

6 Der ländliche Raum als Laboratorium für das zukünftige Gesundheitswesen?

Seit Bestehen des deutschen Krankenversicherungssystems stellen sich immer wieder Fragen nach einer angemessenen flächendeckenden Versorgung. Dabei spielt die Deutung der den Versorgungsentwicklungen zugrundeliegenden Phänomene eine zentrale Rolle für die Stoßrichtung der öffentlichen Diskurse und politischen Reaktionen. Die infrastrukturpolitischen Vorstöße unterliegen politischen Konjunkturen, die ihrerseits mit wirtschafts- und gesellschaftspolitischen Zusammenhängen korrelieren. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde der Ausbau des Versichertenkreises und der Leistungen in der GKV noch als sozialpolitischer Erfolg gefeiert. Unter dem Eindruck der Ölpreiskrise in den 1970er Jahren wurde diese Entwicklung allerdings bewertet. Es war von einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Rede und die Arbeitgeberbeiträge zur sozialen Sicherung der Arbeitnehmer:innen wurden folgenreich als Lohnnebenkosten umgedeutet. Ein weiteres Beispiel einer einflussreichen diskursiven Konstruktion ist die der Ärzteschwemme. Sie nahm in den 1980er Jahren Bezug auf das Idealbild eines »guten Arztes« der 1950er und 60er Jahre. Die durch das Kassenarztrecht gestärkten »Halbgötter in Weiß« erkämpften sich die Aufhebung der Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium in den frühen 1960er Jahren. Schnell pendelten sich die vormals günstigen Arbeitsmarktbedingungen für Ärzt:innen ein und es herrschte ein Überangebot an ärztlicher Arbeitskraft. Vor dem Hintergrund der ärztlichen Freiberuflichkeit diskutierte die KBV damals kontrovers über mögliche regulatorische Interventionen. Zulassungssperren oder gar die Beendigung der Kassenzulassung ab 65 Jahren standen zur Diskussion. Mitte der 1980er Jahre forderten Gewerkschaften, Ärztekammern und Universitäten, die beruflichen Alternativen für Ärzt:innen auszuweiten, um der Schwemme entgegenzuwirken, etwa im Bereich der Medizintechnik oder im Krankenhausmanagement. Seit den frühen 2000er Jahren sehen sich die Leistungserbringer wegen der ärztlichen Personalprobleme erneut in einer komfortablen Situation, nicht um Arbeit konkurrieren zu müssen.

Diese Entwicklungen und die damit verbundenen Debatten sind wie die um den Landarztmangel maßgeblich von interessengeleiteten Akteuren bestimmt. Dies zeigt sich in den analysierten Äußerungen verschiedener KV-Repräsentant:innen. Ange-

sichts der Sicherstellungsprobleme gibt beispielsweise der Geschäftsführer der Freien Allianz der Länder-KVen zu bedenken, dass die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags zur Überlebensfrage der KVen werden könnte (vgl. KV RLP 2022a). Die dilemmatische Situation der KVen besteht darin, dass sie kommunalpolitischen Initiativen gegenüber skeptisch sein müssen, weil diese die Sicherstellungsprobleme sichtbar machen und – in Teilen konkurrierende – Lösungen präsentieren. Die KVen beobachten die ihr Versorgungsmonopol betreffenden bundespolitischen Interventionen kritisch. Sie präsentieren diese Kritik lokal sehr unterschiedlich, hoffen sie doch politische Allianzen für ihre Interessen zu knüpfen. Dies verdeutlichten insbesondere die KV RLP und der Bayerische Hausärzteverband.

Zugleich bietet das lokalpolitische Engagement zur Versorgungssicherung auch Chancen für die KVen. So haben die Bundesländer und Kommunen bereits einige neue Aufgaben zur Sicherung der Versorgung übernommen. Diese Folgerung sowie die Formulierung des Titels der folgenden Auswertung entstammen einem gesundheitspolitischen Einführungswerk aus dem Jahr 2014 (vgl. Rosenbrock/Gerlinger 2014: 449). Darin stellen die Autoren fest, dass zur Bearbeitung der regionalen Versorgungsprobleme der »Königsweg« fehle, weshalb regionale Bearbeitungspfade an Relevanz gewannen. Die Debatte um eine Regionalisierung des Gesundheitswesens geht der Frage nach, ob in der Versorgungskrise gleichsam eine Chance liegt. Rosenbrock und Gerlinger bejahen dies wegen der bereits umgesetzten lokalen Initiativen und weil sich die gesundheitspolitischen Akteure zunehmend offen für die zentrale Frage nach der Arbeitsteilung in der Gesundheitsversorgung zeigen. Entsprechend ihrer Beobachtungen hätten lokale Innovationen zur Bekämpfung von Versorgungsproblemen das Potenzial, in andere Bereiche des Gesundheitswesens auszustrahlen. Der ländliche Raum könne sich als Versuchsstätte für das gesamte zukünftige Gesundheitswesen entpuppen.

Zu den Vorteilen der regionalen Lösungskonzepte zählt Georg (vgl. 2007, zit. n. Hess 2013: 395), für die Kommunen und ihre Bewohner:innen, die gesteigerte Lebensqualität der Menschen, die verbesserte Qualität der medizinischen Ergebnisse und die gesteigerte Wettbewerbsfähigkeit der jeweiligen Region. Der aktuelle gesundheitspolitische Diskurs auf Bundesebene fußt auf ähnlichen Annahmen. So einigten sich die Ampelkoalitionäre darauf, die Gestaltungsfreiheit der Gesundheitsversorgung durch die Regionen als Ziel in ihren Koalitionsvertrag aufzunehmen (vgl. SPD et al. 2021). Jüngst formulierten diverse gesundheitspolitisch relevante Verbände und Stiftungen, etwa der Bundesverband Managed Care (BMC) oder die Robert Bosch Stiftung, Ziele für eine regionale Neuausrichtung – die Robert Bosch Stiftung spricht vom »NEUSTART!« (vgl. Klapper/Cichon 2021) – der Gesundheitsversorgung. Der BMC veröffentlichte im April 2023 ein Papier mit dem Titel »Besser regional – Wie die Regionalisierung der Gesundheitsversorgung gelingen kann«. Die Autor:innen konzeptualisieren darin diese Regionalisierung als »freiwillige Zusammenarbeit und das Engagement innovationsfreudiger Partner« (BMC 2023: 7).

Sowohl die Ampelkoalitionäre als auch einige Verbände, Stiftungen und Interessenvertretungen formulierten Zielsetzungen, die den vorliegenden Problemzusammenhang in ihrer Reichweite überschreiten. Es geht ihnen um nicht weniger als die Überwindung der Sektorengrenzen und der Grenzen zwischen den Sozialgesetzbüchern. Der Gesundheitsexperte Franz Knieps (vgl. 2015) weist seit einigen Jahren darauf

hin, dass Parteien, Verbände und Interessengruppen regelmäßig den großen Wurf in der Gesundheitsversorgung ankündigen. Dabei lässt sich für jede Baustelle ein passendes Modellprojekt finden, aus dem Lehren gezogen werden können. Spannend ist, dass in vielen der Projekte eine Regionalisierung der gesundheitspolitischen Kompetenzen und Finanzmittel gefordert wird.

Es geht angesichts der analysierten Probleme lokaler Versorgungsorganisation dennoch nicht darum, das innovative Potenzial einer kommunalstaatlichen Gewährleistung gänzlich in Frage zu stellen. Vielmehr wird im Folgenden empirisch informiert auf einige übergreifende Erfolgsbedingungen und Hindernisse kommunaler Gewährleistung hingewiesen. Nur so können die Implikationen der Erkenntnisse ausblickartig genauer bestimmt und im Sinne einer gemeinwohlorientierten Gesundheitsversorgung diskutiert werden. Zunächst werden hierfür die übergreifenden Ergebnisse der Fallstudien diskutiert. Dabei sind, den forschungsleitenden Fragestellungen folgend, die lokale Politisierung des Landarztmangels und die Steuerungspräferenzen innerhalb der regionalen Bearbeitungspfade von Interesse. Im Anschluss werden die potenziellen Rückwirkungen der lokalen Infrastrukturpolitik auf den Regulierungspfad und das bestehende System einer gewährleistungsstaatlichen Verantwortung diskutiert. Dann werden die Potenziale und Grenzen eines Pfadwechsels deutlich.

6.1 Eine schleichende Politisierung: Die hausärztliche Versorgung als Teil der regionalstaatlichen Daseinsvorsorge

Wenn eine Hausarztpraxis ohne Nachfolgeregelung schließt, ist der Alltag der betroffenen Gemeindebewohner:innen irritiert. Medizinische Behandlungen können nicht ohne weiteres über räumliche Distanzen hinweg erbracht werden, zumal die Voraussetzungen für eine ausgebauten telemedizinische Versorgungsstruktur angebots- und nachfrageseitig auf Hindernisse stoßen. Zusätzlich stehen Patient:innen dieser innovativen Versorgungsform häufig skeptisch gegenüber. Zu sehr sind sie die wohnortnahe Versorgung gewohnt. Patient:innen nehmen in der Regel eher weitere Wege in Kauf, um entfernter gelegene Praxen zu erreichen. Dafür sind sie vielfach auf den ÖPNV und vor allem auf freie Behandlungskapazitäten angewiesen. In der Folge dieser Irritation im Alltag sprechen die Bürger:innen in aller Regel zunächst die Repräsentant:innen des lokalen Staates, insbesondere die Bürgermeister:innen, Gemeinderät:innen oder Verwaltungsmitarbeitenden in den regionalen Gesundheitsämtern an. Diese sind in aller Regel nicht gänzlich überrascht von den Versorgungsdefiziten. Oft wissen Kommunalpolitiker:innen frühzeitig von den Ruhestandsplänen der lokalen Ärzteschaft. Diese Verbindung zwischen Kommunalpolitik und lokaler Ärzteschaft mag überraschen. Sie weist auf eine Besonderheit der Kommune hin. Als soziale Räume sind Kommunen von der Nähe der Bürger:innen zu den Entscheidungsträger:innen und Produzent:innen sozialer Dienste und Güter gekennzeichnet. Mitunter bestehen gar Überschneidungen zwischen den genannten Bereichen, etwa wenn Ärzt:innen auch als Gemeinderät:innen an den politischen Entscheidungen über die soziale Versorgungslage vor Ort mitentscheiden. Obwohl die Kompetenzen von Kommunen beispielsweise in den Bereichen Sozial- oder Kinder- und Jugendhilfe stärker ausgebaut sind, fordern auch andere klassisch sozial-

politische Fragen wie in der Arbeits- und Beschäftigungspolitik oder in einem weiteren sozialpolitischen Sinne das Wohnen und die Stadtteilentwicklung, zunehmend kommunalpolitische Antworten (vgl. Grohs/Reiter 2014; Betz et al. 2023). In der Gesundheitspolitik sind die Kompetenzen der Kommunen schwach ausgeprägt, und dennoch können sich die Bürgermeister:innen den Forderungen der Wohnbevölkerung nicht entziehen.

In der Regel konzeptualisierten die Bürger:innen und lokale zivilgesellschaftliche Initiativen ihre Forderungen nach einer Versorgung aller als kollektives Anrecht. Der Zugang zur wohnortnahen ärztlichen Versorgung soll für die gesamte Gemeinde oder den gesamten Planungsbereich gewährleistet sein. In diesem Sinne ist die Politisierung zwar räumlich begrenzt, schließt allerdings an die idealtypischen Charakteristika des herzustellenden öffentlichen Guts an. In diesem Anspruch wird der politische Charakter des Gesundheitswesens und der gewährleistungsstaatlichen Verantwortung im ambulanten Sektor deutlich. Schließlich äußern einige kommunal engagierte Akteure, die Versorgung habe sich verschlechtert, weil die Gesundheitsreformen der vergangenen Jahre oder die Ausbildungspolitik der Länder defizitär sei. Zumindest wird postuliert, der ländliche Raum habe nicht von den politischen Interventionen profitieren können. Auf diese Deutung können sich viele der lokal agierenden Akteure einigen. Sowohl die KVen als auch Vertreter:innen der kommunalen Spitzenverbände und lokale Amtsträger:innen üben Kritik am Bundesgesetzgeber. Die KVen werden kaum als mittelbare Staatsverwaltung wahrgenommen und weniger direkt in die Kritik gezogen als die Bundes- und mitunter die Landespolitik. Sie werden eher als eigenständige Akteure wahrgenommen, von denen sich – so einige Lokalpolitiker:innen, Ärzt:innen und Berater:innen – der Staat zunehmend abhängig gemacht habe.

Es gibt vielfältige Gründe dafür, dass sich die Bürgermeister:innen den Forderungen der Bürger:innen schwer entziehen können. Sie sind in den Ursachen und Erscheinungsformen des Problems selbst begründet. Schließlich ist der Landarztmangel maßgeblich vom Zusammenspiel strukturschwacher ländlicher Räume und dem Anspruchswandel des medizinischen Nachwuchs zuungunsten dieser Räume bestimmt. Diesen Regionen stehen begrenzte Ressourcen zur Verfügung, um sich an der Sicherung der ärztlichen Versorgung und dem Wettbewerb um Ärzt:innen zu beteiligen. Dass die Kommunalpolitik vor diesem Hintergrund den Forderungen aus der Bevölkerung nicht abweisend gegenübersteht, ist erklärungsbedürftig. Einige Studien, die die Stimmung der Kommunalpolitik gegenüber einer öffentlichen Bearbeitung der Versorgungsdefizite abgefragt haben (s. Kapitel 2.2), halten Unterschiede in den Einstellungen nach Bundesländern und der Ressourcenstärke der Kommunen fest (vgl. Steinhäuser et al. 2012; Barthen/Gerlinger 2016; Kuhn et al. 2018). Die befragten Kommunalpolitiker:innen sind zwar unterschiedlich gewillt, sich zu engagieren, die Studien zeigen allerdings auch, dass viele Bürgermeister:innen trotz ihrer ablehnenden Haltung aktiv werden. Allein der Umfang des öffentlichen Engagements variiert.

Die vorliegenden Fallstudien helfen diese Kluft zwischen lokalpolitischer Zurückhaltung und ergriffenen Maßnahmen zu erklären und Bedingungen für deren Auftreten und spezifischen Umfang zu formulieren. Dabei liefern die Fallstudien auch Erkenntnisse zum Handeln derjenigen Bürgermeister:innen, die nicht selbst interviewt wurden. Unter ihnen lamentierten nur wenige über ihre Lage und agierten in der Folge depolitisierend oder ergriffen kein Engagement. Selbst die, die versuchten, die an sie heran-

getragenen Forderungen abzuwehren, berichteten von Telefonaten mit den KVen, Beratungsgesprächen mit interessierten Ärzt:innen und sie zeigten sich gewillt, öffentliche Kritik an den KVen oder Protestaktionen, Unterschriftenlisten und Resolutionen zu unterstützen. Einige Bürgermeister:innen erklärten, es sei besser, überhaupt etwas zu tun, als zu riskieren, in der Bevölkerung als untätig wahrgenommen zu werden. Sie handelten zurückhaltend-opportun und bilanzierten ihre Interventionen als begrenzt wirksamen Aktionismus. Andere berichteten davon, dass sie die Bürger:innen darauf aufmerksam machten, dass sich die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verändern werde(n müsse). Sie betonten, dass entsprechende Konfrontationen unangenehm seien und sie es weitestgehend vermeiden, das »Nutzerverhalten« der Bürger:innen öffentlich zu thematisieren. Wieder andere unterstrichen, aus Überzeugung aktiv an der Versorgungssicherung mitzuwirken. Die Gruppe betonte die Gesundheitsversorgung als eine Bedingung für die Lebenssicherung und gesellschaftliche Teilhabe der Gemeindemitglieder oder nahm Bezug auf das Postulat gleichwertiger Lebensverhältnisse und argumentierte damit stärker sozial-integrativ.

Der ambitionierte und gestaltungswillige Typ von Bürgermeister:in erinnert an einen Politikunternehmer. Der Begriff entstammt dem Multiple Streams Ansatz (MSA) (vgl. Kingdon 1984), der im Politikzyklusmodell dem Agenda Setting zugeordnet wird. Der MSA versucht, zu den Erklärungen beizutragen, die hinterfragen, warum einige Themen auf die politische Agenda gelangen und politische Entscheidungen nach sich ziehen, während dies anderen Problemen nicht gelingt. Der Ansatz geht von einem Problem-Strom, einem Politics-Strom (Entscheidungsprozesse) und einem Policy-Strom (Lösungsvorschläge) aus. Gelingt es einem Akteur, die drei Ströme zu verknüpfen und zu einem politisch günstigen Moment Aufmerksamkeit für die von ihm propagierte Lösung zu erlangen, kann es gelingen das Thema auf die politische Agenda zu manövrieren und mit der genannten policy zu verknüpfen. Kingdon (1984: 179) selbst beschreibt Politikunternehmer als Akteure, »who are willing to invest their resources – time, energy, reputation, money – to promote a position in return for anticipated future gain in the form of material, purposive, or solidary benefits«. In der gesundheitspolitischen Forschung fand eine Abwandlung dieser Perspektive jüngst Einzug in eine Vergleichsstudie deutscher und französischer Ärzteorganisationen. Für Deutschland halten Hassenteufel et al. (2019) fest, einigen freien, auf die hausärztliche Versorgung orientierten Ärzteverbänden sei es durch politisches Unternehmertum gelungen, die hausärztliche Versorgung im bundespolitischen Prozess prominent zu platzieren und so die Gesetzgebung zu ihren Gunsten zu beeinflussen. Angelehnt an den MSA nennen sie diese Akteure »medical entrepreneurs«.

Weiterhin wirkt die Lokalpresse als dynamisierender Faktor der lokalen Politisierung des Landarztmangels. In den Lokalzeitungen wird die ärztliche Versorgungslage mitunter skandalisiert. Insbesondere in Wahlkampfzeiten fordern Lokaljournalist:innen von den Kommunalpolitiker:innen Antworten auf das Praxissterben. In der Folge gelangt die Thematik auf die politischen Agenden der Rathäuser und Kreisgesundheitsämter. Auf Kreisebene werden die Versorgungsdefizite beobachtet, weil die Kreispolitik aufgrund ihres Aufgabenprofils von den veränderten Beschäftigungsverhältnissen und Wanderungsbewegungen im Kreisgebiet weiß. Über diverse überregionale und eigene Strukturentwicklungsprogramme und nicht zuletzt im Rahmen von Gesundheitskon-

ferenzen und weniger formalisierten Informations- und Fachtagungen, werden die gesundheitspolitischen Handlungsspielräume der Kommunen analysiert und Ziele für die Versorgungssicherung formuliert. Wegen der mitunter den Kommunen nicht zugänglichen Versorgungsdetails erheben diese eigenen Analysen und eignen sie sich notwendiges Wissen an, um die Veröffentlichungen und Prognosen anderer Akteure einschätzen zu können. So verfestigt sich die ansonsten moderate Politisierung und der lokale Handlungsdruck wächst. Über die ständige diskursive Rekonfiguration des Systems der staatlichen Gewährleistung in den genannten Foren verfestigen sich die Gewährleistungserwartungen gegenüber den Kommunen und ihrer Repräsentant:innen. Die diskursiven Verknüpfungen und Begründungen bedingen, dass die wohnortnahe ärztliche Versorgung zu einem Teil der regionalen Daseinsvorsorge wird.

Der Arbeit lag die Vermutung zugrunde, es bedürfe spezifischer Argumente für eine lokale Gewährleistungsverantwortung, um die Versorgungsdefizite erfolgreich zu politisieren. Die Wirkung der präsenten Storylines zeichnet jedoch ein anderes Bild. Für die Politisierung spielt es keine entscheidende Rolle, ob in den Regionen vom Hausarztmangel, vom Landarztmangel, vom allgemeinen Ärztemangel, einem Imageproblem der Allgemeinmedizin oder einem Übernutzungsproblem der Ressource Arzt durch die Patient:innen die Rede ist. In jedem Fall leiten die sich äußernden Akteure ab, dass die Kommunen aktiv werden müssen, um die Versorgungslage zu stabilisieren. Dabei unterscheiden sich die hinter den Storylines befindlichen komplexeren Deutungszusammenhänge durchaus. Entscheidend ist allerdings weniger, ob ein Gemeinderatsmitglied die Hochschulpolitik des Landes für den allgemeinen Ärztemangel verantwortlich zeichnet oder ob sich die Lokalpresse von der überschaubaren Resonanz auf eine Werbemaßnahme verwundert zeigt, weil sie die Lebensqualität in der betroffenen Kommune als gut bewertet. Entscheidend ist, dass in beiden Fällen die Überzeugung um sich greift, die betroffene Kommune könne und solle sich (mehr) engagieren. Im Übrigen übersetzten sich die Ursachenkritiken häufig gar nicht in den Lösungsdiskurs, obwohl es im Sinne der Steuerungsfähigkeit durchaus relevant gewesen wäre, inwiefern vorgebrachte Lösungen spezifische Ursachen adressieren.

Insgesamt kann die Politisierung, weil sie sich indirekt über die Bürgermeister:innen und die Kommunalpolitik vollzieht und über die Zeit vollzog, als schleichend bezeichnet werden. Deshalb entbehrte sie allerdings nicht einer gewissen Dynamik. Die KVen konnten Einfluss auf die Politisierung nehmen, etwa wenn sie die Verunsicherung in der Wohnbevölkerung mit Verweis auf einen gefühlten Versorgungsmangel als überzogen abtaten. Hierzu bedienten sich die KVen in der Regel der stark normierten Planungsstatistik. Die Unterscheidung zwischen den Zuständen der Regel- und Unterversorgung wurde zu einem gewichtigen Gegenstand der lokalen Konflikte, der sich doppelt auswirkte. Er fokussierte die Diskurse einerseits, entschärfte aber andererseits das gesellschaftliche Konflikt- und Protestpotenzial. Wegen einem in Prozentpunkten ausgedrückten Versorgungsgrad protestierten die Menschen nicht. Die Fehlversorgung musste für sie greifbar sein. Nur bei einer abgelehnten Zulassung oder eine Blockadehaltung in einem Konflikt wurden die Gewährleistungsstrukturen verantwortlich für die Versorgungsdefizite gemacht. Dann nämlich informierte die Lokalpresse über die gesundheitspolitischen Strukturen oder eigneten sich Initiativen Wissen an, um Druck auszuüben oder Engagement einzufordern.

Die Deutungsmacht der KVen in den lokalen Diskursarenen zeigte sich in deren Möglichkeit, die wahrgenommenen Versorgungsdefizite als überzogen zurückweisen zu können. Sie zeigte sich auch indirekt darin, dass sich die KVen aus den lokalen Diskursen zurückhalten konnten. Sie sind schließlich nicht dazu verpflichtet, der Kommunalpolitik gegenüber Informationen weiterzugeben und so versorgungsrelevantes Wissen zu vermitteln. Der Sicherstellungsauftrag ist zwar mit Instrumenten und Pflichten untersetzt, es besteht allerdings kein Anreiz zur Kooperation. Die KVen müssen sich zudem nicht in gleichem Maße legitimieren, zumindest nicht gegenüber potenziellen Wähler:innen, wie es für Kommunalpolitiker:innen üblich ist. Die mittelbare Selbstverwaltung als hybride Interaktionsform (vgl. Bieling 2010: 32) des Staat-(Zivil-)Gesellschaftsgeflechts ist weniger adressierbar und muss sich weniger responsiv zeigen als es die Repräsentant:innen des lokalen Staats tun. Dies kann einerseits als Schwäche des dezentralen Gewährleistungsstaats im Gesundheitswesen interpretiert werden. Zugleich versucht sich der Staat andererseits so auch vor den Ansprüchen der Gesellschaft zu schützen. Gleichwohl entlastet es auch die KVen zeitweise, wenn sich die Kommunen an der Sicherstellung abreiben. Zwar ist es eine zentrale Bedingung des Korporatismus, dass er für den Staat Vorteile bringt, wozu die delegierte Aufgabe erfüllt werden muss. Allerdings spitzt sich die Lage aktuell noch zu und die wachsenden Versorgungsdefizite haben sich noch nicht zur Überlebensfrage der KVen entwickelt. Es wird sich zeigen, inwieweit sich das stark arztzentrierte System als beständig erweist. Immerhin betonten diverse niedergelassene Ärzt:innen in den Fallregionen, sie empfänden eine substanzielle Entkopplung zwischen den praktizierenden Kolleg:innen und den stärker technokratisch agierenden Funktionären in den KVen. Insbesondere mit Blick auf den Arbeitsalltag in den Praxen sahen die Ärzt:innen ihre Anliegen gewinnbringender im lokalpolitischen System adressiert als bei ihrer Standesvertretung, den KVen.

Ein weiteres Machtverhältnis wirkt ebenfalls – zumindest noch – als Herausforderung für die lokale Politisierung der Versorgungsprobleme. Einige Bürgermeister:innen und Gemeinderät:innen erklärten, dass die weiten Entfernungen in den Regionen es erschwerten, dass sich die von den Versorgungsdefiziten betroffenen Bürger:innen zusammenschließen und ihre Interessen artikulieren. Dies trifft in besonderem Maße auf ältere und kranke Personen zu, die nicht nur körperlich, sondern auch psychisch belastet sein können, wodurch deren Selbstvertretung erschwert ist. Der tendenzielle Rückgang zivilgesellschaftlichen Engagements (vgl. Enste et al. 2012: 15; zur Entwicklung in ländlichen Räumen: Borstel 2010; Becker/Runkel 2010) stellt eine Herausforderung für die zu organisierende Politisierung in ländlichen Regionen dar. Für die Selbstvertretung ist darüber hinaus die Erscheinungsform des Problems selbst eine Herausforderung. Dies schließt an eine vorherige Bemerkung an: Die technischen Details der Bedarfsplanung erschwerten eine Teilnahme der Bürger:innen am Diskurs. Die Abstraktion der Planungsstatistik entschärft das Konfliktpotenzial.

Auch im Sinne einer Mitvertretung waren die schwachen Interessen im Vergleich zu anderen Interessen schwächer im lokalen öffentlichen Diskurs vertreten. Am deutlichsten wurden die Interessen der Betroffenen in den Diskursen zur Problembeschreibung. Es musste dann eine gewisse Hürde an Aufmerksamkeit überschritten werden, bevor die Lokalpolitik die zivilgesellschaftlichen Initiativen unterstützte, sich ihnen anschloss

oder weitertrieb. Die Lokalpolitik vertrat schwache Interessen mit. Ob und inwiefern sie deren Forderungen gewinnbringend erfüllte, hing von den anschließenden Lösungsdiskursen und der Gewichtung der Interessen in den damit verbundenen Aushandlungen ab. Einige Interviewte, insbesondere Bürgermeister:innen und Akteure aus der Beratung, berichteten, dass die Positionen von Seniorenvertreter:innen so besetzt wurden, dass sie möglichst wenig Unruhe in den politischen Prozess brachten. Diese Bemerkung kann nicht verallgemeinert werden, sie macht allerdings darauf aufmerksam, dass die mitunter komplexen gesellschaftlichen Ansprüche an die Versorgung – Stichwort Barrierefreiheit von Praxen oder Taktung des ÖPNV – den lokalen Staat zu überfordern drohen. Zumindest vermittelt diese Praxis seiner Repräsentant:innen diesen Eindruck. Eine Mitvertretung durch die Versicherten-, Patienten- oder Selbsthilfeorganisationen kam in den untersuchten Fallstudien nicht vor. Einzig der Verbraucherschutz setzte sich für die Interessen der Patient:innen ein, etwa, als er in Rheinland-Pfalz der KV RLP die potenziell gesundheitsgefährdenden Effekte einer finanziellen Selbstbeteiligung präsentierte.

Schlussendlich erweist sich insbesondere die gesundheitspolitische Selbstverwaltung als wenig durchlässig bis gänzlich undurchlässig für die lokalen Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen. Insbesondere für die Wohnbevölkerung einer betroffenen Gemeinde besteht kein klarer Kanal, über den sie mit den KVen in Kontakt treten kann, um die Versorgungsdefizite zu problematisieren. In den vorliegenden Fallstudien kamen Kontaktaufnahmen von Bürger:innen zu KVen vereinzelt vor, sie wurden allerdings in aller Regel als wenig hilfreich seitens der Bürger:innen kritisiert. Auf Rückfrage bei den KVen zeigten sich deren Repräsentant:innen in Teilen gewillt, Bürger:innen zu beraten. Einige KVen haben in den vergangenen Jahren Kommunalbüros oder ähnliches eingerichtet, die zwar primär dem Kontakt zu den Ärzteschaften und der Kommunalpolitik dienen, aber auch im oben genannten Sinne genutzt würden. Andere KVen verwiesen auf fehlende Kommunikationsstrukturen oder betonten die Verantwortung der Politik die Bürger:innen über die veränderte Versorgung zu informieren.

6.2 Resignierte Politikunternehmer und ver(un)sicherte Wohnbevölkerung: Chancen und Grenzen lokaler Gewährleistung

Trotz der Herausforderungen, die für die Politisierung bestehen, ist sie in den vorliegenden Fallregionen erfolgreich verlaufen. Die Kommunalpolitiker:innen haben sich den Forderungen nicht entzogen, an der lokalen Versorgungssicherung mitzuwirken. Der lokale Staat reagierte und übernahm eine Gewährleistungsverantwortung für die Versorgung der Bürger:innen. Die neue kommunalstaatliche Gewährleistung ähnelte in ihren Erscheinungsformen den Instrumenten, die den zuständigen Akteuren zur Verfügung stehen. Sie ergänzte oder ersetzte vielfach die tradierte Infrastruktur, seltener ging sie auch über diese hinaus. Dies liegt am Verhältnis der Kommunen und Kreisen zu den KVen, Kliniken, Landesministerien und deren jeweiligen Instrumenten. Das mitunter ähnliche Vorgehen ist darin begründet, dass die Kommunen wenig Einfluss darauf haben, dass die zuständigen Akteure ihrerseits in ihren Zuständigkeitsbereichen aktiv werden. Die Kommunen sahen sich deshalb gezwungen, die bestehende Infrastruktur

zu reorganisieren. Für diese Erkenntnis spielten erneut oder vielmehr weiterhin die Politikunternehmer eine zentrale Rolle. In den analysierten Fallregionen erkundeten die Bürgermeister:innen, Gemeinderät:innen oder Kreisgesundheitsdezernent:innen zunächst die tradierten Infrastrukturen. Sie nahmen Kontakt mit den KVen auf und informierten sich eigenständig oder in Kooperation mit Beratungsunternehmen über die Bedarfe und die möglichen Bearbeitungsmaßnahmen. Dabei trafen die Kommunalpolitiker:innen nicht selten auf wenig kooperationsbereite Akteure. Insbesondere mit den KVen machten viele Interviewte frustrierende Erfahrungen. Die Kontaktaufnahmen von Bürgermeister:innen wurden seitens der KVen abgewehrt und mühsam aufgebaute Informationskanäle gerieten immer wieder ins Stocken. Persönliche Differenzen zwischen Landrät:innen, Klinikleitungen und Verantwortlichen bei den KVen erschwerten aus Perspektive der Interviewten vor allem die Kooperationen im Bereich der Aus- und Weiterbildung.

Insbesondere für die Bürgermeister:innen spielten lokale Erfolgsgeschichten aus den vielfältigen, oben genannten Gründen eine zentrale Rolle. Sie zeigten sich mitunter verärgert darüber, dass ihnen seitens der KVen oder in den Foren auf Kreisebene nahegelegt wurde, die Versorgungs-, Mobilitäts-, Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitinfrastrukturnetze auszubauen oder zu stärken und offen auf interessierte Ärzt:innen zuzugehen. Sie berichteten, dass eine solche Empfehlung, insbesondere wenn sie das primäre Ergebnis längerer Suchprozesse nach Maßnahmen gegen den Ärztemangel waren, keine Veränderung bedeutete. Mehr noch, sie kritisierten, dass sie mitunter seit Jahren nach diesen Maßgaben agierten, ohne dadurch den Ärztemangel lösen zu können. Die Gemeindevertreter:innen fühlten sich in ihren Bemühungen oft nicht ernst genommen. Eine Bürgermeisterin aus dem Altmarkkreis Salzwedel illustrierte dies wie folgt:

»Das ist so eine Sache, da könnte ich mich immer tot darüber lachen. Denn ganz ehrlich, jede Kommune, die einigermaßen in einer [...] strukturschwachen Region ist [...] kümmert sich] um den Bauplatz. Wir kümmern uns um den Arbeitsplatz für den Partner oder die Partnerin, wir besorgen für dein Kind einen Kindergartenplatz [...] Das macht doch jeder, was soll das denn? Ist doch ganz klar, wenn einer zu mir sagt: »Pass auf, ich habe hier einen Interessenten, der übernimmt meine Praxis, wenn du dafür sagst, dass der irgendwo ein Baugrundstück kriegt oder eine schöne Mietwohnung.« Da rufe ich persönlich an beim Vermieter.« (Interview AKSW V)

Versucht man, die vielfältigen lokalstaatlichen Bemühungen zu benennen, erscheint im Sinne des Hinweises auf die vielfach zu reorganisierende Infrastruktur eine Aufteilung in Maßnahmen, die die traditionellen Instrumente ergänzen und solche, die sie ersetzen, gewinnbringend. Zwei Bemerkungen sollen erlaubt sein, die sich auf Phänomene beziehen, die außerhalb dieser Systematisierung liegen: Erstens ist festzuhalten, dass nur sehr wenige Lokalpolitiker:innen ihrerseits die Inanspruchnahme der ärztlichen Arbeitszeit seitens der Bürger:innen thematisierten, wohingegen die KVen diese als Ursache für den Ärztemangel im öffentlichen Diskurs platzierten. Auch in den Interviews problematisierten nur wenige Bürgermeister:innen von sich aus die Anspruchshaltung oder das Nutzerverhalten der Patient:innen. Ob das an der Wahrnehmung und Über-

zeugung der Bürgermeister:innen liegt oder sie aus einer amtserhaltenden Logik heraus Hemmungen verspüren, diese Problemdimension anzusprechen, ist schwer abzuschätzen. Einige Gemeindevertreter:innen nannten übermäßige Arztbesuche als Grund für den Druck auf das ärztlichen Arbeitszeitvolumen und bewerteten diese Entwicklung mitunter kritisch. Für die Lösungspfade spielte das Nutzerverhalten in den vorliegenden Fällen jedoch keine Rolle. Zweitens besteht für die Kommunen eine Möglichkeit auf die Versorgung Einfluss zu nehmen darin, bei den KVen dafür zu werben, dass diese von ihren Instrumenten Gebrauch machen oder mit demselben Ziel öffentlichen Druck auf die KVen ausüben. Die Empirie verdeutlicht, dass die Kommunen in der Regel hiervon Gebrauch gemacht haben, bevor sie selbst aktiv wurden. Dabei reflektierten die Kommunalpolitiker:innen jedoch den begrenzten Erfolg eines solchen Vorgehens. Insbesondere die Äußerungen einer Mitarbeiterin eines Kreisgesundheitsamtes kommen in den Sinn. Sie stand in vielen Belangen in einem regen und nach ihren Äußerungen produktiven Austausch mit den regionalen Ansprechpartner:innen der KV. Dennoch kritisierte sie, dass die KV Informationen zurückgehalten habe oder wenig transparent mit ihren Instrumenten umgegangen sei, was die Arbeit der Kreisrepräsentantin und nach ihren Aussagen auch der Bürgermeister:innen im Kreisgebiet erschwerte. Vergleichbare Erzählungen fanden sich in allen Fallregionen. Dennoch sollte betont sein, dass die KVen sich unterscheiden und einige initiativer und kooperativer agieren als andere, etwa bei der Einrichtung von KV-Eigeneinrichtungen auch als freiwillige Übergangslösungen. Die Kooperationsbeziehungen sind allerdings nicht verallgemeinerbar und deshalb auch nicht ohne Weiteres belastbar.

In der Regel lösten die Kooperationsbemühungen und Vernetzungen die Versorgungsdefizite nicht ohne Weiteres. Die Bürgermeister:innen gaben an, schlechte Erfahrungen mit den KVen gemacht zu haben und deshalb flankierend aktiv geworden zu sein. Zu den ergänzenden lokalen Maßnahmen zählen Werbemaßnahmen, wie von einer Initiative dreier Stadträte im Altmarkkreis Salzwedel. Bürgermeister:innen warben mit den Vorzügen der kommunalen Freizeit-, Kultur- und Naherholungsangebote und ergänzten die Kampagnen um finanzielle Anreize, die sie den Interessierten in Aussicht stellten. Dazu zählten vor allem Mietminderungen und -erlasse, günstige Grundstückspreise, die Vermittlung von KiTa-Plätzen und die Unterstützung bei der Arbeitssuche und -vermittlung für die Lebenspartner:innen der Mediziner:innen. Durch das gesamte empirische Material hinweg zeigt sich, wie rege diese Angebote in Anspruch genommen wurden. Dabei erwies sich die strukturelle Ausstattung der jeweiligen Kommune nicht als signifikanter Faktor dafür, ob Finanzen für Maßnahmen mobilisiert werden konnten. Selbst in den Kommunen, die von höheren Verschuldungen belastet waren, gelang es den Bürgermeister:innen, nach eigenen Angaben ohne größere Überzeugungsarbeit, ihre Gemeinderäte davon zu überzeugen, den Haushalt zu belasten. Zu den ergänzenden finanziellen Anreizen zählten Fördergelder der Kommunen. Diese wurden selten von einzelnen Gemeinden erbracht. Häufiger bot der Kreis eine Förderung für einen Ausbildungsabschnitt solcher Studierenden an, die sich bereit erklärten, im Nachgang der Ausbildung in der Region zu praktizieren. Alternativ boten Kreise, zu Beginn häufig in Kooperation mit der KV oder dem Land, ein regionales Stipendienprogramm an. Zudem halfen die Bürgermeister:innen den Ärzt:innen dabei, an Fördermittel außerhalb der Reichweite der Kommunen und der KVen zu gelangen.

Sie bewarben sich bei nicht öffentlichen Akteuren um Fördergelder oder warben diese über Landes-, Bundes- und EU-Programme ein. Dabei gingen die Kommunen insofern innovativ vor, als sie möglichst außerhalb der kommunalen Haushalte Finanzmittel zu mobilisieren versuchten. Ähnlich wie die Strukturfondsmittel der KVen wurden diese Gelder für die Räumlichkeiten, deren Sanierung und die Ausstattung der Praxen mit medizinischem Gerät genutzt. Zusätzlich sanierten die Kommunen vorhandene Immobilien oder bauten neue Gesundheitszentren und Ärztezentren, um Mediziner:innen anzuwerben. Dabei stellte sich die Herausforderung, dass die neuen Praxen zum Beispiel barrierefrei und häufig mit den Vorstellungen der Ärzt:innen kompatibel zu vereinbaren waren. Die komplexen Ansprüche an die Materialität der Infrastrukturen stellten die Kommunen vor finanzielle und organisatorische Herausforderungen.

Neben den finanziellen Investitionen vernetzten sich die Kommunen und Kreise mit relevanten Kooperationspartnern, insbesondere Beratungsunternehmen, der regionalen Wirtschaftsförderung und den regionalen Kliniken. Letztere waren in aller Regel bereits mit dem Aufbau oder Betrieb von Aus- und Weiterbildungsverbünden beschäftigt, wobei sich die Kommunen erhofften etwaige Klebeeffekte auch für die ambulante Versorgung fruchtbar machen zu können. Einige Bürgermeister:innen hofften, sie könnten so frühzeitig Kontakt zu den Studierenden aufbauen, diese für Stipendien gewinnen oder mit der lokalen Ärzteschaft in der Gemeinde vernetzen, um sie für eine spätere Niederlassung zu begeistern. Die Kommunen und Kreise berichteten allerdings von Schwierigkeiten der bestehenden Aus- und Weiterbildungsverbünde. Häufig entwickelten diese keine Effekte für die ambulante Versorgungsstruktur, weil die Kliniken selbst um Personal warben, die Vernetzung zwischen der ausbildenden Klinik und den Praxen schlecht war, die Kommunikation wegen persönlicher Ungereimtheiten zwischen den Entscheidungsträger:innen der unterschiedlichen Versorgungssektoren und den Kommunen oder Kreisen haperte oder es schlichtweg an ausbildendem Personal in den Regionen mangelte. Angesichts dieser Herausforderungen versuchten einige Kommunen die genannten Beziehungen positiv zu beeinflussen, etwa über Ausflüge der sich in Ausbildung befindenden Mediziner:innen in die Region. Die Studierenden reisten dann in die lokalen Landarztpraxen und vernetzten sich mit den Ärzt:innen aus der Region. Um die Interviewpartner:innen nicht in Erklärungsnot zu bringen, sei anonymisiert darauf hingewiesen, dass einige kommunalpolitische Akteure zusätzlich recherchierten, welche Abiturient:innen aus ihrer Region aktuell Medizin studierten, um Kontakt mit ihnen aufzunehmen und sie für eine Niederlassung in der Region zu gewinnen.

Diese Ausschnitte verdeutlichen, dass die lokalstaatlichen Bemühungen schnell an Komplexität und Tiefe gewinnen. In Teilen sind die lokalen Aushandlungen konfliktiv. Nicht nur zwischen den KVen und Kommunen, auch zwischen den Kommunen und Kreisen bestehen Interessenkonflikte. Es zeigte sich, dass die Kreise darauf pochten, lokale Maßnahmen frühzeitig transparent zu machen, auf ihren Webseiten zu bewerben und gegebenenfalls sogar zu koordinieren. Wegen des sich zuspitzenden Wettbewerbs zwischen den Kommunen waren diese erst bereit, ihre Initiativen, etwa ein Stipendienprogramm oder Ärztehaus, zu bewerben, wenn die Initiativen unmittelbar vor der Umsetzung standen. Die Bürgermeister:innen fürchteten andernfalls, ihren Wettbewerbsvorteil zu verlieren. Dies erklärt das Fehlen interkommunaler Zusammenarbeit im Bereich des Ärztemangels in Teilen. Eine solche Zusammenarbeit wird wiederum ins-

besondere von der Landesebene gewünscht, wie vor allem im Freistaat Bayern deutlich wird. Hier ist es Teil der Beratung des vom Freistaat eingerichteten Kommunalbüros für ärztliche Versorgung und Zielsetzung der Gesundheitsregion im Landkreis Ansbach, die Bürgermeister:innen davor zu warnen, in einen Überbietungswettbewerb einzusteigen. Vielmehr wurden die Gemeindevertreter:innen angehalten, ihre Ressourcen zu bündeln und die veränderte Versorgungsstruktur gegenüber ihrer Wohnbevölkerung zu kommunizieren. Diese Strategie wurde, angesichts dessen, dass sich die Kommunen den gesellschaftlichen Forderungen aus unterschiedlichen Gründen nicht entzogen, in den Kommunen kritisiert.

Trotz einiger Überschneidungen zu den ergänzenden Instrumenten standen vor allem zwei Maßnahmen in den Kommunen zur Diskussion, die die traditionellen Instrumente ersetzen würden. Eigene kommunale Fördermittel wurden seltener als die vorgenannten Maßnahmen diskutiert und umgesetzt. Allerdings plante unter anderem der Bürgermeister einer Gemeinde im Landkreis Leer ein Gemeindestipendium. Er erhoffte sich viel davon, mit einem rund 50.000 Euro umfassenden Stipendium Anreize für eine Niederlassung in seiner Gemeinde setzen zu können. Zugleich war ihm wichtig, nicht naiv zu handeln. Er betonte mehrmals, dass es sein könne, dass das Programm keine oder nicht die erhoffte Wirkung zeigen werde. Auch andere Bürgermeister:innen berichteten, dass Förderprogramme auf Gemeindeebene in der lokalpolitischen Auseinandersetzung ein Thema waren. Sie entschieden sich häufig dagegen, weil insbesondere Investitionen in die Ausbildung von Ärzt:innen erst nach deren Ausbildung für die lokale Versorgungssicherung relevant würden. Die späte Wirkung der Ausbildungsförderung korreliert einerseits damit, dass die Amtsträger:innen höchstwahrscheinlich nicht mehr politisch von ihrem Engagement profitieren können. Es bedeutet auch, dass die Maßnahmen erst in über einer Dekade für die Versorgung der Bürger:innen vor Ort spürbar würden. Hinzu kamen Unsicherheiten wegen der Verpflichtungen, die diese Instrumente den Studierenden auferlegen. Einige Kommunalvertreter:innen befürchteten, die Studierenden könnten zu einem späteren Zeitpunkt versuchen, sich aus bestehenden Verträgen heraus zu klagen. Die Empirie gibt diesen Bedenken zumindest in Teilen recht. Dort, wo öffentliche Stipendienprogramme bilanziert wurden, zeigten sie marginale Effekte. Immer wieder brachen Studierende ihr Studium ab, stiegen aus den Förderprogrammen aus oder ließen sich aus unterschiedlichen Gründen nicht wie erhofft in den betroffenen Gemeinden nieder. Diese Optionen wägten die Bürgermeister:innen gegeneinander ab und kamen zu unterschiedlichen Bewertungen der Passgenauigkeit dieser Instrumente.

Ein letztes erwähnenswertes Substitut der kommunalen Gewährleistung ist die öffentliche Trägerschaft einer Versorgungseinrichtung. In zwei der sechs Landkreise wurden Medizinische Versorgungszentren in kommunaler Trägerschaft eingerichtet, in weitaus mehr standen sie allerdings zur Diskussion. Dies verweist auf zwei Sachverhalte: Erstens erweist sich die kommunale Trägerschaft eines MVZ als wenig attraktiv für von Versorgungsmängeln betroffene Kommunen. Häufig diskutierten die Bürgermeister:innen oder Akteure auf Kreisebene diese Option, weil sie dem Wunsch des Nachwuchs nach Anstellung entgegenkommt. Ein Bürgermeister aus dem bayerischen Landkreis Ansbach berichtete, er habe versucht, bevor er sich auf die Planung eines kommunalen MVZ einließ, mit der lokalen Ärzteschaft zu diskutieren, wie eine ärztli-

che Trägerschaft des MVZ möglich wäre. Für ihn war die kommunale Trägerschaft die letzte Option. Die in der Gemeinde praktizierenden Ärzt:innen schreckten vor einer eigenen Trägerschaft zurück. Nachdem er sich in Kooperation mit einem Beratungsakteur und einem Verwaltungsmitarbeitenden das relevante Wissen angeeignet hatte, stand er vor erneuten Herausforderungen mit der Ärzteschaft. Um das MVZ zu gründen, müssen die Zulassungen der dort praktizierenden Ärzt:innen an die Einrichtung übergehen, weshalb die Kommune neben der Gehälter auch die Ablösesummen für die mit den Zulassungen verbundenen Kosten verhandeln muss. Der Gemeinderat stimmte der Planung des MVZ zwar zu, doch der Bürgermeister scherzte auch, dass den Gemeinderät:innen nach seinem Pamphlet keine andere Wahl geblieben sei.

Eher rechtliche Hindernisse ergaben sich im Eifelkreis Bitburg-Prüm bei der Zulassung eines MVZ durch eine Ärztengeossenschaft. Hier unterstützten einige Kommunen und insbesondere der Kreis den Kampf bis zur Zulassung, wobei die Landes- und Bundespolitik involviert wurden. Die Frage nach der Übernahme der Bürgerschaft des MVZ hatte zuvor zu einer Blockadehaltung gegenüber dem Projekt seitens des Zulassungsausschusses der gemeinsamen Selbstverwaltung geführt. Es folgte ein offener Schlagabtausch zwischen den Befürwortern des MVZ-Projekts und der KV RLP. Erst die Gesetzesinterpretation durch den damaligen Bundesgesundheitsminister zugunsten der Genossenschaft ermöglichte die Zulassung des Projekts. Der Einschub zu einem nicht kommunal getragenen MVZ verdeutlicht die Bandbreite an Unsicherheiten, die mit dessen Trägerschaft verbunden sein können. In der zweiten Fallstudie, in der ein öffentliches MVZ gegründet wurde, übernahmen mehrere Mitglieder der kommunalen Ebene deren Trägerschaft. Diese liegt nun beim hessischen Vogelsbergkreis und zwei Gemeinden. Die Trägergruppe hat einen externen Geschäftsführer des involvierten Beratungsunternehmens eingestellt, wodurch Kosten entstanden und weiterhin entstehen. Zudem wurden Finanzierungsmittel in mehrerer Hinsicht im Verhältnis zwischen dem Kreis und den involvierten sowie weiteren an einer Mitgliedschaft interessierten Kommunen relevant. Der Repräsentant des Kreises zeigte sich in Teilen belastet durch das MVZ-Projekt. Aufgrund des Handlungsdrucks in den Kommunen und der damit verbundenen Ansprüche der Gemeindevertreter:innen an den Kreis habe sich der Kreis dazu entschieden, einige Bedingungen für weitere Mitgliedschaften zu formulieren und interessierten Kommunen zu überreichen. Im Interview wurde deutlich, dass diese Bedingungen vor allem die zu mobilisierenden Gelder aus den kommunalen Haushalten betrafen. Zugleich problematisierte der Interviewte, die Kommunen sollten zunächst die KVH in Dienst nehmen und auf nicht-monetäre Investitionen setzen, bevor sie Steuergelder in die Hand nähmen. Eine substanzielle Alternative zum kommunalen MVZ bot sich für die Kommunen allerdings nicht, während das MVZ nach Eröffnung einige Zeit mit Personalbeschaffungsproblemen zu kämpfen hatte.

Es verwundert nicht, dass es vor dem Hintergrund der begründeten Skepsis der Kommunen und den Schwierigkeiten in der Umsetzung bundesweit nur knapp 30 kommunale MVZs bestehen. Die seit 2015 gesetzlich bestehende Möglichkeit erweist sich als eher irrelevant für die Versorgung in strukturell benachteiligten Regionen im ländlichen Raum, wenngleich sie in den Suchprozessen nach Lösungen viel Raum und Ressourcen einnimmt. Dies ist insofern bezeichnend, als die Gesamtzahl der MVZs nach anfänglichen Startschwierigkeiten jüngst stark auf rund 4.200 MVZs anwuchs (vgl. KBV 2022).

Dabei ist die Verteilung der MVZs auf Fachrichtungen und ihre räumliche Ansiedlung mindestens genauso bezeichnend wie die Trägerstruktur. 44 Prozent der MVZs im Jahr 2021 wurden von Vertragsärzt:innen getragen, 42 Prozent von Krankenhäusern und 13 Prozent von nicht näher seitens der KBV ausgewiesenen sonstigen Trägern. Dabei befanden sich 46 Prozent der MVZs in Kernstädten, 39 Prozent in Ober- und Mittelzentren und nur 15 Prozent in ländlichen Gemeinden (ebd.). In Bayern befanden sich mit 878 mit Abstand am meisten MVZs, gefolgt von 475 in Nordrhein-Westfalen und 184 in Niedersachsen.

In den vorliegenden Fallstudien wurde nicht gesondert erhoben, inwiefern die Kommunen und Kreise auf die Versorgungslage über MVZs an den öffentlichen Klinikstandorten einwirken. Allerdings erwähnte ein Bürgermeister, dass das Instrument zu einer Scheinlösung für den Landarztmangel verkomme, wenn eine allgemeinmedizinische MVZ-Stelle an einem Klinikstandort mit vier 25-prozentigen Personalstellen besetzt würde. Die Ärzt:innen fielen dann zwar statistisch ins Gewicht, leisteten aber keinen Beitrag zur hausärztlichen Flächenversorgung. Wegen des Untersuchungsdesigns bleibt dieser Kommentar ein anekdotischer Hinweis.

Ihre Gewährleistungsverantwortung versuchen die Kommunen durch finanzielle und personelle Investitionen zu erfüllen. Sie vernetzen sich und beraten interessierte Ärzt:innen. Mitunter fangen sie auch die defizitäre Gewährleistung seitens der zuständigen Akteure dadurch auf, dass sie selbst Versorgungseinrichtungen errichten und darin Ärzt:innen anstellen. Es ist nicht ganz einfach, die Erfolge und dafür notwendigen Bedingungen abzuschätzen, weil das lokalpolitische Engagement so umfassend ist und mitunter in die tradierte Niederlassungspraxis eingreift oder sich mit dieser verschränkt. Die vorliegende Studie hatte auch nicht den Anspruch, die Maßnahmen zu evaluieren. Nichtsdestotrotz erscheinen einige vorsichtige Äußerungen möglich: Die von den Kommunen gesetzten finanziellen Anreize wurden rege in Anspruch genommen und auch den vielen Ärztehäusern und vereinzelt Gesundheitszentren gelang es mitunter, Ärzt:innen für eine Niederlassung oder Anstellung zu gewinnen. Letztlich war jedoch für den Kontaktaufbau zu interessierten Ärzt:innen, der Formulierung eines Bürgermeisters aus dem Landkreis Ansbach folgend, vor allem »Vitamin B« nötig.

Die für eine Arztansiedlung notwendigen Vernetzungsleistungen verweisen auf die schwerwiegenden Hindernisse in der Stärkung der lokalen Versorgungslage durch die kommunalen Gewährleistungsakteure. Die Kommunalvertreter:innen müssen gut vernetzt sein und Kontakt an Schulen, Universitäten und Kliniken pflegen, weil die Vermittlung von praxissuchenden Mediziner:innen und arztsuchenden Kommunen durch die KVen nicht reibungslos funktioniert. Sicherlich, hierfür bedarf es interessierter Ärzt:innen. Doch es sind eben diese Erfahrungen zwischen den Kommunen und KVen, die die Kommunen zu eigenem Engagement motivieren oder drängen. Instrumente, die darauf ausgerichtet sind, die Vernetzung der kommunal agierenden Akteure auszubauen, sind Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen. Die analysierten kommunalen Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen waren so unterschiedlich aufgebaut und mit Ressourcen untersetzt, dass eine Einschätzung ihrer Wirkmächtigkeit für die Versorgungssicherung allgemein bleiben muss. Einzelne Projekte, etwa Patientenmobile oder MVZs, konnten in den Foren vorbereitet werden und die notwendigen Akteure zur Mitarbeit angeregt werden. Allerdings litten viele der lokalen Austausch- und Ver-

netzungsforen an einer überschaubaren Teilnahmebereitschaft seitens der an der Versorgung beteiligten Akteure. Die Förderlogiken der zu initiiierenden Projekte stellten die Kreisgesundheitsämter, an denen die raumwirksamen Instrumente angesiedelt waren, vor Herausforderungen. Die Mitarbeitenden mussten sich in den Akteurskonstellationen zurechtfinden, Projekte konzipieren und Anträge verfassen. Nicht selten sahen sie sich nach Auslaufen der Projekte mit dem frustrierenden plötzlichen Ende der Maßnahmen konfrontiert. Die Überforderung und Erfahrungen mit schwachen und in der Regel auf Kooperation zwischen unterschiedlichen Akteuren angewiesenen Instrumenten führten häufig zur Resignation der Gesundheitsdezernent:innen. Um eine bessere Koordination der Projekte zu erreichen und – so die Hoffnung – deren Erfolg zu steigern, wurden mitunter Personalstellen mit Versorgungskoordinator:in oder -lots:in¹ eingerichtet.

Auch in den Kommunen selbst wuchs die Resignation wegen der ebenso schwachen und voraussetzungsvollen Instrumente, die allenfalls partiell zu einer Verbesserung der Versorgungslage führen. Innerhalb der reorganisierten Infrastrukturen waren die Kommunen weiterhin auf die Weiterreichung versorgungsrelevanter Informationen durch die KVen angewiesen. Doch die KVen agieren oftmals als Hybride: Im Rahmen des Sicherstellungsauftrags müssen sie die Versorgung garantieren. Aber sie sind auch die politische Standesvertretung der Vertragsärzt:innen gegenüber der Politik. In den kommunalen Aushandlungen besteht für die KVen kaum ein Anreiz, sich zu beteiligen, geschweige denn die territorialen Interessen der Kommunen und Kreise zu befrieden. Schwerer wiegt ihr Interesse daran, das Monopol auf die Versorgung nicht zu verlieren, weshalb sie kommunales Engagement kritisch beobachten. Dies führte auch in den analysierten Fallregionen zur mehrfach angeklungenen Zerrissenheit zwischen den KVen und praktizierenden Ärzt:innen. Einzelne Niedergelassene äußerten sich verärgert über die geringe Kooperationsbereitschaft und Flexibilität ihrer Standesvertretung. Sie sprachen von einer »Entkopplung«, wenngleich sich die KVen nicht gänzlich unverantwortlich zeigten. Eine solche Behauptung wäre auf Grundlage des erhobenen Materials unsauber. Dennoch kam es vor, dass die KVen lokale Initiativen behinderten oder deren Umsetzung erschwerten, etwa indem sie Informationen zurückhielten.

Vor dem Hintergrund der skizzierten kommunalen Probleme mit Blick auf fehlende Informationen, begrenztes Wissen, fehlende Rechtssicherheit, knappe finanzielle und personelle Ressourcen und Kompetenzen erscheinen deren Forderungen nachvollziehbar. Kommunen forderten beispielsweise öffentliche Ansprechpartner:innen für die Umsetzung kommunaler MVZ-Projekt, oder, dass deren Trägerschaft betreffende rechtliche Fragen geklärt werden. Letztlich forderten sie vor allem mehr Verbindlichkeit in der Informationsweitergabe seitens der KVen. Entsprechende Schritte wurden seitens des Bundesgesetzgebers und der Selbstverwaltungsakteure nicht gegangen. Aktuell scheint sich der Staat paradoxerweise auf kommunaler Ebene mitunter selbst

1 Wenn solche Strukturen eingerichtet werden, bleibt die Gesundheitsversorgung eine freiwillige Aufgabe der Kommunen. In den vorliegenden Fällen waren viele der Strukturen, die an den Kreisgesundheitsämtern angesiedelt waren, mit anderen gesundheitspolitischen (Pflicht-)Aufgaben beauftragt, etwa der Einrichtung von Pflegestützpunkten oder dem Leistungsausbau im Rahmen des neueren Struktur- und Versorgungsparadigmas der Prävention.

zu überfordern. Dabei verpasst der Gesetzgeber es, die an die gesundheitspolitische Selbstverwaltung delegierten öffentlichen Aufgaben im Sinne einer ausreichenden Versorgung aller zu konzessionieren. Er legt Instrumente an und schafft Möglichkeiten für Kommunen, sich an der Versorgung zu beteiligen. Diese Optionen sind jedoch auf die Kooperation zwischen den kommunalen und den gesundheitspolitischen Selbstverwaltungsakteuren angewiesen. Da sie nicht in diesem Sinne untersetzt sind, befördert der Gesetzgeber den wiederholt thematisierten Wettbewerb zwischen den Kommunen.

Politik- und verwaltungswissenschaftlich zeigt diese Beobachtung einige Gemeinsamkeiten mit der Debatte um die Dezentralisierung des Sozialstaats (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2010), die sich in vielen Bereichen belastend für die kommunalen Haushalte entwickelte (vgl. Brettschneider 2022: 99ff.). Nach Renate Mayntz (1987: 89ff.) werden unter der Dezentralisierung politische Reaktionen auf regulative Steuerungsmängel verstanden. Diese Reaktionen können bei der Implementation von *policies* auftreten, mit der Motivation der Steuerungsadressaten korrelieren oder in fehlendem Wissen über zentrale Wirkungszusammenhänge begründet sein, weil Instrumente nicht die intendierte Wirkung entfalten. Insbesondere für den Bereich der sozialen Dienste wurde wiederholt gezeigt, wie zur Erfüllung sozialstaatlicher Zielsetzungen die lokale Zivilgesellschaft aktiviert wurde (vgl. Dahme/Wohlfahrt 2010: 26ff.). Irene Dingeldey (2008: 316) bringt in diesem Zusammenhang sowohl das Konzept des aktivierenden Sozialstaats als auch das Leitbild des Gewährleistungsstaates an. Gunnar F. Schuppert (vgl. 2005: 34) selbst beschreibt die gewährleistungsstaatliche Struktursteuerung als den zentralen Koordinationsmodus, der darauf abzielt, die Selbststeuerungspotenziale der Gesellschaft freizusetzen. Durch komplexe Koordinationsleistungen des Staates könnte dieser »Ermöglichungsstrukturen« (Dingeldey 2008: 320) schaffen, die das Verhältnis vom Wohlfahrtsstaat zum Individuum beeinflussten. Diese reflexive Form der Steuerung erfordere vom Wohlfahrtsstaat allerdings immer wieder die Re-Regulierung oder Reorganisation der sozialpolitischen Institutionen. Im Gesundheitswesen scheint es dem Gewährleistungsstaat nicht gelungen zu sein, sich vor den gesellschaftlichen Ansprüchen zu schützen. Schließlich gelingt es keiner der öffentlichen Ebenen, die gesellschaftlichen Ansprüche an diese zurückzuspielen, um dort gesellschaftliche Ressourcen zur Leistungserfüllung zu mobilisieren. Dieses für eine angestrebte staatliche Entlastung zentrale Anspruchsmanagement (vgl. Franzius 2009: 39ff.) gelingt dem Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen nicht. Die Gemeindebürger:innen nehmen Gesundheit als Thema lokaler Versorgungsdefizite wahr, weshalb sich Gesundheitspolitik zu einem mobilisierungsfähigen Thema im lokalen Meinungswettbewerb entwickelt (vgl. Luthé 2017: 72f.).

Wie sich die lokalen Governance-Konstellationen im Rahmen von Projekten, die sich nicht auf den Landarztmangel fokussieren, weiterentwickeln, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. Es sollte allerdings erwähnt sein, dass im Moment die Träger der schwachen Interessen, die alten, kranken und immobilen Patient:innen, in schlechter versorgten Regionen trotz der erfolgreichen Politisierung unter den schwer zu behandelnden Versorgungsdefiziten leiden. Mitunter thematisierten einzelne Kommunalpolitiker:innen in den untersuchten Regionen, Patient:innen würden doppelt zur Kasse gebeten, wenn zusätzlich zu ihren Sozialversicherungsbeiträgen Steuergelder für die Versorgungsstabilisierung investiert würden, etwa für Beratungsunternehmen, Immo-

bilien, Personalstellen oder Ärzt:innen in Anstellung. Zudem verfügten die von Versorgungsmängeln betroffenen Bürger:innen oft nicht über die Zeit, Kapazitäten, Expertise und die finanziellen Mittel, auf die Versorgungsorganisation Einfluss zu nehmen.

6.3 Rückwirkung auf den eingeschlagenen Regulierungspfad und Impulse für eine gemeinwohlorientierte Versorgung

Wenn die Betroffenen von lokalen Versorgungsmängeln ihre Lage öffentlich problematisieren, indem sie die lokale Politik zum Handeln auffordern, politisieren sie das Versorgungsdefizit, weniger die dahinterliegende Infrastruktur. Diese wird vielmehr im Rahmen der lokalstaatlichen Problembearbeitung zum Gegenstand der Auseinandersetzung, wird sie doch in Teilen unter konfliktiven Interessenlagen reorganisiert. Nur selten leiten die Betroffenen und die Lokalpolitik aus den Erfahrungen innerhalb der Infrastruktur einen strukturellen Reformbedarf ab, für den sie dann auch eintreten. In einigen der Fallregionen konnte beobachtet werden, dass die Diskurse jüngst umschwangen, dass zunehmend auf einen allgemeinen Ärztemangel abgehoben und eine quantitativ angemessene Ausbildung von Mediziner:innen eingefordert wurde. Dann adressierten die lokal engagierten Akteure die hochschulpolitisch verantwortliche Landesebene. Diese verschobene Verantwortungszuweisung verbleibt allerdings innerhalb des tradierten Gewährleistungssystems, die strukturelle Komponente der Versorgungsproblematik verbleibt weiterhin unangetastet. Die Lösungsdebatten verbleiben im Rahmen der dysfunktionalen Gewährleistung und ihrer Regulierung.

Im eingangs zitierten Buch »Gegengifte« argumentiert Ulrich Beck (1988: 62) Ende der 1980er Jahre dafür, den damaligen technischen Herausforderungen im Kontext der Umweltkrise demokratisch gegenüberzutreten. Er schreibt: »Die Souveränität, mit der technische Entscheidungen nicht-technisch gefällt und begründet werden, ist ein Maßstab für Demokratie.« Als Klammer zur aufgeworfenen Frage der Unverantwortlichkeit im System der flächendeckenden ärztlichen Gesundheit erlaubt das Zitat abschließend drei übergreifende Zusammenhänge zu diskutieren. Die Referenz des Begriffs der Souveränität erlaubt die Erkenntnisse der vorliegenden Studie erstens demokratietheoretisch zu beleuchten. Der Verweis auf den technischen Gehalt von Entscheidungen ermöglicht zweitens, die Chancen und Gefahren einer stark institutionalisierten Gewährleistung sozialer Infrastrukturen zu reflektieren. Drittens regen die Fragen nach der Begründung von Entscheidungen und gleichsam von *non-decisions* an, das Potenzial eines regulatorischen Pfadwechsels genauer zu fassen.

Die Frage nach der Souveränität, mit der demokratische Entscheidungen zu Stande kommen (können), schließt an eine mehrmals von den lokalen Akteuren getroffenen Aussage an. Berater:innen und Ärzt:innen waren sich sicher, der Staat habe sich von den KVen oder der gemeinsamen Selbstverwaltung abhängig gemacht und sei deshalb handlungsunfähig. Dies steht dem umfangreichen Staatshandeln, den vielen Interventionen und der umfassenden Re-Regulierung des ambulanten Sektors gegenüber. Die gewachsene staatliche Steuerung (vgl. Gerlinger 2009) und die damit verbundenen Handlungsspielräume des Staates zeigen sich zum Beispiel in dem enormen und stetig wachsenden Umfang des SGB V. Zugleich ist das deutsche Gesundheitswesen stark arztzentriert, was

sich in dem Einfluss der Ärzteschaft auf die Willensbildung und Entscheidungsfindung in den Bereichen Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung auswirkt (vgl. Simon 2015). Es gehört weiterhin zum Entwicklungspfad, dass die Gesundheitspolitik als »spezielle Kunst« (Bandelow 2010: 7) bestimmte starke Interessen bevorzugt hört, während die Patienteninteressen auch nach ihrer funktionalen Integration in die Interessenvermittlung im regulierten Wettbewerb weiterhin über allenfalls begrenzte Einflussmöglichkeiten verfügen (vgl. Klenk 2018). Angesichts der regionalen Herausforderungen in der Versorgungssicherung wachsen hier die Chancen situativ gebildeter Akteursnetzwerke außerhalb des korporatistischen Arrangements. Wenn diese Netzwerke auch Wege außerhalb des korporatistischen Arrangements gehen, werden ihre Vorstöße mitunter von den Zulassungsgremien der tradierten Gewährleistungsakteure einkassiert. Dieser Zusammenhang erklärt die verstärkte Wahrnehmung einer Abhängigkeit von den KVen und Krankenkassen. Ein Rückgang staatlicher Steuerungsfähigkeit ist auf Grundlage der Empirie indes nicht zu konstatieren. Allerdings verdeutlichen die Reflexionen der lokalstaatlichen Akteure, die geringen Anreize des Bundesgesetzgebers für die KVen, lokal kooperativ und die territorialen Interessen integrierend zu agieren.

Für die Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen und die spezifische hybride Interaktionslogik des Korporatismus erweist sich die »partielle Entkopplung demokratischer Strukturen und politischer Verantwortungszuschreibung bei Entscheidungen über Versorgungsstrukturen« (Gerlinger 2022: 64) als in Teilen folgenreich. Die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung, die KVen und Kassenverbände, sind demokratisch legitimiert. Besonders stark ist die Legitimationskette mit Blick auf die vorliegende Problematik allerdings nicht: Eine gewählte Regierung erlässt Reformen, deren Konkretisierung an Verbände delegiert wird, während die Aufsichtspflicht beim Bundesgesundheitsministerium liegt. Die Glieder der Legitimationskette der Gewährleistung sind bis zur (Nicht-)Versorgung auf der regionalen Ebene mitunter nicht besonders eng verbunden. Während die Steuerung also von der gesundheitspolitischen Selbstverwaltung geprägt ist, sind die Bürger:innen, die von den Versorgungsdefiziten stark in ihren Lebenswirklichkeiten betroffen sein können, ohne Steuerungsmöglichkeiten. Sie verfügen nicht über Zuständigkeiten, finanzielle Mittel oder Wissen, um substanziellen Einfluss auf die Versorgungsorganisation zu nehmen. Das lokale demokratische Defizit (re-)produziert Ausschlüsse und Ungleichheiten, insbesondere für die Betroffenen, die es schwer haben, sich zu organisieren und ihre Bedarfe zu artikulieren. Es stellt sich die wichtige strukturelle Frage danach, wie die Entkoppelung im lokalen Raum überwunden werden kann. Eine mögliche Antwort wäre, den Kommunen Kompetenzen und finanzielle Mittel zukommen zu lassen. Es ist allerdings genau zu begründen, warum die Kommunen, insbesondere vor dem Hintergrund der Erfüllungsdefizite in anderen Bereichen, die Gesundheitsversorgung als freiwillige Aufgabe gewährleisten sollten. Eine überzeugendere Antwort findet sich in den Überlegungen von Stefan Greß und Klaus Stegmüller (2018: 16f.). Sie schlagen kommunale Versorgungskonferenzen vor, in denen neben den KVen und Krankenkassen auch Vertreter:innen der Kommunen stimmberechtigt repräsentiert sind. So sollen unter anderem die Maßnahmen gegen Unterversorgung der KVen adäquat mit denen der Kommunen abgestimmt werden. Im Übrigen findet sich auch innerhalb und gegenüber der gemeinsamen Selbstverwaltung in der Mitvertretung ein Defizit der genannten schwachen Interessen. Obwohl die Patientenvertretung und

der Verbraucherschutz im regulierten Wettbewerb in die Interessenvermittlung integriert wurden, bleibt die Integration angesichts der fehlenden Mitwirkungsrechte nicht-funktional und damit begrenzt.

Auf kommunaler Ebene ist die Versorgungsorganisation stark von Verhältniszahlen, Versorgungsgraden, kleinteiligen Indikatoren und Vorstellungen einer angemessenen Inanspruchnahme und respektive verbundenen Vorstellungen einer überzogenen Inanspruchnahme verbunden. Mayntz spricht aus einer Infrastrukturperspektive von sozio-technischen Systemen, um darauf hinzuweisen, dass Technik nicht nur in

»sozialen Produktions- und vor allem Verwendungszusammenhängen steht [..., sondern, dass] technische Komponenten oft als integrale Bestandteile in soziale Handlungszusammenhänge eingebaut sind, die in ihrer Struktur und Dynamik davon entscheidend geprägt bzw. verändert werden« (Mayntz 1988: 236).

Die Empirie zeigte, dass der normgebundene Charakter der lokalen Infrastrukturpolitik einerseits die lokalen Diskurse fokussierte. Er ermöglichte es den Betroffenen, die Gewährleistungsakteure anzusprechen, um ihre Anliegen zur Sprache zu bringen und wirksam werden zu lassen. Dabei entwickelten sich die sozio-technischen zu normativ sozio-technischen Systemen, die im Sinne der Daseinsvorsorge und gleichwertiger Lebensverhältnisse darauf orientiert waren, den eingeforderten Erhalt der bekannten Versorgungsstrukturen zu gewährleisten. Andererseits erschwerte es der technische Gehalt der gesundheitspolitischen Infrastruktur den zentralen Gewährleistungsstaat für eine stärkere subsidiäre Unterstützung oder strukturelle Anpassungen in Dienst zu nehmen. Die Planungsstatistik und die inkrementell entwickelten Indikatoren für ihre Anpassung sind ihrerseits je auf einen begrenzten Raum, einen Planungsbereich, orientiert. Weil sich die lokalpolitischen Aushandlungen innerhalb des Regulierungssystems abspielen und die Kommunalpolitik auf die planerischen Unterscheidungen zwischen Regel- und (drohender) Unterversorgung angewiesen ist, um Instrumente und Gelder zu bemühen, reproduziert sich die Planungssystematik trotz ihrer vielfach als mangelhaft kritisierten Passgenauigkeit. Bevor sich der lokale Staat der Bearbeitung der Versorgungsdefizite annimmt, entschärft die technische Komponente der Versorgungsplanung zudem die gesellschaftlichen Kritik- und Protestpotenziale. Die betroffenen Bürger:innen schlechter versorgter Gemeinden protestieren nur selten und verhalten sich sehr punktuell normverletzend, etwa wenn sie auf die Notaufnahmen der Kliniken ausweichen. Gerade weil eine Versorgungsorganisation außerhalb des Staates schwer vorstellbar ist und überdies nicht eingefordert wird, sollte die Art und Weise der staatlichen Gewährleistung demokratisch ausgehandelt werden. Sie könnte dann auch eine stärkere Legitimation im lokalen Kontext erlangen. Aufgrund der Tiefe und Komplexität der neuen Infrastrukturaufgaben stellt sich allerdings die Frage, ob die Kommunen und gegebenenfalls der Staat in Gänze überhaupt in der Lage sind, Zukunftsentwicklungen in ihr aktuelles Handeln zu integrieren, zumal die Kommunen schon heute mit vielen verpflichtenden Infrastrukturaufgaben überfordert sind und diese nicht ausreichend erfüllen können. Die wachsende Anzahl der angestellten Ärzt:innen im ambulanten Sektor – als ermächtigte Ärzt:innen in Kliniken oder in auch öffentlich getragenen MVZ – macht diese Fragen aktuell. Schließlich werden die gewandelten Interessen des Nachwuchses

vor diesem Hintergrund zunehmend zu einer institutionellen Frage, wenn die Anstellung eine beim Staat ist.

Letztlich interessiert wegen der aufgeworfenen Fragen, wie es um einen Pfadwechsel des eingeschlagenen Regulierungswegs steht. Dabei steht im Fokus mit welchen Begründungen – hier wird der Bezug zum Zitat deutlich – Entscheidungen oder *non-decisions* getroffen werden, um den disparaten Versorgungsstrukturen regulativ zu begegnen. Wegen der kleinen Fallzahl und der analysierten Schwierigkeit, aus dem Lokalen das Strukturelle zu politisieren, wird im Folgenden auf einige generelle den Entwicklungspfad potenziell (de-)stabilisierende Faktoren hingewiesen. Dann gelingt es je zu benennen, ob die lokale Politisierung und – wenn auch dysfunktionale – lokale Gewährleistungsstaatlichkeit ein dahingehend verstärkendes, transformatives Potenzial in sich tragen. Grundsätzlich bedarf es einiger Faktoren dafür, dass ein regulativer Pfad endet oder verlassen wird. Das in der Institutionenökonomie entwickelte Pfadabhängigkeitstheorem gibt einige Hinweise hierfür (vgl. Mahoney 2000; Pierson 2000). Es fokussiert sich stärker auf exogene Faktoren, die durch eine Störung des Gleichgewichts der ökonomischen Faktoren, der institutionellen Verschränkungen, der macht- und wahlpolitischen Interessen und normativen Grundlagen an einem kritischen Punkt (*critical juncture*) einen institutionellen Wandel herbeiführen können (vgl. Weishaupt et al. 2013: 281). Andere Theoreme gehen davon aus, dass auch endogene Ursachen – Streeck und Thelen (2005) sprechen vom »displacement, layering, drift, conversion« und »exhaustion« von Institutionen – eine graduelle Transformation nationalstaatlicher Institutionen hervorrufen können (vgl. auch Mahoney/Thelen 2010; für die wettbewerbliche Transformation im Gesundheitswesen: Gerlinger 2013).

Die lokale Politisierung des Landarztmangels und die Übernahme einer Gewährleistungsverantwortung zu seiner Bekämpfung durch den lokalen Staat setzt Dynamiken frei, die geeignet sind, den sektoralen Korporatismus zu destabilisieren. Zunächst bringen die wachsenden Probleme bei der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Legitimationsprobleme für den jetzigen Weg mit sich. In den vorliegenden Fallstudien wurden die KVen seitens gesellschaftlicher Akteure punktuell stark für die Nicht-Erfüllung des Sicherstellungsauftrages kritisiert, wenngleich die Konflikte auch wieder abebbten. Dabei wurden die KVen zwar nicht als mittelbare Staatsverwaltung wahrgenommen, aber ob sich dies zukünftig wegen der sich zuspitzenden Dynamik der Problematik ändert, bleibt offen. Schwerer könnte wiegen, dass die Kommunalpolitiker:innen die begrenzte Möglichkeit, in Fragen der Versorgungsstruktur mitzuentcheiden zu können in Abgrenzung zu den Handlungsspielräumen der KVen kritisieren. Diese strukturelle und demokratische Kritik wird über die Landtags- und Bundestagsabgeordnete aus den betroffenen Regionen und die kommunalen Spitzenverbände auf die höheren föderalen Ebenen und dort in gesundheitspolitisch relevante Gremien der Willensbildung- und Entscheidungsfindung getragen. Zugleich sind die Sicherstellungsprobleme auch dem Bundesgesetzgeber bekannt. Seit den wettbewerblich ausgerichteten Strukturreformen ist die Einbindung der korporatistischen Akteure in die Willensbildung auf Bundesebene situativer und selektiver geworden (vgl. von Winter/Schroeder 2019), und die vorliegende Problematik könnte diese Entwicklung verstärken. Doch es gibt keinen substanziellen Diskurs zu einer marktlichen und stärker staatlich ausgerichteten Organisation des am-

bulanten Sektors. Der Korporatismus bleibt grundsätzlich beständig und mehrheitsfähig.

Weiterhin wirkt die wachsende Rolle der Gesundheitsversorgung für die Gesellschaft insgesamt als destabilisierender Faktor auf den Regulierungspfad. Dies gilt in mehrerer Hinsicht: Es herrscht erstens eine gewachsene Aufmerksamkeit für die Möglichkeit, die Gesundheit von Menschen zu sichern, und die Gesundheit spielt für die Entwicklung von Regionen eine zentrale Rolle. Zweitens ist die ökonomische Entwicklung von Regionen im Sinne des Standortfaktors und als Beschäftigungsfeld maßgeblich von den Angeboten und der Verfügbarkeit medizinischer Versorgungseinrichtungen bestimmt. Diese Zusammenhänge wurden in den Diskursen und Aushandlungen der untersuchten Fallregionen deutlich, und ihre Irritationen wegen der Versorgungsdefizite vielfach kritisiert. Drittens gewinnt die Gesundheit wegen des demografischen Wandels auch als Sozialinvestition an Relevanz und wird innerhalb der Bevölkerung so wahrgenommen. Das Konzept der Sozialinvestition ist in den vergangenen zwei, drei Dekaden zu einem einflussreichen sozialpolitischen Reformparadigma geworden. Seine grundsätzliche Aussage lautet: Durch Investitionen in das Humankapital von Menschen soll die Integration benachteiligter Gruppen in den Arbeitsmarkt und die Chancengleichheit durch frühkindliche Bildung erreicht werden (mit kritischen Akzenten vgl. Leßmann/Laruffa 2020). Das Konzept hat grundlegende Kritik hervorgerufen: Wegen des Fokus auf das Humankapital rückten ökonomische Begründungen für Sozialinvestitionen in den Vordergrund. Auf diese Weise wachse die Gefahr, bestehende soziale Ungleichheiten im Rahmen von Kosten-Nutzen-Rechnungen zuungunsten wertebasierter Überlegungen zu (re-)produzieren. Rolf G. Heinze und Jürgen Schupp (vgl. 2022: 254ff.) gehen am Beispiel der Chancen für die Einführung eines Grundeinkommens davon aus, dass der Sozialstaat als Gewährleistungsstaat dazugelernt habe, Konjunkturprogramme ihn allerdings derart einengten, dass es zu neuen Steuerungsmodellen komme. Hierzu zählen sie einerseits die relevanter werdende Eigenverantwortung und andererseits deren vermutete Konvergenz in Richtung Sozialinvestitionen und Aktivierung. Die gesundheitspolitischen Implikationen sind angesichts der Bedeutung von Gesundheit für die Fähigkeit zu arbeiten evident. Gesundheit wird so neben ihrem Charakter als Merkmal von Lebensqualität zu einem Gestaltungsfaktor.

Angesichts der beiden Punkte heben die vermehrten regionalen Versorgungsdefizite die defizitäre demokratische Kontrolle der Versorgungsorganisation hervor. Dies könnte sich verstärken, weil Kommunen und Kreise in anderen gesundheitsrelevanten Bereichen eine funktionalere Gewährleistungsrolle spielen, etwa in der Langzeitpflege, der stationären Versorgung und dem öffentlichen Gesundheitsdienst. Ausgeweitete Aufgabenprofile in diesen Bereichen und vermehrte Debattenvorschläge sowie die modellhafte Erprobung von Projekten der Integrierten Versorgung (vgl. Hildebrandt/Stuppardt 2021) könnten die regionale Rolle schärfen und die Irritationen der tradierten Interessenvertretung weiter in Richtung lokaler Governance-Strukturen und Netzwerke aufweichen. Im Sinne einer Interessenpluralisierung gewinnen in diesem Zusammenhang zudem die aufgewerteten Pflegeberufe und die Beschäftigten in den Praxen und Sozialstationen gegenüber der relativierten Bedeutung von Ärzt:innen als Träger der Krankenversorgung an Gewicht. Die Chancen für lokale Allianzbildungen und Netzwerke steigen.

Stabilisierend für das korporatistische System wirken hingegen die folgenden Faktoren: die anhaltende (Deutungs-)Macht der Ärzt:innen und KVen, das Interesse der KVen an ihrem institutionellen Selbsterhalt, die inkrementelle Anpassung des Systems, die sich insbesondere in den wiederholten Anpassungen der Bedarfsplanungsrichtlinie und des Vertragsarztrechts zeigt und die bestehenden Vorteile der Versorgungsorganisation durch Expert:innen und deren befriedende Wirkung sowie die mit einem Pfadwechsel verbundenen Erfahrungs- und Wissensrückstände des Staates. Letztlich wirken insbesondere die mit einem Pfadwechsel antizipierten politischen und ökonomischen Kosten als stabilisierende Faktoren auf den eingeschlagenen Entwicklungspfad. Zu nennen sind die Mobilisierung von Mehrheiten gegen die Widerstände der eher strukturkonservativen organisierten Ärzteschaft, die Lücken mit Blick auf Erfahrungen, Wissen und Finanzierungsmittel, sowie die bestehenden Überforderungen der Kommunen mit ihren Pflichtaufgaben. Zusätzlich verdeutlichen einige Nicht-Interventionen das geringe abrupte Transformationspotenzial. Nicht-Interventionen oder non-decisions gehen mit der Macht einher, ein Problem unterdrücken zu können, um den Umfang der potenziellen Entscheidungshorizonte einzuschränken (vgl. Bachrach/Baratz 1963: 641). Zu den systemstabilisierenden und mitunter versorgungsdestabilisierenden non-decisions zählen die Nicht-Interventionen im Bereich der wachsenden Konkurrenz der Privaten Krankenversicherung (PKV) zur GKV. Dies ist insofern versorgungsrelevant, als sich das wachsende Gewicht der PKV entsolidarisierend auf die Finanzierung der Versorgungsinfrastrukturen und somit die Versorgungsnetze insgesamt auswirkt. An diese Argumentation schließt die Forderung nach einer solidarischen Bürgerversicherung unter anderem an (vgl. u.a. Rothgang/Domhoff 2017). Zudem bewirkt der ermöglichte Zugang von Privaten zur ambulanten Versorgung einen Mittelabfluss aus dem Solidarsystem, etwa wenn Private Equity-Investoren in die MVZ-Strukturen einsteigen, Standorte aufbauen, GKV-Mittel als Gewinne aus dem Solidarsystem abführen und die Einrichtungen weiterveräußern (vgl. Scheuplein/Bůžek 2021). Letztlich wirkt sich auch die nicht vorgenommene Einhegung der Klinikprivatisierungen auf die regionalen Gesundheitslandschaften aus. Insbesondere in ländlich geprägten Regionen mussten Kommunen ihre nichtprofitablen Einrichtungen schließen, wodurch die Chancen zur Ermächtigung stationärer Ärzt:innen für die ambulante Versorgung sowie sektorenübergreifende Kooperationen verloren gingen.

Wenngleich aktuell kein Pfadwechsel erkennbar ist, zeigen die Ausführungen doch, inwiefern eine Zuspitzung der Versorgungsdefizite die positiven Rückwirkungen des Pfades schmälern könnten. Ob und auf welche Weise und mit welchem Ausgang sich das institutionelle Arrangement des ambulanten Sektors dann verändert und inwiefern sich eine solche Transformation positiv für die flächendeckende Gesundheitsversorgung auswirken könnte, bleibt offen.