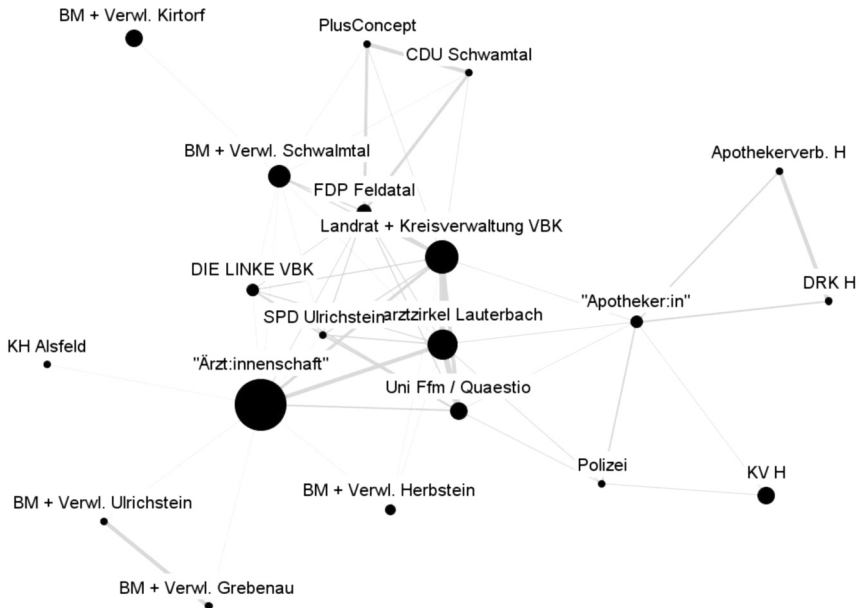
In der Gemeinde Schwalmtal setzt der Bürgermeister auf die Umwandlung einer Einzelpraxis in eine Gemeinschaftspraxis. Er resümiert: »Heute ist es ein Riesenproblem einen Hausarzt zu bekommen. Jetzt muss die Gemeinde tätig werden, um eine Perspektive für die hausärztliche Versorgung zu schaffen.« (OHZ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

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

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

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

Abbildung 19: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2017–2018

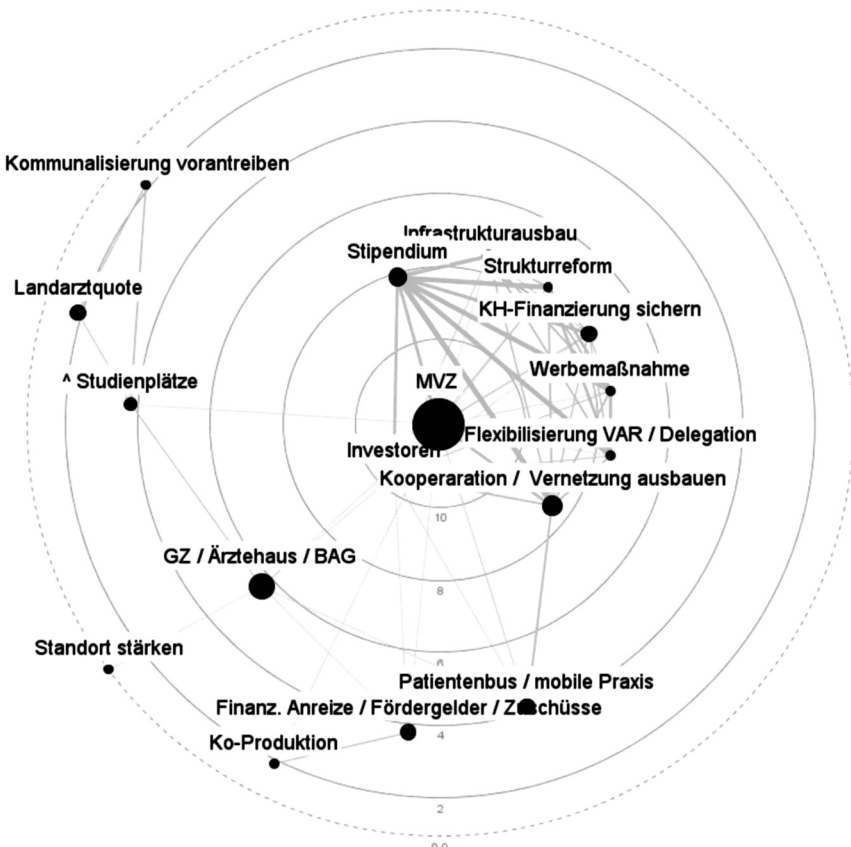


Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,034

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

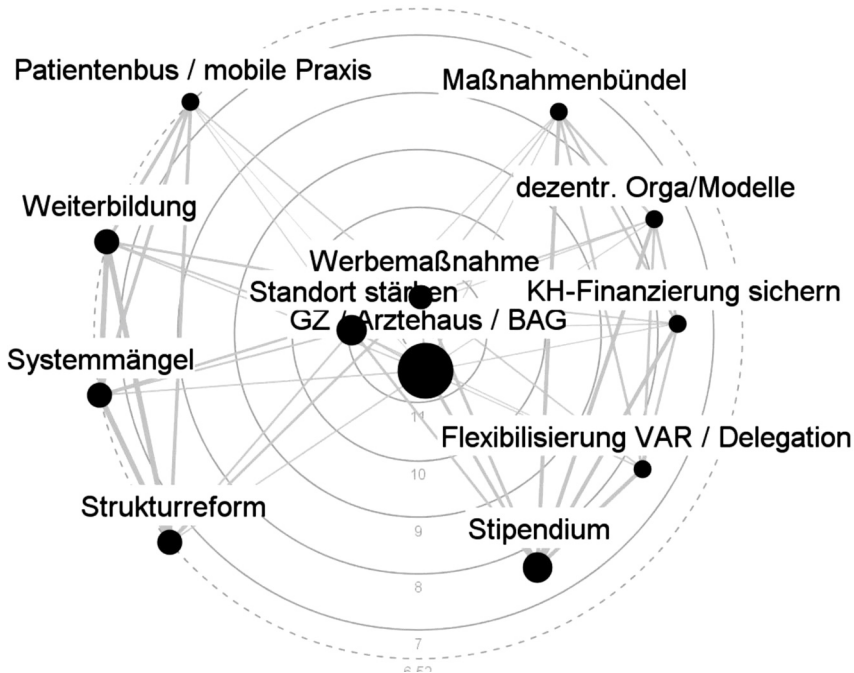
Zur selben Zeit beschäftigen sich die zuständigen Kreismitarbeitenden mit den Erkenntnissen der Kreisgesundheitskonferenz aus dem Vorjahr. In der Folge erhält die OptiMedis AG, eine Management- und Beteiligungsfirma mit Sitz in Hamburg, den Auftrag zur Erstellung einer Bedarfsanalyse. Von Beginn an steht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

Abbildung 20: Radialnetzwerk Vogelsbergkreis »Maßnahmen« 2019–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

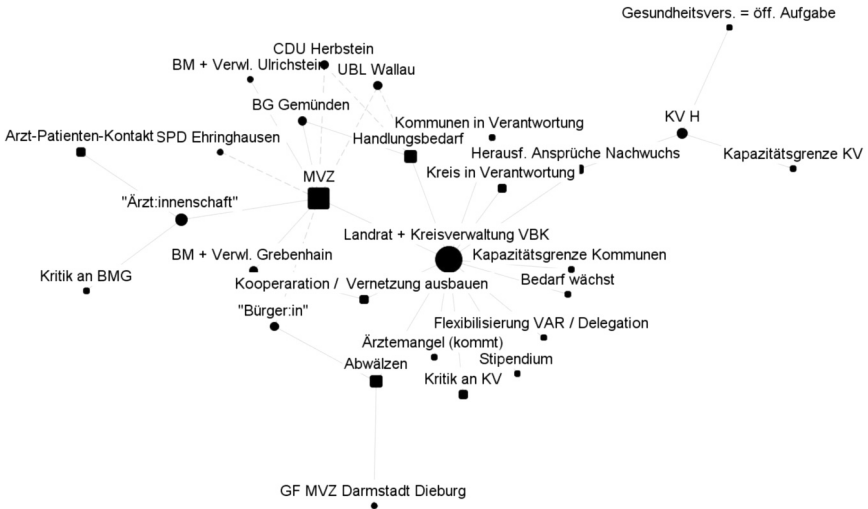
Abbildung 21: Radialnetzwerk Vogelsbergkreis »Maßnahmen« 2017–2018



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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

Abbildung 22: Two-mode Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2019



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

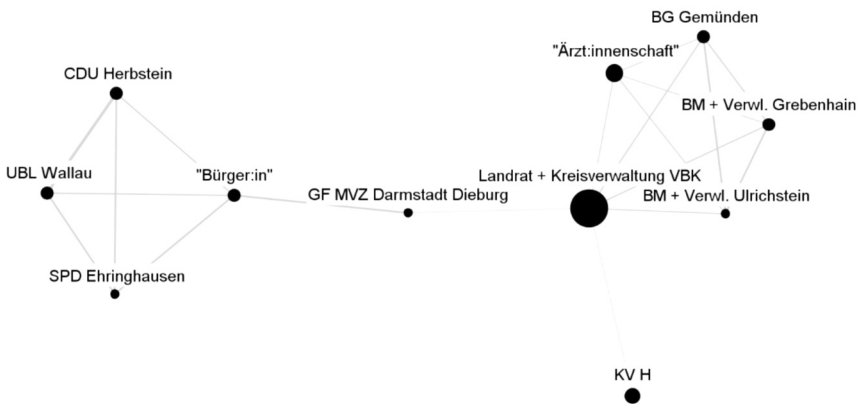
Die relative Einigkeit zwischen den Akteuren über das MVZ-Projekt als adäquate Lösung für die Versorgungssicherung schwindet bereits im Laufe des Jahres 2019. Am Abend des zweiten Kreisgesundheitsforums im August berichtet die Leiterin eines kreisgetragenen MVZ, das außerhalb des Vogelsbergs liegt, von den mit dem MVZ verbundenen Herausforderungen. Ein Allgemeinmediziner beschwert sich zudem über die ungleiche Behandlung von angestellten MVZ-Ärzt:innen gegenüber den Niedergelassenen. Seinerzeit hätten Hausärzt:innen ein finanzielles Risiko eingehen müssen, während die Politik der jungen Generation nun ein »gemachtes Nest« (ebd.) bereite. Ein hausärztlicher Kollege aus der Region entgegnet: »Ich gehöre zu einer älteren Generation und habe dann eben Pech gehabt, wenn es so kommt. Das ist zwar nicht ganz fair, aber ich bin ein großer Verfechter der Schaffung eines MVZs. Wir brauchen es dringend.« (Ebd.) Laut OHZ ist an diesem Abend die »komplizierte Gemengelage« (ebd., OHZ 22.08.2019b) im Kreis sichtbar geworden.

Abbildung 22 verdeutlicht diese Uneinigkeiten. Während die hellgrauen Kanten eine Zustimmung zum MVZ kennzeichnen, weisen die unterbrochenen Kanten auf eine tendenziell ablehnende Haltung hin. Die Bürger:innen und einige Parteiverbände stehen dem MVZ demnach skeptisch gegenüber, wohingegen die Ärzteschaft, der Kreis und die Gemeinde Ulrichstein für das MVZ plädieren. Das Diskursnetzwerk unterstreicht den über das MVZ-Projekt hinaus wenig integrierten medialen Diskurs. Kaum eine Maßnahme findet eine relevante Anzahl an Anhänger:innen oder wird gar von mehreren lokalen Akteuren wegen ihrer Vor- und Nachteile diskutiert. Insbesondere die KVH befindet sich in der Peripherie des Diskursnetzwerks. Ihre einzige Verbindung mit dem Landkreis besteht im beiderseitig festgestellten Anspruchswandel des ärztlichen Nachwuchses.

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

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

Abbildung 23: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2019

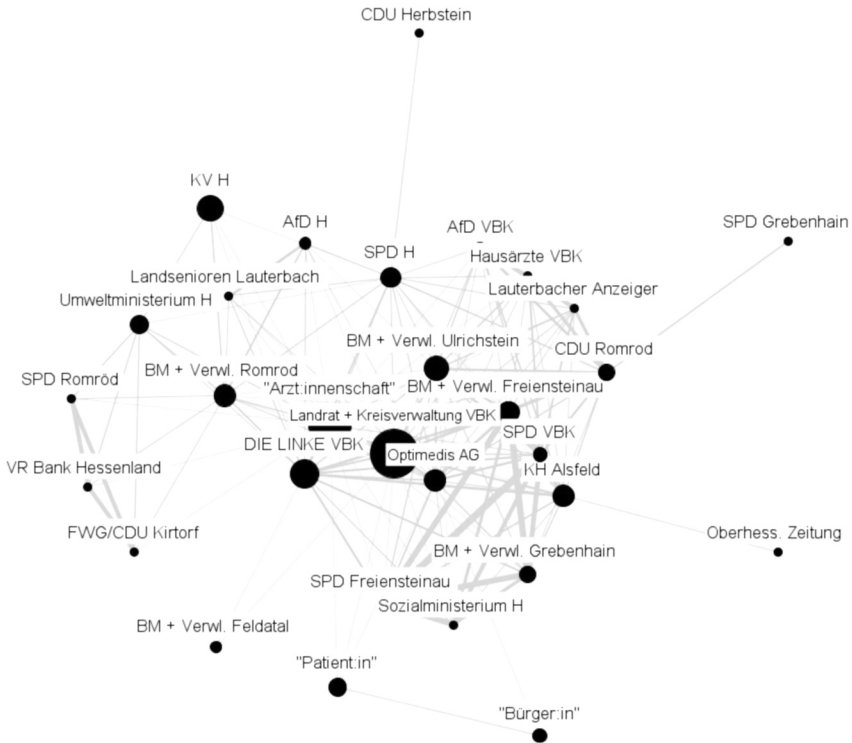


Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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



Abbildung 24: Diskursnetzwerk Vogelsbergkreis 2020–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

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

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

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

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

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

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

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

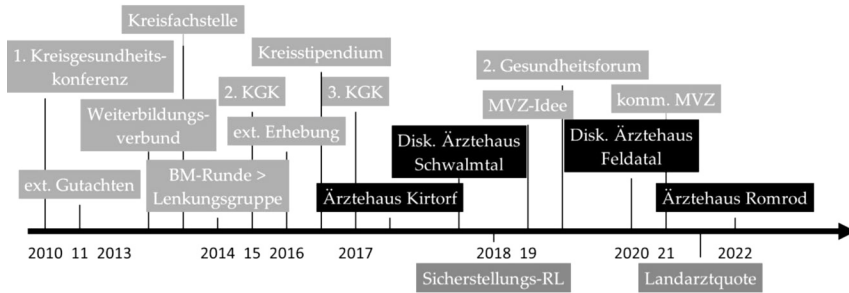
Aus den Kommunen heraus gelangen 2021 einige Berichte von erfolgreichen Praxisnachbesetzungen in die Lokalpresse (vgl. OHZ 25.01.2021, 24.02.2021); aber auch die Zuspitzung der Versorgungsprobleme ist weiterhin Thema. In Freiensteinau beispielsweise wird ein bereits pensionierter Allgemeinmediziner nochmals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

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

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

## 5.4.2 Pfad: Die gemeinsame Suche nach dem Vogelsberger Weg

Abbildung 25: Relevante Ereignisse im Vogelsbergkreis



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

Abbildung 25 illustriert die für die Versorgungspolitik des Vogelsbergkreises relevanten Ereignisse. In den Medien entsteht durch die Art der Berichterstattung zunächst der Eindruck wenig konfliktreicher Aushandlungsprozesse. Die beteiligten Akteure sprechen vom Ärztemangel und der Notwendigkeit, regional spezifische Lösungen zu finden. Die Maßnahmen auf Kreisebene scheinen nicht in einem Widerspruch zu dieser Überzeugung zu stehen. Doch der Kreis hadert auch mit der an ihn gerichteten und durch sein frühes Engagement verstärkten Gewährleistungserwartung. Laut Aussage des Kreises hat er sich in eine Lage gebracht, in der die Kommunen erwarteten, dass er sich kümmere. Entsprechend forsch tritt der Kreis im Rahmen eines interkommunal getragenen MVZ-Projekts gegenüber den Gemeinden auf. Der finanzielle Druck, der mit der Trägerschaft einhergeht, fordert eine unternehmerische Haltung des Kreises. Gleichzeitig sehen die Gemeinden neben kostenintensiven Ärzteshäusern keine wirkliche Alternative zum MVZ-Projekt.

### 5.4.2.1 Eingekaufte Problemdeutung

Das Interview mit einem Repräsentanten des Vogelsbergkreises und die Dokumentenanalyse bestätigen den Eindruck aus der Lokalpresse. Der Kreis hat sich wegen einiger Ansprachen seitens der Bürger:innen und der Kommunalpolitik und im Rahmen seiner anderweitigen Zuständigkeiten unter Druck gesetzt gefühlt, in der Bekämpfung des Ärztemangels das Zepter in die Hand zu nehmen. Nach einigen Praxisschließungen habe sich daraufhin in der Bevölkerung die Überzeugung verstetigt, die Politik müsse Lösungen finden (vgl. Interview VBK I).

»Gesundheitliche Versorgung ist ein ganz emotionales Thema und die Verbindung von Bürger zu Hausarzt ist natürlich gerade im ländlichen Raum eine, die über Jahre, Jahrzehnte trägt. Da war der Vater schon beim Hausarzt, dann ist das Kind hin und mittlerweile der Enkel auch da und jetzt geht der in den Ruhestand, will aufhören. Dass da eine Panik ausbricht und man sich dann erstmal in einer gewissen Hilflosigkeit an

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

#### 5.4.2.2 Ein kreiseigener Werkzeugkasten gegen den Ärztemangel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Lösungsstrategie der KVH besteht darin, sich als Schnittstellenakteur zwischen der lokalen oder niederlassungsinteressierten Ärzteschaft und den Kommunen zu positionieren. Auf Nachfrage kann die Interviewpartnerin zwar keine spezifische Initiative im Vogelsbergkreis nennen, versichert allerdings, man stehe über eine beratende Struktur in Gießen mit den Akteuren auf Kreisebene in Kontakt. Die KVH-Repräsentantin offenbart im Interview eine umfassende strategische Reflexion der raumwirksamen Vernetzungs- und Austauschforen, wie die folgenden Einschätzungen verdeutlichen: Für die Bearbeitung lokaler Probleme sollten ihrer Ansicht nach alle Akteure vermehrt auf bilateralen Austausch setzen. Die kommunalen Gesundheitskonferenzen seien hierfür nämlich bereits aufgrund ihrer Größe inadäquat. Die überregionalen Foren<sup>7</sup> könnten

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

### 5.4.3 Zwischenfazit

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

## 5.5 Altmarkkreis Salzwedel, Sachsen-Anhalt

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

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

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

### 5.5.1 Der mediale Diskurs in der Altmark Zeitung und der Volksstimme

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

#### 5.5.1.1 Kooperationsvertrag gegen den Ärztemangel (2009–2012)

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

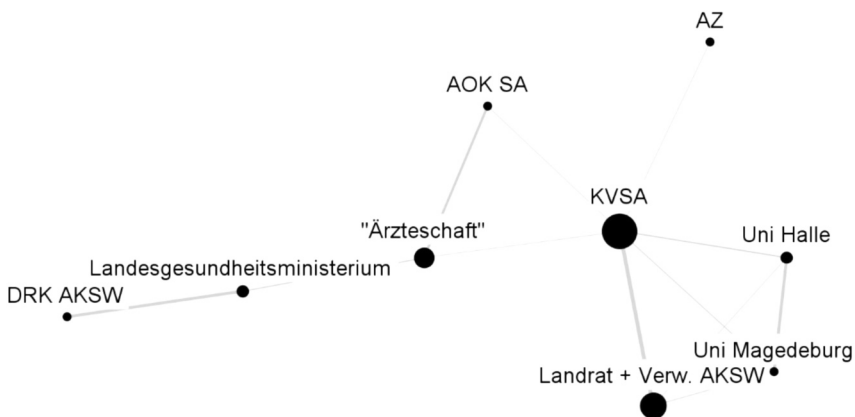
Im Oktober 2010 rückt die im östlichen Kreisgebiet gelegene Gemeinde Kalbe in den Fokus der medialen Aufmerksamkeit. Es wird zunächst darauf hingewiesen, dass die Gemeinde »[a]uch wenn der Bürger es in der Vergangenheit anders wahrgenommen hat – statistisch [...] nicht unterversorgt« (AZ 21.10.2010)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

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

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

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

Abbildung 26: Diskursnetzwerk Altmarkkreis Salzwedel, 2009–2012



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,105

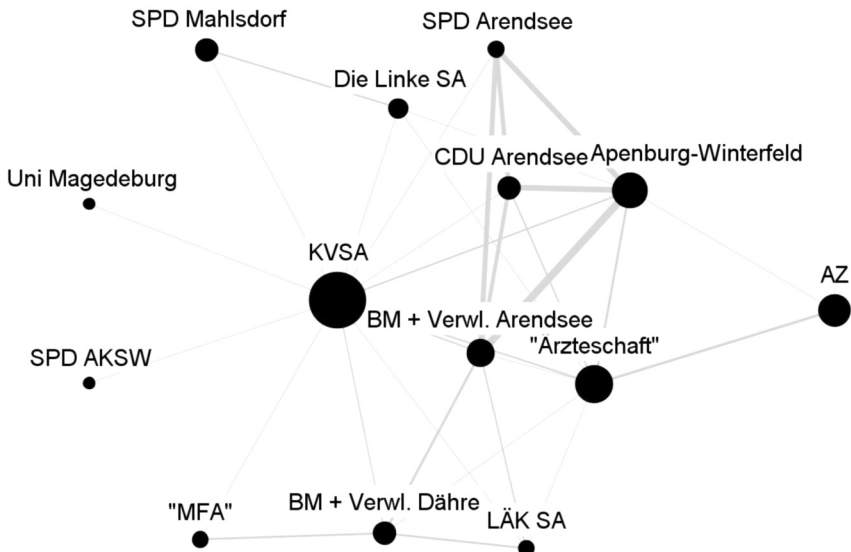
In einer Sitzung des Kreissozialausschusses im Dezember 2012 lobt der Amtsarzt des Kreises die »enge Zusammenarbeit mittels verschiedene[r] Förderprogramme« (AZ 08.12.2012). Salzwedels Kreisgesundheitsdezernent zeigt sich in der Sitzung offen für Hinweise der anwesenden Ausschussmitglieder, die vor allem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

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

### 5.5.1.2 Zuspitzung der lokalen Versorgungslücken (2013–2016)

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

Abbildung 27: Diskursnetzwerk Altmarkkreis Salzwedel, 2013–2016



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone, Schwellenwert 0,069

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

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

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

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

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

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

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

In der nahegelegenen Gemeinde Winterfeld gründet der Gemeinderat 2015 eine AG zur Bekämpfung des Ärztemangels (vgl. AZ 19.02.2015). Eine Stellungnahme der KVSA habe die Ratsmitglieder wachgerüttelt. »Darin werden drei Praxisschließungen in den letzten Jahren genannt. Zudem wird klar gesagt, dass die verbliebenen Praxen in der Region dies nicht mehr kompensieren, also kaum noch Patienten aufnehmen können« (ebd.). Einige Gemeinderät:innen haben deshalb auf den medizinischen Nachwuchs zugeschnittenes Projekt initiiert. In einem Ärztehaus können sich die Mediziner:innen ihre Dienste aufteilen. Man kümmere sich seitens der Kommune aktuell um die notwendigen Fördermittel, insbesondere LEADER-Mittel<sup>8</sup> stünden im Fokus. Auch private Träger sind aus Sicht der Kommunalpolitik für die Realisierung eines Ärztehauses denkbar. Eine Ratsfrau ist sich sicher, die Gemeinde hat »in der Sache viele Jahre geschlafen« (ebd.). Im selben Jahr entwickelt sich überdies die Gemeinde Gardelegen zum »Brennpunkt« (VS 28.05.2015) in Sachen vertragsärztlicher Versorgung. Der Versorgungsgrad liegt laut Bedarfsplan bei nur 78,5 Prozent und damit nur 3,5 Prozentpunkte von der Unterversorgung entfernt.

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5.5.2 Pfad: Mit einem Maßnahmenkatalog gegen den Ärztemangel

Abbildung 29: Relevante Ereignisse im Altmarkkreis Salzwedel



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

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

### 5.5.2.1 Eine fragile Versorgungssituation

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.5.2.2 »Vitamin B« und Implementationsprobleme

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

### 5.5.2.3 Festhalten am freien Arztberuf als Bremse für den Mentalitätswandel

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 5.5.3 Zwischenfazit

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

Doch die Bürgermeister:innen der Kreisgemeinden sind von den Forderungen der Bürger:innen verunsichert. Eine Kommunalpolitikerin kritisiert gar, die Kommunen seien in der ärztlichen Versorgungssicherung zu lange untätig gewesen. Im Kreistag entwickeln sich angesichts der divergierenden Vorstellungen zur kommunalen Gewährleistungsrolle wiederholt Spannungen. Die Kreispolitiker:innen diskutieren überdies darüber, an welchen Stellen ärztliche Ressourcen eingespart werden könnten, wenn sich die Ärzt:innen auf ihre »Kernleistungen« beschränken würden und mehr Aufgaben an ihr Praxispersonal delegieren. Ein Kreisrat fordert zu mehr Engagement der Gemeindevertreter:innen in diese Richtung auf, wohingegen die Bürgermeister:innen ihre Vorstöße mitunter von der lokalen Ärzteschaft blockiert sehen.

Der mediale Diskurs verdichtet sich ab 2013. Insgesamt häuft sich die Anzahl der öffentlichen Problematisierungen der lokalen Versorgungsmängel in dieser Diskursphase. Die Politisierung des Ärztemangels spiegelt sich sprachlich: Es ist von »Brennpunkten«, der Betroffenheit bestimmter Bevölkerungsgruppen und »wachrüttelnden« Prognosen die Rede. Dabei sehen Repräsentant:innen des Kreises und der KVSA die Kommunen als die maßgeblich (mit-)verantwortlichen Akteure in der ärztlichen Versorgungssicherung an. Und es tut sich durchaus etwas in den Rathäusern des Kreisgebiets. Regelmäßige Gespräche zwischen Bürgermeister:innen und Gemeinderät:innen und der KVSA finden

statt. Vertreter:innen der KVSA nehmen wiederholt an Gemeinde- und Kreistagssitzungen teil. Versorgungsrelevante Erfolge können punktuell dort erzielt werden, wo Druck auf die Niederlassungspraxis der KVSA ausgeübt wird. Parallel diskutieren Kommunen materielle Anreize zur Niederlassungsförderung, insbesondere der Bau von Ärztehäusern steht im Fokus. Die Kommunalvertreter:innen kritisieren jedoch auch die fehlenden Unterstützungsstrukturen und diverse rechtliche Unsicherheiten im Zuge der lokalen Projekte.

In der finalen medialen Phase scheinen sich die am Diskurs beteiligten Akteure einig zu sein, dass der lokale Staat sich an der Versorgungssicherung beteiligen muss. Die KVSA unterstreicht den Handlungsdruck wiederholt, während der Kreis sich zunehmend handlungswillig zeigt und in den einzelnen Gemeinden weiterhin Versorgungskonzepte getestet werden. Insgesamt herrscht eine gewachsene Aufmerksamkeit für die vom medizinischen Nachwuchs präferierte Anstellung. Ein örtliches Gesundheitszentrum versucht diesem Wunsch nachzukommen und auch die Eigeneinrichtungen der KVSA ermöglichen die Anstellung interessierter Ärzt:innen. Punktuell schließen sich Akteure in Koalitionen zusammen, um Druck auf die KVSA auszuüben oder den eigenen Handlungswillen zu demonstrieren. Die Sorge der Bürger:innen wird wegen einzelner Initiativen im öffentlichen Diskurs reflektiert. Doch der Diskurs frant auch aus und die wenigen überregionalen Vorstöße ernten viel Kritik, insbesondere wegen ihrer als überschaubar eingeschätzten Wirkung für die Fläche.

Einige Praktiken des lokalen Staates haben sich in der Presseberichterstattung bereits angedeutet. Die wiederholten Einladungen der KVSA in die politischen Gremien zeugen von einer partiell institutionalisierten Zusammenarbeit. Zumindest scheint ein andernorts präsen- ter, gestörter Informationsfluss zwischen der KVSA und den öffentlichen Akteuren kein Problem zu sein. Dies bestätigen auch die Gemeindevertreter:innen. Doch das Verhältnis des Kreises zur KVSA ist ein besseres als das zwischen den einzelnen Kommunen zur KVSA. Eine Bürgermeister:in kritisiert die aus ihrer Perspektive aus der Zeit gefallene Ansichten der KVSA-Funktionäre und das damit verbundene Auftreten des Verbands deutlich. Beides sei dem notwendigen flexiblen Umgang mit den vorhandenen ärztlichen Ressourcen wenig zuträglich. Ähnlich argumentiert ein politisch engagierter Allgemeinmediziner aus dem Altmarkkreis Salzwedel. In unterschiedlichen Belangen seien die Verantwortlichen in der KVSA stark von den Arbeitsrealitäten der praktizierenden Ärzt:innen entkoppelt. Zugleich erweist sich die KVSA als punktuell flexibel in der Versorgungssicherung, wie ihr Umgang mit Eigeneinrichtungen verdeutlicht.

Interessanterweise betreffen die Maßnahmen, die auf Kreisebene jüngst im Rahmen eines Katalogs beschlossen wurden vor allem die Kommunen. Nur eine der 24 Maßnahmen fokussiert sich auf die KVSA. Für den Maßnahmenkatalog und die Implementati- on der einzelnen Projekte investiert der Altmarkkreis nicht nur rund 130.000 Euro, sondern richtet auch eine Personalstelle zur Koordination der Maßnahmen ein. Zugleich wird deutlich, dass die beschlossenen Runden Tische nicht nur der Vernetzung der Ärzteschaft dienen, sondern auch das Ziel verfolgen, die lokale Ärzteschaft zu motivieren, sich möglichst frühzeitig und möglichst eigenständig um Nachfolgeregelungen für die lokalen Praxen zu kümmern.

Wenngleich hin und wieder Kritik am gegenseitigen Vorgehen geübt wird, stellt sich die Beziehung des Kreises zu den einzelnen Gemeinden wenig spannungsgeladen dar.

Vielmehr betonen die Akteure, dass sich alle bemühen und zeigen sich erfreut darüber, dass einzelne Initiativen die örtliche Versorgung zeitweise stabilisieren. Und auch auf der Ebene der Gemeinden ist reges Engagement zu vernehmen. Selbst die Bürgermeister:innen, die versuchen die Gewährleistungserwartungen mit Hilfe eines Verweises auf fehlenden Kompetenzen und Ressourcen von sich zu weisen, verfügen über Vorstellungen adäquater Instrumente und relevanter Rahmenbedingungen und wissen diese einzusetzen. Dabei reflektieren sie den interkommunalen Wettbewerb und gehen mit den aus ihrer Perspektive wenig bedarfsorientierten Projekten hart ins Gericht.

## 5.6 Landkreis Ansbach, Bayern

Im Juni 2022 veröffentlicht das Nachrichtenprotal des Bayerischen Rundfunks (BR) den Beitrag »Arzt verzweifelt gesucht: Immer mehr Teile Bayerns unterversorgt« (BR24 2022). Darin wird berichtet, dass der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen 14 Planungsbereiche in Bayern ausmacht, in denen eine Unterversorgung mit Haus- und Fachärzt:innen droht oder bereits besteht. Seit der ersten Feststellung einer (drohenden) Unterversorgung im Jahr 2013 sei vor allem das »flache Land« (ebd.) vom ungleichen Zugang zu den Versorgungseinrichtungen betroffen. Der Freistaat regierte auf diese Entwicklung. Seit dem Wintersemester 2020/2021 können interessierte Abiturient:innen über eine Landarztquote Medizin studieren. Sie verpflichten sich im Gegenzug, eine gewisse Zeit in schlechter versorgten Regionen Bayerns zu arbeiten. Der Freistaat richtet zudem 2011 das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung<sup>11</sup> ein. Es zielt darauf ab, »Lösungsmöglichkeiten für Herausforderungen der künftigen gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene zu entwickeln und deren Umsetzung zu begleiten« (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit o.J.). Zwei der im Beitrag des BR als (drohend) unterversorgt gelisteten hausärztlichen Planungsbereiche sind Wassertrüdingen und Ansbach-Nord. Beide liegen im Landkreis Ansbach. Aktuell sind alle sechs Mittelbereiche im Kreisgebiet für weitere Zulassungen geöffnet. Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (KVB) beschließt jüngst für die besonders betroffenen Bereiche im Kreisgebiet KV-Eigeneinrichtung einzurichten (vgl. KVB o.J.).

11 »Die Grundlage für die typischen Unterstützungs- und Beratungsleistungen des Kommunalbüros bildet eine Analyse der regionalen Versorgungsstrukturen. Hierzu werden zum einen quantitative Daten herangezogen. Beispielsweise werden verschiedene soziodemografische Indikatoren und medizinische Versorgungsdaten betrachtet. Zum anderen wird die jeweils individuelle Ausgangslage in der beratenen Kommune unter Berücksichtigung möglichst aller Beteiligten qualitativ analysiert. Darauf aufbauend finden, in aller Regel vor Ort, ausführliche Beratungsgespräche statt. In diesem Kontext wird u.a. über Hintergründe, Strukturen, zentrale Ansprechpartner\*innen und präventive Maßnahmen informiert. Bei Problemen werden gemeinsam passgenaue Handlungsoptionen diskutiert und eine individuelle Vorgehensweise inklusive konkreter Schritte und Zeitläufe erarbeitet. Auf Nachfrage informiert das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung auch bei (öffentlichen) Veranstaltungen, beispielsweise im Rahmen von Versorgungskonferenzen, Bürgermeisterdienstbesprechungen oder Arbeitskreissitzungen.« (Legler et al. 2019: 12)



Im Folgenden wird die mediale Berichterstattung zu den versorgungsrelevanten Diskursen im Landkreis Ansbach analysiert. Da die Journalist:innen der Lokalpresse lange kaum von einzelnen Kommunen im Landkreis berichten, die mit Versorgungsengpässen oder Praxisschließungen kämpfen, wird das Analysematerial räumlich etwas ausgeweitet. Dann kommt zum Vorschein, dass die spannungsvolle Beziehung zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und der Regierung des Freistaats in den Nullerjahren viel Raum im öffentlichen Diskurs einnimmt. Sie wirkt sich auf die öffentliche Debatte um die Versorgungsprobleme und den Umgang mit ihnen aus. Die lokalen Sicherstellungsprobleme werden ab 2014 relevanter. Ab 2017 schließlich verdichtet sich die Berichterstattung zur spezifischen Problemlage und den damit verbundenen Bearbeitungsstrategien zur Stabilisierung der ärztlichen Versorgungslage im Landkreis Ansbach. Die weitere Recherche und die Interviews mit den lokal engagierten Akteuren vor Ort legen schließlich auch ein umfassendes lokalpolitisches Engagement offen. Dabei ist insbesondere die Beziehung zwischen dem Kreis und den Kommunen aufschlussreich für das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie.

### 5.6.1 Der mediale Diskurs in Nordbayern und Fränkischer

Ansbach ist der Fläche nach der größte Landkreis Bayerns. Er liegt im Regierungsbezirk Mittelfranken, zu dem die folgenden Landkreise und Städte gehören: Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim, Erlangen-Höchstädt, Nürnberger Land, Roth, Weißenburg-Gunzenhausen, Donau-Ries, Ansbach, Eichstätt, Erlangen, Fürth, Nürnberg, Rothenburg ob der Tauber, Schwabach und Weißenburg. Da die Lokalpresse überwiegend überregional berichtet, ist das vorliegende Pressematerial nicht streng auf den Landkreis Ansbach beschränkt. Immer wieder steht ein Ereignis oder eine Entwicklung außerhalb des Kreisgebietes im Fokus, wobei innerhalb der Artikel Bezüge zum Landkreis Ansbach hergestellt werden. Zwischen 2006 und 2013 berichten die Presseportale Nordbayern (NB) und Fränkischer vornehmlich überregional, wohingegen ab 2014 einige Kommunen wegen ihrer Sicherstellungsprobleme in den Fokus rücken. Ab 2017 gewinnt der Landkreis an medialer Aufmerksamkeit. Deshalb ist die Analyse der medialen Berichterstattung in drei Phasen unterteilt.

#### 5.6.1.1 Konflikte zwischen dem Hausärzterverband und der Regierung des Freistaats (2006–2013)

Die frühe Phase des medialen Diskurses zur medizinischen Versorgung im Landkreis Ansbach ist von einer überregionalen Auseinandersetzung zwischen der niedergelassenen Ärzteschaft und der CSU-Staatsregierung geprägt (vgl. NB 28.04.2007). Vertreten durch den freien Hausärzterverband Bayern droht die Ärzteschaft im April 2007 im Rahmen eines Protesttags damit, aus dem KV-System auszusteigen. Der Verband beklagt, dass es bereits eine »fatale Unterversorgung auf dem Land« (ebd.) gibt und insbesondere die Hausärzt:innen für ihre Leistungen nicht adäquat entlohnt werden. Es wird ein »heftiger Kampf um Geld und Einfluss« (ebd.) nachgezeichnet. Anlass für diesen Kampf liefern auch die Verhandlungen zur damaligen Gesundheitsreform. Die wütenden Hausärzt:innen werfen der anwesenden Sozialministerin Christa Stewens (CSU), vor allem



aber dem Bundestagsabgeordneten Wolfgang Zöller (CSU) vor, sie hätten die Interessen der bayerischen Hausärzt:innen in den Verhandlungen in Berlin verraten.

»Geträumt hatten sie von höheren Honoraren und von einem Ende der Zwangsehe mit den Fachärzten in den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV). In dem Gremium werden die Honorare verteilt, doch hier haben die Fachärzte die Mehrheit, und die Hausärzte fühlen sich in Geldfragen von ihnen seit Jahren über den Tisch gezogen.« (Ebd.)

Die Allgemeinmediziner:innen erwarteten ein »Hausarztstärkungsgesetz« (ebd.) und dass sie in Zukunft selbst ihre Verträge und Honorare mit den Krankenkassen verhandeln dürfen, »am besten in einer eigenen KV« (ebd.). Zöller winkt ab. Es gebe keine Chance für eine entsprechende Reform auf Bundesebene. Ein Vertreter der Barmer Krankenkasse weist die Forderung nach höheren Honoraren als überzogen zurück. »Höchstens eine Umverteilung der vorhandenen Mittel zu Gunsten der Ärzte, die in eventuell unterversorgten Landstrichen arbeiten, kann er sich vorstellen.« (Ebd.)

Der Protest wird unter anderem im oberfränkischen Neumarkt ausgetragen: Auf einer Veranstaltung des Hausärzterverbands diskutieren dessen Mitglieder mit anwesenden Kommunalpolitiker:innen. Wegen der Nachbesetzungsprobleme steht laut den Ärzt:innen eine »Explosion« (NB 17.11.2007) kurz bevor. Ein Mediziner macht die fehlenden finanziellen Anreize für die geringe Niederlassungsbereitschaft in der Region verantwortlich, während sich ein Kollege mahnend an den anwesenden Landrat und die Bürgermeister:innen wendet. Fehlende Ärzt:innen bedeuteten unter anderem eine erhöhte Anzahl an Helikoptereinsätzen, deren Finanzierung nicht gesichert sei. Die Vertreter:innen des Hausärzterverbands beklagen, sie würden mit ihren Anliegen »einfach überhört« (ebd.). Die Politiker:innen zeigen sich von den Entwicklungen zwar beunruhigt, weisen jedoch die an sie gerichteten Erwartungen zurück. Aufgrund der Langwierigkeit gesundheitspolitischer Reformprozesse auf Bundesebene müssten die Spielräume innerhalb der Rahmenbedingungen genutzt werden.

Der Streit um die zukünftigen Bedingungen der hausärztlichen Tätigkeit ist auch 2008 zentrales Thema in den öffentlichen Auseinandersetzungen.<sup>12</sup> Der Chef der AOK Bayern relativiert gegenüber der Presse die Effekte der abnehmenden Ärztezahl im hausärztlichen Versorgungsbereich wie folgt:

»Dass wir innerhalb der Hausärzteschaft einen relativ hohen Altersdurchschnitt haben, ist aber überhaupt nicht zu bestreiten. Auf der anderen Seite machen die Statis-

12 2007 wird mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz die Pflicht zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) eingeführt, wodurch die Hausärzt:innen ein eigenes Verhandlungsmandat erhalten. Allerdings kommt es in Bayern nur auf politischen Druck zu entsprechenden Vertragsabschlüssen. Der erste bayerische HzV wird 2009 beschlossen, zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und der AOK. Ende 2010 kündigen die meisten bayerischen Krankenkassen den HzV, weil der Bayerische Hausärzterverband erneut zum Systemausstieg auffordert. Die Hausärzt:innen stimmen allerdings in einer Abstimmung gegen den Ausstieg und der Vorsitzende des Verbandes tritt zurück. Seit Anfang 2012 werden von den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern wieder HzV angeboten. Doch das Thema bleibt ein Dauerkonflikt. Die Verträge werden größtenteils durch Schiedssprüche festgelegt. Seit 2015 bietet auch die AOK Bayern HzV für ihre Patient:innen an.

tiken über die Versorgung der einzelnen Planungsbereiche in Bayern klar, dass wir nur an ganz, ganz wenigen Stellen wirklich unterversorgt sind. Dafür haben wir aber sehr, sehr viele Regionen, die deutlich überversorgt sind – und zwar nicht nur mit Fach-, sondern auch mit Hausärzten.« (NB 25.01.2008)

Für den Protest und die verbundene Androhung eines kollektiven Systemausstiegs der Hausärzt:innen gibt es nach dem AOK-Chef im Kassenverband kein Verständnis. Er erinnert an die Entscheidung des Bundessozialgerichts aus dem Juni 2007.<sup>13</sup> Das Gericht habe den Ausstieg einer Arztgruppe aus dem System für rechtswidrig erklärt. Außerdem erzielten die bayerischen Hausärzt:innen im Bundesvergleich hohe Honorare, betont der AOK-Chef. Er ist überzeugt, dass der Hausärzteverband nicht weiter der KVB unterstehen will, sondern »wie eine Gewerkschaft in eigenen Verhandlungen die Honorare und Arbeitsbedingungen für die Hausärzte verhandeln« (ebd.) will. Wenige Tage später reagiert der Vorsitzende des Hausärzteverbands mit einem Statement in der Lokalpresse. Die Praxisüberschüsse der Hausärzt:innen seien nicht mit den Nettoeinkommen von Arbeitnehmenden vergleichbar (vgl. NB 14.03.2008). Nach Abzügen blieben rund 1.600 Euro im Monat für die Ärzt:innen über, von denen sie die Schulden für ihre Praxen tilgen müssten. »Da bleibt doch fast nichts mehr übrig – und das bei einer 60-Stunden-Arbeitswoche« (ebd.), beschwert er sich.

Auch zwei Jahre später bestimmt die anhaltende Streitigkeit die mediale Berichterstattung (vgl. NB 26.04.2010), wobei der Hausärzteverband inzwischen noch stärker auf die versorgungsrelevanten Effekte seiner Ungleichbehandlung und der damit verbundenen Überlastungen hinweist. Er malt ein »düsteres Szenario« (NB 25.08.2010) für die Versorgung der bayerischen Patient:innen aus.

»Eine Haltestelle im Winter. Menschen warten frierend auf den Bus. Es sind alte Leute, Menschen an Krücken, mit Verbänden oder Fieber. Der Bus soll sie zum medizinischen Versorgungszentrum in die Stadt bringen – 50 Kilometer entfernt. Denn einen Arzt vor Ort gibt es im Jahr 2017 nicht mehr.« (Ebd.)

Laut dem Hausärzteverband fehle es vor allem an Lehrstühlen für Allgemeinmedizin und die »Amerikanisierung« der Versorgungsstrukturen – zentralisierte MVZs seien das Ergebnis der Lobbypolitik von FDP, CDU und KBV – verursache eine verschlechterte Versorgung der Patient:innen, insbesondere in ländlichen Regionen. »Hausbesuche und

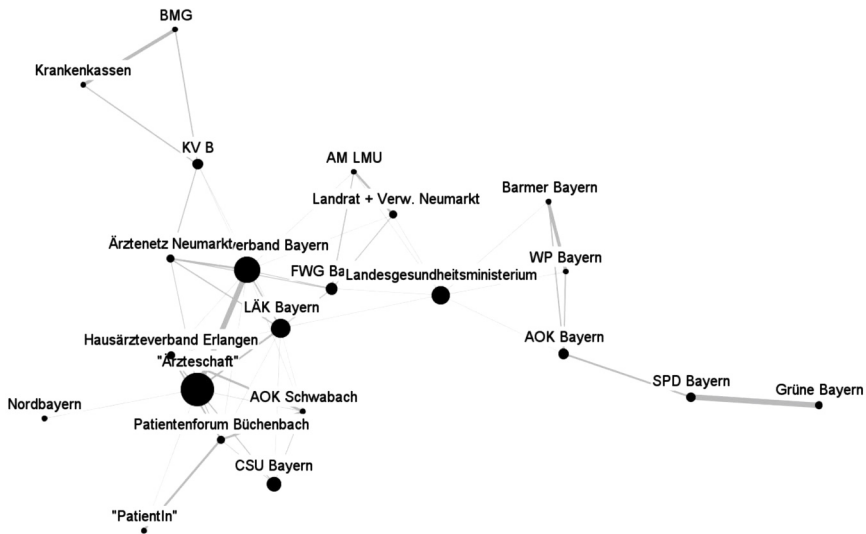
13 Das SGB V regelt die Folgen eines kollektiven Verzichts auf die Zulassung als Ärzt:in in § 13 Abs. 2 SGB V: »Mit Ärzten, die kollektiv die Zulassung zurückgegeben haben, dürfen die Kassen dem Gesetz zufolge keine Selektiv- und Integrationsverträge schließen. Wenn mehr als 50 Prozent der Vertragsärzte in einem Zulassungsbezirk auf ihre Zulassung verzichtet haben und die Aufsichtsbehörde festgestellt hat, dass die Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht der Sicherstellungsauftrag an die Kassen über. Das hat zwei Konsequenzen: Den Kassen ist es untersagt, mit diesen Ärzten Verträge abzuschließen. Außerdem können die früheren Vertragsärzte eine erneute Zulassung frühestens nach sechs Jahren erhalten.« (Deutsches Ärzteblatt 2008) Von dieser Regel gibt es nur zwei Ausnahmen, wie das Bundessozialgericht am 27. Juni 2007 entschied. Nur im Falle eines Notfalls oder des Systemversagens, wenn eine unaufschiebbare Leistung nicht in einem gebotenen Zeitraum erbracht werden kann, können Kosten für Behandlung durch ausgetretene Ärzt:innen erstattet werden (vgl. ebd.).

den ›persönlichen‹ Arzt als Vertrauensperson wird es nicht mehr geben. Der Patient wird Teil der Wertschöpfungskette: Es geht nicht mehr um eine möglichst gute Basisversorgung, sondern darum, den Versicherten das Geld aus dem Säckel zu ziehen.« (Ebd.)

2010 spitzt sich der Streit weiter zu. Die Hausärzt:innen wollen nach Bundesmaßgabe einen facharztbezogenen Selektivvertrag mit den Kassen erreichen. Der Hausarztzentrierten Versorgung (HzV), den sogenannten Hausarztverträgen, stehen die Krankenkassen jedoch zögerlich gegenüber. Sie werden im Rahmen eines durch das bayerische Gesundheitsministerium eingeleiteten Schiedsverfahrens zu den Abschlüssen gezwungen (vgl. NB 26.04.2010), woraufhin der Protest der Hausärzt:innen endet. In der Folge legen einige zuvor politisch engagierte Hausärzt:innen ihre Parteimitgliedschaft in der CSU öffentlichkeitswirksam nieder (vgl. NB.10.01.2011). Sie kritisieren deren mangelnde Unterstützung in der Auseinandersetzung.

Von diesen Entwicklungen wenig beeindruckt blickt der damalige Landesgesundheitsminister Markus Söder (CSU) optimistisch in die Zukunft der medizinischen Versorgung im Freistaat. Insbesondere das GKV-Versorgungsstrukturgesetz von 2012 verdeutliche, der nunmehr auch in den ländlichen Regionen Bayerns angekommene Ärztemangel bedürfe einer politischen Mitgestaltung durch den Freistaat (vgl. NB 07.04.2011). Söder schlägt deshalb zwei Dinge vor: Er plant den Gesundheitsfonds zu reformieren. Über den 2009 eingesetzten Fonds werden unter anderem die Honorare der Vertragsärzteschaft bundeseinheitlich verhandelt. Söder ist sich sicher, die bayerischen Patient:innen finanzierten unfreiwillig die Honorare nicht-bayerischer Ärzt:innen mit. Die »1,7 Milliarden Euro im Jahr zur Versorgung anderer Bundesländer« will der Gesundheitsminister in die Errichtung einer Gesundheitsagentur investieren, die innovative Versorgungskonzepte staatlich fördern soll. Zudem plant Söder, ein Kommunalbüro für die ärztliche Versorgung einzurichten (vgl. NB 20.10.2011). Er versichert gegenüber der Presse, »[w]er krank ist, hat Glück, dass er in unserem Land lebt« (ebd.).

Abbildung 30: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2006–2013



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer Max Kaplan korrigiert den Minister: Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz enthalte gute Ansätze (NB 13.10.2011a), führe aber nicht weit genug, um die Bedingungen der hausärztlichen Versorgung zu verbessern. Es enthalte zu viele zentralistische Elemente. Der Ärztemangel könne hingegen nur mit der Ärzteschaft gemeinsam gelöst werden. So könnten mehr Aufgaben an nicht-ärztliche Gesundheitsberufe delegiert werden, um die Ärzt:innen zu entlasten. Zudem müsse die unstete Fördermittelsituation überarbeitet werden. Sie stelle die betroffenen Regionen vor große Herausforderungen, ohne ihnen Planungssicherheit zu gewährleisten (vgl. NB 13.10.2011b).

Insgesamt ist der frühe Diskurs nicht von einzelnen Versorgungsproblemen gekennzeichnet, sondern er zeichnet sich eher durch die Argumentation des prominenten Hausärzteverbands aus. Dieser ist der Meinung, dass sich die Versorgung verschlechtern wird, sollte die hausärztliche Tätigkeit nicht besser (finanziell) anerkannt werden. Die Auseinandersetzungen verschaffen dem Hausärzteverband (Abb. 30) ein politisches Profil. Dieses wird von der mittelfränkischen Ärzteschaft aufgenommen. Sie beklagt eine Bürokratisierung ihrer Tätigkeit (vgl. NB 26.04.2006), setzt ihre Honorarsituation mit den ländlichen Nachbesetzungsproblemen in Verbindung (vgl. NB 28.04.2007, 18.07.2007, 20.07.2007) und beklagt Regressängste (vgl. NB 17.11.2007). Ein Allgemeinmediziner aus Ansbach resümiert, die fehlende Wertschätzung gegenüber der Vertragsärzteschaft verwandelt die Versorgung in ein »fast kafkaeskes System, das in sich krank ist« (NB 23.12.2010).

### 5.6.1.2 Lokale Sicherstellungsprobleme in Mittelfranken (2014–2016)

2014 steht nach erneuten Auseinandersetzungen eine weitere Einigung in Sachen Hausarztvertrag zwischen dem Hausärzteverband und der AOK Bayern in Aussicht. Der da-

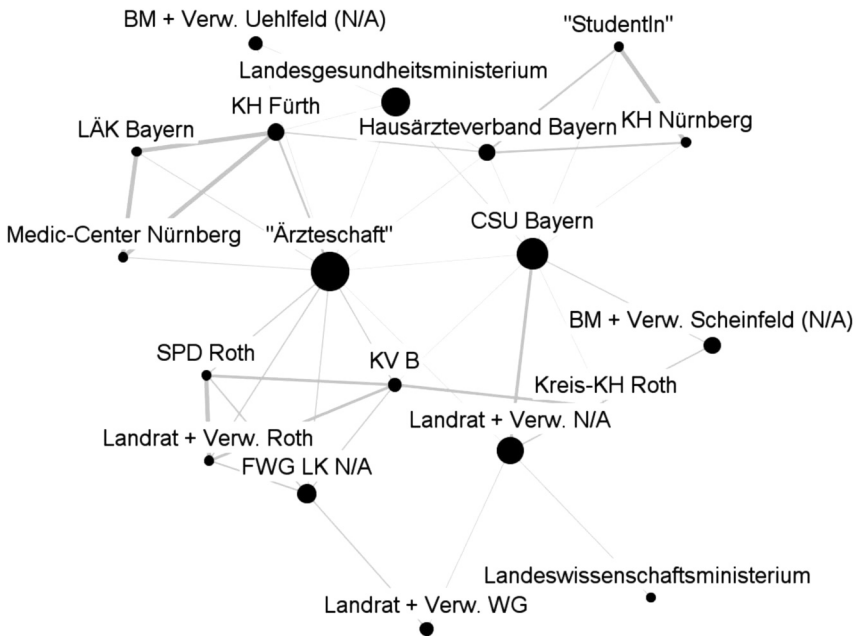
malige Vorsitzende des Hausärzteverbands lässt sich wie folgt in der Lokalpresse zitieren: »Wir verhandeln in guter und freundlicher Stimmung und kommen schrittweise voran.« (NB 05.04.2014)

Parallel wird ab 2014 vermehrt von lokalen Versorgungsproblemen berichtet, insbesondere in den Landkreisen Weißenburg-Gunzenhausen, Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim, Roth und Nürnberger Land. In Roth und Neustadt a. d. Aisch – Bad Windsheim betonen unterschiedliche Organisator:innen des Notdienstes, der Hausärztemangel belaste dessen Organisation stark (vgl. NB 08.02.2014, 28.01.2015). In Neustadt wird Ende 2014 überdies darüber beraten, auf Kreisebene eine Gesundheitsregion plus<sup>14</sup> und einen Ausbildungsstandort für Mediziner:innen zu einzurichten (vgl. NB 23.12.2014). Bei einem Besuch der ehemaligen Landesgesundheitsministerin Melani Huml (CSU) in Uehlfeld (ebenfalls Landkreis Neustadt) offenbart diese ihre Deutung der Versorgungsprobleme in der Fläche als Folge eines Verteilungsproblems der Ärzt:innen. In Bayern stünden die zugesicherten gleichen Lebensbedingungen der Bürger:innen unabhängig von ihren Wohnorten nicht zur Diskussion. Dazu gehöre auch eine verlässliche ärztliche Versorgung (vgl. NB 05.08.2016). Entsprechend müssten die Versorgungsregionen verkleinert werden, um »die Diskrepanz von Überversorgung in den Zentren und Unterversorgung auf dem Land deutlich zu machen« (ebd.).

Auch der Landkreis Nürnberger Land äußert Interesse daran, in den Kreis der bayerischen Gesundheitsregionen aufgenommen zu werden, wobei einige Kommunalpolitiker:innen vor der Verpflichtung zurückschrecken. Ein Arzt, der zugleich Kreisrat ist, gibt zu bedenken, die Gemengelage sei gegebenenfalls zu komplex oder die Prozesse vor Ort schon zu weit fortgeschritten, um sie in diesem Forum versorgungssichernd (weiter) zu entwickeln. Man müsse klären, wer nach Auslaufen der Projekte auf den Kosten angestoßener Initiativen sitzen bliebe. Der Arzt und Politiker erinnert die Anwesenden an eine ehemalige bayerische Gesundheitsregion, die wegen andauernder Finanzierungsprobleme inzwischen eingestellt wurde als »mahnendes Beispiel« (NB 23.11.2016).

14 Das bayerische Programm der Gesundheitsregionen plus unterscheidet sich etwas von vergleichbaren raumwirksamen Instrumenten in anderen Bundesländern. Mit der Gesundheitsregion plus will das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege seit 2015 die medizinische Versorgung strukturell verbessern und die gesundheitliche Prävention fördern. Hierfür muss kommunal ein Netzwerk mit drei vorgeschriebenen Gremien geschaffen werden: Ein zentrales Leitungs- und Steuerungsgremium, das sogenannte Gesundheitsforum wird vom Landrat oder der Landrätin geleitet. Die dem ärztlichen Kreisverband vorsitzende Person und eine Vertretung der KVB, des Gesundheitsamts und der Patient:innen sollen zu diesem Kreis gehören. In mittlerweile drei AG kümmern sich zuständige Akteure und Expert:innen um die Schwerpunkte Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege. Die die Geschäftsstelle leitende Person im Landratsamt koordiniert auch die AGs, bereitet die Sitzungen vor und initiiert und begleitet Projekte (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege online).

Abbildung 31: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2014–2016



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

Darüber hinaus werden in den Landkreisen Weißenburg-Gunzenhausen und Fürth einige Lehrpraxen (vgl. NB 10.01.2015) und ein Weiterbildungsverbund zur Nachwuchssicherung in der Allgemeinmedizin gegründet (vgl. NB 06.11.2016). Im Rahmen dieser Anstrengungen üben lokal ansässige Ärzt:innen wiederholt Kritik an der Bundespolitik. »Nach Gesundheitsministerin Ulla Schmidt haben wir große Hoffnung in die FDP gesetzt, aber das war ja ein Flop« (NB 25.06.2014), kritisiert der Vorsitzende eines Ärztenetzes im mittelfränkischen Herzogenaurach (Landkreis Erlangen-Höchstädt). Die Kritik des Arztes betrifft die Budgetierung der ärztlichen Honorare, die »zwangsläufig eine Fünf-Minuten-Behandlung« (ebd.) der Patient:innen bedeutet. Er ist verärgert darüber, dass politisch weiterhin versprochen wird, alle Patient:innen jederzeit ausreichend zu behandeln. Beides gehe nicht zusammen.

Abbildung 31 illustriert, inwiefern der CSU-regierte Freistaat, inklusive des Landesgesundheits- und des Landeswissenschaftsministeriums, den Pressediskurs in der mittleren Diskursphase dominiert. Die Landesebene verweist vor allem auf ihr eigenes Engagement zur Versorgungssicherung: Für den ersten bayerischen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin am Hochschulstandort in Erlangen stellt das Landeswissenschaftsministerium eine Anschubfinanzierung von 300.000 Euro bereit. Zudem richtet die Ministerin ein eigenes Stipendium für Studierende ein, die nach ihrer Ausbildung für mindestens fünf Jahre in einer Praxis oder einem Krankenhaus in einer ländlichen Region arbeiten (vgl. NB 05.03.2014).

Weiterhin treten in der mittleren Diskursphase einige Landrät:innen und vereinzelte Bürgermeister:innen in der Lokalpresse in Erscheinung. Noch äußern sich keine Gemeinde- oder Kreisvertreter:innen aus dem Landkreis Ansbach. Im Vergleich zur frühen Diskursphase verliert der Bayerische Hausärzteverband an Relevanz, wohingegen die Ärzteschaft an Gewicht gewinnt. Die KVB ist auch weiterhin nur marginal im öffentlichen Diskurs aktiv. Ihre Beteiligung beschränkt sich auf vereinzelte, affirmative Äußerungen zum nahenden Ärztemangel (vgl. NB 22.05.2015).

### 5.6.1.3 Kommunale Versorgungspolitik im Kreis Ansbach (2017–2022)

Im Vergleich der Diskursnetzwerke vor 2017 (Abb. 30 und 31) und danach (Abb. 32) wird deutlich, wie stark sich der versorgungsrelevante Diskurs in den vergangenen sechs Jahren verdichtet hat. Die Ärzteschaft und die CSU sind weiterhin zentrale Diskursakteure. Neu hinzu kommt ANregiomed. Der Verbund der Kliniken Ansbach, Dinkelsbühl, Rothenburg und der Praxisklinik Feuchtwangen beschäftigt sich mit der Versorgung im stationären Bereich. Diese steht vor substanziellen ökonomischen Herausforderungen. Der Bayerische Hausärzteverband rückt noch etwas weiter in die Peripherie des Diskursnetzwerkes und verliert an argumentativen Verbindungen. Neu ist in dieser späten Diskursphase die zentrale Position des Landrats und der Kreisverwaltung Ansbachs, wenngleich andere Kreise präsenter vertreten sind. Vor allem jedoch sind in den vergangenen Jahren vermehrt Vertreter:innen einzelner Gemeinden aus dem Kreisgebiet in den Diskurs eingetreten, namentlich Wassertrüdingen, Ansbach und Rothenburg o. d. Tauber.



Abbildung 32: Diskursnetzwerk Landkreis Ansbach 2017–2022



Quelle: Selbstgestaltet mit Visone

In der jüngsten Diskursphase entwickelt die KVB zaghaft eine öffentliche Haltung zu den wachsenden lokalen Versorgungsproblemen. Ein Großteil der Äußerungen ist dem Bereich der Problembeschreibung zuzuordnen. Vertreter:innen der KVB werden von Journalist:innen nach Versorgungszahlen gefragt und liefern diese mit dem Hinweis, dass ein Mangel an Mediziner:innen bestehe. Zeitweise wird auf die angestiegenen Fördersummen der KVB hingewiesen. Auf diese Weise unterstützt die KVB die Niederlassungsinteressierten in unterversorgten Gebieten inzwischen mit bis zu 112.500 Euro (vgl. NB 30.06.2017). Nur vereinzelt ordnen Repräsentant:innen der KVB die Lage weitergehend ein. Im Sommer 2017 beispielsweise berichtet eine Journalistin von der sich verschlechternden Versorgung in Gunzenhausen. In diesem Zusammenhang fordert eine Repräsentantin der KVB die »Politik in München und die Kommunen genauso wie die Unis, die den Bereich Allgemeinmedizin in der Vergangenheit oft »stiefmütterlich« behandelt hätten« (NB 30.06.2017) auf, sich mehr zu engagieren. Zugleich warnt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer »vor einem Ärztemangel, der vor allem bei den Hausärzten« (NB 10.01.2017) ins Gewicht fällt. Einzelne Ärzt:innen äußern sich zu der Versorgungslage und den Verantwortlichkeiten wie folgt: »Es gibt noch viele Stell-schrauben, an denen man nachbessern könnte« (NB 30.06.2017). Eine Ärztin habe einen Arzt in Ausbildung bei sich wohnen lassen, nach dem sie sich vergeblich um Fördermit-

tel bemüht hatte. Der Vorsitzende eines lokalen Ärztenetzes betont, die Arbeit verdichte sich immer weiter in den vergangenen Jahren. Die Patient:innen würden älter und die ansteigende Zahl an chronischen Erkrankungen könnte wegen des medizinischen Fortschritts gut behandelt werden. Deshalb steige der Betreuungsbedarf konstant an (vgl. NB 23.10.2017). Ein hausärztlicher Kollege aus Erlangen zeigt sich wegen einiger neuer Versorgungsmodelle optimistisch: »Die Hausarztpraxen auf dem Land sterben aus.« Von Bürgermeister:innen würde allerorten »händeringend« nach Nachfolgern gesucht. [...] »Wir sehen eine große Chance für junge Ärztinnen, in einem MVZ im Angestelltenverhältnis tätig zu werden.« (NB 07.02.2019)

Der Freistaat Bayern verfolgt die Deutung eines allgemeinen Ärztemangels. Er setzt auf eine mengensteuernde Intervention, wobei weniger die bestehenden Hochschulen als vielmehr ein neu einzurichtender medizinischer Campus in Oberfranken als Lösung in den Diskurs eingebracht wird (vgl. NB 22.02.2019). Ein Vertreter der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg spezifiziert, es mangle vor allem an Hausärzt:innen auf dem Land, woraus der Journalist des betreffenden Artikels folgert: »Der Ärztemangel ist also vor allem ein Verteilungsproblem« (ebd.). Offensichtlich scheinen die unterschiedlichen Storylines in der medialen Aufbereitung eine nachgeordnete Rolle zu spielen. Jedenfalls wird kaum um eine gemeinsame Deutung und daraus resultierende Handlungsempfehlungen gerungen. Vielmehr stehen unterschiedlichen Deutungen nebeneinander, und es werden entkoppelt davon Instrumente beworben oder Akteure in die Verantwortung gezogen.

Im Landkreis Ansbach selbst rufen die festgestellten Unterversorgungen in den hausärztlichen Planungsbereichen Ansbach-Nord (70,5 Prozent) und Feuchtwangen (72,5 Prozent) im Sommer 2017 Reaktionen seitens des Hausärztesverbandes hervor (vgl. NB 30.06.2017). Eine Repräsentantin weist beispielsweise darauf hin, dass die Landärzt:innen heute ähnlich gut wie ihre Kolleg:innen aus anderen Fachgebieten verdienen. Den ländlichen Versorgungsproblemen wolle der Hausärztesverband deshalb vor allem durch mehr Lehrpraxen begegnen. Der Verband stellt den Lehrpraxen dafür einen Betrag in Höhe von 80.000 Euro zur Verfügung, um Zuschüsse zu Fahrt- und Mietkosten der Auszubildenden zu finanzieren. Die Ärzt:innen wünschen sich ähnliche Unterstützungsleistungen von den Bürgermeister:innen. Sie fordern insbesondere einen Mietzuschuss für Ärzt:innen in Ausbildung.

Weil es von der Staatsregierung bislang keine Förderung für Lehrpraxen gibt, bringt ein Landtagsabgeordneter für Weißenburg-Gunzenhausen und Ansbach-Süd mit seinen Fraktionskollegen diverse Anträge ins Landesparlament ein, um den Ärztemangel zu bekämpfen (ebd.). Diese rücken zum Beispiel Quotenregelungen in den Fokus. Zudem fordert der Abgeordnete die Staatsregierung auf, zu klären, »wie weit Kommunen in der Unterstützung von Praxen – zum Beispiel durch Immobilien oder Darlehen – gehen dürfen.« (Ebd.) Der Ansbacher Bundestagsabgeordnete Harald Weinberg (Linke) hält die Vorschläge der CSU-Parlamentarier:innen für einen »alten Hut« (ebd.) und plädiert hingegen für kommunale Ärzthäuser. Diese seien mit wenig Verwaltungsaufwand verbunden. Er wirbt zudem für eine »solidarische Gesundheitsversicherung«, in die auch die privat versicherten Bürger:innen einzahlen. Im Herbst 2017 reist Weinberg im Rahmen des Wahlkampfes für die Bundestagswahlen in den Landkreis Ansbach. Er kritisiert, einige versuchten »aus der Gesundheit ein Geschäft mit möglichst viel Wettbewerb« (NB

15.09.2017) zu machen, statt wie er für eine »gemeinwohlorientierte Versorgung ohne Profitlogik« (ebd.) einzutreten.

Im Februar 2020 wird in der Presse das erste Mal von der Ansbacher Gesundheitsregion plus berichtet. Der Landkreis und die Stadt Ansbach hoffen, dass die Gesundheitsregion zum Austausch und der Vernetzung unter den relevanten Gesundheitsakteuren vor Ort beiträgt (vgl. Fränkischer 10.02.2020). Eine AG der Gesundheitsregion beschäftigt sich bereits seit 2019 mit dem drängenden Thema der Hausarztgewinnung. Zudem habe im Herbst eine Informationsveranstaltung für Bürgermeister:innen und Mediziner:innen stattgefunden, auf der von regionalen Versorgungslösungen berichtet wurde. Die lokalen Initiativen selbst werden nicht näher erläutert oder ihr Wirken bilanziert.

Darüber hinaus bleibt die Krankenhauspolitik weiterhin ein präsent Thema in der medialen Berichterstattung (vgl. NB 26.02.2020; Fränkischer 13.07.2020, 01.09.2020, 12.12.2020). An einigen Stellen wird die Frage der Verantwortung des Kreises für die ambulante medizinische Versorgung im Zuge der Ambulantisierung mitdiskutiert (vgl. Fränkischer 12.12.2020). Der lokale Klinikverbund scheint insbesondere in Zeiten der COVID 19-Pandemie wirtschaftlich zu kämpfen. Immer wieder bitten die Repräsentant:innen einzelner Kliniken und deren öffentliche Träger – den Landrat oder den Oberbürgermeister der Stadt Ansbach – um »Verständnis und Unterstützung« (ebd.) seitens der Bevölkerung.

Weiterhin rücken bereits ab 2018, vor allem aber im Jahr 2020, einige Kommunen im Kreisgebiet in den Fokus der Versorgungsberichterstattung. 2018 gründet die Stadt Ansbach eine fraktionsübergreifende AG Gesundheit, in der seitens der zuständigen Mitarbeitenden über den Sachstand der Gesundheitsregion berichtet wird (vgl. Fränkischer 07.08.2018). 2020 äußern sich die KVB, betroffene Bürgermeister:innen und der Landrat zu den aufkommenden Versorgungsengpässen in den Gemeinden Dinkelsbühl und Wassertrüdingen (vgl. Fränkischer 16.12.2020). »In Dinkelsbühl und Wassertrüdingen stehen nicht mehr ausreichend Hausärzte zur Verfügung, um die Versorgungssituation langfristig zu stabilisieren« (ebd.), wird die KVB-Internetseite zitiert. Die KVB suche auf allen Kanälen. Der Oberbürgermeister Dinkelsbühls gibt sich zuversichtlich.

»Die städtische Liegenschaftsverwaltung, aber auch die örtlichen Regionalbanken und Immobilienbüros bieten hier ihre Unterstützung und Hilfe an. Geeignete Räumlichkeiten sind vorhanden und könnten kurzfristig bezogen werden. Die Stadt Dinkelsbühl ist hier bereits durch zahlreiche Gespräche und Kontaktaufnahmen in Vorleistung gegangen. Möglichen Interessenten könnten in unserer Stadt kurzfristig geeignete Räumlichkeiten angeboten werden.« (Ebd.)

Und auch die Kollegin aus Wassertrüdingen sichert interessierten Mediziner:innen kommunalen Hilfestellung zu: »Die Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Praxisräumen ist eine Selbstverständlichkeit! Aufgrund der Altersstruktur der Praxisinhaber sind gegebenenfalls auch Praxisübernahmen denkbar. Eine individuelle Hilfe im Einzelfall ist sicher möglich« (ebd.), lässt sie sich zitieren.

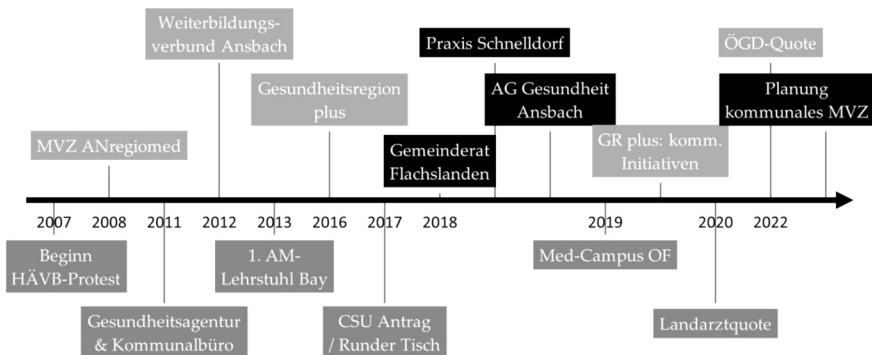
Im Nachbarkreis Neustadt äußert sich der Landrat zur öffentlichen Gewährleistungsverantwortung für die ärztliche Versorgung der Kreisbevölkerung. Die medizinische Versorgung bilde die »Grundlage für gute Lebensbedingungen im Landkreis und

für alle weiteren politischen Handlungsfelder auf Kreisebene (NB 30.12.2021). Er arbeitet deshalb »tagtäglich« (ebd.) daran, die Versorgung zu erhalten. Zugleich sorgt sich Neustadts Landrat angesichts des Ärztemangels um die Organisation des Notdienstes im Kreisgebiet (vgl. NB 02.01.2022, 22.01.2022). Einzig im Landkreis Erlangen wird davon berichtet, dass sich Bürger:innen direkt an die Kommunalpolitik wenden, um einzufordern, dass diese die ärztliche Versorgung sichert. Angesichts der Forderungen der Bürger:innen Erlangens nach einer besseren Versorgung tritt die Kommunalpolitik mit der KVB in Verhandlungen (vgl. NB 07.02.2019).

### 5.6.2 Pfad: Der Kreis versucht die kommunalen Bearbeitungsstrategien zu steuern

Aus der medialen Berichterstattung ergibt sich das Bild eines sehr fragmentierten Diskurses, der sich darüber hinaus kaum mit einzelnen regionalen Problemen befasst. Die Deutung eines Mengenproblems zieht die Landesregierung und das Landesbildungsministerium in die Verantwortung. Das Land selbst verändert seine Deutung: In der mittleren Diskursphase verteidigt die Landesgesundheitsministerin noch ihre Deutung eines Verteilungsproblems, später sprechen auch die Vertreter:innen des Freistaat Bayern von einem allgemeinen Ärztemangel. Auf Kreisebene wird die 2016 eingerichtete Gesundheitsregion mit der Weitergabe von Informationen an die Kommunen und der Personalakquise im vertragsärztlichen Bereich beauftragt. Die analysierten Dokumente und Erkenntnisse der Experteninterviews ergänzen diese Analyse um relevante Initiativen, und sie informieren über die Strategiebildung der lokalen Akteure. Der mediale Eindruck inaktiver Kommunen ist vor diesem Hintergrund zumindest zu relativieren. Einige der dokumentierten Niederlassungen erfolgen aufgrund kommunalen Engagements und aktuell stehen weitere lokale Initiativen zur Diskussion.

Abbildung 33: Relevante Ereignisse im Landkreis Ansbach



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

### 5.6.2.1 Zwischen Katastrophenstimmung und proaktivem Handeln

Im Interview mit einer Repräsentantin der Ansbacher Gesundheitsregion, deren Geschäftsstellen am Kreisgesundheitsamt angesiedelt ist, berichtet diese von den Kanälen, über die die sich zuspitzende Versorgungslage an die Kommunalpolitik herangetragen wird. Da inzwischen zwei Gebiete unterversorgt sind, würden hin und wieder auch Bürger:innen an sie und ihre Kolleg:innen herantreten. Aus den einzelnen Kreiskommunen jedoch sei seitens der Bürger:innen keine allzu große Unruhe zu vernehmen. In der Regel handele es sich um Bürgermeister:innen oder Verantwortliche der lokalen Pflegeheime die vermehrt die Beratungsleistungen der Gesundheitsregion in Anspruch nähmen. Die betroffenen Bürgermeister:innen deuteten die Problemlage sehr unterschiedlich. Einige nahmen den Ärztemangel als Problem wahr und wendeten sich besorgt an das Kreisgesundheitsamt. Die Mitarbeiterin erinnert sich in diesem Zusammenhang an die »Katastrophenstimmung« (Landkreis Ansbach 2019), die zu Zeiten der Einrichtung der Gesundheitsregion um 2016 herrschte. Heute sei erneut eine Verunsicherung bei einigen der rund 60 Bürgermeister:innen im Kreisgebiet zu verspüren (vgl. Interview LKA II). Einige unter ihnen begriffen die Versorgungslage auch als Herausforderung. Bei ihnen sei eine Aufbruchstimmung zu vernehmen. Grundsätzlich würde die Gesundheitsregion immer häufiger von Bürgermeister:innen kontaktiert. »Das ist ja auch genau Sinn und Zweck, dass wir als Ansprechpartner zur Verfügung stehen und auch als Bindeglied« (ebd.). Insbesondere in der Stadt Ansbach habe die Medienberichterstattung in den vergangenen Jahren zur Politisierung des Ärztemangels beigetragen. Einige Leserbriefe verstärkten den städtischen Handlungsdruck, obwohl die Stadt Ansbach nach bedarfsplanerischen Berechnungen gut versorgt sei. Als Reaktion hierauf versuche die Stadt aktuell im Rahmen von Diskussion herauszufinden, wie die lokale Ärzteschaft die Lage wahrnehme.

Ein Hausarzt aus dem Kreisgebiet spezifiziert die Lage in der Kreisstadt. Die Ansbacher Ärzt:innen hätten jüngst eine Aufnahmesperre für Neupatient:innen verhängt. Trotz der Versorgungsgrade ist demnach von einem »erheblichen Ärztemangel« (Interview LKA III) auszugehen. Der Arzt ist sich sicher, dass sich der Kreis ohne eine zeitnahe Intervention alsbald in eine »mörderische« (ebd.) Situation bringt. »Wir brauchen einfach eine Lösung.« (Ebd.) Als sich der Allgemeinmediziner vor einigen Jahren niederlies, habe ihm die KVB nicht bei der Suche nach einer Praxis helfen können, obwohl die Lage damals schon angespannt war. Empört berichtete er davon, dass die Kontaktperson bei der KVB ihm stattdessen geraten hat, selbst »herumzutelefonieren« (ebd.). Der Informationsfluss zwischen den an der Versorgung beteiligten Akteuren vor Ort sei schrecklich und die Tendenz, die Versorgungsangebote zu zentralisieren, insbesondere für die vielen alten Patient:innen ein großes Problem.

In ihrer Mitgliederzeitschrift »Forum« kritisiert die KVB im Jahr 2011, dass in der Bevölkerung parallel ein Anspruch der Vollversorgung und ein Mythos der Überversorgung bestünden (vgl. KVB 2011: 6ff.). Die »Krankenkassen und Politiker weisen immer wieder auf eine Überversorgung und zu hohe Ärztezahl« (ebd.) hin, ohne den Zusammenhängen differenziert auf den Grund zu gehen, ist dort zu lesen. In der Folge stellt die KVB dar, welche erheblichen Unterschiede zwischen den Leistungserbringer:innen einer Facharztgruppe bezüglich der Fallzahlen und Fallwerte bestehen. Fallwert meint in diesem Zusammenhang den Honorarumsatz je Behandlungsfall. Weil einige Ärzt:innen

bei sehr wenigen Behandlungsfällen recht hohe Fallwerte erzielen, fragt die KVB, ob diese Ärzt:innen tatsächlich hausärztlich tätig sind oder eher einer anderen Tätigkeit nachgehen. Die KVB definiert einige Muss-Kriterien, die hausärztliche tätige Ärzt:innen als typische oder untypische Hausärzt:innen kategorisieren. Nach Anwendung aller Kriterien kommt sie zu dem Schluss, dass rund 1.600 Hausärzt:innen in Bayern hausärztlich untypische Leistungen erbringen. Das entspricht einen Anteil von 18 Prozent (ebd. 9).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch ein Repräsentant der KVB im Interview. Von den 7.000 als Hausärzt:innen gelisteten Ärzt:innen in Bayern rechneten einige völlig hausärztlich-untypische Leistungen ab.

»Die machen Homöopathie, die machen Magnettherapie, die machen irgendwas, was aber nichts mit primär hausärztlicher Versorgung zu tun hat. Die fahren keinen einzigen Hausbesuch, die verordnen keine einzige Medikation, die gängig ist sage ich mal. [...] Also das muss man auch auf dem Schirm haben, dass die tatsächlich hausärztlich Tätigen vielleicht 5–6.000 sind von diesen 7.000 als Hausärzte gelisteten Kolleginnen und Kollegen. Damit möchte ich nicht falsch verstanden werden und deren Tätigkeit schlechtreden. Aber sie fahren unter falscher Flagge.« (Interview LKA I)

Im Zuge der reformierten Bedarfsplanungsrichtlinie verändern sich im Sommer 2013 einige Details in der bayerischen Planungsstatistik. Die KVB verbucht die Reform als Erfolg für die Bekämpfung des Ärztemangels (vgl. KVB 2013a). Der bereits bestehenden Ärztemangel mache es notwendig, vor allem in ländlichen Regionen über eine »effiziente Verteilung der knappen ›Ressource Arzt‹ nachzudenken.« (KVB 2013b: 1) Der Hausärztemangel auf dem Land sei längst Fakt und werde von den Bürger:innen wahrgenommen (ebd.). Ein in der Mitgliederzeitung abgedrucktes Gespräch zwischen dem KVB-Vorstand und dem unparteiischen Vorsitzenden des G-BA relativiert die Steuerungschancen der novellierten Richtlinie allerdings. Anlass des Gesprächs ist laut des KVB-Vorstands die Beobachtung, dass viele »Gemeindechefs hoffen, bald zusätzliche Ärzte [...] begrüßen zu dürfen« (2013c: 14). Der G-BA-Chef erläutert,

»[w]enn es um den Erhalt der flächendeckenden Versorgung geht, werden wir viele Alternativen durchdenken müssen, wie zum Beispiel den Betrieb von KV-Eigenrichtungen, Hol- und Bringdienste für Patienten, die nicht mehr mobil sind, oder auch eine stärkere Öffnung der Krankenhäuser. Entscheidend ist, dass die jeweiligen Modelle genau auf die jeweilige Situation vor Ort passen und dass wir uns letzten Endes daran orientieren, was die Patienten und Versicherten wirklich benötigen. Richtlinien geben immer nur einen Rahmen vor, jetzt beginnt die mühselige Arbeit der Umsetzung.« (Ebd.)

In eben dieser Umsetzung fühlt sich die KVB gegenüber dem stationären Sektor finanziell benachteiligt. Diesen Vorwurf äußert der KVB-Vorstandsvorsitzende gegenüber dem ehemaligen CSU-Bundestagsabgeordneten Johannes Singhammer. Der erwidert, es sei »die klare Linie« (KVB 2013d: 20) der CDU-/CSU-Bundestagsfraktion, deren stellvertretender Fraktionsvorsitzender Singhammer war, »in ganz Bayern eine flächendeckende Versorgung mit Praxen, Kliniken und Apotheken« (ebd.) anzustreben. Die Ärzt:innen seien das »Herzstück der Gesundheitsversorgung« (ebd.). Auf Kritik des KVB-Vor-

standsvorsitzenden versichert Singhammer, man müsse die Wettbewerbsnachteile durch Finanzausschüsse für Klinken ausgleichen, aber auch die nachteilige Behandlung der bayerischen Patient:innen im Bund wegen des Gesundheitsfonds und der unzureichenden Beachtung der Morbidität in der Planungs- und Honorarberechnung korrigieren (vgl. KVB 2013e).

Im November 2013 einigt sich der bayerische Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen auf die Teilung von insgesamt sieben hausärztlichen Planungsbereichen, darunter Ansbach und Dinkelsbühl (vgl. KVB 2013f). Laut dem Vorstand der KVB zeigen diese Entscheidungen, »dass die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen durchaus funktioniere« (ebd.). Weil das zuständige Staatsministerium die Beschlüsse nicht beanstandet, ruft die KVB im Frühjahr 2014 diverse Förderprogramme aus (vgl. KVB 2014: 12). Die planungsbereichsbezogenen Förderprogramme werden durch den 2012 beschlossenen Strukturfonds der KVB finanziert. Hierzu zählen für drohend unterversorgte Bereiche beispielsweise Zuschüsse zu Niederlassungen, zu errichtenden Zweigpraxen, zur Beschäftigung von Ärzt:innen, zur Praxisführung über das 63. Lebensjahr hinaus und zur Weiterbildung sowie in unterversorgten Gebieten zusätzlich Zuschüsse zur Beschäftigung einer hausärztlichen Versorgungssassistentin (ebd.: 13).

Der interviewte Repräsentant der KVB erinnert sich an die Anpassung der hausärztlichen Planungsbereiche. In der neu berechneten Verhältniszahl von zu versorgenden Einwohner:innen je Ärzt:in »spielt natürlich viel Politik und viel Geld mit rein. Irgendwie sind die auf den Schlüssel gekommen, dass pro Hausarzt 1.671 Einwohner versorgt werden sollen. Wie die auf die Zahl gekommen sind, weiß ich nicht. Das ist sicher nicht nur medizinisch.« (Interview LKA I) Die Anpassung habe in Ansbach nicht nur Vorteile mit sich gebracht. Vor 2013 war der gesamte Landkreis inklusive der Stadt Ansbach ein Planungsbereich. Nach »zählen Verhandlungen mit den Kostenträgern« (ebd.) einigten sich die Parteien auf die neuen Mittelbereiche.

»Es war damals schon absehbar, dass da, wo die Stadt Ansbach dazugeschlagen würde, eine Überversorgung festgestellt werden würde und alle anderen hätten eine Unterversorgung. Genauso ist es gekommen. Das war aber mit den Kostenträgern eine extrem zähe Verhandlungsmasse, weil die genau wussten, was da für finanzielle Anforderungen auch dahinterstehen. Denn jeder niedergelassene Arzt löst Leistungen aus, für die die Kostenträger geradestehen müssen. Ob das Rezepte sind oder Physiotherapie oder einfach nur das Honorar, dass der dasitzt und den Patienten versorgt. Also das muss man wissen, [...] das ist ein extrem gefährliches Mienenfeld und Sie müssen da genau aufpassen, wo Sie den Fuß hinsetzen, sonst fliegt Ihnen das alles um die Ohren.« (Ebd.)

Die heutigen Unterversorgungen bestünden wegen der unzureichenden Steuerungswirkung der Bedarfsplanung, die die Versorgungssituation höchst instabil mache. Würde nur ein:e Ärzt:in ohne Nachfolgeregelung in den Ruhestand gehen, stünden die Patient:innen bei den übrigen Mediziner:innen Schlange.

»Das ist dann nicht ganz einfach. Ich kann nur für mich persönlich sprechen: Ich habe bisher noch keinen Patienten abgewiesen, aber ich betreue inzwischen auch Patienten aus der Kreisstadt Ansbach, die ja von mir 25 Kilometer entfernt ist. Einfach weil



die Patienten verzweifelt sind, weil die schon mehrere Versuche unternommen haben, unterzukommen. Das [...] sind Patienten, die eine ständige und möglicherweise hochfrequente Betreuung benötigen. Das sind dann nicht die jungen leistungsfähigen Patienten, die mal wegen einem Schnupfen kommen, sondern das sind die, die wirklich ständig und hochfrequente Betreuung benötigen.« (Ebd.)

Objektiv seien die Bewohner:innen der Stadt Ansbach nicht unterversorgt. Es spiele aber eine Rolle, ob sich Patient:innen auch gut versorgt fühlten. Für den KV-Repräsentanten, der zusätzlich im Bayerischen Hausärzterverband aktiv ist, liegt der Grund für die Versorgungsprobleme unter anderem in der Statik der Bedarfsplanung. Der ehemalige Gesundheitsminister Seehofer habe den Status Quo der frühen 1990er Jahre »betoniert« (ebd.).

»Er hat gesagt, die Versorgung, die 1993 bestand ist eine gute Versorgung, ist eine hundertprozentige Versorgung. Und von da ausgehend sind dann die Versorgungszahlen weiterentwickelt worden. Aber natürlich: 20 Jahre später hat das vorne und hinten nicht mehr gepasst. Ich bin ja selbst [...] Teil] der Babyboomer-Generation. Es war ja 1993 absehbar, dass diese Menschen, diese Ärztinnen und Ärzte irgendwann auch in Ruhestand gehen würden 30 Jahre später. [...] Das war damals schon nicht ausgewogen. Das muss man einfach mal sagen.« (Ebd.)

Eine vergleichbare Weitsicht oder einen entsprechenden Handlungsdruck nehmen die Kommunalvertreter in den Interviews nicht ein oder wahr. Ein Bürgermeister erinnert sich, dass die Lage vor einigen Praxisschließungen um 2010/2011 unproblematisch war. Nachdem die Praxen schlossen, konnte ihm allerdings niemand dabei helfen, die örtliche Versorgung zu sichern. Insbesondere die erhoffte Hilfestellung seitens der KVB kam nicht zum Tragen. Der Bürgermeister habe deshalb in den Folgejahren aufwändig Kontakt zu Ärzt:innen aufgebaut und unterschiedliche Versorgungskonzepte diskutiert und getestet. Insbesondere die Versorgung der Patient:innen durch in überörtlichen Gemeinschaftspraxen angestellte Ärzt:innen stellte sich als instabil heraus. Immer wieder wechselte das Personal, sodass um 2017 die »Leute nicht mehr zufrieden waren« (Interview LKA IV). Bei dem Bürgermeister reift die Überzeugung, dass er die Versorgung stabilisieren müsse.

Ein Bürgermeisterkollege zeichnet eine vergleichbare Stimmung in seiner Gemeinde nach. Noch sei die Aufmerksamkeit der von den Versorgungsinstabilitäten Betroffenen nicht allzu groß. Allerdings kann der Gemeindevertreter dies auch begründen. Es handle sich bei seiner Kommune in besonderem Maße um einen Standort, der von der Gesundheitswirtschaft bestimmt sei. Eine Klinik und einige Pflegeeinrichtungen schafften Arbeitsplätze und dienten als Standortfaktoren. Versorgungsprobleme in diesen Bereichen seien den Patient:innen ein Dorn im Auge, der problematisiert werde. Zusätzlich hätte die Lokalpresse in den vergangenen Jahren vermehrt von den Entwicklungen im ambulanten medizinischen Bereich berichtet, weshalb sich der Bürgermeister der Thematik proaktiv annahm. Er sei auf Ärzt:innen zugegangen, habe mit ihnen intensive Telefongespräche geführt und den Bestand genauestens analysiert. Weil die Versorgung vor allem auf einer Praxis mit angestellten Ärzt:innen aufbaue, verunsichere den Bürger-

meister die Zukunft, sollte der Praxisinhaber in den Ruhestand gehen (vgl. Interview LKA V). Er ist sich sicher, das Modell des niedergelassenen Landarztes ist passé und die überregionale Aufmerksamkeit für den Ärztemangel zwingt die Stadt Ansbach schon heute und in Zukunft vielleicht auch ihn zum Handeln.

### 5.6.2.2 Ambitionierte Lokalinitiativen und das Sorgenkind Weiterbildungsverbund

Der genannte Bürgermeister kritisiert an der 2016 eingerichteten Kreisgesundheitsregion, dass deren Treffen zu keinem substanziellen Erkenntnisgewinn für ihn führten. In der Regel werde dort berichtet, was er schon wisse: Die Einzelpraxis sei ein Auslaufmodell (ebd.). Dabei versteht sich die Gesundheitsregion als »Bindeglied« (Interview LKA II) zwischen den Akteuren vor Ort. Ziel ist es unter anderem, die Kliniken und die niedergelassene Ärzteschaft besser zu vernetzen (vgl. Landkreis Ansbach o.J.). Im Interview berichtet eine Repräsentantin der Gesundheitsregion, der Ansbacher Weiterbildungsverbund sei auch deshalb nicht besonders lebendig, weil die Vernetzung unter den Akteuren defizitär sei. Ihre enge Zusammenarbeit mit dem Kommunalbüro am bayerischen Landesgesundheitsamt helfe dabei, Erkenntnisse aus der Versorgungsforschung in die Region zu vermitteln. Außerdem diene das Büro als Kontaktadresse für Anfragen aus den Kommunen.

Weitaus weniger optimistisch äußert sich der Repräsentant der KVB über den wachsenden interkommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen. Es gebe immer wieder Unmut in den Gemeinden, wenn eine Kommune ein Gebäude bereitstellt oder eine Arztpraxis baut und damit erfolgreich Mediziner:innen anwirbt. »Es kann ja nicht sein, dass sich die reichste Gemeinde einen Hausarzt krallt und die anderen schauen in die Röhre.« (Interview LKA I) Doch den Kommunen zu vermitteln, dass der Überbietungswettbewerb nicht zielführend ist, sei herausfordernd. Hier leiste das Kommunalbüro des Freistaats einen wichtigen Beitrag.

»Nun ja, die Hauptaufgabe der Kommunalbüros ist wohl, dass es den Bürgermeistern klar macht, dass es wenig bringt, wenn man sich um die wenigen Kollegen dann reißt [...], sondern, dass man über Kirchturmdenken hinaus gehen sollte und sagt: Wir haben hier drei oder vier kleine Gemeinden, die alle dasselbe Problem haben, letztlich ist es nur realistisch, wenn eine Gemeinde den Zuschlag bekommt oder einen Arzt oder eine Ärztin bekommt. Dann muss man eben Strukturen schaffen, dass die umliegenden Gemeinden davon auch profitieren. Also da macht das Kommunalbüro glaube ich einen guten Job. Letztlich können die natürlich an der Grundsituation nichts ändern. Aber was ich als sehr wertvoll empfinde ist, dass sie dort ganz klar sagen: Es wird nicht jede Gemeinde in Zukunft weiterhin einen Hausarzt haben. Und dass man da zu mehr Kooperation kommen muss. Weil sonst alle verlieren.« (Ebd.)

Darüber hinaus beruhen erfolgreiche lokale Praxisnach- oder Neubesetzungen, wie die Repräsentantin der Gesundheitsregion berichtet, auch auf der Initiative engagierter Einzelpersonen vor Ort (vgl. Interview LKA II). Sie nennt einen Arzt, der die Initiative »Ärzte schnuppern Landluft« ins Leben gerufen hat, als eine solche Person. Die Initiative

fördert interessierte Studierende bei ihrer Famulatur im Mittelfränkischen Raum (vgl. »Ärzte schnuppern Landluft« online; BR24 2020).

Im vierten Jahr ihres Bestehens findet im Rahmen der Gesundheitsregion eine Veranstaltung mit dem Titel »Praxisbeispiele der Arztversorgung in den Kommunen« statt (vgl. Landkreis Ansbach 2019). Die Geschäftsstellenleitung weist auf die Herausforderungen hin, »die eine Veränderung der Ärztelandschaft, aber auch der Work-Life-Balance der nachfolgenden Generation mit sich bringt.« (Ebd.) Grundsätzlich habe sich dennoch vieles zum Guten gewendet. 2019 ist beispielsweise keiner der Versorgungsbereiche bedarfsplanerisch unterversorgt. Das habe mit den kommunalen Bemühungen zu tun, nachdem 2016 noch eine »Katastrophenstimmung« (ebd.) herrschte. Die Geschäftsstellenleitung betont damals: »Es ist für uns ein echtes Anliegen diesen Weg zu begleiten.« (Ebd.) Alle Referenten der Veranstaltung sind sich darüber einig, dass es für die Bürgermeister:innen im Kreisgebiet »zu den bisherigen, wichtigen kommunalen Aufgaben wie Kindergärten, Schulen, Straßenausbau und vielen anderen Dingen, nun auch die Suche nach Nachwuchsmediziner:innen gehört« (ebd.). Initiativen aus insgesamt vier Kommunen werden von ihren jeweiligen Vertreter:innen im Rahmen der Veranstaltung vorgestellt. In Flachslanden mobilisierten ein Bürgermeister und die KVB nach »jahrelangen Bemühungen« einen Arzt in ein neu gebautes Haus. In Schnelldorf mündeten die Anstrengungen der Kommunalverwaltung im Jahr 2018 in einer allgemeinmedizinischen Praxisansiedlung. Das Kommunalunternehmen der Gemeinde Feuchtwangen kooperierte erfolgreich mit dem genannten Kommunalbüro des Freistaats. Zudem richtete die KVB nach der festgestellten Unterversorgung eine Sicherstellungspraxis in Feuchtwangen ein. Eine Medizinische Fachangestellte in einer Kinderarztpraxis in Neuendettelsau organisierte eine Initiative mit dem Titel »Team-sucht-Arzt«, durch die eine Ärzt:in für die vakante Praxis gefunden werden konnte.

Einige Experteninterviews liefern ergänzende Hinweise zu lokalen Initiativen zur Bekämpfung des Ärztemangels. Ein Bürgermeister berichtet, wie er einen Arzt gewinnen konnte. Er habe zunächst versucht, über die KVB an Mediziner:innen zu gelangen. Diese habe ihm jedoch nicht helfen können. Daraufhin habe er versucht, über die damals im Aufbau befindliche Gesundheitsregion etwas zu erreichen. Letztlich war eine Anfrage beim Kommunalbüro des Freistaats ausschlaggebend. Die Verantwortlichen vermittelten dem Bürgermeister einen praxissuchenden Arzt und die beiden organisierten die Details der Niederlassung in der Gemeinde. Wobei »Details« den folgenden Anstrengungen kaum gerecht wird. Für den Umbau der späteren Praxis und deren Einrichtung bewarb sich der Bürgermeister um Fördermittel beim Freistaat und verhandelte der Arzt mit der KVB über Fördergelder. Im Endeffekt erhielt der Bürgermeister rund 500.000 Euro und investierte weitere 250.000 Euro, die er über Mieteinnahmen in der ebenfalls errichteten Wohnung einzunehmen plant. Auf diese Weise wird sich das Projekt in rund 25 Jahren »selbst finanzieren« (Interview LKA IV). Der Bürgermeister resümiert, es sei ein »Glücksfall« (ebd.) gewesen, dass er einen Arzt gefunden habe; aber er habe auch viel Arbeit in die Ansiedlung gesteckt. »Wir sind jetzt in der glücklichen Lage, dass ich aktuell das Problem gelöst habe. [...] Die anderen Bürgermeister sind auch unter Druck.« (ebd.) Er ist sich bewusst, dass die ärztliche Versorgung nicht Teil des klassischen Verantwortungsbereichs eines Bürgermeisters ist, sieht es aber dennoch als seine Aufgabe an, unterstützend tätig zu werden. Dabei sei es nicht immer ganz einfach gewesen, den

Gemeinderat zu überzeugen. Letztlich hat allerdings keines der Ratsmitglieder gegen sein Vorhaben gestimmt, weil er »natürlich auch schon Power dahinter gesetzt [hat] und Überzeugungskraft. Es wäre nicht einfach gewesen, dagegen zu sein.« (Ebd.)

Der Bürgermeister betont, er habe mit der KVB in dem ganzen Prozess nichts zu tun gehabt, während einige der lokal niedergelassenen Ärzt:innen regen Kontakt zur KVB pflegten. Der Bürgermeister habe sich anderweitig um Fördermittel bemüht. Das Engagement der KVB reflektiert insbesondere der Arzt kritisch. »Da gehört wesentlich mehr Motivation dazu.« (Interview LKA III) Ein Jahr nach seiner Niederlassung habe er von einem Arzt aus einer nahegelegenen Gemeinde erfahren, dass dieser zuvor händeringend nach einer Nachfolge gesucht habe. Weil er seine Praxis neu aufbauen musste, also keinen Patient:innenstamm übernehmen konnte, habe er lange kurz vor der Praxis-schließung gestanden. »Weil die Leute einfach gedacht haben: Hm, der kommt her, aber wir wissen nicht, wie lange er bleibt und deswegen waren die zurückhaltend hier initial. Das hat zwei Jahre gebraucht, dann waren die stetig da. Jetzt schaut es genau andersrum aus.« (Ebd.)

Die Veranstaltungen der Gesundheitsregion kommentiert der Arzt kritisch. Die gesamte Konstruktion sei »undurchsichtig« (ebd.). Er habe den Eindruck gehabt, die politische Ebene versuche sich wegen der eingeworbenen Finanzmittel in den Vordergrund zu stellen. Der »erhebliche Ärztemangel [...] trat in den Hintergrund« (ebd.). »Wenn Sie das Gesamtkonzept dann betrachten, das ist natürlich für den Bürgermeister hier ideal. Er hat einen fixen Arzt hier etablieren können [...]. Was dahintersteht [...] wird gar nicht wahrgenommen. [...] Man kann auch als Arzt bankrottgehen.« (Ebd.)

Der Bürgermeister erinnert sich an eine Informationsveranstaltung, auf der er seine Pläne anderen Bürgermeister:innen vorstellte. Die Reaktionen seien verhalten gewesen. Einige Bürgermeisterkolleg:innen seien nicht der Meinung, entsprechende Anstrengungen gehörten zu ihren Aufgaben (vgl. Interview LAK IV). Er verstehe die Zurückhaltung in Teilen. Eine öffentliche Investition garantiere schließlich keine Arztansiedlung. »Es gibt jetzt auch Gemeinden im Landkreis, die haben auch trotzdem, obwohl die eine Arztpraxis gebaut haben, Schwierigkeiten mit den Ärzten, die dann da reingegangen sind.« (Ebd.)

Ein anderer Bürgermeister schlägt jüngst einen ganz anderen Weg ein. Er plant seit geraumer Zeit, in seiner Gemeinde ein kommunales MVZ zu errichten (vgl. Interview LKA V).

»Der erste Grund ist der, dass die Zuständigkeiten-Hierarchie in unserer Gewaltenteilung so gut wie kein Bürger kennt. Egal welches Problem der Bürger hat, er geht zu seinem Rathaus. Ich werde auch, egal mit welchen Mitteln der Kommunikation, in der Breite der Bevölkerung dieses Wissen nicht verankern können, dass allgemeinärztliche Versorgung nicht mein Thema ist. Das kommt immer, diese Erwartungshaltung von außen. Das sage ich mal, wenn man sich in der eigenen Bevölkerung nicht komplett unbeliebt machen will, dann muss man eben zumindest so tun, als ob man was macht. Das ist die Mindestanforderung. Darüber hinaus glaube ich aber speziell in meinem Ort ist die allgemeinmedizinische Versorgung ein nicht zu vernachlässigender Standortfaktor. Der letzten Endes essentiell dafür ist, dass die Kommune langfristig bestehen kann. Und aus dem Grund bin ich dann auch bereit, weiterzugehen als alle anderen au-

ßen herum und zu sagen: Im schlimmsten Fall, wenn es nicht anders geht, dann binde ich mir eben ein kommunales MVZ ans Bein.« (Ebd.)

Er habe Kontakt mit der lokalen Ärzteschaft aufgenommen, um herauszufinden, ob die Allgemeinärzt:innen überhaupt ein Problem sehen. Die Mediziner:innen seien froh über die Kontaktaufnahme gewesen.

»Die haben alle gesagt: Ja, im Moment bekommen wir das alles noch hin, aber wenn wir noch ein paar Jahre warten, dann wird es zur Katastrophe. Deswegen haben die alle gesagt, wir haben ein Interesse, gemeinsam mit der Kommune, an dem Problem zu arbeiten. Weil, außer der Kommune gibt es niemand, der uns hilft. Daraufhin haben wir uns dann auch ein Fachbüro als Beratungsfirma engagiert, die uns praktisch beraten haben, welche Möglichkeiten gibt es auf der kommunalen Ebene, die allgemeinärztliche Versorgung zu unterstützen.« (Ebd.)

Es gab mehrere Informationsveranstaltungen, zu denen die niedergelassenen und angestellten Ärzt:innen der Gemeinde, einige Studierende und »jeder, der im Entferntesten mal Allgemeinarzt sein kann« (ebd.) eingeladen wurden. Man habe in diesen Runden diskutiert, wie die ärztliche Versorgung der Zukunft organisiert werden könne. Es hätten sich nur wenige Modelle als erfolgsversprechend entpuppt.

»Wir hatten über Praxisgemeinschaften gesprochen. Das ist aber eigentlich eine Farce, wenn man sagt, dass das Landarztmodell gestorben ist. [...] Ich kann sicherlich die ein oder andere Synergie erzeugen, aber es ist nach wie vor jeder Arzt für sich ein Unternehmer mit all seinem bürokratischen Aufwand. Also idiotisch. Dann hatten wir als nächstes die Gemeinschaftspraxis diskutiert, die tatsächlich ein denkbare Modell gewesen wäre. Aber das muss ich jetzt dazu sagen, die ganzen Gespräche mit den verschiedenen Ärzten, die wir geführt haben, haben dazu geführt, dass wir genügend Arztsitze zur Verfügung haben, die gibt es. Wir haben auch genügend Ärzte, die grundsätzlich eine Bereitschaft haben, als angestellte Ärzte in Teil- oder Vollzeit sich anzustellen lassen als Allgemeinarzt. Wir haben aber keine Unternehmer. Auch die Gemeinschaftspraxis würde ja erfordern, dass es Ärzte gibt, die die Unternehmereigenschaft annehmen und die das unternehmerische Risiko auf sich nehmen und so weiter. Da wir da im Moment keinen einzigen Kandidaten haben, der ›Hier, ich will eine Großpraxis‹ schreit, sind wir dann im Endeffekt bei dem Konstrukt des Medizinischen Versorgungszentrums gelandet. MVZs haben derzeit in der Schar der niedergelassenen Allgemeinärzte keinen guten Ruf, gar keinen guten Ruf. Vor dem Hintergrund gab es dann nur eine einzige Variante, die wir unseren Ärzten bislang überhaupt schmackhaft machen konnten, und zwar ein kommunal getragenes MVZ. Da haben die Ärzte dann ein Stück weit das Vertrauen, dass sie nicht von irgendeinem Investorenkonsortium über den Tisch gezogen werden und dass das am Ende des Tages nicht nur nach betriebswirtschaftlichen Aspekten funktioniert, sondern auch nach sozialen, humanmedizinischen Aspekten.« (Ebd.)

Bisher sei der Gemeinderat nur in die Finanzierung des Beratungsbüros involviert gewesen. Die wohl größte Herausforderung des Projekts sei für den Bürgermeister, seinen Mitarbeitenden und die Kontaktperson aus dem Beratungsbüro aktuell die Planung des

MVZ. »Nach langen Kämpfen sind wir so weit, dass es vom Konstrukt her das kommunale MVZ werden soll. Das war schon anstrengend, bis wir an diesen Punkt gekommen sind. Und jetzt geht es um die konkrete Ausgestaltung von Konditionen.« (Ebd.) Grundsätzlich hätten alle Ärzt:innen sich an der einen oder anderen Stelle für das kommunale MVZ ausgesprochen. Doch die Ärzt:innen hätten Vorstellungen, denen der Bürgermeister nicht gerecht werden könne. Einerseits könne die Kommune oder die außerkommunale MVZ-GmbH die Praxen nicht für die Summen kaufen, die die Ärzt:innen sich wünschten und andererseits müssten die Gehälter der Ärzt:innen ausgehandelt werden. Angestellte Ärzt:innen könnten laut dem Bürgermeister tarifvertraglich in die Entgeltgruppe 12 oder 13 eingestuft werden. Sie erwarteten oftmals höhere Gehälter.

»Da wird man einen gesunden Kompromiss finden müssen. Dass die für Tariflohn nicht arbeiten, damit habe ich mich schon abgefunden. Aber ich kann wegen diesem finanziellen Problem auch nicht 1:1 auf die Gehaltsforderungen von den Ärzten aufspringen. Die haben dafür andere Vorteile, das muss man denen auch mal verdeutlichen. Sie wollen keine unternehmerische Verantwortung, sie wollen keine Überstunden, sie wollen flexible Arbeitszeiten, sie wollen Teilzeit-Arbeitsverhältnisse, und so weiter, dann muss ich eben auch Abstriche beim Gehalt machen.« (Ebd.)

Der Bürgermeister ist sich unsicher, ob es mit dem kommunalen MVZ »am Ende funktioniert« (ebd.). Er bedauert besonders, dass es keinen öffentlichen Ansprechpartner für ein solches Projekt gibt. »Selbst die öffentliche Ebene verweist dann wiederum auf die Zuständigkeit der KVB. Herzlichen Dank. Dann sind wir wieder am Anfang.« (Ebd.) Viele würden ihm davon abraten, das kommunale MVZ weiter zu planen. »Egal mit wem Sie sprechen, alle schlagen die Hände über dem Kopf zusammen. ›Oh, Defizite‹. Aber ich warte jetzt mal ab.« (Ebd.) Die Überzeugung, dass ein kommunales MVZ ein »Zuschussbetrieb« (ebd.) sein muss, irritiert den Bürgermeister. »Da kann aber dann irgendwas doch nicht stimmen. Weil es gibt doch schließlich durchaus auch private MVZs, die nicht mit einem Defizit arbeiten. Sonst würde es diese privaten MVZs nicht mehr geben.« (Ebd.) Der Kommune würden immer wieder »Knüppel zwischen die Füße geworfen« (ebd.), ohne dass eine wirklich Alternative dazu besteht, dass er eine GmbH mit Gewinnerzielungsabsichten für Reinvestitionen gründet. »Da wären meiner Meinung nach auch im Kommunalrecht massive Änderungen notwendig.« (Ebd.)

Der interviewte Repräsentant der KVB und des Bayerischen Hausärzteverbands sieht MVZs, insbesondere als Lösung für den Ärztemangel, eher kritisch. Nach ihrer Einführung waren MVZs nur möglich, wenn zwei Fachärzt:innen unterschiedlicher Bereiche vertreten waren. Der Hausärzteverband habe sich wegen der strukturellen Vorteile von MVZs für die gesetzliche Ermöglichung fachgleicher Varianten eingesetzt.

»Wir hatten jetzt natürlich die Hausärzte im Fokus und haben völlig übersehen, dass der Schuss nach hinten losging. Inzwischen haben wir rein augenärztliche, rein radiologische, rein orthopädische, rein irgendwas MVZs. Die sind natürlich nur in den Ballungsgebieten tätig. Die Versorgung in der Fläche ist überhaupt kein Thema für MVZs. Wir sind hier auf dem Lande weiterhin drohend oder manifest unterversorgt und das ist den MVZ-Strukturen herzlich egal, weil sich da kein Geld verdienen lässt. Oder weil

es eben zu viel Arbeit ist für zu wenig Geld. Das kann man anschauen, wie man will.«  
(Interview LKA I)

Auch die Struktur der Gesundheitsregion bewertet der KVB-Repräsentant mit Blick auf ihre Steuerungswirkung eher ambivalent. Für die Vernetzung der Akteure vor Ort sei das Forum ein »echter Erfolg« (ebd.). Allerdings könne die Gesundheitsregion nur die Rahmenbedingungen vor Ort beeinflussen. Substanzielles, versorgungsrelevantes Potenzial spricht er hingegen dem 2012 eingerichteten allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund in Ansbach zu. Damals ging die KVB mit dem Klinikum Ansbachs, acht allgemeinmedizinischen Praxen im Kreis und der Landesärztekammer eine Kooperation zum ersten mittelfränkischen allgemeinmedizinischen Weiterbildungsverbund ein. Der Verantwortliche bei der KVB betont im Mitgliedermagazin des Verbands, dass es das Wichtigste sei, einen guten Kontakt zu dem ausbildenden Klinikum, dessen Geschäftsführung und Chefärzt:innen zu pflegen (vgl. KVB 2013c: 17). Im Interview betont ein KVB-Repräsentant, der Verbund spiele eine enorm wichtige Rolle, sei aber in zu hohem Maße von der Gunst einzelner Personen abhängig (Interview LKA I). Es bedarf insbesondere der »Motivation der tragenden Klinik. Wenn die Klinik nicht mitmacht oder sagt, sie habe kein Geld [...] und das ist alles nicht so wichtig. Dann ist das wirklich auf *Standby* und dann passiert nicht viel.« (Ebd.) Einer der beiden Weiterbildungsverbünde im Kreis laufe sehr gut, der andere gar nicht. Die Kooperationspartner auf Seiten der ambulanten Ärzt:innen hätten wiederholt versucht, Einfluss zu nehmen, um mehr junge Mediziner:innen zu gewinnen. Doch die schlechten Erfahrungen dieser freiwilligen Stellschraube lassen den Interviewpartner resigniert zurück. Das Beispiel verdeutlicht: Selbst einige der tradierten Förder- und Niederlassungsinstrumente sind auf die Kooperation der Akteure vor Ort angewiesen. Eigenständig kann die KVB nach eigenen Angaben nur finanziell intervenieren (vgl. KVB 2019, 2022a). Im Interview betont der KVB-Repräsentant, Geld allein werde die lokalen Versorgungsmängel jedoch nicht lösen. Einfluss könne hingegen auf weiche Standortfaktoren genommen werden. »Das, wo wir lokal einen Unterschied machen können, das [...] ist Landschaft, das ist Kultur. Nennen Sie es Brauchtum. Das ist ein uralter Begriff. Aber die Menschen müssen sich halt da wohlfühlen.« (Ebd.)

### 5.6.2.3 Es bedarf kommunaler Keimlinge, an die andere andocken können

Grundsätzlich moniert die KVB bereits seit einer guten Dekade, das deutsche Gesundheitssystem mutiere seit der Kostendämpfungspolitik zum überregulierten System (vgl. KVB 2012). In einer Pressemitteilung betont ein Vorstandsmitglied der KVB, »[e]in effizientes und damit günstiges Gesundheitswesen bedarf einer Portion Freiheit. Stattdessen aber sind die Praxen in ein Korsett aus jahrzehntelang gewachsenen Vorgaben und Regeln eingeschnürt.« (Ebd.) In den Folgejahren fordert die KVB wiederholt, die Eigenständigkeit der gemeinsamen Selbstverwaltung zu erhaltend oder wiederherzustellen. Das Mitgliedermagazin der KVB aus dem März 2022 trägt beispielsweise den Titel »Kein staatlicher Zwang im Gesundheitswesen. Warum eine gemeinsame Selbstverwaltung allen nützt« (KVB 2022b). Darin finden sich ein Dutzend Artikel zu unliebsamen »politischen Einmischungen in die Aufgaben der Selbstverwaltung« oder der zu erhaltenden »Innovationskraft« der KVB (ebd.).



Die KVB unterstreicht wiederholt, dass sie gemeinsam mit den Krankenkassen die Bundesgesetzgebung umsetzt. »Man müsste den vielen bestehenden Gesetzen einfach nur die Möglichkeit geben, ihre beabsichtigte Wirkung auch zu entfalten« (KVB 2013), wird mit Bezug auf die reformierte Bedarfsplanung betont. Im Interview bemängelt ein Repräsentant der KVB, der Verband sei oftmals hilflos und handlungsunfähig, weil die Gesundheitsgesetzgebung vom Bund gestaltet ist (vgl. Interview LKA I). »Man kann so eine Vorgabe aus Berlin nur über Hilfskonstrukte wie Mittelbereiche oder Mobilität etc. zurechtbiegen, dass es einigermaßen passt. Aber an den Vorgaben selber können wir eben wenig ändern.« (Ebd.)

Oben wurde bereits erwähnt, dass der Interviewte und Kolleg:innen aus den Ärzteverbänden insbesondere den gesundheitspolitischen Bundestagsabgeordneten aus der Region die Verantwortung für verbesserte Rahmenbedingungen der ärztlichen Versorgung zuschreiben. Aber auch die Kommunalpolitik gerät in die Kritik der Ärzteschaft. Der interviewte KVB-Repräsentant hat nach eigenen Angaben vor einigen Wochen einen Vortrag zur Situation in der hausärztlichen Versorgung bei einem städtischen Parteiverband außerhalb des Kreisgebiets Ansbachs gehalten. Zur Vorbereitung sei er in seinen Unterlagen auf einen Vortrag aus dem Jahr 2011 gestoßen, den er in Folge mit angepassten Folien erneut hielt. Einem Anwesenden sei das vermeintliche falsche Datum des Foliensatzes aufgefallen, woraufhin der KVB-Repräsentant die Situation wie folgt aufklärte:

»Sie machen sich mit sowas ja immer zweimal unbeliebt, das erste Mal 2011, als das keinem Landrat gefallen hat, als ich [die Prognose] gezeigt habe und das zweite Mal machen Sie sich unbeliebt zwölf Jahre später, wenn Sie sagen: Sehen Sie, ich habe es damals schon gesagt. Wenn wir damals was getan hätten, hätten wir jetzt nicht die Misere.« (Ebd.)

Insgesamt stelle sich wegen solcher und vergleichbarer Situationen Pessimismus bei dem KVB-Repräsentanten ein. »Das Problem ist: Sie beplanen ja Menschen. Sie beplanen keine Industriegüter, Sie beplanen keine Kubikmeter Holz oder irgendwas, sondern Menschen. Und Menschen machen oft etwas anderes, als Sie sich das vorstellen, in der Planung.« (Ebd.) Die Versorgungslage werde sich unumgänglich verändern. »Wir werden [...] die ambulante Versorgung, wie wir sie hatten, wie wir sie kennen, nie mehr so gut oder nie mehr so preiswert haben. Es wird entweder schlechter oder teurer oder beides.« (Ebd.)

In dieser Konstellation fielen Versorgungsprobleme den Lokalpolitiker:innen, Landrät:innen oder Bürgermeister:innen auf die Füße, obwohl diese keine Verantwortung für die Entwicklungen trügen. Diese Personen könnten höchstens ihre Parteikolleg:innen »mal am Ärmel fassen [...] und sagen: ›Hör mal, was ihr da im Bundestag beschlossen habt, das hat hier negative Auswirkungen und wir hätten uns das anders gewünscht.« (Ebd.) Das würde allerdings die Lage vor Ort und den Handlungsdruck nicht tangieren. »Die Menschen wenden sich natürlich nicht an den Bundestagsabgeordneten, die rufen ihren Bürgermeister an oder den Landrat. Und da gibts dann bei der Kirchweihe, beim Bieranstich ordentlich Zoff, weil irgendwas als insuffizient empfunden wird.« (Ebd.)

In eine ähnliche Richtung argumentiert der Hausärzteverband in seinem Papier »Politische Leitsätze des Bayerischen Hausärzteverbandes« aus dem Sommer 2019. Es könne

»keineswegs mehr einer kleinen Zahl von Abgeordneten vorbehalten bleiben, entscheidende Änderungen in schleichenden Prozessen unbemerkt von der Öffentlichkeit in unser Gesundheitssystem einzuführen und damit eine tragende Säule unseres Sozialstaates zu gefährden« (Bayerischer Hausärzteverband 2019: 2). Vielmehr sei es eine staatliche Aufgabe, die nicht an die Universitäten delegierbar sei, die Allgemeinmedizin zu fördern und mehr Studienplätze einzurichten (ebd.: 3). An dieser Stelle relativiert der Interviewte die Position des Hausärzteverbands, für den er auch spricht. Es brauche insgesamt mehr Studienplätze, aber es könne »nicht sein, dass nur Bayern zusätzliche Studienplätze bereitstellt, die aber bundesweit dann vergeben werden. Da haben Sie dann in Passau einen Kollegen aus Niedersachsen [...] sitzen, der dann höchstwahrscheinlich dahin zurückgeht.« (Interview LKA I)

Die besondere Stellung des Hausärzteverbandes erklärt sich auch in seiner Selbstwahrnehmung und seinem Auftreten. Der interviewte Repräsentant erinnert sich, dass der angedrohte Systemausstieg der bayerischen Hausärzt:innen aus dem KV-System um das Jahr 2010 die Zusammenarbeit mit der Politik zunächst negativ beeinflusste.

»Die waren schwer verstimmt monatelang über den versuchten Systemausstieg. [...] Die Politik hat inzwischen realisiert, dass wir in Sachen hausärztliche Versorgung der einzige und der extrem kompetente Ansprechpartner sind. Und ich sage mal Anfang der 2010er Jahre, 2012, 2013, ist der Bayerische Hausarztverband eigentlich der einzige ernstzunehmende Gesprächspartner der Politik, was die hausärztliche Versorgung angeht. Das hat sich dann natürlich auch in der Kassenärztlichen Vereinigung, in der Körperschaft dann niedergeschlagen. Da sind wir seit 2011 auch die stärkste Fraktion. Auch jetzt wieder in den Wahlen. 2023 wird die konstituierende Sitzung stattfinden. Auch hier ist der Bayerische Hausärzteverband wieder die stärkste Fraktion und wir werden damit auch Anspruch auf den Vorstandsvorsitz erheben. Und da schließen sich die Kreise: Ein kleiner Exkurs in die Kammer, die ja eigentlich mit der unmittelbaren Versorgung wenig zu tun hat, aber auch natürlich mit reinspielt. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer ist auch ein Hausarzt, auch aus dem Bayerischen Hausarztverband hervorgegangen und wir werden versuchen, das ab 2023 auch so fortzusetzen.« (Ebd.)

Im Interview berichtet der Repräsentant, die ambulant tätigen Ärzt:innen fühlten sich von Berlin nicht ernst genommen, wenn Vorschläge wie interprofessionelle Gesundheitszentren, *physician assistants* und *community health nurses* oder wie jüngst der Gesundheitskiosk für eine verbesserte Versorgung an sie herangetragen würden. Einige Komponenten doppelten die seit Jahren praktizierte Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern. Die genannten Delegations- und Substitutionsmodelle lehnten die Ärzt:innen ab, weil sie keinen transparenten Vorteil gegenüber den vorhandenen Versorgungsmodellen lieferten. »Ich habe keine Ahnung, wie die Studiengänge sind, was denen dort beigebracht wird und vor allem, wo dann die Grenzen sind. Wo muss ich dann selbst den Arztvorbehalt setzen? Das sind Sachen, die habe wir mit unseren eigenen Leuten eben nicht, diese Schwierigkeiten.« (Ebd.)

Auf der Ebene des Landkreises Ansbach herrscht eine relative Zufriedenheit mit den jüngeren Entwicklungen. 2021 betont der Landrat im Kontext der Verlängerung der Gesundheitsregion um vier Jahre, es sei eine »Plattform geschaffen [worden], die zum Woh-

le unserer Bürgerinnen und Bürger Kooperation und Vernetzung für eine gute medizinische Versorgung und Pflege sowie Prävention ermöglicht.« (Landkreis Ansbach online o.J.). Zugleich weist der Oberbürgermeister Ansbachs auf deren neuen Aufgabenschwerpunkt hin: Die Gesundheitsregion soll in der kommenden Förderperiode einen Pflegestützpunkt aufbauen (ebd.). Inwiefern dann Kapazitäten für die Vernetzung und Akquise im Bereich Ärztegewinnung bleiben ist unklar. Ein niedergelassener Allgemeinmediziner reflektiert die Gesundheitsregion wie folgt kritisch:

»Jetzt bin ich ganz böse: Ich komme mir vor, als ob ich hier im Krieg bin und die sitzen irgendwo und etablieren da Gesundheitsregionen und versuchen die Strukturen irgendwie zu formieren, haben aber gar nicht den Hintergrund, was in der Peripherie vor Ort abläuft, an der Front. Ich weiß nicht, ob sie das dann etablieren können. Wenn man auch keinen Kontakt hält zu denjenigen. Welchen Kontakt? Also ich komme nicht auf die zu, die müssen auf mich zukommen und dann kriegen die auch [...] einen entsprechenden Input. Und mit dem kann man dann arbeiten. Aber solange das in diesem Elfenbeinturm ist, sehe ich das nicht als förderlich an.« (Interview LKA III)

Dem hingegen beschreibt die Repräsentantin der Gesundheitsregion die Struktur als relevant, um zunächst ein Problembewusstsein bei den Kommunalvertreter:innen zu schaffen. »Ich denke schon, dass wir hier in den letzten Jahren einen ganz guten Weg aufgebaut haben und auch das Problembewusstsein geschafft haben.« (Interview LKA II) Hier liegt die Überzeugung vor, eine Informationslücke gefunden zu haben, deren Besetzung für die Bekämpfung des Ärztemangels zentral ist. Die Beschaffenheit dieser Informationslücke scheint recht unbestimmt zu sein. Schließlich berichtet die Repräsentantin davon, dass sie – recht niederschwellige – Informationen, wie die Nummer der Terminvergabe durch die KVB weiterleitet oder Kontakte mit dem Kommunalbüro des Freistaats herstellt. Zugleich scheint die stete Kontaktpflege mit rund 60 Bürgermeister:innen und deren Vernetzung mit niederlassungsinteressierten Ärzt:innen, ausbildenden Praxen und den Kliniken im Kreisgebiet herausforderungsvoll.

Die unumgänglichen Veränderungen des Versorgungsangebots der Wohnbevölkerung zu kommunizieren, ist aus Sicht der Kreismitarbeiterin Aufgabe der Politik. Die Ansprüche der Bürger:innen an den Umfang des Versorgungsangebots werden sich anpassen müssen, ist sich die Repräsentantin der Gesundheitsregion sicher (vgl. ebd.). Die Mitarbeiterin erwähnt, dass die Versorgungsansprüche der Bürger:innen in der Vergangenheit insbesondere im Rahmen von Bürgerdialogen deutlich wurden. Auch die Seniorenvertretungen hätten die ärztliche Versorgung im Blick. Darüber hinaus spielte die Patientenvertretung oder etwaige zivilgesellschaftliche Initiativen allerdings keine Rolle in den Aushandlungen und lokalen Akteursnetzwerken.

Die Repräsentantin der Gesundheitsregion bemerkt weiterhin, dass vor allem die Kommunen die lokale Versorgung beobachteten. Sie hätten allerdings einen verengten Blick auf die Nachfolgeregelungen für einzelne Praxen, weniger das große Ganze im Blick. Ein Arzt argumentiert ähnlich: Es sei der Lösung des eigentlichen Problems nicht sonderlich zuträglich, wenn sich Lokalpolitiker mit einer Erfolgsgeschichte brüsteten und sich dann von der Thematik abwendeten (vgl. Interview LKA III). Einer der interviewten Bürgermeister scheint die Beobachtungen zu bestätigen. Er zeigt sich zunächst

stolz, mit der Ansiedlung eines Arztes das Problem gelöst zu haben. »Ich habe mich da schon immer intensiv gekümmert.« (Interview LKA IV) Gleichwohl betont er an mehreren Stellen im Interview, dass er sich darum Sorge, dass der angesiedelte Arzt aus der Versorgung ausscheiden könnte. Er zeigt sich vom Freistaat Bayern und der KVB enttäuscht. Die bayerische Regierung wisse um die lokalen Herausforderungen, halte sich aber zurück und finanziere die zusätzlich notwendigen Studienplätze in der Humanmedizin nicht (vgl. Interview LKA IV). Zusätzlich benötige die KVB zu viel Zeit, um sich einzubringen. Der Bürgermeister vermutet eine Strategie bei der organisierten Ärztervertretung: Die KVB habe »in der Vergangenheit gar kein so ganz großes Interesse [daran, dass viele Ärzt:innen] nachkommen, weil da wird auch der Kuchen kleiner. Wenn ich mehr Angebot habe, wird auch der Kuchen kleiner. Ein bisschen habe ich den Eindruck gehabt.« (Ebd.) Auch deshalb habe er sein Projekt inklusive der einzutreibenden Fördermittel für den Praxisumbau ohne die KVB vollzogen. Stattdessen habe er wiederholt mit dem Kommunalbüro des Freistaats Gespräche geführt.

Im Übrigen definiert die Leitung des Kommunalbüros des Freistaats im Rahmen der Grenzen des »Kommunalen Haushalts- und Wirtschaftsrechts sowie wettbewerbsrechtlicher Implikationen« (KVB 2019b: 17) einen kommunalen Handlungskorridor. Kommunen könnten:

»den jeweiligen Gesundheitsstandort analysieren helfen, Strategien bei notwendiger Weiterentwicklung initiieren, moderieren und unterstützen, interkommunal eng zusammenarbeiten (zum Beispiel unter dem Dach einer Gesundheitsregion plus), ressortübergreifende Verständigung und Abstimmung forcieren (beispielsweise zur Weiterentwicklung der Verkehrsinfrastruktur zur Optimierung der Anbindung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung), eine enge Verzahnung mit Konzepten anstreben (zum Beispiel der Familien- und Seniorenpolitik, Stadt- und Raumplanung oder Wirtschaftsförderung), gemeindeübergreifendes Marketing für den Gesundheitsstandort koordinieren, die Aus- und Weiterbildung in der Region flankieren [und] im konkreten Einzelfall bei der Nachfolgersuche oder Neuansiedlung ideell unterstützen. Ziel sollte insgesamt sein, konzertiert vorzugehen, damit Kommunen, vor Ort niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Praxisberaterinnen und Praxisberater der KVB sowie weitere Akteure in der jeweiligen Zuständigkeit die Attraktivität und Niederlassungsfreundlichkeit in der Region gemeinsam steigern und an einem Strang ziehen können.« (Ebd.)

Interessanterweise reflektiert der Bürgermeisterkollege, der aktuell ein kommunales MVZ plant, einerseits sowohl das Kommunalbüro und die Gesundheitsregion auf Kreisebene als wenig eigenständig handlungsfähige Institutionen. Sie könnten ohne einen kommunalen »Keimling«, den sie gewissermaßen als Aushängeschild nutzen, keine Mediziner:innen anwerben:

»Diese beiden Einrichtungen können Ärzte auch nicht auf Bestellung backen. Damit die überhaupt eine Chance haben, Ärzte in die Region zu locken, muss irgendwo ein Keimling da sein, an den die sich anheften können. Wenn es mir nicht gelingt, eine Praxis bereit zu stellen, in der die sich dann anstellen lassen können, dann kann ich auch nicht erwarten, dass die *Gesundheitsregion plus* riesige Erfolge bei der Ansiedlung

von Ärzten erzielt. Weil wie gesagt: Das Allgemeinarztmodell des niedergelassenen Landarztes, das funktioniert nicht mehr. Das ist vorbei.« (Interview LKA V)

Andererseits muss in Frage gestellt werden, inwieweit die lokalen Initiativen mit dem vom Kommunalbüro angestrebten konzertierten Vorgehen einhergehen. Das kommunale MVZ entsteht nach Angaben des Bürgermeisters aus Eigeninitiative. Er könne sich vor den Ansprüchen der Bürger:innen nicht schützen, habe keine Chance, das »Wissen [...] verankern zu können, dass allgemeinärztliche Versorgung nicht mein Thema ist« (ebd.). Dabei werde ihn auch in Zukunft niemand unterstützen, ist sich der Bürgermeister sicher. Er zeigt sich überzeugt, der Freistaat Bayern verfolge mit seinem Landesentwicklungsplan das Ziel öffentliche Güter und Leistungen zu zentralisieren.

»Das ist [...] alles mit schönen Worten ausgeschmückt, aber es soll unter dem Strich nichts anderes heißen, als dass man die eigenen politischen Bekundungen, gleichwertige Lebensverhältnisse in Stadt und Land, nicht wirklich ernst nimmt. Man will das Land letzten Endes ausbluten lassen und aufkonzentrieren zu größeren Kommunen. Weil das am Ende des Tages infrastrukturell billiger ist als diese flächige Infrastruktur. [...] Ich muss mich ein Stück weit beweisen, ansonsten werde ich in diesem Wettbewerb, den der Freistaat da initiiert hat, untergehen.« (Ebd.)

In den Äußerungen der beiden Bürgermeister:innen wird deutlich, inwiefern aus ihrer Perspektive die vorhandenen Strukturen und ihre eigenen Initiativen ineinandergreifen: Dass sich Synergien entwickeln, ist möglich, aber keinesfalls notwendig. Es hängt maßgeblich von den jeweiligen Initiativen ab. Auch die Repräsentantin der Gesundheitsregion räumt ein, dass die Erfolge der versorgungsrelevanten Projekte von engagierten Einzelpersonen abhängen, insbesondere von lokalen Ärzt:innen (vgl. Interview LKA II).

### 5.6.3 Zwischenfazit

Der mediale Diskurs zur Situation der ärztlichen, vor allem hausärztlichen, Versorgung im Landkreis Ansbach ist zunächst von einem Streit zwischen dem Bayerischen Hausärzterverband und verschiedenen Krankenkassen sowie der Regierung des Freistaats Bayern bestimmt. Zu dieser Zeit versicherte ein Vertreter der AOK in Bayern noch, es bestehe kein Problem mit unterversorgten Gebieten. Zugleich warnt die Landesärztekammer vor den zentralistischen Tendenzen der Gesundheitsreform von 2012. Ab 2014 äußern sich Repräsentant:innen der Staatsregierung zum Verteilungsproblem in der vertragsärztlichen Versorgung. Einige Kommunalpolitiker:innen äußern sich öffentlich skeptisch gegenüber den vielerorts entstehenden Gesundheitsregionen, die sich als unterschiedlich passgenau für die lokalen Probleme erweisen. Erst in der letzten Diskursphase ab 2018 äußert sich die KVB zum Ärztemangel. Sie spricht die politische Verantwortung des Freistaats Bayern an, der sich inzwischen der Deutung eines Ärztemangels angeschlossen hat. Im Landkreis Ansbach spitzt sich die Versorgungssituation derweil zu. Als Reaktion hierauf wirbt der Bayerische Hausärzterverband für mehr Lehrpraxen und fordert, die Staatsregierung solle den kommunalen Handlungsspielraum genauer bestimmen. Gelegentlich äußern sich einige Landes- und

Bundespolitiker:innen aus dem Kreisgebiet zur politisch-institutionellen Bearbeitung auf den verschiedenen Ebenen. Insgesamt allerdings stellt sich der mediale Diskurs wenig konfliktiv und in Summe oberflächlich dar.

Die Dokumentenanalyse und Experteninterviews hingegen offenbaren einige in Teilen widerstreitende Positionierungen im Kreisgebiet. So versucht sich die am Landratsamt angesiedelte Gesundheitsregion seit 2016 daran, den Bürgermeister:innen vom »Überbietungswettbewerb« abzuraten. Dabei liefert der Kreis allerdings keine Alternative für die unter Handlungsdruck befindlichen Kommunen. Es stellt sich auch die Frage, wie die Bürgermeister:innen davon überzeugt werden sollen, inaktiv zu bleiben, nur um den bestehenden kommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen nicht weiter anzuheizen. Schließlich drohen Unterlassen oder die alleinige Thematisierung der Ansprüche seitens der Wohnbevölkerung in der nächsten Kommunalwahl bestraft zu werden. Ein Bürgermeister erläutert dies wie folgt:

»Ich habe mir erlaubt, bei meinem Neujahresempfang, den ich durchgeführt habe, das mal auf höfliche Weise durch die Zeilen anklingen zu lassen, dass im Bereich der medizinischen Versorgung, wir auch an der Erwartungshaltung arbeiten müssen. Aber da bin ich echt sehr, sehr vorsichtig, denn das kann massiv nach hinten losgehen.« (Interview LKA V)

Neben erfolgreichen Niederlassungen, die von den Fördermitteln der KVB beeinflusst waren, und einer Arztansiedlung wegen eines Neubaus und umfangreicher öffentlicher Fördermittel, nennen diverse Akteure das »Kommunalbüro für ärztliche Versorgung« des Freistaats Bayern als versorgungsrelevante Struktur. Dessen Interventionsansatz beruht auf der Unterstützung der kommunalen Ebene durch Beratungsleistungen des Kommunalbüros. Eine Analyse der Beratungsfälle von 2013 bis 2015 liefert aufschlussreiche Erkenntnisse. 68 Prozent aller Beratungen betrafen die hausärztliche Versorgung (vgl. Geuter et al. 2017: 33). Die Autor:innen der Studie gehen davon aus, dass die »Anlässe die wahrgenommenen Herausforderungen, den empfundenen ›Leidensdruck‹ und die Art der Probleme auf kommunaler Ebene widerspiegeln« (ebd.). Sie empfehlen, die positiv bewertete Zusammenarbeit des Kommunalbüros mit der für die Sicherstellung zuständigen KVB und dem öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene auszubauen.

Diese Erkenntnisse stellen sich als anschlussfähig für die vorliegende Studie dar, weil die analysierten Akteure im Kreisgebiet ein zentrales Hindernis für die Stärkung der Versorgungslage in der schlechten Kommunikation und unzureichenden Vernetzung zwischen den beteiligten Akteuren ausmachen. Zumindest darf die Situation, dass die nach Ärzt:innen suchenden Bürgermeister:innen und die nach einem Niederlassungsort suchenden Ärzt:innen nach Kontaktaufnahme mit der KVB nicht miteinander bekannt gemacht werden, irritieren.

Vor dem Hintergrund ist eine weitere Studie anschlussfähig (vgl. Schäfer et al. 2021). Aufhänger der Untersuchung ist, dass zum Erhebungszeitraum nur rund 10 Prozent der Medizinstudierenden in Deutschland eine Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin anstreben. Die Autor:innen untersuchen einen umfangreichen Datensatz der KVB darauf, welche Aussagen über die angebotsseitigen, für die hausärztliche Versorgung rele-

vanten Entwicklungen getroffen werden können. Sie konstatieren, dass der Zeitraum zwischen dem Staatsexamen und der Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit nehme seit den 1970er Jahren deutlich zunimmt. Zudem steigt die Anzahl der in Gemeinschaftspraxen tätigen Allgemeinmediziner:innen in ländlichen Regionen und eine generelle Tendenz in Richtung von Angestelltenverhältnissen zeichnet sich ab. Die Autor:innen schlagen deshalb vor, die hausärztliche Weiterbildung zeitlich zu verkürzen.

»Auch wenn von den ›Playern im Gesundheitswesen‹ der Wunsch nach bleiben-der Selbstständigkeit geäußert wird, sollte diese Entwicklung [der zunehmenden Nachfrage nach Anstellungsverhältnissen, Anm. d. A.] im Auge behalten werden, da Angestelltenverhältnisse auf breiter Basis am effizientesten sein könnten, um nachhaltig die hausärztliche Versorgung insbesondere im ländlichen Raum zu sichern, z.B. in einem hausärztlichen MVZ.« (Ebd.: 329)

Die lokalpolitischen Akteure im Landkreis Ansbach reflektieren ihre Erfahrungen mit der für die Sicherstellung zuständigen KVB und den eingerichteten öffentlichen Strukturen kritisch. Aufschlussreich ist insbesondere die wenig explizite Kritik an der KVB durch die Bürgermeister:innen. Sie scheinen sich bereits zu Beginn ihrer Initiativen dazu entschlossen zu haben, unabhängig agieren zu wollen. Sie kritisieren zwar mitunter den kommunalen Wettbewerb um Ärzt:innen, vermuten darin allerdings weniger ein Abwälzen der Verantwortung durch die Landes- oder Bundespolitik. Vielmehr äußert ein Bürgermeister die Vermutung, der Freistaat hege ein sparpolitisches Interesse daran, den ländlichen Raum zu de-infrastrukturalisieren. Weniger relevant als der Gehalt dieser Einschätzung ist die damit verbundenen Implikation für den lokalen Staat. Der Bürgermeister eignet sich komplexes Wissen an, in Teilen selbstständig, aber auch mit Hilfe eines Beratungsunternehmens. Das ist ein nicht zu verallgemeinerndes Vorgehen für strukturell benachteiligte Kommunen.



