

Die voraussetzungsvolle lokale Bekämpfung des ›Landarztmangels‹

Andrea Futterer

1 Wenn der Arzt nicht mehr kommt

In immer mehr strukturell benachteiligten, vor allem ländlich geprägten Regionen gelingt es nicht, freierwerdende Arztpraxen mit Nachfolger:innen zu besetzen. Praxis-schließungen verunsichern die lokale Wohnbevölkerung und bringen die Problematik auf die Agenda der Lokalpolitiker:innen, insbesondere der Bürgermeister:innen. Der Modus einer schleichenden Politisierung bestimmt die Handlungsmöglichkeiten der betroffenen Kommunen in mehrfacher Hinsicht. Die Gemeinden und Landkreise erweisen sich im Rahmen eigens erhobener Analysen und eingerichteter Austausch- und Kooperationsforen als ›ansprechbar‹. Ob und inwiefern es zu lokalstaatlichem Handeln kommt, hängt jedoch von den sich engagierenden Akteuren, dem vorhandenen Sachverstand und nicht zuletzt den finanziellen Spielräumen der Kommunen ab. Und selbst wenn in diesen Bereichen Ressourcen aktiviert werden, sind lokale Initiativen zur Versorgungssicherung nicht ohne Weiteres von Erfolg gekrönt. Vielmehr erweist sich das Gros der zur Verfügung stehenden Instrumente und der flankierenden Maßnahmen allenfalls als partiell wirksam.

Ziel des vorliegenden Beitrags ist es, die lokalstaatliche Responsivität im Zuge des öffentlich problematisierten ›Landarztmangels‹ zu begreifen. Dazu gehört auch, die Erfolgsbedingungen und Gründe für das Scheitern lokaler Initiativen aufzuzeigen. Der Beitrag geht in diesem Sinne der folgenden Frage nach: Wie gehen Kommunen mit der ihnen zugetragenen Gewährleistungsverantwortung um? Sind Schritte in Richtung einer kommunalen Bekämpfung des ›Landarztmangels‹ erkennbar? Traditionell haben schließlich weder Gemeinden noch Landkreise eigene Kompetenzen in der politischen Organisation der vertragsärztlichen Versorgung. Vielmehr legt der Bundesgesetzgeber die Rahmenbedingungen fest, die von den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung im Anschluss auf Bundes- und Landesebene konkretisiert werden. Die Kommunen zählen in diesem Sinne nicht zum klassischen gewährleistungsstaatlichen Arrangement.

Gleichwohl schaffen die Gesundheitsreformen der vergangenen 15 Jahre Anreize und Möglichkeiten für Kommunen, sich an der Bearbeitung lokaler Versorgungsprobleme zu beteiligen. Der Gesetzgeber reagiert in diesem Sinne auf die Problematisierung der wachsenden räumlichen Disparitäten in der Versorgung. Doch die Regulierungsbemühungen verfehlen ihr Ziel. Denn – so lautet die Leitthese des Beitrags – wenn der lokale Staat einmal aktiviert ist, erweist es sich als hochgradig kontingent, ob und inwiefern Lösungen gefunden werden. Grundsätzlich erweisen sich auch die neuen kommunalen Instrumente als zu schwach und in der Umsetzung als zu voraussetzungsvoll, um die Versorgungsprobleme in der Fläche zu lösen. Die Grenzen der Instrumente und des dahinterstehenden Regulierungspfads werden von den lokalstaatlichen Akteuren – den Bürgermeister:innen, Landrät:innen, Gemeinde- und Kreistagsabgeordneten und der Kommunalverwaltung – reflektiert, insbesondere vor dem Hintergrund eines wachsenden interkommunalen Wettbewerbs.

Nichtsdestotrotz ergreifen Kommunen neben den gegebenen gesetzgeberischen Instrumenten flankierende Maßnahmen zur Linderung der Sicherstellungsprobleme. Sie vermitteln interessierten Ärzt:innen Kitaplätze und stellen günstige Grundstücke bereit. Sie organisieren Patiententransporte, schalten Werbeanzeigen und loben kommunale Stipendien für interessierte Studierende aus. Sie gründen Arbeitsgruppen, eignen sich versorgungsrelevantes Wissen an und vernetzen sich mit den traditionell zuständigen Akteuren. Doch auch diese rege kommunalpolitische Aktivität vermag die Versorgungslagen in den betreffenden Regionen allenfalls zeitweise zu stabilisieren. Häufig gelingt es den Initiativen nicht, Ärzt:innen zu gewinnen. Im Laufe der Bearbeitungsprozesse reflektieren die Kommunen die Grenzen ihrer Zuständigkeiten; mitunter wehren sie die zugetragene Gewährleistungsverantwortung ab.

Im Folgenden leiten einige konzeptionelle Überlegungen zu einer Systematisierung der kommunalen Instrumente und der Modi lokalstaatlicher Gewährleistung über (Kapitel 2). Anschließend werden die empirischen Erfolgsbedingungen und die Gründe für das Scheitern der kommunalen Initiativen herausgearbeitet (Kapitel 3) und diskutiert (Kapitel 4). Der Beitrag endet mit einem Fazit, das die Erkenntnisse zusammenfasst und mit dem korporatistischen Entwicklungspfad in Verbindung setzt (Kapitel 5).

2 Kein adäquates Rezept gegen den Ärztemangel?

Die Qualität von medizinischen Leistungen und der Umfang des Leistungskatalogs ambulant zu erbringender medizinischer Leistungen werden im Feld der Gesundheitspolitik ausgehandelt. Dabei bestimmen bundespolitische Akteure die gesetzlichen Rahmenbedingungen des GKV-Systems und damit auch des ambu-

lanten Sektors. Die parteipolitische Willensbildung ist für die Ausrichtung der Gesundheitspolitik relevant. Das Bundesgesundheitsministerium agiert federführend in der Ausarbeitung der Reformen, die im wichtigsten Regelwerk, dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V), kodifiziert werden. Neben der Qualität und dem Umfang von Leistungen werden hier auch die Beziehungen zwischen den Akteuren der gemeinsamen Selbstverwaltung bestimmt. Auch die Bestimmungen zur konkretisierenden Normsetzung im Gemeinsamen Bundesausschuss und den Selbstverwaltungsgremien sind hier zu finden. Die genannten bundespolitischen Akteure und die gemeinsame Selbstverwaltung auf Landesebene bestehend aus den Länder-KVen und den Verbänden der Krankenkassen fungieren als tradierte oder klassische Gewährleistungsakteure. Die Bundesländer spielen für die Organisation der ambulanten medizinischen Versorgung nur insofern eine Rolle, als die Universitäten die medizinische Ausbildung organisieren. Den Kommunen kommt im gewährleistungsstaatlichen Arrangement traditionell keine Rolle zu. Vor diesem Hintergrund gelten Kommunen im vorliegenden Beitrag als untypische oder neue Gewährleistungsakteure.

Das skizzierte Ungleichgewicht in der Kompetenzverteilung besteht grundsätzlich fort. Allerdings zielen das Versorgungsstrukturgesetz von 2012 und das Versorgungsstärkungsgesetz von 2015 darauf, die Unterversorgung abzuwenden und kommunales Handeln zu ermöglichen oder zumindest anzureizen (vgl. Gerlinger 2021). Die relevante Regulierung folgt der Erkenntnis, dass die »generell-abstrakte Betrachtungsweise« (Knieps et al. 2012: 14) der Steuerung durch Rechtsetzung und Selbstverwaltung in strukturschwachen, ländlichen Regionen an ihre Grenzen stößt. Diese Deutung des bundespolitischen Vorgehens ist in ihrer Tragweite nicht zu vernachlässigen. Schließlich gilt die Gesundheitspolitik trotz punktueller Einigkeit – wie das parteiübergreifende, auf den ambulanten Sektor bezogene Problembewusstsein¹ im Ampelkoalitionsvertrag verdeutlicht – als ein stark umkämpftes Politikfeld (vgl. Bandelow et al. 2012). Unter den Bedingungen des regulierten Wettbewerbs seit den 1990er Jahren ringen zunehmend mehr Akteure um Einfluss auf das Gesundheitswesen. Dabei ist der bundespolitische Umgang mit Fehlentwicklungen in hohem Maße expertokratisch geprägt. Das zeigen die einflussreichen Schriften des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Der Rat ist damit beauftragt, Analysen zur gezielten Weiterentwicklung des Gesundheitswesens zu erstellen. Angesichts

1 Wenngleich die Umsetzung der Zielsetzungen unsicher erscheint, unterstreichen diese eine Aufmerksamkeit für die Fehlentwicklungen im ambulanten Sektor: Die Reformschritte reichen von Niederlassungs- und Anstellungsanreizen über erweiterte Spielräume für neue Betriebsformen und veränderte Vergütungsstrukturen bis hin zu mehr Wettbewerb und eine Flexibilisierung der öffentlichen und koproduktiven Gewährleistung (vgl. SPD/Bündnis 90/Die Grünen/FDP 2021: 84–85).

der anwachsenden Zahl an Mediziner:innen deuten die Wissenschaftler:innen lokale Versorgungsmängel als Folge einer »Fehlverteilung« (SVR-G 2014: 350) der Ärzt:innenschaft in der Fläche (jüngst vgl. NDR 2023).

Auch allgemeinpolitische Diskurse setzen sich mit den Problemen einer adäquaten Versorgung auseinander. Im Beschluss der 2018 eingesetzten Bundesenquete Kommission »Gleichwertige Lebensverhältnisse« ist die unsichere Zukunft der ländlichen Gesundheitsversorgung ein Thema. Die Verfasser:innen fordern ein weitreichenderes Engagement der Länder-KVen (vgl. BMI 2019: 102–104). In einem Gutachten des Bundesaktionsprogramms »Modellvorhaben der Raumordnung« empfehlen die Autor:innen den betroffenen Kommunen hingegen, ihre Handlungsspielräume zu erfassen und sie »zu motivieren, sich aktiv in die Sicherung der Versorgung einzubringen« (BMVI 2015: 68). Es entsteht das Bild eines interventionsfähigen Kommunalstaats, der Beratungs- und räumliche Steuerungsleistungen für lokale Initiativen erbringen kann.

Diverse Expert:innen des GKV-Systems interpretieren die jüngere bundespolitische Bearbeitung der Versorgungsprobleme ambivalent: Einerseits halten sie an der Genese »neuer Versorgungskonzepte« (Knieps et al. 2012: 16ff) fest. Der Rechtswissenschaftler Martin Burgi (vgl. 2013) geht gar von einer Regionalisierung einiger Steuerungselemente aus. Andererseits räumt er ein, dass der Gesetzgeber zwar eine kommunale Rolle in der Versorgungssicherung vorsieht, die Gebietskörperschaften jedoch nicht in angemessener Weise an der Beantwortung struktureller Versorgungsfragen beteiligt. Im Sinne dieser (Reform-)Debatten und vor dem Hintergrund der Typologisierung steht den klassischen und neuen Gewährleistungsakteuren ein komplexer Mix an Steuerungselementen zur Verfügung, um die ambulante medizinische Versorgung in der Fläche zu gewährleisten: Zu den *klassischen Gewährleistungsakteuren* zählt neben dem Bundesgesetzgeber das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Gesetzgeber hat den G-BA in der Vergangenheit wiederholt zur Überarbeitung der Bedarfsplanungsrichtlinie angewiesen. In der Folge wurden einige Möglichkeiten zur lokalen Abweichung von den bundesweiten Verhältniszahlen geschaffen und die Instrumente erweitert. Besonders relevant erscheinen die in der hausärztlichen Versorgung eingeführten neuen, feingliederigeren Planungsbereiche. Weiterhin erhielten die Länder Mitberatungsrechte im G-BA (§ 92 Abs. 7e SGB V), das Recht zur Einrichtung eines Landesgremiums zur sektorenübergreifenden Versorgung mit Empfehlungscharakter (§ 90a SGB V), und die Landesbehörden erhielten das Recht, die Beschlüsse des jeweiligen Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu beanstanden (§ 90 Abs. 6 SGB V).

Die körperschaftlich organisierte Vertragsärzteschaft ist nach wie vor der zentrale Gewährleistungsakteur, insbesondere wegen des Sicherstellungsauftrags (§ 72 SGB V). Er verpflichtet die Länder-KVen auf die Gewährleistung einer »ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung«, zu deren Umsetzung

diese diverse Instrumente verfügen. Eines der stärkeren regulativen Instrumente geht auf die Gründung der Bedarfsplanung zurück. Sie wurde in den 1990er Jahren eingeführt, um der sogenannten ›Ärztenschwemme‹ entgegenzuwirken. Noch immer besteht die zentrale Logik des Instruments darin, Planungsbereiche bei einer Überschreitung eines als regelhaft angesetzten Arzt-Patienten-Verhältnisses für weitere Zulassungen zu sperren. Ist ein Planungsbereich hingegen für Zulassungen geöffnet, können Maßnahmen zur Unterstützung von Niederlassungen ergriffen werden. Entsprechende Maßnahmen spielen vor allem dann eine Rolle, wenn bereits eine oder aber wenige Sitzabgaben die regelhafte Versorgung beeinträchtigen. Zu den erwünschten, gesetzlich vereinfachten Niederlassungsanreizen zählen die bevorzugte Behandlung von Ärzt:innen, die sich in schlechter versorgten Gebieten niederlassen sowie finanzielle Anreize und Abweichungen von bundesweit geltenden Honorarvereinbarungen in diesen Gebieten. Der geringeren Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen in dünn besiedelten Gebieten sollen beispielsweise Umsatzgarantien Rechnung tragen. Die Maßnahmen können flexibel und ungebunden über einen Strukturfonds² (§ 105 Abs. 1a SGBV) finanziert werden. Die Mittel werden insbesondere für Zuschüsse zu (Zweig-)Praxisgründungen und deren Ausstattung aufgebracht, dienen der Vergütung von Sicherstellungszuschlägen, der Förderung der Nachwuchsausbildung und der Vergabe von Stipendien. Zur verbreiteten Niederlassungsförderung der KVen zählen überdies ›neue‹ Betriebs- und Organisationsformen wie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und deren Filialpraxen oder die Förderung und modellhafte Erprobung von mobilen Versorgungskonzepten sowie die Telemedizin oder Delegationsmodelle. Letztere zielen darauf unterschiedliche Aufgaben an nicht-ärztliches Personal zu delegieren, um für eine Entlastung des ärztlichen Arbeitszeitvolumens zu sorgen.

Wird eine Unterversorgung eines Planungsbereiches festgestellt, werden bedarfsplanerische Maßnahmen verpflichtend wirksam. Auch Krankenhäuser und deren Ärzt:innen können zur ambulanten Leistungserbringung ermächtigt werden. Kommt es sechs Monate nach einer festgestellten Unterversorgung nicht zu einer regelhaften Versorgung, sind die Länder-KVen überdies dazu verpflichtet, sogenannte Eigeneinrichtungen zu betreiben (§105 Abs. 1c S. 3 SGB V). Sie sind zur übergangsweisen Versorgung gedacht, und ihre Finanzierung ist im Rahmen der Strukturfondsmittel aufzubringen.

Den gesetzlichen Bestimmungen stehen wachsende regionale Sicherstellungsprobleme gegenüber. Entsprechend der genannten Kompetenzen springen Kommunen ohne sozialrechtliche Kompetenzen in das entstandene Vakuum.

2 Der Strukturfonds zielt durch den Ausbau von Vergütungsanreizen darauf, die Versorgungssituation in bedürftigen Regionen zu verbessern. Die Mittel werden von den Leistungserbringern und Kostenträgern paritätisch aufgebracht und betragen bis zu 0,1 Prozent der jeweiligen Gesamtvergütung.

Obwohl die ärztliche Versorgung nicht zu den klassischen Aufgaben der Kommunen gezählt wird, verknüpfen unterschiedliche Akteure sie mit dem Konzept der Daseinsvorsorge. Dieses bezieht sich auf kommunale Leistungen, die in ihrer Erbringung umkämpft sind und mitunter kooperativ erfüllt werden. Die kommunale Adressierung geht mit der Frage einher, welche Faktoren eine öffentliche Aufgabenwahrnehmung bewirken. Schließlich muss eine Gemeinde über die finanziellen Mittel verfügen, eine Werbekampagne zu schalten, oder sich den Sachverstand aneignen, dessen es zum Betrieb eines kommunalen MVZ bedarf. Kommunalwahlen können Politiker:innen spezifische Lösungskonzepte abringen, aber auch die Überzeugungen und Intentionen lokaler Akteure beeinflussen, ob lokalstaatlich interveniert wird oder Forderungen abgewehrt werden.

Doch zurück zu den *neuen kommunalen Instrumenten* und flankierenden Initiativen. Vier Bereiche kommunaler Gewährleistung gilt es zu untersuchen: Das SGB V regelt, wann die gemeinsame Selbstverwaltung Sicherstellungsmaßnahmen ergreift. Dabei können Kommunen *erstens* die Erfüllung dieser Aufgaben bei den KVen einfordern, indem sie für eine engagierte Niederlassungsförderung lobbyieren. Sie können bei wachsendem Handlungsdruck, spätestens jedoch im Falle einer Unterversorgung, zu stärkeren Mitteln greifen, indem sie öffentlichen Druck auf die KVen ausüben. Schließlich weist das SGB V die KVen zu umfassenden Maßnahmen unterhalb einer Niederlassung an.

Zweitens können Kommunen als Trägerinnen von Krankenhäusern auf die ambulante Versorgung einwirken. Es ist ihnen möglich die Aus- und Weiterbildung durch entsprechende Verbände oder MVZs an den Kliniken zu fördern. MVZs wurden 2004 vom Gesetzgeber eingeführt, um die Kooperation im niedergelassenen Bereich zu fördern und die Versorgung stärker »aus einer Hand« anzubieten. Damit ein MVZ an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen kann, ist eine Zulassung erforderlich, die vom Zulassungsausschuss erteilt wird. Darüber hinaus bedarf es eines Gesellschaftsvertrags, der Benennung einer ärztlichen oder psychotherapeutischen Leitung und der Übernahme einer Bürgschaft seitens der Gründer:innen für etwaige Forderungen der KV. Aus Patientensicht ähneln MVZ einer Praxisgemeinschaft. Historisch weist das Konzept Ähnlichkeiten mit den Polikliniken der ehemaligen DDR auf. Nachdem die Gründung von MVZs anfangs zahlreichen Organisationsformen offenstand, beschloss der Gesetzgeber 2012, den Betreiberkreis auf Ärzt:innen, Krankenhäuser und Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen zu beschränken.

Der MVZ-Gründerkreis wird 2015 spezifiziert. Seither können *drittens* die Kommunen als Trägerinnen von MVZ in die ambulante Versorgung eintreten. Auch arztgruppengleiche MVZ sind möglich – ein Umstand, der rein hausärztliche MVZ ermöglicht. Aktuell existieren bundesweit nur knapp 30 kommunal getragene MVZ. Die geringe Zahl hat mehrere Gründe, die von den finanziellen Belastungen für Räumlichkeiten, Personal und technische Ausstattung bis zur begrenzten wirt-

schaftlichen Attraktivität in strukturschwachen Regionen reicht. Gerade hier gilt es als nicht gesichert, dass die Nachfrage an Leistungen seitens der Patient:innen für die Kosten auskömmlich ist, eine entsprechende Einrichtung also schwarze Zahlen schreibt. Letztlich tragen auch rechtliche Unsicherheiten zur Zurückhaltung der Kommunen bei.

Viertens können Kommunen flankierende Niederlassungsanreize schaffen, etwa Darlehen, kommunale Stipendien oder Werbemaßnahmen. Auch die Vermittlung eines Arbeitsplatzes für Lebenspartner:innen oder eines Kitaplatzes für die Kinder der Ärzt:innen zählen hierzu. Weiterhin bieten Bürgermeister:innen vergünstigt Grundstücke an oder weisen neues Bauland aus. Sie stellen Praxisräumlichkeiten zur Verfügung und bauen oder modernisieren Gebäude.

3 Kommunale Bearbeitungspfade zur Versorgungssicherung

Die sechs untersuchten Landkreise waren alle mit erheblichen Schwierigkeiten bei der Versorgungsstabilisierung konfrontiert. Sie stießen innerhalb der Bearbeitungspfade auf vielfältige Hindernisse. Diese erweisen sich oft als schwerwiegend, obgleich es – quasi im Verborgenen – mobilisierbare ›Reserven‹ im System gab, etwa eine zeitweise Erhöhung der ärztlichen Arbeitszeit oder überaus engagierte Einzelakteure. Ungeachtet aller Anstrengungen blieben die Erfolge überschaubar.

3.1 Erfolgsbedingungen für eine Versorgungsstabilisierung

Kommunen engagieren sich zunächst in der Sicherung ihrer örtlichen Versorgungsstrukturen. Sie gehen davon aus, dass kleinere finanzielle Investitionen zügig zur Neuansiedlungen von Ärzt:innen führen. Weil die Neuigkeit einer vakanten Praxis früh ins Rathaus gelangt, gehen Bürgermeister:innen häufig rasch auf die lokale Ärzt:innenschaft zu und versuchen Kontakt zur KV aufzunehmen, um sich einen Überblick über die Lage zu verschaffen. Bestehen bereits Beziehungen zwischen der KV und der Region, kann mit vergleichsweise wenig Aufwand an bestehende Informationskanäle angeknüpft werden (vgl. Interview EKBP IV).

Vorstöße, die finanziell aufwendiger sind oder über die lokale Vernetzung hinausreichen, machen es oft erforderlich, sich weitergehendes, versorgungsrelevantes Wissen anzueignen. Im Großteil der untersuchten Kreisregionen wird der fehlende kommunale Sachverstand durch die KVen nur unzureichend behoben. Versorgungsrelevante Informationen zu den praktizierenden Ärzt:innen werden nicht weitergegeben und Nachfragen zu spezifischen Versorgungsformen wiederholt nicht beantwortet (vgl. Interview LKL V). Die Kommunikationskanäle geraten immer wieder ins Stocken, in Teilen sind sie gar nicht beispielbar. In der Folge engagieren Kommunen Forschungs-, Beratungs- und Projektentwicklungsakteure,

die für sie die Bedarfe erheben und diese in den Gemeinde- und Kreisräten sowie gegenüber den Bürger:innen vorstellen.

Unter Umständen gelingt es einer Gemeinde, ein eingerichtetes Gesundheitszentrum mit Ärzt:innen zu besetzen, oder es lassen sich Mediziner:innen in neugebauten oder grundsanierten Ärztehäusern im ländlichen Raum nieder. Die Erfolgchancen für eine Niederlassung steigen, wenn die entstandenen Anreiz- und Werbemaßnahmen über die Gemeinden hinweg Aufmerksamkeit erlangen. Im Altmarkkreis Salzwedel konnte ein solches Gesundheitszentrum Ärzt:innen zur Niederlassung gewinnen. Doch in der Region ist das Zentrum nicht besonders gut angesehen, wie der Kommentar einer Bürgermeisterin aus der Region unterstreicht. Die betreffende Medizinerin praktiziere nur tageweise, und konzentrierte sich ansonsten auf die Bedarfe an anderer Stelle.

»Es gibt keine größere Geldverschwendung, als irgendwo ein Haus hinzubauen, für das man keine Verwendung hat. [...] Eins Komma schieß mich tot Millionen.«
(Interview AKSW V)

Entsprechende Anstrengungen sind mit umfangreichen kommunalen Ressourcenaufwendungen verbunden, insbesondere wenn die Kommune als Trägerin einer solchen Einrichtung auftritt, sich also mit organisationalen und rechtlichen Fragen auseinandersetzen muss. In der Regel gilt eine kommunale Trägerschaft als ein weitreichendes und komplexes und deshalb eher unwahrscheinliches Unterfangen: Kommunal getragene MVZ werden in den untersuchten Regionen vereinzelt diskutiert, selten jedoch auch wirklich umgesetzt. Ein Bürgermeister aus dem Landkreis Ansbach plant aktuell ein kommunal getragenes MVZ. Er ist überzeugt, dass er nur so dem Anspruch des Nachwuchses nach weniger Bürokratie und persönlichem Risiko entgegenkommen kann. Die in der Region praktizierenden Ärzt:innen hätten sich verschlossen gegenüber einem ärztlich getragenen MVZ gezeigt, weshalb er nun der Gemeinde das Konstrukt »ans Bein binde« (ebd.). Verhalten optimistisch resümiert er: »Wir glauben, wenn wir es richtig machen, wird es eine wirtschaftliche Nullnummer.« (Interview LAK V)

Damit ist ein zentraler Punkt genannt, über den sich die Kommunen und die KVen oft einig sind: Die finanziellen Risiken eines kommunalen MVZ im ländlichen Raum stellen, ähnlich wie eine KV-Eigeneinrichtung, eine Belastung für den Träger dar. Die aufzuwendenden Mittel fehlen an anderer Stelle und eine auskömmliche Inanspruchnahme in dünn besiedelten Gebieten scheint nicht gesichert. Kommunale Akteure stehen wegen der Finanzierung und der unsicheren Erfolgsaussichten einer Trägerschaft skeptisch gegenüber. Letztlich stellt auch eine öffentliche Einrichtung nicht sicher, dass niederlassungs- oder anstellungswillige Mediziner:innen gefunden werden. Diese Erkenntnis erlangen einige Kommunen selbst, andere beobachten vergleichbare Projekte und verwerfen ihre Pläne mit der Zeit wieder

(vgl. Interview EKBP III). Wenn Kommunen in die Leistungserbringung einsteigen, beauftragen sie Beratungsunternehmen für die Konzeption und die Geschäftsleitungen der Einrichtungen. Entsprechende Kooperationen bestehen im hessischen Vogelsbergkreis. Ein Bürgermeister aus dem Kreisgebiet begründet das Vorgehen wie folgt:

»Die Kommunen haben keinen eigenen Sachverstand. Punkt. Ende. Aus. Weder der Landkreis noch die Verbandsgemeinde, wir müssen uns den einkaufen.« (Interview EKBP III)

Die flankierenden kommunalen Anstrengungen ähneln denen, die die KVen zur Niederlassungsförderung ergreifen können. Gelder für Praxisgründungen und Stipendienprogramme werden in allen Fallregionen kommunal ausgelobt, auch wenn vergleichbare Strukturen seitens der KVen bereits bestehen. Teilweise werden Förderprogramme auf Gemeindeebene diskutiert, obwohl Kreisstipendien zu keinen oder nur zu wenigen Niederlassungen vor Ort führen (vgl. Interview LKL VII). Die unterschiedlichen Akteure hinterfragen die Wirkmächtigkeit der sich ähnelnden ›alten‹ und ›neuen‹ Instrumente. Einem kommunalpolitisch aktiven niedergelassenen Arzt aus dem Altmarkkreis Salzwedel zufolge können weder die dezentrale Wirkung des Strukturfonds noch die Effekte kommunaler Initiativen seitens der Akteure wirklich bewertet werden (vgl. Interview AKSW IV). Und auch diverse Bürgermeister:innen, Kommunalpolitiker:innen und Kreismitarbeitende betonen eher kritisch, die Förderpraxis der KVen stelle sich intransparent dar (u.a. vgl. Interview LKL III, VII, PM IV), sodass nicht ersichtlich sei, ob sich tatsächlich Effekte in schlechter versorgten Regionen einstellten.

Die implizite Kritik an den KVen wird unter anderem daran festgemacht, dass die Voraussetzungen zur Abrufung von Fördermitteln undurchsichtig sind. Eine Mitarbeiterin eines Kreisgesundheitsamtes erinnert sich, dass wegen der voraussetzungsvollen und unsicheren Förderpraxis interessierte Ärzt:innen von einer Niederlassung im Kreisgebiet absahen (vgl. Interview LKL VII). Die KVen und ihre Repräsentant:innen hingegen bewerten ›ihre‹ Förder- und Niederlassungspraxis überwiegend positiv. Vor allem die Flexibilisierungen und Finanzierungshilfen im Bereich der Organisations- und Betriebsformen würden adäquate Antworten auf den Anspruchswandel des Nachwuchses geben.

Wengleich es in der Tat schwierig zu bewerten ist, welche Maßnahme und welcher Akteur Erfolge verspricht, so gelingen immer wieder Nachbesetzungen, in deren Zusammenhang auf die Förderpraxis der KVen verwiesen wird. In den Interviews werden auf Nachfrage selten spezifische lokale Projekte seitens der KV-Repräsentant:innen genannt. Selbst wenn die Maßnahmen also Effekte erzielen, irritiert doch die Leerstelle der Wirkungsdetails. Schließlich böte eine erfolgreiche Niederlassungspraxis den KVen eine nicht zu vernachlässigende Legitimationsgrundlage.

Die Instrumente und die Bilanz der traditionellen Niederlassungspraxis geben den Kommunen durchaus Grund zu der Annahme, bei Bedarf Erfolge durch Kooperationen mit den KVen erwirken zu können. Wenn die entsprechenden Kontaktaufnahmen beantwortet werden, erfolgen etwaige Niederlassungen wenig öffentlichkeitswirksam. Dann allerdings, wenn Kooperationsbemühungen scheitern und Kommunen öffentlich Druck auf die KVen ausüben, beispielsweise wenn sie eine Neuzulassung einfordern, wirkt sich das auf die Beziehungen zwischen den Akteuren aus. Ein Kreisrepräsentant erinnert sich,

»das gute Miteinander endet und dann hat man das Gefühl, man weiß gar nicht, warum ist denn jetzt plötzlich so ein starker Sand im Getriebe, wenn der Zulassungsausschuss über irgendeine Stelle [...] entscheiden soll.« (Interview EKBP III)

Entsprechende öffentliche Kampagnen führen mitunter zum Einlenken der KVen, also zur Zulassung von Kandidat:innen, die in der Folge kommunaler Aktivitäten akquiriert wurden. Ein Journalist der Altmark Zeitung lobt, wie eine Praxis im Kreisgebiet wieder besetzt werden konnte:

»Ein Bürgermeister, der gemeinsam mit einem renommierten Mediziner aus dem Ort alle Hebel in Bewegung setzt und die Kassenärztliche Vereinigung davon überzeugt, dass diese ärztliche Versorgung in Dähre unverzichtbar ist. Und beide erreichen auch tatsächlich etwas. Das verdient Anerkennung und vor allem auch Unterstützung.« (Altmarkzeitung 16.05.2014)

Zudem wird von einigen kommunalen Akteuren auf gute Erfahrungen mit lokal verankerten Regionalvertretern der KVen verwiesen. Diese konnten in Gesprächen mit der Ärzteschaft erreichen, dass ehemalige Praktizierende wieder stunden- oder tageweise in die Versorgung zurückkamen, um Engpässe abzumildern (vgl. Altmark Zeitung 21.10.2010).

Eine möglicherweise überraschende, versorgungsrelevante Verbindung besteht zwischen der lokalen Ärzteschaft und der Kommunalpolitik. Über den Praxisalltag hinaus engagieren sich Ärzt:innen in einigen der untersuchten Landkreise in der Lokalpolitik. Wenn versorgungsrelevante Themen in den Gemeinde- oder Kreistagen diskutiert werden, vermitteln sie zwischen den Welten der Leistungserbringung und der Politik. Für Initiativen im Bereich der Aus- und Weiterbildung kann dies gewinnbringend sein. Ziel von Aus- und Weiterbildungsverbänden ist es, Klüffeffekte zu nutzen und Vorurteile oder Ängste gegenüber einer Niederlassung auf dem Land abzubauen. Dazu kooperieren Kommunen mit Akteuren der Regional- oder Wirtschaftsförderung, um an Schulen und Universitäten, auf Messen, in Zeitungen und online für die Region zu werben (vgl. Interview LKL IV). Oder sie arbeiten direkt mit Hochschulen und auszubildenden Klinken zusammen und organi-

sieren für angehende Absolvent:innen Ausflüge in die Region, um einen Einblick in die Landarztpraxen zu gewähren. Entsprechende Kooperationen bestehen in beinahe allen Kreisregionen. Gleichwohl erschweren vielerorts persönliche Verwerfungen die Zusammenarbeit zwischen den Kliniken und KVen, insbesondere bei der Etablierung von Weiterbildungsverbänden (vgl. Interview LKA I, II, AKSW IV).

Auch Stipendienprogramme zählen zu den Maßnahmen, um Ärzt:innen möglichst früh für die Region zu gewinnen. Sie existieren in unterschiedlichen Formen und verpflichten in der Regel die Stipendiat:innen im Gegenzug zu deren finanzieller Unterstützung im Studium oder der Weiterbildung zu einer späteren Arbeit in der Kommune. Es gibt sie angesiedelt an Hochschulen und in Kooperation mit den Fördermitteln des Landes, verwaltet durch KVen oder in Zusammenarbeit mit einem Landkreis. Selten – aber zunehmend in der Diskussion – sind Stipendien- oder Förderprogramme einzelner Gemeinden (vgl. Interview LKL V). Die Erfolge sind auf Grund der Länge der Ausbildungsdauer schwer abzuschätzen. Erste Stipendiat:innen haben ihre Arbeit in einzelnen Regionen aufgenommen (vgl. Interview LKL VII). Nicht alle Regionen können diese Mittel aufbringen. Diese stimulieren zudem, wie andere finanzielle Anreize, einen Wettbewerb um Landärzt:innen, der kritisch reflektiert wird. Letztlich sind die Effekte auch zu hinterfragen, weil die involvierten Akteure die Erfahrung machen, dass Geld nicht der ausschlaggebende Faktor für den Nachwuchs ist. Oft werden die Gelder später zurückgezahlt und es kommt nicht zu den erhofften lokalen Niederlassungen. Ein Anschlussproblem erschwert die Lage: In vielen Regionen fehlen etablierte Ärzt:innen, die den Nachwuchs in Praxen weiterbilden können (vgl. Interview AKSW IV).

Der letzte zu nennende Bereich knüpft nochmals an die Diagnose der Ärzt:innenschaft an: Es fehlt oftmals an gesundheitspolitischem Knowhow in den kommunalen Verwaltungen und der Politik. Ärzt:innen leisten deshalb nach eignen Angaben mitunter ›Aufklärungsarbeit‹. Der Politik und Verwaltung ist der fehlende gesundheitspolitische Sachverstand bekannt (vgl. u.a. Interview EKBP II). In einigen Landkreisen werden Personalstellen im Gesundheitsamt mit der Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung betraut oder gar neue Stellen eingerichtet, die mit Absolvent:innen aus der Versorgungsforschung oder dem Gesundheitsmanagement besetzt werden. Die Aufgabenprofile dieser Versorgungskoordinator:innen oder Gesundheitslots:innen unterscheiden sich lokal stark. Sie fokussieren auf Vernetzungsleistungen, erfordern strategisch-konzeptionelle Kompetenzen und umfassen die Verwaltung von Versorgungsforen. Hintergrund ist laut den Interviewten die Erfahrung, dass lokale Initiativen Kümmerer benötigen. Diese müssen ihr Funktionieren sicherstellen, dabei als Ansprechpartner:innen agieren und etwaige Herausforderungen moderieren.

Die beschriebenen Erfolgsgeschichten bedürfen engagierter, informierter und vernetzter Personen, die sich den aufkommenden Unabwägbarkeiten und etwaigen Interessenskonflikten stellen, die Netzwerkarbeit leisten und langfristig zur Ver-

mittlung zwischen den Akteuren beitragen. Die Herausforderungen, die sich in der Kommunikation zwischen den Leistungserbringer:innen und der Politik und Verwaltung ergeben, sind umfassend. In diesem Sinne sind sowohl die Mobilisierung versorgungsrelevanter ›Reserven‹, die sich im System ausfindig machen lassen, und auch die Praxis der kommunalen Leistungserbringung in hohem Maße voraussetzungsvoll und instabil.

3.2 Interessenskonflikte in den lokalen Akteursnetzwerken

Die Mobilisierung lokaler ›Reserven‹ vollzieht sich oft im Verborgenen, in den Praxen der Niedergelassenen: Alle interviewten Niedergelassenen berichteten, ihre Arbeit habe sich auf Grund des Ruhestands, Wegzugs oder Tods von Kolleg:innen massiv verdichtet. Nicht-versorgte Patient:innen seien deshalb vielerorts darauf angewiesen, dass Ärzt:innen sie kurzfristig aufnehmen oder zeitweise mitversorgen, bis leerstehende Praxen wiederbesetzt oder alternative Versorgungsmodelle installiert werden.

»Die Zahl der Patienten war auch vorher [vor der Pandemie, Anm. d. A.] schon eigentlich zu hoch. Wir haben immer schon gescherzt, jeder kann noch 200 Patienten abgeben. Vom Verdienst her ist man dann vielleicht ein bisschen weniger, aber in der Zufriedenheit ist man deutlich besser.« (Interview LKL IX)

Die Niedergelassenen beklagen, die Mehrbelastung führe zu Ermüdungserscheinungen in den Praxen, insbesondere bei den Medizinischen Fachangestellten. Sie betonen, unter dieser Überlastung hätten auch die Patient:innen zu leiden. Einerseits reduziere sich die Zeit für den Arzt-Patienten-Kontakt, andererseits erwiesen sich Hausbesuche als zunehmend voraussetzungsvoll. Die zeitweilige Mitversorgung von Patient:innen und deren reibungslose Vermittlung zu Fachärzt:innen benötige Zeit und Kontaktpflege innerhalb der Ärzteschaft. Beides sei nicht mehr wie in der Vergangenheit gegeben. Außerhalb der Praxen litten auch die auf ärztliche Kooperation angewiesenen lokalen Pflegeheime unter der Belastung in den Praxen, so eine Kreismitarbeiterin (vgl. Interview LKA II). Die Berichte verdeutlichen: Die ›Reserve‹ der lokalen Ärzteschaft ist in den betroffenen Regionen bereits in hohem Maße ausgereizt.

Die kommunalen Bemühungen belasten nicht nur die öffentlichen Haushalte sie verstärken auch einen entstehenden Wettbewerb zwischen den Kommunen um die ›Ressource Landärzt:in‹. Ein Bürgermeister resümiert kritisch:

»Es bringt wenig, wenn wir uns als Kommunen überbieten. Eine finanzstarke Gemeinde hat vielleicht ganz andere Möglichkeiten, als wir es haben. Und dann zieht es alle Ärzte plötzlich in die Gemeinde X, weil dort die Ärzte subventioniert wer-

den. Ich finde es schon grenzgängig, wenn Ärzte [...] zulasten der Gemeinde subventioniert werden bis ultimo.« (Interview LKL VI)

Wenn auch umliegende Kommunen Programme auflegen, sehen die Kommunalvertreter:innen ihr Engagement zunehmend skeptisch. Sie fühlen sich getrieben, aktiv zu werden, ohne zu wissen, ob die Maßnahmen ihnen Erfolg bringen. Der interkommunale Wettbewerb um niederlassungs- und vermehrt auch anstellungswillige Ärzt:innen wird in beinahe allen Fallregionen kritisch bewertet.

Überdies bewerten einige Kommunalvertreter:innen ihr Engagement als ›Aktivismus‹. Selbst wenn ein konkurrierendes Angebot ›nicht mehr als eine Hülle‹ ist oder die betreffende Kommune weiterhin mit der Personalakquise ringt, wächst die Sorge, Ressourcen umsonst investiert zu haben. Angesichts begrenzter Mittel und fehlender Daten zeigen sich Kommunalvertreter:innen verunsichert: Häufig kritisieren sie, sie könnten nicht abschätzen, ob ihre Initiativen die Vorstellungen des Nachwuchses treffen. Bürgermeister:innen fühlen sich alleingelassen mit der auf sie ›abgewälzten‹ Verantwortung für die wohnortnahe ärztliche Versorgung. Mitunter sehen sie eine Überforderung wegen des wachsenden Handlungsdrucks:

»Ich habe nicht das Gefühl, dass sie [die KV RLP, Anm. d. A.] überhaupt etwas für uns tun, also für uns Kommunen oder für die Bürger. Sie sind irgendwo eher für sich selbst da. Sie müssen den Versorgungsauftrag sicherstellen. Das ist das, was im Gesetz steht, denke ich mal. Das tun sie auch, aber natürlich können sie sich auch zurücklehnen, indem sie sagen: Wir haben jetzt hier fünf unbesetzte Sitze und haben aber keinen Arzt. Damit ist das Buch für uns zu und wir können auch nichts mehr tun.« (Interview EKBP III)

In den Stadt- und Gemeinderäten und auf öffentlichen Veranstaltungen werden in diversen Regionen kritische Stimmen laut, wenn öffentlich getragene Einrichtungen zur Diskussion gestellt werden. Einzelne Kommunalpolitiker:innen problematisieren, dass Steuergelder in das Gesundheitswesen geleitet werden sollen, die den kommunalen Haushalten dann nicht weiter zur Verfügung stehen. Und sie erwähnen, dass der interkommunale Wettbewerb um Ärzt:innen auf diese Weise verstärkt würde. Schließlich könnten es sich nicht alle Kommunen gleichermaßen leisten, diesen Weg zu beschreiten.

An dieser Stelle kommen Gesundheitskonferenzen ins Spiel. Sie wurden in den vergangenen drei Jahrzehnten auf Initiative der Ländergesundheitsministerien und einzelner Kommunen eingerichtet. Grundsätzlich liegt den Konferenzen die Annahme zugrunde, dass Ländern und Kommunen eine größere Verantwortung für die Gesundheitsplanung zusteht (vgl. ebd.: 162). Die Konferenzen gelten als »runde Tische«, die die Vertreter aller relevanten Gruppierungen und Institutionen im Gesundheitswesen repräsentieren und auf Informationen und Verständigung, Koope-

ration und Partizipation zielen« (Hollederer 2015: 162). Ihre Geschäftsstellen sind beim Öffentlichen Gesundheitsdienst, also den Landes-, oder Kreisgesundheitsämtern angesiedelt. Damit geht auch eine inhaltliche Zuordnung einher; die Gesundheitskonferenzen fokussieren sowohl auf Prävention und Gesundheitsförderung als auch Gesundheitsversorgung. Im Vogelsbergkreis existiert eine dieser strukturierten Konferenzen, aus der gut zehn Jahre nach Bestehen ein kommunal getragenes MVZ-Projekt entstand. Vergleichbare Aktivitäten bestehen im Altmarkkreis Salzwedel, wobei sie lokal anders genannt werden, da in Sachsen-Anhalt eine etwas anders profilierte Gesundheitskonferenz auf Landesebene eingerichtet wurde.

Darüber hinaus finden sich in der Empirie sogenannte Gesundheitsregionen. Auch diese sind unterschiedlich formalisiert, nicht in gleichem Maße mit Geldern und Verbindlichkeiten hinterlegt. Die Gesundheitsregion des Landkreises Leer wurde 2016 umgesetzt. Ihr ist eine wenig formalisierte Gesundheitskonferenz eingegliedert. Das aus der Gesundheitsregion heraus entstandene Patientenmobil wurde nach zwei Jahren Laufzeit wieder eingestellt. Zur selben Zeit startet die Gesundheitsregion plus im bayerischen Landkreis Ansbach. Eine zuständige Mitarbeiterin berichtet, die Gesundheitsregion fokussiere schwerpunktmäßig auf die frühzeitige Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen an die Bürgermeister:innen im Kreisgebiet.

Die Beschäftigten in den Gesundheitsämtern berichten von den Herausforderungen, sich in die Projekt- und Förderlogiken der raumwirksamen Instrumente einzuarbeiten. In Niedersachsen gehen die Landesfördermittel mit inhaltlichen Anforderungen an die Arbeit der Gesundheitsregion einher. Eine Mitarbeiterin des Kreisgesundheitsamtes bemängelt, die Vorstellungen aus »der Politik« (Interview LKL VII) seien oft nicht mit den lokalen Visionen und Gegebenheiten vereinbar. Darüber hinaus müsste sie sich um die langfristige Finanzierung einzelner Projekte kümmern. Sie eigne sich hierfür die Voraussetzungen unterschiedlicher Fördermechanismen an und kämpfe mit den Hürden, Projekte in die »Regelversorgung zu bekommen« (ebd.), also langfristig in den kollektivvertraglichen Leistungskatalog zu überführen.

Eine weitere Herausforderung besteht in der mangelhaften Annahme der Foren durch die relevanten Akteure. Zuständige Mitarbeitende berichteten, die lokale Ärzteschaft beteilige sich nicht. Mühsam aufgebaute Strukturen schiefen wieder ein oder erwiesen sich als wenig wirksam. Dieser Umstand ist auch den mitunter widerstreitenden Interessenlagen der öffentlichen und verbandlichen Akteure geschuldet. So zielen Kommunalvertreter:innen in der Regel darauf, die bekannten Versorgungsstrukturen zu erhalten. Ein Bürgermeister stellt klar, Ziel sei es, »dass wir natürlich keinen einzigen Hausarztstandort mehr verlieren. [...] Der Hausarzt ist das Allerwichtigste auf dem Land und den wollen wir uns erhalten.« (Interview EKBP III) Den KVen hingegen genügt die Problemnähe nicht, um den als mitverantwortlich wahrgenommenen Kommunen das Ruder zu überlassen. Zu sehr wirken

aus Sicht der Verbände politische Interessen der zur Wahl stehenden Bürgermeister:innen und Landrät:innen. Diverse Vertreter:innen der Länder-KVen äußern sich skeptisch gegenüber einer Kompetenzverlagerung in Richtung der Kommunen (vgl. u. a. Interview VBK II).

Neben den Foren, die sich um Versorgungsbelange kümmern, entstehen lokale Initiativen zur Bekämpfung des ›Landarztmangels‹ auch im Rahmen von Strukturentwicklungsprogrammen. Die Programme konzeptualisieren die ambulante Gesundheitsversorgung als soziale Infrastruktur und setzen dabei unterschiedliche Schwerpunkte.

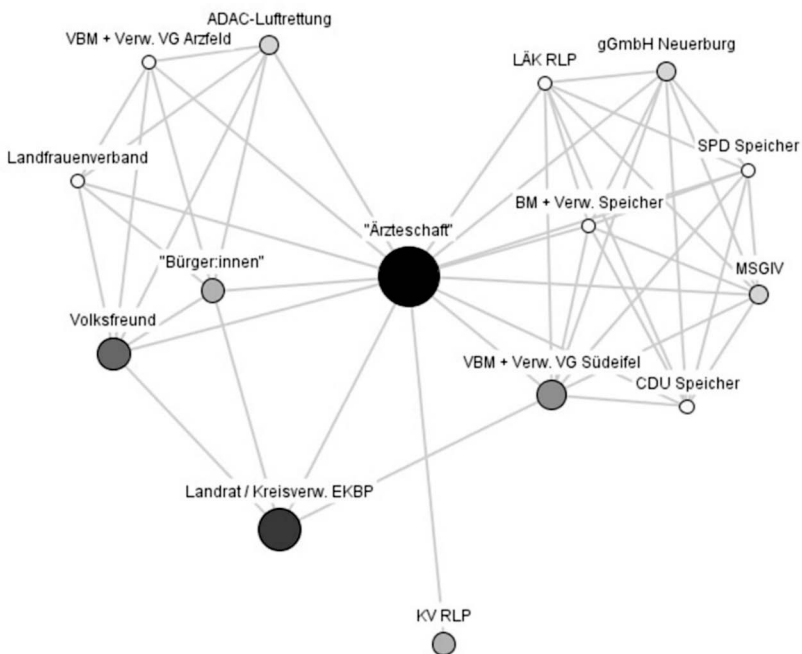


Abbildung 1: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm für das Jahr 2017. Visualisierung eines One-Mode Netzwerks (Substract-Funktion, Schwellenwert: 0.154)

So ist der lange Weg zur Zulassung eines genossenschaftlich getragenen MVZ im Eifelkreis Bitburg-Prüm durch ein Kreisentwicklungsprogramm eingeleitet worden. Der Prozess zeigt, wie Auseinandersetzungen zu punktuellen Allianzbildungen führen können (Abbildung 1 und 2). Nachdem aus einem Strukturentwicklungsprogramm in Kooperation mit externen Berater:innen die Idee

einer Ärztenossenschaft auf die politische Agenda gelangt, entwickelt sich in der Presse und in den politischen Gremien eine Auseinandersetzung zwischen dem ärztlichen Genossenschaftschef und dem ihm verbundenen Landrat auf der einen und der KV Rheinland-Pfalz auf der anderen Seite. Der Zulassungsausschuss der gemeinsamen Selbstverwaltung lehnt das Gesuch der Genossenschaft auf Zulassung ab, woraufhin in der Lokalpresse die Daseinsberechtigung der KV infrage gestellt wird (vgl. Trierischer Volksfreund 01.06.2018).

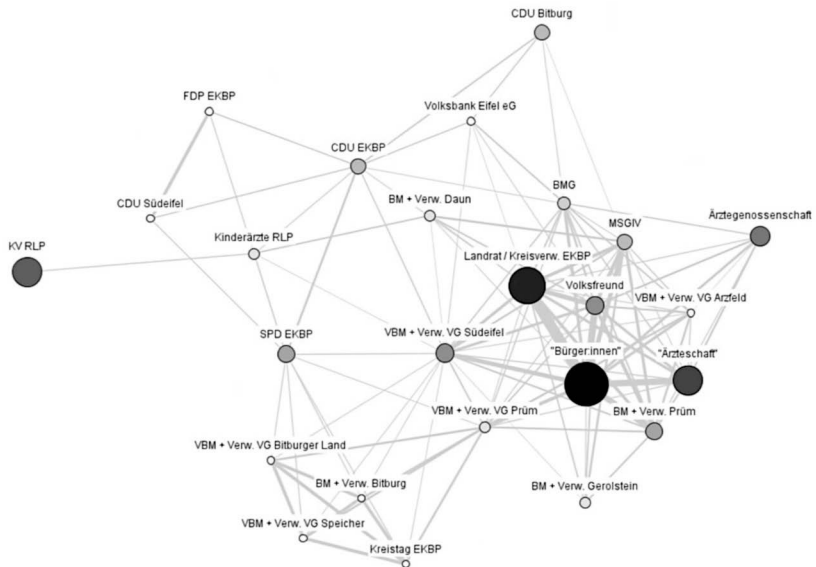


Abbildung 2: Diskursnetzwerk Eifelkreis Bitburg-Prüm für das Jahr 2018. Visualisierungseinstellungen wie Abbildung 1 (Schwellenwert 0.24)

Vormalig lose argumentative Verbindungen zwischen den in der Lokalpresse vertretenen Akteuren (Abbildung 1) wachsen ab 2018 zu Diskursallianzen zusammen. Diese formieren sich zwischen dem Landrat, der Genossenschaft, dem Landessozialministerium, zwei Gemeinden, der Presse, der lokalen Ärzteschaft³ und den Kreisbewohner:innen (Abbildung 2). Die Größe der Knoten dieser Akteure deutet auf deren Prominenz im Diskurs hin, die Kanten zwischen ihnen und genauer,

3 Die Akteure in Anführungszeichen – die Ärzteschaft und die Bürger:innen – stellen nicht in gleichem Maße einen einheitlichen Akteur dar, wie die anderen Knoten. Alle Aussagen einzelner Ärzt:innen oder Bürger:innen finden sich hier subsumiert.

die Dicke der Kanten, auf die Anzahl der von den Akteuren geteilten Argumenten. Die KV Rheinland-Pfalz befindet sich in der Peripherie des Diskursnetzwerks mit nur einer geteilten Annahme zum überdies stark integrierten Netzwerk.

In mehreren Gemeinderäten werden in Folge des Ablehnungsbescheids Resolutionen verfasst, um Druck auf die KV, die stellvertretend für den Zulassungsausschuss angeklagt wird, aufzubauen. Die erwähnte Diskursallianz stellt mehrfach »Sinn und Berechtigung« (Trierischer Volksfreund 01.06.2018) der KV in Frage und auch einige Bürger:innen denken über die Daseinsberechtigung des Verbandes nach (vgl. ebd.). Die mediale Berichterstattung stellt sich fortan differenziert-aufklärend dar. Die Strukturen und Funktionslogiken im ambulanten Sektor werden erläutert und diskutiert. Parallel münden diverse Konfliktgespräche darin, dass die Landesgesundheitsministerin und später der damalige Bundesgesundheitsminister, Jens Spahn (CDU), eingeschaltet werden. Die im Zentrum des Konflikts befindliche Bürgerschaftsfrage wird von Spahn beantwortet und das MVZ zugelassen.

Auch in anderen Kommunen wird wiederholt die Erfahrung gemacht, dass die ›alten‹ und ›neuen‹ Instrumente nicht wie gewünscht wirken, nicht ineinander greifen und sich gelegentlich gar gegenseitig behindern. So fokussieren klassische Instrumente und Versorgungsformen auf eine ausreichende Nutzung seitens der Patient:innen und eine auskömmliche Entlohnung der Ärzt:innen. Das lokale Engagement erfordert von den Bürgermeister:innen und Verwaltungsmitarbeitenden enorme Anstrengungen und führt dennoch *nur* zu überschaubaren Effekten.

4 Kommunalpolitische Unzufriedenheit mit dem Regulierungspfad

»Es wird auch investiert und es wird gemacht. Das zielt aber alles ab auf Interventionen, die nicht heute und auch noch nicht nächstes Jahr irgendwas an der Versorgung verbessern oder sicherstellen. Über die Zeit, wo auch die nächsten Kollegen absehbar austreten, ist nichts in Sicht. [...] Bei mir ist die Frustration einer soliden Resignation gewichen.« (Interview AKSW IV)

Die von einem niedergelassenen Allgemeinmediziner geäußerte Resignation findet sich im empirischen Material an zahlreichen Stellen. Sie stellt sich ob der Erkenntnis ein, dass die lokalen Bearbeitungspfade nur partiell zur Lösung des ›Landarztmangels‹ beitragen. Frust macht sich auch deshalb breit, weil die gesetzgeberisch angelegten Erwartungen an kooperationsbereite Bündnispartner:innen vor Ort enttäuscht werden. Ein Mitarbeiter einer überregionalen Strukturförderung reflektiert im Interview, der »medizinische Sektor ist uns insgesamt einfach zu komplex. Zu viele Player, die dort unterwegs sind. Zu viele Interessen« (Interview LKL IV). Wiederholt berichten Bürgermeister:innen von gescheiterten Kooperationsbemühungen mit den KVen. Und die KVen kritisieren, dass sich ihre

»Lagergegner« (KV RLP 10.05.2021: 30:09) in den paritätisch besetzten Selbstverwaltungsgremien – die Krankenkassen – nicht für die Versorgung in der Fläche interessierten.

Die beschriebene Überforderung einiger Gemeinde- und Kreisrepräsentant:innen führt zu Ermüdungserscheinungen innerhalb der lokalen Initiativen. So beklagen die Gesundheitsdezernent:innen, Veranstaltungen würden selbst nach einer anfänglichen »Aufbruchsstimmung« nicht mehr besucht, und Netzwerke schliefen ein. Jüngst wurden die Aktivitäten lokaler Akteursnetzwerke zudem von anderen (gesundheitspolitischen) Krisenlagen überschattet. Die lokalen Ressourcen wurden gebündelt und teilweise neu ausgerichtet. Sowohl die Pandemiebekämpfung als auch die Energiekrise werden als Belastung für die lokalen Versorgungsstrukturen und die kommunalen Verwaltungsstrukturen wahrgenommen.

In diesem Zusammenhang zeigt die Empire auch eine Verschiebung der Rolle der Patient:innen. In den frühen lokalen Politisierungsphasen und in der anlaufenden Bearbeitung preisen unterschiedliche KV-Repräsentant:innen und Kommunalvertreter:innen einzelne engagierte Patient:innen, Bürger:innen und zivilgesellschaftliche Initiativen. Demonstrationen und Unterschriftenlisten seien wichtige Impulse für politisches Engagement. Beziehen stärker institutionalisierte Akteure, wie Senior:innenvertretungen eine Haltung zur politischen Bearbeitung der Versorgungsmängel, werden Patient:innen zunehmend ambivalent wahrgenommen und beschrieben. Eine KV-Vertreterin unterstreicht die Herausforderung, mit Patientenfragen außerhalb der Selbstverwaltungsgremien umzugehen:

»Wir haben natürlich bei der KV auch eine Stelle für Patientenfragen. Beziehungsweise wenn es Versorgungsengpässe gibt, gibt es auch schonmal in einem größeren Stil, dass Unterschriften gesammelt werden oder dann eben auch Patienten initiativ tätig werden. Das beantworten wir dann natürlich. Auch da gehen wir in den Dialog, aber das ist dann natürlich etwas, was sehr auf der subjektiven Ebene läuft. Wir haben dann die Schwierigkeit die Perspektive zu transportieren, was für Möglichkeiten wir haben.« (Interview VBK II)

Einige Interviewpartner:innen räumen auf Nachfrage ein, Patient:innen, seien in den politischen Debatten als Bezugspunkte gern gesehen. Mit den formulierten Bedarfen hingegen setze man sich allerdings weniger gern auseinander.

Wie lässt sich das Handeln der traditionellen gewährleistungsstaatlichen Akteure bilanzieren? Die KVen erweisen sich vielfach als Beharrungskraft. Ihnen sind die angebots- und nachfrageseitigen Entwicklungen bekannt, ist sich ein Repräsentant des Landkreises sicher: »In dieser Dekade von 2000 bis 2010 gab es ein Umdenken in der KV. Zumindest insoweit, dass man die Akteure insgesamt an den Tisch holen wollte.« (Interview EKBP II) Auf kommunaler Ebene halten die KVen an den tradierten Strukturen fest und bevorzugen es, innerhalb dieser nach Lösungen zu

suchen. Etwaige Nicht-Responsivität gegenüber den kommunal Verantwortlichen ordnet ein Interviewpartner aus der Geschäftsführung der KV Sachsen-Anhalt ein. Er betont, die Ärzteschaft sei die erste Priorität in der Beratung. Es könne dann schon mal passieren, dass ein Bürgermeister nicht beraten würde, aber das sei nicht die Norm (vgl. Interview AKSW I). Die partielle Nicht-Responsivität gegenüber den Kommunalvertreter:innen paart sich mit einer politischen Profilierung einiger Länder-KVen. So entwickelt insbesondere die KV Rheinland-Pfalz eine umfassende politische Agenda, um der von ihr befürchteten »Planwirtschaft« (KV RLP 15.07.2022: 37:10) entgegenzutreten. Sie fordert zudem eine Regulierung in Richtung Patientensteuerung, um gegen die »Übernutzung« der Versorgungsstrukturen vorzugehen (vgl. KV RLP 2018).

Es erweist sich als schwierig, das Problem ländlicher Versorgungsprobleme innerhalb der bestehenden Strukturen zu lösen. Dieser Umstand, das zeigt die vorliegende Empirie, ist den betreffenden lokalen Akteuren bewusst. Die Bürgermeister:innen versuchen, die Probleme lokal zu befrieden, auch um ihrem politischen Handeln Legitimation zu verleihen. Dieses lokalpolitische Engagement wird von den KVen kritisch beobachtet. Einerseits entlastet es sie in Teilen von ihrer Verantwortung, andererseits bangen die KVen durchaus um ihre Existenz. Entsprechend fokussieren sie in ihrer Problemdeutung vor allem auf den ›allgemeinen Ärztemangel‹ und erhöhen in Form von Forderungen nach mehr Studienplätzen den Druck auf die zentralstaatlich orientierte Gewährleistungsstaatlichkeit und die (aus-)bildungspolitisch zuständigen Länder.

Die Verbände der Kranken- und Ersatzkassen erweisen sich für die hier betrachteten Regionen als weitgehend irrelevant. Sie treten in den politischen Aushandlungsprozessen nur vereinzelt, eher verwaltend und weniger gestaltend in Erscheinung. Und auch die an den Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung beteiligten Patientenvertreter erweisen sich als nachrangig relevant. Die jüngere nicht-funktionale Öffnung der genannten Gremien war für die organisierte Patientenvertretung nicht funktional. Sie erhielt Beratungs- aber keine Mitentscheidungsrechte. Entsprechend spielen die Effekte der Interessenintegration für die Aushandlungen lokaler Versorgungslagen keine gewichtige Rolle. Vielmehr zeigen punktuelle Auseinandersetzungen, dass sich die Wohnbevölkerung und vereinzelte organisierte Interessengruppen zeitweise in die Allianzbildung anderer Akteure einbinden lassen (Abbildung 2), ohne die eigenen, in Teilen weitreichenden Forderungen im politischen Prozess positionieren zu können. Ein Bürgermeister unterstreicht, es stelle auch aus politischer Sicht eine Herausforderung dar, die »stumme Bevölkerung« (Interview EKBP III) zu integrieren. Die besonders betroffenen und weniger artikulationsfähigen Bürger:innen wohnten dezentral, sodass sie sich nicht ohne weiteres zusammäten, um für die Sache zu streiten (vgl. ebd.)

Angesichts der skizzierten Resignation der Kommunalvertreter:innen liegt die Vermutung nahe, sie könnten ihre Strategien an gewonnene Erfahrungen anpas-

sen. Schließlich sind den lokalen Akteuren die Systemmängel bekannt: Sie wissen, dass sie in die Versorgung eingebunden werden, ohne an der Beantwortung der Versorgungsfragen beteiligt zu sein oder auf die klassischen Instrumente einwirken zu können. Die Strategieentwicklung der Kommunen ist aufschlussreich: Die Lokalpolitik verbleibt überwiegend in der bedarfsplanerisch normierten Sprache, um die KVen – wenngleich zurückhaltend – zu adressieren und zu kritisieren. Zudem reflektiert sie die Grenzen der neuen Instrumente öffentlich, um sie als ›Lösung‹ zurückzuweisen. Bürgermeister:innen und Kreismitarbeitende fordern, öffentliche Interventionen dürften nicht nur symbolpolitisch Gelder verschlingen. Wenn Interventionen nötig sind – mit diesen ist in allen Kreisen bei den öffentlichen Akteure Unbehagen verbunden – sollten sie jedoch mit Kompetenzen und Budgets unteretzt werden. Weil sie Erfahrungen im regionalen Wettbewerb machen, schwingen in den Aussagen der Kommunalvertreter:innen Visionen einer interkommunalen Zusammenarbeit mit. Diese kommt allerdings in der Empirie nicht zustande.

Auch in der nicht-organisierten Ärzteschaft und den lokal unterschiedlich einflussreichen freien Verbänden, wie dem Bayerischen Hausärzterverband lässt sich eine gewisse »Ratlosigkeit« (Interview PM II) feststellen. Ein Niedergelassener illustriert, die kommunalen Anstrengungen glichen dem

»Training eines Sportlers aus dem Leistungszentrum Leichtathletik einer Kreisstadt, der sich vorbereitet auf einen Wettkampf gegen den Olympiakader verschiedener Länder. Wir versuchen uns hübsch zu machen als Region, wir versuchen, Grundlagen zu schaffen, dass Leute hierher wollen. Da konkurrieren wir mit den Unistädten und großen Kliniken. Diese Konkurrenz können wir so letztlich gar nicht bestehen. [...] Das sind ganz kleine Tropfen auf einem sehr heißen Stein.« (Interview AKSW IV)

Diverse Niedergelassene sind davon überzeugt, dass es innerhalb der gemeinsamen Selbstverwaltung zu keiner Lösung für den ›Landarztmangel‹ kommen wird. Vielmehr sei ein externer »Zwang« (Interview AKSW V) erforderlich, die Versorgung neu zu organisieren. Einzelne Ärzt:innen gehen mit den KVen hart ins Gericht. Sie diagnostizieren eine Entkopplung der KVen von der lokalen Ärzteschaft. Um ihre Interessen dennoch in die politischen Prozesse einzuschreiben, nutzen die Niedergelassenen die Räume, die ihnen geboten werden. Vereinzelt nehmen sie an öffentlichkeitswirksamen Veranstaltungen teil und führen eigens bilaterale Gespräche mit Lokal- und Landespolitiker:innen. Die Interviewten zeigen sich allerdings durch die Logiken des politischen Systems desillusioniert und stellen ihr politisches Engagement teilweise auch wieder ein (vgl. Interview VBK IV).

5 Mehr als die reine Verwaltung des Mangels

Der beobachtbare Wandel hin zu einer lokalen Gewährleistungsstaatlichkeit stellt sich als eine hochgradig defizitäre Konstellation dar: Die Erfolgsbedingungen zur Stärkung der vertragsärztlichen Versorgungsinfrastruktur in ländlichen Räumen liegen in mobilisierbaren ›Reserven‹, der Vernetzung der relevanten Akteure, den zur Verfügung stehenden kommunalen Ressourcen und engagierten Einzelpersonen. Diese Faktoren erweisen sich als instabil und lassen sich nicht verallgemeinern, weshalb die hemmenden Bedingungen in den Fokus rücken. Die klassischen Instrumente der KVen tragen keine explizite territoriale Dimension in sich, die die Problemlage adäquat adressieren würde. Und die neuen Instrumente, die es den Kommunen ermöglichen, aktiv zu werden, sind zu schwach, um zu ausreichend Niederlassungen oder Anstellungen zu gewährleisten. In Summe sind alle Instrumente, die auf die Versorgungssicherung in der Fläche zielen, überaus voraussetzungsvoll. Sie hängen von der Kooperationsbereitschaft anderer Akteure ab. Diese ist häufig nicht vorhanden, insbesondere wenn bereits früh versorgungsrelevantes Wissen seitens der KVen unter Verschluss gehalten wird. Dadurch entsteht Frust in den Kommunen.

Grundsätzlich bemängeln beinahe alle an den lokalen Aushandlungsprozessen beteiligten Akteure, die öffentlichen und gewährleistungsstaatlichen Initiativen würden nicht ohne Weiteres ineinandergreifen. Die ›alten‹ und ›neuen‹ Gewährleistungsakteure erweisen sich nicht qua Problemdruck als Bündnispartner. Vielmehr erwarten oder vermuten die Akteure, über einige punktuelle Allianzbildungen hinaus, keine belastbaren gemeinsamen Strategien. Vielerorts schwingen anfängliche Hoffnungen in Resignation um. Und auf Ebene der Instrumente vollzieht sich eine eher ungerichtete Transformation. In Teilen werden Steuerungsinstrumente regionalisiert; zugleich wird an wettbewerblichen Elementen festgehalten oder diese werden sogar gestärkt, wobei (neue) staatliche Ressourcen bereitgestellt werden.

Mit Blick auf die eingangs formulierte Fragenstellung nach der kommunalstaatlichen Reaktion auf den ›Landarztmangel‹, lassen sich folgende Erkenntnisse festhalten: *Erstens* bedingt die Forderung, Bürgermeister:innen sollten sich an der Stabilisierung der ambulanten medizinischen Versorgung beteiligen, in den vorliegenden Fällen ein kommunales Engagement. Das zielt auf den Aufbau von Kooperationen, Netzwerken und Anstrengungen zur Mobilisierung versorgungsrelevanter ›Reserven‹. Dabei gleichen die öffentlichen Interventionen, insbesondere die finanziellen Mittelauslobungen, den Maßnahmen, die auch die Länder-KVen zur Niederlassungsförderung nutzen. Bürgermeister:innen haben durchaus ein Interesse daran, die Versorgung zu sichern. Zugleich lastet auf ihnen der Druck, dem eigenen Handeln Legitimität zu verleihen. Sie orientieren sich deshalb an der lokalen gesellschaftlichen Forderung, die bestehenden Strukturen zu erhalten. Die Gewährleistungserwartungen werden seitens der Kommunen durchaus problematisiert, aber

nur vereinzelt zurückgewiesen. Die kommunale Verantwortungsübernahme zeigt sich in der zunehmenden lokalen Konzeption von Versorgungsmodellen und über-regionalen Bemühungen, die lokalen Maßnahmen zu koordinieren.

Zweitens erweist sich die lokale Organisation der Versorgungssicherung als punktuell konflikthaft. Es gelingt mitunter Akteure für ein Projekt zu gewinnen und Allianzen zu bilden. Allerdings betrachten die KVen kommunale Initiativen auch als mögliche Konkurrenz und verwehren ihre Unterstützung. Die politische Organisation ist wegen der berufsständischen Beharrungskräfte seitens der KVen und vor allem wegen der begrenzten kommunalen Ressourcen überaus voraussetzungsvoll. Diskussionen zu entsprechenden austauschorientierten Anreizen, eine Rechenschaftspflicht der KVen gegenüber den Kommunen bis hin zu Zwangsmitteln stehen aus.

Drittens gelingt es den KVen, die wachsenden Sicherstellungsprobleme ihrerseits zu politisieren, die Ansprechbarkeit des Lokalstaats mitvoranzutreiben und sich selbst aus der Schusslinie zu manövrieren oder zumindest die Problematik in Teilen nicht-responsiv ›auszusitzen‹. In diesem Sinne durchläuft das wohlfahrtstaatlich-korporatistische Arrangement eine Transformation: Die Formen und Modalitäten der Gewährleistung verändern sich. Die KVen sind vor allem im Rahmen der Sicherstellungsinstrumente beratend und finanziell unterstützend in der Niederlassungsförderung aktiv. Darüber hinaus zeigen sie sich vermehrt nicht-responsiv und weisen Verantwortung von sich. Dieses Vorgehen wird vom Gesetzgeber nicht sanktioniert, und eine territoriale Zielsetzung wird mit den klassischen Instrumenten nicht ausreichend adressiert. Zugleich übernehmen die Kommunen gewissermaßen wider Willen, zumindest jedoch mit Unbehagen, eine kommunale Gewährleistungsverantwortung. Punktuell stellt der ›lokale Staat‹ gar selbst Leistungen bereit. Ein solches Vorgehen entspricht der Praktik des Staats seine Gewährleistungsverantwortung im Zweifelsfall auch interventionistisch-auffangend zu erfüllen (vgl. Schuppert 2001: 401–2). Dies geschieht vor dem Hintergrund einer umfassenden reflexiven Verantwortungsabwehr zwischen den föderalen Ebenen. Kommunen streben nicht unbedingt nach eigenen Kompetenzen. Kreise haben mitunter Interesse an einer Kompetenzverschiebung, die KVen sehr begrenzt bis gar nicht. Letztlich stabilisiert diese Interessenkonstellation den Regulierungspfad bisweilen. Die beobachtbaren Irritationen lassen aktuell keinen Pfadwechsel erwarten. Es steht auch in Zweifel, ob es eine wünschenswerte Entwicklung wäre, müssten Kommunen diese Aufgabe übernehmen.

Viertens findet seitens der Kommunen kein ›Lernprozess‹ im Umgang mit den klassischen Gewährleistungsakteuren statt. Vielmehr zeigen sie sich resigniert, weil sich die Versprechungen der Regionalisierung der Steuerungsinstrumente als defizitär entpuppen. Sie halten keine materielle Unterfütterung bereit. Es lohnt deshalb über die vorliegende Dysfunktionalität nachzudenken, zumal sich die Versorgungsprobleme perspektivisch zuspitzen werden.

Ergeben sich die Kommunen also einfach dem Dilemma zwischen Aktionismus und Abwahl? Nein: Sie ergreifen Maßnahmen, die punktuell die Versorgung stabilisieren und die die Chance in sich tragen, Strukturen aufzubauen, die sich in Zukunft als belastbar erweisen. Zudem bringen sowohl die Kommunen als auch die Länder-KVen vermehrt die Problemdeutung eines ›allgemeinen Ärztemangels‹ und die damit verbundene Mengensteuerung in die (lokal-)politischen Debatten ein. Diese Wellenbewegung in der Verantwortungszuschreibung in Richtung Länder und Zentralstaat ist ein Ausdruck der begrenzten lokalen Kapazitäten, zumindest im tradierten Regulierungsmodell. Zugleich unterstreicht diese Verschiebung im Diskurs die Dysfunktionalität des wohlfahrtstaatlich-korporatistischen Arrangements, eine wohnortnahe, qualitativ hochwertige ambulante medizinische Versorgung ›auf dem Land‹ zu gewährleisten.

Interviewverzeichnis

- Interview LKL III – Landkreis Leer vom 06.05.2021.
- Interview LKL V – Landkreis Leer vom 17.05.2021.
- Interview LKL VI – Landkreis Leer vom 19.05.2021.
- Interview LKL VII – Landkreis Leer vom 20.05.2021.
- Interview LKL IX – Landkreis Leer vom 18.06.2021.
- Interview PM I – Landkreis Potsdam-Mittelmark vom 09.06.2021.
- Interview PM II – Landkreis Potsdam-Mittelmark vom 19.10.2021.
- Interview PM IV – Landkreis Potsdam-Mittelmark vom 26.11.2021.
- Interview PM V – Landkreis Potsdam-Mittelmark vom 01.12.2021.
- Interview EKBP II – Eifelkreis Bitburg-Prüm vom 14.12.2021.
- Interview EKBP III – Eifelkreis Bitburg-Prüm vom 11.02.2022.
- Interview EKBP IV – Eifelkreis Bitburg-Prüm vom 19.02.2022.
- Interview VBK II – Vogelsbergkreis vom 20.07.2022.
- Interview VBK IV – Vogelsbergkreis vom 19.09.2022.
- Interview VBK V – Vogelsbergkreis vom 13.10.2022.
- Interview AKSW I – Altmarkkreis Salzwedel vom 11.11.2022.
- Interview AKSW II – Altmarkkreis Salzwedel vom 10.11.2022.
- Interview AKSW IV – Altmarkkreis Salzwedel vom 29.11.2022.
- Interview AKSW V – Altmarkkreis Salzwedel vom 12.12.2022.
- Interview LKA I – Landkreis Ansbach vom 30.11.2022.
- Interview LKA II – Landkreis Ansbach vom 12.12.2022.
- Interview LKA V – Landkreis Ansbach vom 22.02.2023.

Presseverzeichnis

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

Altmark Zeitung (16.05.2014): »Und die Altmark regt sich doch«.

Trierischer Volksfreund (01.06.2018): »Das Thema betrifft jeden«.

Literaturverzeichnis

BMI – Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (2019): Unser Plan für Deutschland. Gleichwertige Lebensverhältnisse überall. Schlussfolgerungen von Bundesminister Horst Seehofer als Vorsitzendem sowie Bundesministerin Julia Klöckner und Bundesministerin Dr. Franziska Giffey als Co-Vorsitzenden zur Arbeit der Kommission »Gleichwertige Lebensverhältnisse«, Berlin, <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/137240/e94cf2ffab8768fd37a1e632db3ee51e/schlussfolgerungen-kommission-gleichwertige-lebensverhaeltnisse-langversion-data.pdf>

BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2015): Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge. Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung, Berlin: Selbstverlag des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumforschung (BBR).

Bogumil-Uçan, Simon/Klenk, Tanja (2021): »Varieties of Health Care Digitalization: Comparing Advocacy Coalitions in Austria and Germany«, in: Review of Policy Research 38(4), S. 478–503, <https://doi.org/10.1111/ropr.12435>

Burgi, Martin (2013): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden: Nomos.

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

Knieps, Franz (2012): »Versorgungskonzepte der Zukunft«, in: Bodo Klein und Michael Weller (Hg.): Masterplan Gesundheitswesen 2020, Baden-Baden: Nomos, S. 65–86, <https://doi.org/10.5771/9783845240053-65>

KV RLP – KV Rheinland-Pfalz (2018): Standpunkt. KV RLP zur Selbstbeteiligung für Patienten, https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Presse/Hintergrund/KVRLP_Standpunkt_Selbstbeteiligung.pdf

KV RLP – KV Rheinland-Pfalz (10.05.2021): Keine Gewinnmaximierung in der ambulanten Medizin! Frage an SPD-Bundestagskandidatin Tanja Machalet, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=37jickYx8iw>

- KV RLP – KV Rheinland-Pfalz (15.07.2022): Rigide Bedarfsplanung: Prof. Hecken vom G-BA bei Doc Bartels, YouTube, <https://www.youtube.com/watch?v=HaWA7MkvOE8&t=2065s>
- NDR (2023): »Ärztmangel: Welche Fachärzte fehlen?«, in: MARKT vom 5. Januar 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=uTUwXBbDewM&t=306s>
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern: Huber, https://doi.org/10.1007/978-3-658-01966-2_6
- Schuppert, Gunnar Folke (2001): »Der moderne Staat als Gewährleistungsstaat«, in: Schröter, Eckhard (Hg.): Empirische Policy- und Verwaltungsforschung, Opladen: Leske + Budrich, S. 399–414, https://doi.org/10.1007/978-3-663-09926-0_24
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag, Berlin.
- SVR-G – Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014): »Bedarfsgerechte Versorgung. Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche«, in: BT-Drs. 18/1940.

