

7 Fazit und Ausblick

Die vorliegende Arbeit interessierte sich angesichts der wachsenden ärztlichen Versorgungsprobleme in strukturell benachteiligten und ländlich geprägten Regionen für die Herausforderungen der wohlfahrtstaatlich-korporatistischen Gewährleistung. Denn die staatliche Gewährleistungsverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung stützt sich materiell und prozedural auf ein System der korporatistischen Selbstregulierung, dessen Operationsweise sich trotz der zugespitzten Versorgungsprobleme bislang reproduziert. Vor dem Hintergrund dieser Strukturen und der davon partiell entkoppelten lokalen Verantwortungszuschreibung, rückten die kommunalen Arenen in den Fokus der Untersuchung. Denn es sind einzelne Gemeinden, in denen es nicht gelingt, hausärztliche Praxen wie gewohnt zu erhalten. Es ist die lokale Wohnbevölkerung, die sich an die Bürgermeister:innen wendet und von ihnen einfordert, sich um eine angemessene Versorgung zu bemühen.

An diesem Punkt schloss der erste Fragenkomplex der Studie an. Wie werden ärztliche Versorgungsprobleme in strukturschwachen und ländlichen Regionen lokal problematisiert und mit welchen Bedeutungen eine staatliche Gewährleistung der Versorgung eingefordert? Forschungsleitend wurden die folgenden Thesen aufgestellt: Die lokalen Sicherstellungsprobleme werden seitens der Bürger:innen über den wahrgenommenen Mangel an Ärzt:innen politisiert. Dabei waren die spezifische Problemdeutung und die damit verbundene Ursachenkritik sekundär. Die in den Storylines abstrahierten Verweisungszusammenhänge ermöglichten eine gemeinsame Verständigung in den lokalen Diskursarenen. Dabei war den vereinfachten Formeln der Problemdeutung (Landarzt-, Hausarzt- oder allgemeiner Ärztemangel) gemein, dass sie den Kommunen eine Gewährleistungsverantwortung übertrugen. Die Betroffenen forderten insbesondere von den Bürgermeister:innen ein, sich wegen der zentralen Bedeutung der Gesundheitsversorgung für die Lebensführung an der Beseitigung der Versorgungsprobleme zu beteiligen. In diesem Sinne sind die aufgestellten Thesen zu bestätigen. In den sechs Fallstudien konnte gezeigt werden, dass die Bürger:innen von (drohend) schlechter versorgten Gemeinden insbesondere von der Lokalpolitik einforderten, dass diese die gewohnte Versorgungsinfrastruktur erhält. Verstärkend kam hinzu, dass vor allem in Wahlkampfzeiten auch die Presse lokalpolitische Antworten auf das ›Praxissterben‹ verlangte. Dabei zeichnete sich das Bild einer schleichenden Politisierung ab, weil auch einzelne Ärzt:in-

nen, die Länder-KVen und schließlich die Vertreter:innen der Kommunen und Kreise selbst dazu übergangen, die wohnortnahe ärztliche Versorgung der regionalen Daseinsvorsorge zuzuordnen. Nur selten versuchten die Repräsentant:innen des lokalen Staats, die an sie herangetragenen Gewährleistungserwartungen zu entkräften oder gar abzulehnen. Wenngleich sich die Politisierung moderat darstellte, verstetigte sie sich über die Zeit. Dazu trug bei, dass die Kreise und Kommunen vielfach im Rahmen von Informationsveranstaltungen und Fachtagungen über die instabile Versorgungslage sprachen und in der Folge kommunalpolitische Handlungsspielräume ausmachten.

In einem zweiten Schritt verfolgte die vorliegende Studie das Ziel, die lokalstaatliche Resonanz auf die Politisierung der Versorgungsdefizite zu analysieren. Dabei standen zum einen die Schwierigkeiten und Gelingensbedingungen der lokalen Bearbeitungspfade und dahinterliegenden Kompetenzen und Instrumente im Fokus. Zum anderen sollte die prozesshafte Darstellung der Fallstudien dazu beitragen, die Staat-(Zivil-)Gesellschafts-Beziehungen im Kontext der hybriden Interaktionslogik des Korporatismus zu entschlüsseln. Die folgenden Fragen leiteten die Analyse an: Wie reagieren die Repräsentant:innen des lokalen Staats auf die Gewährleistungserwartungen und unter welchen Bedingungen übernehmen sie Verantwortung für die Versorgungslage? Welche zur Verfügung stehenden Instrumente werden bemüht und welche neuen Initiativen werden getestet? Was sind die Erfolgsbedingungen und Hindernisse in der Stabilisierung der Versorgung und wie reflektieren die lokalstaatlichen Akteure ihre Erfahrungen? Die verbundenen Thesen lauten: Die Repräsentant:innen des lokalen Staats nehmen die Verantwortungszuschreibung an, weil die zuständigen Akteure Ansprüche zurückweisen und sich gegenüber den Kooperationsbemühungen und Forderungen der öffentlichen Akteure wenig responsiv zeigen. Die Repräsentant:innen des lokalen Staats bemühen sich, die Gewährleistungserwartungen zu erfüllen, obwohl die begrenzten kommunalen Ressourcen die Erfolgchancen der getesteten Initiativen schmälern.

Die Fallstudien zeigten, dass sich die Politisierung der lokalen Versorgungsdefizite als erfolgreich erwies. Die Kommunalpolitiker:innen haben sich den Gewährleistungserwartungen der Bürger:innen mehrheitlich nicht entzogen. Dabei kann die betreffende These bestätigt werden: Innerhalb der hybriden Gewährleistungsstaatlichkeit entwickelten sich nur wenige Synergien zwischen den Bemühungen der Kreise und Kommunen auf der einen und den Bemühungen der KVen auf der anderen Seite. In der Regel versuchten die Kommunen nämlich zunächst mit den KVen in Kontakt zu treten, etwa um versorgungsrelevante Informationen zu erhalten. Diese Versuche wurden mitunter abgewehrt oder der Informationsfluss erwies sich als defizitär. Die Kommunen äußerten ihren Unmut darüber auch gegenüber der Presse mit dem Ziel, die KVen so unter Druck zu setzen, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Mit diesem Ziel schlossen sich Bürgermeister:innen auch zivilgesellschaftlichen Protesten an, etwa Unterschriftenlisten, Demonstrationen oder Resolutionen. Diese Kritiken waren in der Regel mit einer spezifischen Zulassungsfrage verbunden. In Teilen konnten die Entscheidungsfindungen in der gemeinsamen Selbstverwaltung beeinflusst werden. Wie diese Prozesse jedoch genau abliefen, verblieb im Verborgenen. Wo Kooperationen zwischen den Kommunen und der mittelbaren Staatsverwaltung zustande kamen, entstanden gemeinsam finanzierte Mobilitätskonzepte oder Stipendienprogramme, wurden die Aus- und Weiterbildungsverbände in der Kommune beworben und die regionalen Gesuche auf den Web-

seiten verlinkt. Dieses Engagement setzte bereits eine gewisse Kooperationsbereitschaft voraus.

Kommunen entzogen sich der lokalen Adressierung nicht, weil sie es aus unterschiedlichen Gründen nicht konnten oder wollten. Zu nennen wäre die räumliche Nähe der Kommunalpolitik zu der Wohnbevölkerung und der Ärzteschaft, die eine Nicht-Intervention bei der kommenden Wahl negativ beeinflussen könnte. Sodann machten sich die Kommunen auf den Weg, herauszufinden, welche Infrastrukturen zur Bekämpfung (drohender) lokaler Unterversorgung bestehen. Sie machten die Erfahrung, dass die Instrumente im eben genannten Sinne voraussetzungs-voll und in ihrer Wirkung schwach sind. Deshalb gingen die kommunalen Gewährleistungsversuche mit einer Reorganisation der bestehenden Infrastrukturen einher. Die Kommunen versuchten, die bestehenden Instrumente durch ergänzende finanzielle Anreize attraktiver für den medizinischen Nachwuchs zu machen und zusätzliche Beratungs- und Vernetzungsleistungen anzubieten. Wegen der allenfalls partiellen Erfolge dieser Bemühungen und des wachsenden Wettbewerbs der Kommunen um die Ärzt:innen, stellte sich in den Kommunen oftmals eine gewisse Resignation ein und die Bürgermeister:innen werteten ihr eigenes Handeln als Aktionismus ab. Einige wenige Kommunalpolitiker:innen zeigten im Sinne eines politischen Unternehmertums großen Gestaltungswillen. Sie planten und verwirklichten MVZs in einer kommunalen Trägerschaft. Dabei stießen sie auf vielfältige Hürden wegen der begrenzten kommunalen Ressourcen, rechtlicher Unsicherheiten und bestehender Probleme, anstellungsinteressiertes ärztliches Personal zu gewinnen. Es zeigte sich, dass die lokale Gewährleistungsstaatlichkeit nicht adäquat ausgestattet ist, um die Versorgungsprobleme zu lösen. Dazu sind die verfügbaren Instrumente in ihrer Umsetzung zu komplex und zu schwach.

Ein nicht zu vernachlässigender Antrieb, die Versorgungsdefizite lokal zu bearbeiten, war, dem eigenen politischen Handeln Legitimation zu verleihen. Wenn sich die Bürgermeister:innen der Versorgungsdefizite annahmen, und die ärztliche Versorgung als Daseinsvorsorgeleistung ein Teil der lokalen Infrastrukturpolitik wurde, gewann die gesamte Infrastrukturpolitik schnell an Komplexität und Tiefe. Die lokale Versorgungsproblematik fügte sich in ein größeres Bild ein und wurde zu einem räumlichen Ausdruck des Ärztemangels – zum Landarztmangel –, dessen Ursachen vielfältig sind und für den spezifische Instrumente bereitstehen. Diese zu ergänzen oder zu ersetzen bedeutete, die Problematik mit anderen Strukturproblemen zu verknüpfen. Deren Verwirklichung war allerdings wegen der in Teilen konfliktiven infrastrukturpolitischen Gestaltungslogiken und lokalen Steuerungspräferenzen mit eigenen Interessenkonflikten verbunden. Angesichts der widerstreitenden Interessen wuchsen die lokalen Infrastrukturpolitiken punktuell zu Infrastrukturkonflikten heran, wobei deren Ausgang hochgradig kontingent war.

Innerhalb der lokalen Infrastrukturkonflikte wurde die Relevanz des letzten Fragekomplexes deutlich. Dieser lautete: Lernen die von den Versorgungsproblemen betroffenen Gruppen mit der lokalen Gewährleistungsstaatlichkeit umzugehen? Bestehen Handlungsmöglichkeiten für Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen, auf die lokale Infrastrukturpolitik Einfluss zu nehmen? Die verbundenen Thesen waren die folgenden: Die Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen fordern zwar kommunalpolitisches Engagement ein, sehen sich allerdings auch starken or-

ganisationellen Hindernissen ausgesetzt, ihre Interessen in den politischen Prozess einzuspeisen. Raumwirksame Instrumente staatlicher Gewährleistung, etwa kommunale Gesundheitskonferenzen, könnten diese Hindernisse abschwächen. Innerhalb der medialen öffentlichen Diskurse äußerten die Bürger:innen der von Versorgungsmängeln betroffenen Gemeinden ihre Sorgen und Forderungen. Diese wurden von den Lokalpolitiker:innen aufgenommen. Insbesondere zu Wahlkampfzeiten rückten die Interessen und Bedarfe besonders betroffener Menschen stärker in den Fokus der öffentlichen Diskurse. Zumindest waren die Themen der Mobilität älterer Menschen oder die Frage von Hausbesuchen bei gänzlich immobilen Patient:innen dann Teil der politischen Diskurse. Zivilgesellschaftliche Initiativen dynamisierten gelegentlich auch die lokalpolitischen Bearbeitungsprozesse, etwa wenn Unterschriften gesammelt oder Demonstrationen organisiert wurden. In den lokalen Diskursen und Arenen konnten darüber hinaus kaum eine Mitvertretung, etwa durch Patientenorganisationen, oder eine advokatorische Vertretung der schwachen Interessen analysiert werden. Die Kommunalpolitiker:innen reflektierten die Hürden derer, die besonders von den Versorgungsmängeln betroffen sind, weil sie immobil oder auf eine kontinuierliche Versorgung angewiesen sind. Ihre Chancen, sich zu organisieren und Einfluss auf den politischen Prozess zu nehmen, bewerteten die lokal engagierten Akteure als allenfalls überschaubar. Hierzu trägt auch die normierte und regelgebundene Planungsstruktur durch den Bundesgesetzgeber bei. Zusammen mit den eingeschränkten Ressourcen der Betroffenen schränkt sie die Chancen ein, die eigenen Bedarfe zu artikulieren und Forderungen zur Sprache zu bringen.

Zudem ist die Art und Weise der vorgenannten Integration von schwachen Interessen durch Mitvertretung mit den Interessen der sie vertretenden Akteure verkoppelt. Die Vertretung schwacher Interessen läuft deshalb Gefahr, in den Infrastrukturkonflikten im Vergleich zu durchsetzungsstärkeren Interessen unterzugehen. Die ihrerseits begrenzt wirkmächtigen Gesundheitskonferenzen (s. Ressourcen und Empfehlungscharakter) vermochten nicht, die Hindernisse für schwache Interessen in Richtung eines stärkeren Einflusses auf die Infrastruktur zu relativieren. Dennoch, die entstandene lokale Gewährleistungsstaatlichkeit reagierte auf die Forderungen der Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen. Sie konnte allerdings im oben genannten Sinne das Problem nur begrenzt lösen. Da das öffentliche Gut der flächendeckenden Versorgung im Sinne eines Kollektivrechts der gesamten Gemeinde oder des Planungsrechts konzeptualisiert wurde und die Politisierung vielfach erfolgreich war, gelangen die allgemeingültigen Forderungen der schwachen Interessen in den politischen Prozess. Inwiefern bereits bestehende Ausschlüsse und Ungleichheiten auf diese Weise reproduziert wurden, wäre genauer zu untersuchen. Hierbei stößt das vorliegende Untersuchungsdesign allerdings an seine Grenzen.

Demgegenüber ist der Beitrag der vorliegenden Studie evident: Die bereits bestehenden Studien zur Problemwahrnehmung, -beschreibung und -bewertung von Kommunalpolitiker:innen gegenüber der ambulanten medizinischen Versorgung werden gewinnbringend hinterfragt und ergänzt. Schließlich beleuchten die vorliegenden Fallstudien zusätzlich längsschnittartig besondere Dynamiken in diesen Bereichen. Sie liefern Erkenntnisse zu der die gesamte Akteurslandschaft betreffenden lokalen Bearbeitung der Sicherstellungsprobleme. Dabei werden die Steuerungs- und *policy-*

Präferenzen der Akteure und die Hindernisse und Gelingensbedingungen für die Stärkung der sozialen Infrastruktur deutlich. Damit ist die Studie für viele Teildiskurse anschlussfähig und insofern innovativ, als sie die gesellschaftlichen Interessen und Einflussmomente auf den lokalpolitischen Prozess einbezieht. Für diese Erkenntnisse erwies sich das methodische Vorgehen als besonders gewinnbringend. Über die Diskursnetzwerkanalyse konnten die lokalen Diskurse und Akteurskonstellationen erschlossen werden. Sie bildeten die Voraussetzung für die Auswahl der relevanten Dokumente und zu interviewenden Expert:innen der lokalen politischen Prozesse. Die Grenzen der einzelnen Analyseinstrumente konnten sich gegenseitig ergänzen und die Datentriangulation lieferte eine aussagekräftige Datenlage für die anschließende interpretative Auswertung. Für eine umfassende Erhebung der Wahrnehmungen und Bedeutungszuschreibungen der Träger:innen und Vertreter:innen schwacher Interessen sollten zukünftige Studien auf ergänzende Erhebungsinstrumente setzen, etwa über teilnehmende Beobachtungen in den öffentlichen Sitzungen der politischen Gremien.

Weiterhin ermöglichten einige konzeptionelle Fixpunkte und deren Verknüpfung die Komplexität der lokalen Infrastrukturpolitiken und damit verbundenen Konflikte hervorzuheben. Der Verweis auf die vergesellschaftende Wirkung und den politischen Charakter von Infrastrukturen, die Modi staatlicher Gewährleistung im Sinne einer organisationspolitischen Kontinuität und der kollektive Anspruchscharakter öffentlicher Güter erlaubten Folgendes: Es konnte auf die wiederholte, reflexive Reorganisation der Infrastrukturen verwiesen werden. Dass diese im vorliegenden Kontext von gesellschaftlichen Bedarfen und deren Artikulation im öffentlichen Raum ausgingen, überrascht im Sinne der gesellschaftspolitischen Akzentuierung der Sozialpolitik wenig. Weiterhin konnten die vielfältigen Modi der Gewährleistung im Bereich der Gesundheitsversorgung analysiert werden. Der lokale Staat agiert im Rahmen eines breiten und diversifizierten Arsenal an Instrumenten und Praktiken gewährleistend. Er lobbyiert bei und macht Druck auf die zuständigen KVen, berät interessierte Ärzt:innen und unterbreitet ihnen finanzielle Anreize, er investiert in mobile Versorgungskonzepte und Immobilien. Er schafft neue – wenn auch mit freiwilligen Aufgaben versehene – Strukturen, wie Personalstellen zur Arztakquise und Versorgungscoordination und tritt letztlich punktuell auffangend in die Gewährleistung der lokalen Versorgung ein, wenn er kommunal getragene MVZs einrichtet und Ärzt:innen anstellt.

Letztlich liefert die Studie anschlussfähige Erkenntnisse für die Operationsweise der gemeinsamen Selbstverwaltung im Kontext der sich zuspitzenden Versorgungskrise. Die vorangestellten staats-theoretischen Überlegungen, insbesondere die heteronomen, dezentralisierten und dynamischen Charakteristika des Staates als Prozess, erwiesen sich als für die vorliegende Studie anschlussfähig. Der Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen wurde auf lokaler Ebene wegen der zivilgesellschaftlichen Forderungen aktiv. Er reagierte auf die öffentliche Problematisierung der Versorgungsdefizite und die damit verbundenen Forderungen nach lokalstaatlichem Engagement. Die nicht-funktionale Einbettung der Patientenvertretung in die gemeinsame Selbstverwaltung erlaubte es dem dezentral angelegten Gewährleistungsstaat zwar, sich wenig bis gar nicht auf die relational schwachen Interessen einlassen zu müssen. Allerdings sah sich eine andere Dimension des Staates angesichts der Versorgungskrise unter Druck. Die Dynamiken der ständigen Rekonfiguration von Staatlichkeit zeigten sich im vorliegen-

den Kontext vor allem in den lokalen öffentlichen Diskursen. Das post-weberianische Verständnis von Staatlichkeit erlaubte, die kommunalen Diskurse als Räume zu analysieren, in denen über Staatlichkeit verhandelt wird und diese praktiziert wird. In Kombination mit der Disaggregation des Staates, konnte eine gesundheitspolitische »Black Box« geöffnet werden. In der Regel bleiben die Kommune und ihre politischen Prozesse unterbelichtet. Die ungleiche resourcielle und kompetenzielle Ausstattung der Kommunen als kommunaler Staat und der KVen als mittelbare Staatsverwaltung erlaubte darzustellen, wie unterschiedlich diese staatlichen Repräsentant:innen in Dienst genommen werden konnten, beziehungsweise wie wenig sie sich vor den gesellschaftlichen Ansprüchen schützen konnten.

Diese Erkenntnis leitet zu den die Studie abschließenden politischen, gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Implikationen über. Auf politischer Ebene sollten sich die notwendigen strukturellen Reformen, die für eine Stärkung der flächendeckenden Versorgungsinfrastruktur nötig sind, aufgedrängt haben. Das vielfältig problemgeplagte Gesundheitswesen lässt dahingehende Strukturreformen aktuell unwahrscheinlich erscheinen. Selbst der Bundesgesundheitsminister argumentierte jüngst für die Mengensteuerung durch die Länder als Lösung der Fehlverteilung der Ärzt:innen in der Fläche. Angesichts dieser Lage sollten zumindest die rechtlichen Hindernisse für die Kommunen, etwa im Bereich der MVZ-Gründung, geklärt werden und die finanzielle Ressourcenausstattung betroffener Kommunen überdacht werden. Immerhin birgt die Problematik, trotz der im Vergleich zur Bundes- und Landespolitik geringeren parteipolitisch profilierten Infrastrukturkonflikte, das Potenzial zu spalten und populistisch vereinnahmt zu werden. Der räumlich ungleiche Zugang zu den Versorgungseinrichtungen wird sich tendenziell und vor allem ohne politische Intervention eher verstärken. Da sich die Adressierung der politischen Akteure im Sinne der Politisierung oft als erfolgreich erwiesen hat, ist zu überdenken, wie die zuständigen Adressat:innen und gesundheitspolitisch gewichtigen Politiker:innen angesprochen werden können. Dafür bedarf es gesundheitspolitischen Wissens in der Zivilgesellschaft, etwa durch dahingehende politische Bildungsarbeit. In diesem Rahmen könnten die Debattenvorschläge zu einer gemeinwohlorientierten Infrastrukturgestaltung präsentiert und diskutiert werden. Diese Überlegung leitet zu den wissenschaftlichen Desideraten über. Es ist überaus begrüßenswert, dass den Kommunen, Städten und Quartieren eine größere Aufmerksamkeit in der Wohlfahrtsstaatsforschung zukommt. Dies sollte kritisch weitergetrieben werden. Die vorliegenden Studien und die Entwicklungen im Feld verweisen auf größeren Datenbedarf in den folgenden Bereichen: Wenige Erkenntnisse liegen zu den Rückwirkungen der Klinikprivatisierungen und -schließungen auf von ambulanten Versorgungsmängeln betroffene Kommunen und deren Handlungsspielräume vor. Es gilt, die Wechselwirkungen des Landarztmangels mit der Krise der Pflegeinfrastruktur zu analysieren. Schließlich begründet der wachsende Anteil an angestellten ambulant tätigen Ärzt:innen einen Bedarf an Daten zu deren Einstellungen, ihrem Selbst- und Professionsverständnis sowie ihren Einkommensverhältnissen. Insbesondere angesichts der relevanter werdenden öffentlich getragenen MVZs stellt sich die zentrale Frage nach der staatlichen Fähigkeit, solche zukünftigen Entwicklungen in aktuelles Handeln zu integrieren.

Das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Studie war es, die Herausforderung der wohlfahrtstaatlich-korporatistischen Gewährleistung einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung zu analysieren. Der Gewährleistungsstaat im Gesundheitswesen erweist sich insbesondere auf der lokalen Ebene als dysfunktional, die sich zuspitzen- den Versorgungsprobleme zu lösen. Die vorliegenden empirischen Daten vermitteln den Eindruck, dass sich das partielle Scheitern des Gewährleistungsstaates trotz allem lokal-politischen Engagements ohne eine substanzielle politische Intervention reproduzieren wird. Für eine Stärkung der landärztlichen Versorgung sind sowohl die Instrumente der zuständigen KVen als auch die den resourciell begrenzt handlungsfähigen Kommunen verfügbaren Instrumente zu schwach und in ihrer Umsetzung zu voraussetzungs-voll.

