

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

GROEG-Arbeitspapier Nr. 4

Jan Ruck

Gewährleisten bis der Arzt kommt

Eine Untersuchung von Kommunen als
Gewährleistungsakteure in der
ambulanten ärztlichen Versorgung

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Groeg GEMEINWOHL-RELEVANTE
ÖFFENTLICHE GÜTER

Tübingen, März 2022

Autor:

Jan Ruck ist Masterstudent der Politikwissenschaft an der Eberhard Karls Universität Tübingen. Er ist seit 2020 wissenschaftliche Hilfskraft im vom BMBF geförderten Forschungsprojekt „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“ (Förderline Teilhabe und Gemeinwohl, FKZ 01UG2018) und befasst sich schwerpunktmäßig mit den Schwierigkeiten aber auch den Gestaltungsoptionen, die sich im Bereich ambulanter medizinischer Versorgung für den ländlichen Raum ergeben.

Kontakt:

jan.ruck@uni-tuebingen.de

www.infrastruktur-gewaehrleisten.de

Inhaltsverzeichnis

1.	Von Vielfalt und Mangel an Ärzt*innen	1
2.	Gewährleistungsstaat und akteurzentrierter Institutionalismus	3
2.1	Gewährleistungsstaat und Gesundheitsversorgung	3
2.2	Akteurzentrierter Institutionalismus	5
3.	Gewährleistung, Akteure und institutioneller Rahmen ambulanter Versorgung	6
4.	Kommunen als Akteure in der Gewährleistung ambulanter Gesundheitsversorgung: Ihre Rolle und Handlungsmöglichkeiten.....	11
4.1	Vernetzung, Kooperation und Koordination	13
4.2	Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit.....	15
4.3	Infrastrukturelle Rahmenbedingungen und Standortfaktoren	16
4.4	Unterstützungsleistungen im Privatbereich.....	17
4.5	Unterstützung bei der Niederlassung.....	17
4.6	Förderung von Nachwuchs.....	18
4.7	Monitoring.....	19
4.8	MVZ-Trägerschaft und neue Versorgungsmodelle	19
4.9	Zwischenfazit.....	20
5	Kritische Betrachtung: Probleme – Risiken - Chancen.....	24
5.1	Generelle Probleme der Zuständigkeit und der Finanzlage.....	24
5.2	Probleme hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten.....	26
5.3	Chancen und Grenzen von Reformoptionen	28
6	Kommunen als Gewährleistungsakteure: Die Lösung des Ärztemangels im ländlichen Raum?	30
7	Fazit und Ausblick.....	32
	Literaturverzeichnis	36

1. Von Vielfalt und Mangel an Ärzt*innen

„Meine lieben Freunde, unser Herrgott hat sonderbare Kostgänger auf seiner Erde und wunderliche Käuze gibt's in allen Ständen und Berufen; aber die bunteste Gesellschaft finden wir doch unter uns Aerzten.“

Heinrich Hoffmann¹

Mit diesem Ausspruch spielt Heinrich Hoffmann 1883 auf die schillernde Vielfalt an Charakteren, aber auch Fachrichtungen des Arztberufes an. Eine Vielfalt, die sich angesichts des weitreichenden Fortschritts der Medizin bis heute erhalten und noch weiter vergrößert hat. Trotz allem scheint der als Berufsbild lange beliebte und romantisierte Landarzt mit Einzelkämpferdasein in dieser Vielfalt immer weniger vorzukommen und für viele Medizinstudierende als Berufsziel an Attraktivität verloren zu haben. Dieser Wandel führt auch zu Effekten auf die Versorgungslage (Rosenbrock & Gerlinger 2014: 442f).

Diese veränderte Versorgungslage stellt in Deutschland ein zunehmendes Problem dar, da sich eine Verteilungsproblematik entwickelt. In manchen besonders attraktiven Bereichen und Regionen besteht eine Überversorgung, anderen droht dagegen eine Unterversorgung. Besonders städtische Gebiete sowie der fachärztliche Bereich werden von vielen Mediziner*innen bevorzugt. Hausärztliche Tätigkeiten werden hingegen häufig als weniger attraktiv wahrgenommen. Dies trifft auch auf nicht-städtische Regionen, besonders strukturschwache und ländliche, zu. Hier droht teilweise Unterversorgung und aufgrund der schwierigen Nachfolgersuche bei einem hohen Altersdurchschnitt der Ärzt*innen könnte sich die Situation noch weiter zuspitzen. Die Verteilungsproblematik ist also zweifach: Räumlich und innerhalb der Fachrichtungen. Das Berufsbild des Landarztes scheint für den Nachwuchs an Attraktivität verloren zu haben (Einig 2015: 68/Gerlinger 2021: 6).

¹ 2. Antwort auf die von Dr. Schoeller gehaltene Tischrede anlässlich seines 50jährigen Doktor-Jubiläums. In: Jahresbericht über die Verwaltung des Medizinalwesens: die Krankenanstalten und die öffentlichen Gesundheitsverhältnisse der Stadt Frankfurt a. M. Band 27 (1884). S. 267.

Dadurch kommt es zu einer Dynamik, die Untersuchungsgegenstand des vorliegenden Arbeitspapiers ist: Das verstärkte Auftreten von Kommunen als Akteure in der Gewährleistung von Gesundheitsversorgung (z.B. Kuhn et al 2018: 711). Entsprechend wird hier die Frage gestellt, welche Rolle Kommunen als Akteure für die Gewährleistung ambulanter medizinischer Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen spielen. Dies soll mithilfe des Leitbildes des Gewährleistungsstaates reflektiert werden. Des Weiteren wird untersucht, welche Handlungsmöglichkeiten Kommunen zur Stärkung der ärztlichen Versorgung haben und welche Chancen, Risiken und Probleme entstehen. Kann der Einsatz von Kommunen aus der Perspektive des Gewährleistungsstaates als Lösung für den Ärztemangel auf dem Land angesehen werden? Oder zeigt er Defizite der Gewährleistung auf Bundes- und Landesebene auf?

Die These ist, dass Kommunen zunehmend eine Rolle als Teil der Gewährleistungsverantwortung spielen. Ihre Funktion ist hierbei kompensatorischer Natur. Ihrem vielfältigen Engagement sind allerdings Grenzen gesetzt. Letztendlich können sie hauptsächlich dazu beitragen, Symptome des Problems lokal einzudämmen, jedoch nicht die Ursachen beseitigen. Dennoch kann ihr Einsatz, besonders in vernetzender und unterstützender Funktion, wichtig sein, um lokale Mängel auszugleichen und Gewährleistungslücken zumindest temporär zu kompensieren.

Zur Untersuchung dieser Fragen wird zunächst das Leitbild des Gewährleistungsstaates allgemein (Kapitel 2) und dann die Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung in Deutschland dargestellt (Kapitel 3). Dabei wird auf die Grundprinzipien des akteurzentrierten Institutionalismus zurückgegriffen. Anschließend wird erläutert, warum Kommunen in der ambulanten Versorgung inzwischen eine Rolle spielen und welche Handlungsmöglichkeiten sie haben (Kapitel 4). Dabei werden die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten aus der Forschungsliteratur herausgearbeitet, nach Handlungsbereichen kategorisiert und empirisch durch Praxisbeispiele illustriert. Anschließend werden die Chancen, Risiken und Probleme dieser Ansätze untersucht und mithilfe des Leitbildes des Gewährleistungsstaates reflektiert (Kapitel 5). Auf Grundlage der in den vorangegangenen Kapiteln gewonnenen Erkenntnisse wird die Frage beantwortet, ob der Einsatz von Kommunen als Lösung für den Ärztemangel auf dem Land angesehen werden kann (Kapitel 6). Zuletzt folgen Fazit und Ausblick (Kapitel 7).

2. Gewährleistungsstaat und akteurzentrierter Institutionalismus

Im Folgenden werden mit dem Leitbild des Gewährleistungsstaates und der Forschungsheuristik des akteurzentrierten Institutionalismus die theoretischen Grundlagen der vorliegenden Arbeit dargestellt.

2.1 Gewährleistungsstaat und Gesundheitsversorgung

Das Leitbild des Gewährleistungsstaates entstand Ende der 1990er Jahre aus den jahrzehntelangen Debatten um die Rolle des Staates als eines von konkurrierenden Leitbildern (Bieling 2009: 238). Vertreter dieser Debatte waren unter anderem Christoph Reichard, Gunnar Folke Schuppert und Edgar Grande (ebd.). Der Grund für die Entstehung war die „sich verändernde Arbeits- und Verantwortungsteilung zwischen öffentlichem, privatem und drittem Sektor“ (Dingeldey 2008: 317). Unter den drei unterscheidbaren Grundtypen der Verantwortungsübertragung (Erfüllungsverantwortung, Gewährleistungsverantwortung und Auffangverantwortung) ist hier die Gewährleistungsverantwortung von zentraler Bedeutung, die sich in einer Regulierungs- und Überwachungsverantwortung manifestiert (Schuppert 2005: 17). Anstatt wie bei der Erfüllungsverantwortung in eigener Regie ein Ergebnis herbeizuführen, werden private Dienstleister als selbstständige Dritte eingeschaltet, deren Handeln der Staat allerdings maßgeblich beeinflusst (Hoffmann-Riem 2001: 26f). Der Staat beschränkt sich auf die „rechtlich-regulative Einfassung und politisch-administrative Kontrolle des Dienstleistungsangebots“ (Bieling 2009: 238). Er vollzieht also einen Wandel vom Versorgungsmonopolisten zum Versorgungsmanager (ebd.). Eine Auffangverantwortung kommt dann zum Tragen, wenn „ein gemeinwohlrelevantes Steuerungsdefizit zu konstatieren ist“ (Schuppert 2008). Wenn der Staat ein solches erkennt, kann er korrigierend oder substituierend eingreifen (Hoffmann-Riem 2000: 54f). Es können von staatlicher Seite also Regelsysteme geändert und Aufgaben „zurückgeholt“ werden, wenn Gemeinwohlbelange unzureichend erfüllt werden (Dingeldey 2008: 318). Mit dem Gewährleistungsstaat ist also nicht die Vorstellung eines Rückzugs des Staates, sondern eine neue Aufgabenverteilung verbunden (Schuppert 2005: 19). Dabei ist auch anzumerken, dass in „der Komplexität dieser Anforderungen (...) eine tendenzielle Überforderung des Staates angelegt [ist]“ (Dingeldey 2008: 326).

Der Gewährleistungsstaat wird somit als Regulierungsstaat verstanden, denn die „Regulierung wird zur spezifischen staatlichen Funktion und zum zentralen Instrument, um der verbleibenden Auffang- oder Gewährleistungsverantwortung nachzukommen“ (Knauff

2004: 88f/ähnlich: Reichard 2003: 5). Im Rahmen des Wandels zum Gewährleistungsstaat kommt es nicht zu einer Deregulierung, sondern zu einer Reregulierung. Die staatliche Steuerung ist dabei vorrangig durch das Recht möglich (Reichard 2003: 5). Soziale Regulierung, unter die auch die Gesundheitsversorgung gefasst werden kann, ist notwendig, um Marktfehler zu korrigieren und einen sozialen Ausgleich zu schaffen (Einig 2008: 22). Neben den Gesetzen selbst, sind freiwillige Vereinbarungen, Ausschreibungsverfahren oder Entscheidungen von Regulierungsinstanzen wichtige Mittel zur Steuerung (Reichard 2003: 5). Generell kann zwischen den Regulierungsadressaten (den Regulierten) und der Regulierungsinstanz (dem Regulator) unterschieden werden. Letzterer setzt ein Regelsystem, das für die Regulierten verbindlich ist, überwacht dessen Einhaltung und sanktioniert bei Abweichungen (Einig 2008: 22). Dabei soll durch hoch komplexe Koordinationsleistungen des Staates eine Art Ermöglichungsstruktur geschaffen werden, wobei sich die staatlichen Strukturen selbst verändern. Diese Veränderungen können als reflexive Steuerung bezeichnet werden (Dingeldey 2008: 320). Da allerdings längst nicht alle Sektoren der Gemeinwirtschaft vollständig privatisiert sind, kann die Regulierung öffentlicher Dienstleistungen im Gewährleistungsstaat auch als Regulierung innerhalb des Staats stattfinden (Einig 2008: 17). Dem liegt Folgendes zugrunde:

[I]nnerhalb des Staates wird die Gemeinwohlverwirklichung arbeitsteilig realisiert. Ähnlich wie im Falle von öffentlichem Gewährleister und privatem Leistungsproduzent resultieren Gemeinwohlleistungen innerhalb des Staates aus verteilten, verflochtenen Prozessketten unterschiedlicher Organisationen und Gebietskörperschaften, die teilweise divergierenden Zielen folgen. In föderal organisierten Gemeinwesen ist der Staat keine integrierte Hierarchie, keine unitarisch strukturierte Institution der Entscheidungsfindung und Herrschaftsausübung, sondern ein Organisationsfeld, in dem eine Pluralität relativ autonomer Organisationseinheiten auf unterschiedlichen Ebenen in zahlreichen Gebieten öffentliche Leistungen mehr oder weniger autonom erbringt. Viele Probleme können innerhalb eines solchen polyzentrischen Mehrebenensystems weder durch isoliertes Handeln dezentralisierter Organisationseinheiten noch auf hierarchischem Wege durch eine Zentralinstanz bewältigt werden (ebd.: 21).

Ausgehend davon können Koordinationsprobleme in der Außensteuerung (Staat-Privat) und der Innensteuerung (Staat-Staat) auftreten (ebd.).

Im Mehrebenensystem entstehen nach Reichard (2003: 5) einige Problematiken und Spannungsfelder zwischen kommunaler und nationaler Steuerung innerhalb des Gewährleistungsmodells: Nationale Standardsetzungen und Regulierungen berauben die kommunale Demokratie ihres Gestaltungsspielraums, während kommunale Regulierungen institutionenökonomisch ineffizient sein, Inzellösungen fördern und Wettbewerb behindern können. Die Lösung könnte für Reichard eine generelle Regulierung durch die nationale und eine konkrete Standardsetzung durch die kommunale Ebene sein. Hiermit hängt auch das Prinzip der Subsidiarität zusammen: Sowohl in seiner vertikalen Variante (hierarchisch

höhere Stufe soll nicht erledigen, was die hierarchisch niedere besser kann), als auch in seiner horizontalen Variante (Staat soll nicht aktiv werden, wenn private Initiativen die Güterversorgung sichern) (Schedler 2000: 6f). Die Gewährleistungsverantwortung kann somit auch als subsidiär beschrieben werden (Weilert 2015: 118).

Verknüpft mit dem Begriff des Gewährleistungsstaates ist darüber hinaus häufig der Begriff der Daseinsvorsorge (bspw. Knauff 2004; Einig 2008). Das von Ernst Forsthoff entwickelte Modell kann in seinem ursprünglichen Sinne als nicht mehr zeitgemäß angesehen werden. Die Grundlagen rund um die Abhängigkeit des Einzelnen von Leistungen Dritter besitzt allerdings weiterhin Relevanz (Knauff 2004: 59). So können heute darunter Güter und Dienstleistungen verstanden werden, an deren flächendeckender Versorgung ein öffentliches Interesse besteht. Auch wenn der Begriff unscharf bleibt, kann Gesundheitsversorgung darunter gefasst werden (Einig 2008: 17f). Es besteht neben dem Einfluss des Privatisierungsgedankens ein Einfluss des Konzeptes der Daseinsvorsorge auf das Leitbild des Gewährleistungsstaates (Knauff 2004: 63). Generell kann also davon ausgegangen werden, dass der Gewährleistungsstaat die Bedeutung von Leistungen der Daseinsvorsorge anerkennt und für die entsprechende Leistungserbringung Sorge trägt (ebd.: 91).

Eng verbunden mit der Bedeutung für die Daseinsvorsorge (Weilert 2015: 114), spielt die Gesundheitsversorgung für den Gewährleistungsstaat eine wichtige Rolle im Bereich der sozialen Infrastruktur (Schuppert 2001: 404). Er hat hier insofern eine interessante Stellung, als der Gesundheitsbereich schon von Beginn an nicht rein staatszentriert, sondern als Schnittstelle zwischen privaten und öffentlichen Akteuren konzipiert wurde. Dadurch kann seine Rolle als eine Art Vorläuferfunktion interpretiert werden (Weilert 2015: 119). Der Staat trägt im Gesundheitswesen als Regulator eine hohe Verantwortung und muss zwischen den Vorteilen von mehr Privatisierung (Marktoffenheit, Effizienz, Wirtschaftlichkeit) und den Nachteilen (mögliche Benachteiligungen sozial(-räumlich) schwächerer Gruppen) Instabilitäten in Versorgungsstrukturen abwägen, um seiner Aufgabe der Sicherstellung der körperlichen Unversehrtheit und eines menschenwürdigen Daseins gerecht zu werden (ebd.: 119f). In der Wahl der Mittel ist er flexibel (ebd.: 120).

2.2 Akteurzentrierter Institutionalismus

In dieser Arbeit soll von den Grundannahmen des akteurzentrierten Institutionalismus ausgegangen werden. Dieser fügt sich in die ebenfalls akteurspezifisch und institutionalis-

tisch geprägte Perspektive der Gewährleistungsstaatsforschung ein, die sich auf die Kooperation zwischen staatlichen, halbstaatlichen und privaten Akteuren konzentriert (Schuppert 2008/Dingeldey 2008: 318). Entwickelt von Renate Mayntz und Fritz Scharpf, konzentriert sich der akteurzentrierte Institutionalismus auf „das Zusammenwirken von politischer Steuerung und gesellschaftlicher Selbstorganisation in staatsnahen Sektoren wie dem Gesundheitswesen“ (Treib 2015: 277). Als Forschungsheuristik bietet der akteurzentrierte Institutionalismus „Orientierung bei der Erforschung von Policy-Entscheidungen, indem er das Augenmerk auf die Interaktion von politischen Akteuren unter bestimmten institutionellen Rahmenbedingungen richtet“ (ebd.: 277f). Nach Scharpf sind Institutionen dabei formelle und informelle Regelsysteme, die die offenstehenden Handlungsabläufe einer Gruppe von Akteuren strukturieren. Organisationen werden dabei zumeist nicht als Institutionen betrachtet, sondern aus der Außenperspektive als Akteure (Scharpf 2000: 77). Akteure werden allgemein als Personengruppen verstanden, die mehr oder weniger einheitlich handeln und in unterschiedlichem Maße zu kollektivem und strategischem Handeln fähig sind. Diese Handlungsfähigkeit wird hauptsächlich durch institutionelle Faktoren sowie die Zielvorstellungen der Mitglieder bestimmt (Treib 2015: 280f). Es werden begrenzt rationale Akteure angenommen (Scharpf 2000: 114). Teil des Akteurkonzepts sind zudem die Präferenzen der Akteure, die deren Handeln bestimmen. Diese sind in vier Komponenten aufgeteilt: Erstens besteht ein institutionelles Eigeninteresse an Wachstum, Autonomie und Fortbestand (Scharpf 2000: 117f). Zweitens liegen normative Rollenerwartungen vor, die meist institutionell definiert sind (ebd.: 118f). Drittens wird davon ausgegangen, dass Akteure bestimmte Identitäten haben, die sie verteidigen (ebd.: 119ff). Viertens können Akteure in Hinblick auf ihre Beziehung zu anderen Akteuren unterschiedliche Interaktionsorientierungen haben (ebd.: 148f).

3. Gewährleistung, Akteure und institutioneller Rahmen ambulanter Versorgung

Die ambulante Versorgung wird in Deutschland privatwirtschaftlich organisiert und kann somit von der lange Zeit vorrangig öffentlich organisierten stationären Versorgung abgegrenzt werden (Futterer 2020: 3). Dem in Kapitel 2.1 beschriebenen Gewährleistungsprinzip folgend, beschränkt sich der Staat auf die Regulierung und rechtliche Rahmensetzung. Die Leistungserbringung der medizinischen Versorgung wird zudem in selbstverwalteten Strukturen der Leistungserbringer (Kassenärztliche Vereinigungen) und Kostenträger

(GKV) organisiert, was die Staatsnähe des Sektors deutlich macht. Die Krankenkassen als Träger der GKV übernehmen dabei als Körperschaften des öffentlichen Rechts und mittelbare Staatsverwaltung öffentliche Aufgaben. Sie sind „weder unmittelbar staatliche Einrichtungen noch gehen sie einem privaten Erwerbszweck nach“ (Rosenbrock & Gerlinger 2014: 147).

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), welche gemeinsam mit den Kassen kollektivvertraglich Versorgungsverträge abschließen, sind ebenfalls Körperschaften des öffentlichen Rechts. Sie bilden sich aus dem meist landesweiten Zwangszusammenschluss der zur ambulanten Versorgung von Kassenpatient*innen im jeweiligen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzt*innen. Für Ärzt*innen ist die Mitgliedschaft also verpflichtend, um GKV-Patient*innen behandeln zu können. Dabei übernehmen die KVen den Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende ambulante Versorgung und deren Behandlungsqualität, sind aber gleichzeitig auch die Interessensvertretung der Vertragsärzt*innen gegenüber den Krankenkassen. Der Sicherstellungsauftrag der KVen prägt die ambulante Versorgung zusammenhängend mit dem System der Gesamtvergütung maßgeblich. Durch die Bildung von Landesausschüssen mit den Kassen und Ersatzkassen stellen die KVen im Rahmen der Bedarfsplanung Über- bzw. Unterversorgung in den jeweiligen Planungsregionen² fest und erlassen gegebenenfalls Zulassungsbeschränkungen (Rosenbrock & Gerlinger 2014: 183/Knieps & Reiners 2015: 248/Berner 2014: 60). Das Instrument der Bedarfsplanungsrichtlinie ist als untergesetzliche Norm dabei verbindlich für die an der Versorgung beteiligten Akteure. Die KVen bilden auf Bundesebene die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), welche durch das Bundesgesundheitsministerium beaufsichtigt wird. Ebenso werden die 17 KVen³ durch die jeweils zuständigen Ministerien auf Landesebene beaufsichtigt. Auf Bundesebene schließt die KBV Bundesmantelverträge mit dem Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVen) ab und wirkt im Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) mit, der bundeseinheitliche Richtlinien zur ärztlichen Qualitätssicherung erlässt. Der GBA ist das oberste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung, in dem neben KVen und GKVen für den stationären Bereich zusätzlich die Deutsche

² Relevant für Zulassungsbeschränkungen sind die Versorgungsgrade einer Facharztgruppe in einer Planungsregion. Jeder Arztgruppe ist einer von vier Versorgungsebenen zugeordnet, die regional unterschiedlich geplant werden. Die vier Ebenen sind die Mittelbereiche, die Kreisebene, die Raumordnungsregionen und das KV-Gebiet. Für Hausärzt*innen findet die Planung auf Mittelbereichsebene statt.

³ Das KV-Gebiet ist jeweils identisch mit den Landesgrenzen, abgesehen von Nordrhein-Westfalen, das in die KVen Westfalen-Lippe und Nordrhein aufgeteilt ist.

Krankenhausgesellschaft mitwirkt (Rosenbrock & Gerlinger 2014: 183/186/Futterer 2020: 5f/Berner 2014: 10f).

Anhand dieser kurzen Skizze der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland können einige Punkte hinsichtlich der Rollen der Akteure in der Gewährleistung ambulanter Gesundheitsversorgung festgehalten werden: Die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind als gewährleistungsstaatliche Akteure zu betrachten. Die KVen sind dabei gemäß ihrem Sicherstellungsauftrag in der Gewährleistungsverantwortung für die flächendeckende ambulante Versorgung zuständig und organisieren diese. Sicherstellung ist hierbei als Gewährleistung zu verstehen (siehe Franzius 2003: 496). Die KVen treten also (mit der GKV) als Regulatoren auf. Die tatsächliche Leistungserbringung erfolgt wiederum durch die Vertragsärzt*innen, die als Regulierte zu betrachten sind.

Ungeachtet der recht großen Autonomie der Gemeinsamen Selbstverwaltung nehmen auch die Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene Einfluss auf die Ausgestaltung der ambulanten Versorgung. Das Bundesgesundheitsministerium prägte über verschiedene Gesundheitsreformen das korporative Arrangement. Die Gesetzgeber sind somit Teil des Gewährleistungssystems und treten als gewährleistungsstaatliche Akteure auf. Als Regulatoren setzen sie den rechtlichen Rahmen, indem sich die Akteure der Gemeinsamen Selbstverwaltung bewegen können. Hier zeigt sich, dass in der ambulanten Gesundheitsversorgung die Gemeinwohlverwirklichung innerhalb des Staates arbeitsteilig realisiert wird (siehe 2.1). Es treten verschiedene Organisationen und Körperschaften als Akteure auf. Dabei findet Regulierung sowohl in der Innensteuerung (z.B. zwischen Gesetzgebern und den KVen sowie den Verbänden der Krankenkassen) als auch in der Außensteuerung (z.B. zwischen KVen und Vertragsärzt*innen) statt. Hier zeigt sich das bereits in Kapitel 2.2 angesprochene Zusammenwirken von politischer Steuerung und gesellschaftlicher Selbstorganisation im staatsnahen Sektor. Im Folgenden soll dies anhand einiger wegweisender Beispiele hinsichtlich der ambulanten Versorgung skizziert werden.

Seiner Überwachungs- und Regulierungsfunktion ist der Gesetzgeber immer wieder nachgekommen, wie beispielsweise das richtungsweisende Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 zeigt, mit dem unter anderem auch die Bedarfsplanung geändert wurde. Neuerungen waren, dass die Verhältniszahlen neu berechnet, die hausärztliche Versorgung durch Allgemeinmediziner*innen und hausärztlich tätige Internist*innen festgelegt, sowie qualitätsbe-

zogene Sonderbedarfsfeststellungen definiert wurden. Zusätzlich wurden in der novellierten Bedarfsplanungsrichtlinie neue Planungsbereiche definiert und in diesen Planungsbereichen für verschiedene Arztgruppen Einwohner-Arzt-Relationen festgelegt. Je nach Facharztgruppe findet dabei die Planung auf unterschiedlichen Ebenen statt. Dadurch wurden die Zulassungsregeln für Kassenärzt*innen also insgesamt neu gefasst (Knieps & Reiners 2015: 250f/Futterer 2020: 21/Berner 2014:17).

Anfang der 2000er Jahre zeichneten sich dann Versorgungsmängel auf zwei Ebenen ab: Zum einen nahm der Anteil der Hausärzt*innen unter den Vertragsärzt*innen kontinuierlich ab, zum anderen zeigte sich, dass die beschriebenen regionalen Bezugsgrößen für die Bedarfsplanung ungeeignet waren, da Ungleichheiten innerhalb des Gebietes nicht erfasst wurden. Im GKV-Modernisierungsgesetz (2004) wurden auch deshalb Krankenhäuser bei bestimmten Indikationen für ambulante Behandlungen geöffnet, die hausarztzentrierte Versorgung eingeführt und die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht (Knieps & Reiners 2015: 252f/260/Berner 2014: 18). Durch die MVZ wurde als neuer Leistungserbringertypus eine Alternative zum Modell der Einzelpraxis eingeführt, weil in diesem Modell die Anstellung von Ärzt*innen möglich ist (Futterer 2020: 25f/Knieps & Reiners 2015: 261).

2006 beschloss die Bundesregierung eine Änderung des Vertragsarztrechts, um der Unterversorgung ländlicher Regionen weiter entgegenzuwirken. Unter anderem wurde für unterversorgte Regionen die Möglichkeit zur Teilzulassung von Vertragsärzt*innen eingeführt, sowie die Altersgrenzen von 55 Jahren zur Niederlassung und von 68 Jahren für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit abgeschafft. Des Weiteren konnten Ärzt*innen nun Zweigpraxen in schlecht versorgten Gebieten eröffnen (Knieps & Reiners 2015: 254/Futterer 2020: 27).

Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde der GBA beauftragt, die Bedarfsplanungsrichtlinie zu novellieren, welche dann 2012 in neuer Form in Kraft trat. Kern dieser Novelle war die Regionalisierung der Bedarfsplanung, um sie besser an regionale Gegebenheiten und Besonderheiten anzupassen: Die KVen und Landesverbände der Krankenkassen hatten auf dem Papier nun größeren Spielraum bei der Bestimmung von Planungsregionen, die nicht mehr an Stadt- und Landkreise gebunden waren. Für die hausärztliche Versorgung wurden die Planungsregionen nun unter der Landkreisebene als Mittelbereiche definiert. Zusätzlich wurde KVen und Kassen die Möglichkeit gegeben, sogenannte Strukturfonds einzurichten, um die Niederlassung in unterversorgten Gebieten zu fördern. Auch

finanzielle Anreize bei der Honorarverteilung wurden gesetzt, um in schlecht versorgten Gebieten tätig zu werden. Des Weiteren wurde die Residenzpflicht für Vertragsärzt*innen gestrichen und die Gründung von Zweigpraxen erleichtert. Kommunen und KVen wurde die Möglichkeit gegeben, eigene Einrichtungen zu gründen, wenn Arztsitze anderweitig nicht besetzt werden können. Auch die Delegation von Routinetätigkeiten wurde erleichtert. Darüber hinaus erhielten auch die Länder mehr Mitspracherechte über zwei Vertreter im GBA (Knieps & Reiners 2015: 255/Futterer 2020: 37/Einig 2015: 51). Des Weiteren wurde die Möglichkeit geschaffen, gemeinsame Landesgremien zur sektorenübergreifenden Versorgung einzurichten, die Rechtsaufsicht über die Landesausschüsse ausüben, somit die Bedarfsplanung beanstanden können und ein Mitberatungsrecht in Fragen der Bedarfsplanung im GBA haben (Greß & Stegmüller 2018: 13).

Das GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ermöglichte 2015 Zuschüsse für Ärzt*innen, die sich auf dem Land niederlassen sowie mehr Weiterbildungsstellen für Allgemeinmediziner*innen, um die hausärztliche Versorgung zu stärken. Das Terminservice- und Versorgungsgesetz führte 2019 weitere finanzielle Anreize im Vergütungssystem für Landärzt*innen ein und gab auch den Bundesländern mehr Einfluss, beispielsweise durch einen Beraterstatus im GBA. Des Weiteren sollten die KVen die nun verbindlichen Strukturfonds weiter ausbauen, um mehr Investitionen in die flächendeckende Versorgung zu ermöglichen. 2019 wurde auch die Erreichbarkeit als bedeutendes Kriterium in die Bedarfsplanungsrichtlinie aufgenommen (Futterer 2020: 38f/ArL 2016: 30).

Diese Regulierung von Seiten der staatlichen Akteure, in erster Linie des Gesetzgebers auf Bundesebene, zeigt, dass schon einige Versuche im Rahmen der Gewährleistungsverantwortung unternommen wurden, die ambulante Versorgung zu verbessern und gegen den Ärztemangel in strukturschwachen Regionen vorzugehen. Die Krankenkassen und KVen sind im Rahmen der Selbstverwaltung für die Gewährleistung und Organisation der Erfüllung zuständig, aber auch der Gesetzgeber tritt als Regulator auf. Wie in Kapitel 2 beschrieben, ist bei gewährleistungsstaatlicher Betrachtung in der Komplexität dieser Anforderungen an den Staat eine Überforderung angelegt, die sich im Bereich der ambulanten medizinischen Versorgung in manchen Regionen zeigt: Es wurde durch die Steuerungsversuche keine regional ausgewogene Verteilung von Ärzt*innen erreicht, wodurch einige, besonders ländliche und strukturschwache Regionen weiterhin von Unterversorgung betroffen oder bedroht sind (Futterer 2020: 40f).

4. Kommunen als Akteure in der Gewährleistung ambulanter Gesundheitsversorgung: Ihre Rolle und Handlungsmöglichkeiten

Im Folgenden soll beschrieben werden, welche Auswirkungen diese (drohende) Unterversorgung auf betroffene Kommunen hat und wie diese darauf reagieren. Dazu werden Kommunen zuerst als Akteure operationalisiert und dann ihre Handlungsmöglichkeiten beschrieben. Eine 2018 in Niedersachsen durchgeführte Studie illustriert, dass die Unterstützung ambulanter Gesundheitsversorgung ein Thema für Kommunen ist. Von 411 Bürgermeister*innen, die an der Befragung teilnahmen, gaben 42% an, bereits Unterstützungsmaßnahmen für ambulante Ärzt*innen geleistet zu haben (Kuhn et al 2018: 711). Unterstützungsbedarf sahen 69% der Befragten (ebd.: 714).

Mit „Kommunen“ sind in der vorliegenden Arbeit in erster Linie Gemeinden gemeint.⁴ Zudem wird im Sinne der in Kapitel 2.2 beschriebenen Grundprinzipien des akteurzentrierten Institutionalismus davon ausgegangen, dass es sich bei Kommunen um einheitlich handelnde Akteure handelt, die zu strategischem und kollektivem Handeln fähig sind. Innerhalb der Kommunen nehmen Bürgermeister*innen eine zentrale und richtungweisende Funktion ein und sind immer mehr als Krisenmanager gefragt (Gehne 2021: 2). Dies trifft auch auf den Bereich der ambulanten Gesundheitsversorgung zu. Die Kommunen bewegen sich dabei in dem im vorigen Kapitel dargestellten institutionellen Rahmen, der ihnen, abgesehen von der Erwähnung einer möglichen MVZ-Trägerschaft, keine explizite Rolle zuweist. Als Adressaten sehen sie sich jedoch mit einem gewissen Handlungs- und Problemdruck konfrontiert. Dabei kommen sie zwangsläufig mit den anderen dort aktiven Akteuren in Kontakt. Sie werden in der Innensteuerung durch die Bestimmungen der Bundesgesetzgebung beeinflusst, die den Handlungsspielraum festlegen.

Unter den Akteuren der Gemeinsamen Selbstverwaltung sind für die Kommunen besonders die KVen wichtig, da diese aufgrund des Sicherstellungsauftrags verantwortlich für die ambulante Versorgung sind und hier ebenfalls als kollektive Akteure betrachtet werden. Die Krankenkassen wiederum sind aus der kommunalen Perspektive von untergeordneter Bedeutung, da diese in der ambulanten Gesundheitsversorgung aufgrund ihrer Organisationsstruktur primär auf Landes- und Bundesebene aktiv sind (Futterer 2020: 6). Sie stellen daher für Kommunen eher keine lokalen Ansprechpartner dar.⁵

⁴ Andere kommunale Körperschaften, wie Landkreise oder formelle Zusammenschlüsse mehrerer Gemeinden werden hier explizit als solche und nicht als „Kommunen“ benannt.

⁵ Es sei darauf hingewiesen, dass Kommunen punktuell natürlich durchaus mit Krankenkassen in Kontakt kommen können, etwa über Modellprojekte, regionale Gesundheitskonferenzen oder Gesundheitsregionen.

Um die Frage zu beantworten, welche Rolle Kommunen für die Gewährleistung spielen, soll zunächst geklärt werden, warum sie sich dieses Themas überhaupt annehmen, obwohl sie – im Gegensatz zu den KVen, die den Sicherstellungsauftrag innehaben – formal gar nicht zuständig sind. Betrachtet man das föderale Mehrebenensystem Deutschlands, wurde in Kapitel 3.2 schon deutlich, dass auf Bundes- und Landesebene bereits zahlreiche Regulierungsversuche im Sinne der Gewährleistungsverantwortung für die ambulante Gesundheitsversorgung unternommen wurden. Nichtsdestotrotz gelang es im Rahmen getesteter Maßnahmen und Modellprojekte nicht, regionsspezifische Bedarfe langfristig zu decken. Die Gründe hierfür liegen unter anderem in den Hürden, entsprechende Maßnahmen regelhaft zu finanzieren. Betroffene Kommunen lassen sich charakterisieren als Räume, „die eine kleine Einwohnerzahl aufweisen, sich in ländlichen, strukturschwachen Regionen befinden und deren Versorgungslandschaft von Einzelpraxen mit familienunfreundlichen Arbeitszeitmodellen geprägt ist“ (Kuhn et al. 2018: 712). In diesen Kommunen wird durch Bürger*innen und Kommunalparlamente sowie die Ärzteschaft selbst, die konkrete Reaktionen auf Engpässe erwarten, der Handlungsdruck konkret spürbar und zwingt Kommunen im Sinne der Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung als Teil der öffentlichen Infrastruktur aktiv zu werden (ArL 2016: 9). Indikator für das Entstehen eines solchen Handlungsdrucks ist auch die Erkenntnis von Kuhn et al. (2018: 715), dass Bürgermeister*innen betroffener Kommunen vorgeschlagene Handlungsmöglichkeiten für umsetzbarer halten als Bürgermeister*innen nicht betroffener Kommunen.

Reflektiert man dies akteurzentriert mit der in Kapitel 2.2 dargestellten Präferenz des institutionellen Eigeninteresses, kann man das kommunale Eingreifen folgendermaßen erklären: Die ambulante Versorgung ist ein wichtiger Standortfaktor für eine Kommune (ebd.: 714/Dudek 2021: 418), weswegen bei Versorgungsproblemen zur Sicherung des Fortbestands eingegriffen werden muss. Betrachtet man zusätzlich die Dimension normativer Rollenerwartungen an Kommunen, so kann als eine solche die Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse betrachtet werden (Gehne 2021: 2). Es wird erwartet, dass die Kommunen regionale, relational schlechtere Verhältnisse, in diesem Fall Versorgungsmängel, ausgleichen. Wie in 2.1 dargestellt, wird durch diese soziale Regulierung versucht, Marktfehler zu korrigieren und einen sozialen Ausgleich zu schaffen. Dabei kann die ärztliche Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge verstanden und das Handeln somit begründet werden (Kuhn et al. 2018: 712).

Entsprechende Handlungsmöglichkeiten fallen in den Bereich freiwilliger Aufgaben, die Kommunen als Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft nach dem Subsidiaritätsgrundsatz in eigener Verantwortung bearbeiten können. Unabhängig davon, dass der Sicherstellungsauftrag formal bei der jeweiligen KV liegt, bieten sich also Ansatzpunkte für Kommunen, freiwillig im Bereich der Daseinsvorsorge tätig zu werden (Kuhn & Amelung 2015: 21). Teilweise wird dies sogar als verpflichtend für betroffene Kommunen dargestellt (z.B. Einig 2015: 52). Gewissermaßen werden betroffene Kommunen also durch das partielle Scheitern der eigentlichen gewährleistungsstaatlichen Akteure in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Gebieten in eine eigene „kompensatorische Gewährleistungsverantwortung“ gedrängt, auch um ihren eigenen Fortbestand zu sichern (institutionelles Eigeninteresse) und normative Rollenerwartungen zu erfüllen. Die recht vielfältigen Handlungsmöglichkeiten wurden aus der Sekundärliteratur zusammengetragen und werden im Folgenden dargestellt sowie empirisch mit Praxisbeispielen aus Sekundärliteratur und Presse illustriert. Die verschiedenen Handlungsmöglichkeiten sind nach Handlungsbereichen kategorisiert.

4.1 Vernetzung, Kooperation und Koordination

Da die ambulante Gesundheitsversorgung ein komplexes Geflecht verschiedener Akteure aus Staat, Selbstverwaltung und Leistungserbringern ist, ist eine vernetzende und koordinierende Rolle der Kommunen zentral, um ein gelingendes Zusammenwirken zu ermöglichen und Maßnahmen gemeinsam abzustimmen (Geuter et al 2017: 31/Kuhn & Amelung 2015: 21). Von Bedeutung sind die Arbeits- und Austauschbeziehungen zu den KVen: Die Kommunikation und Kooperation zwischen den Kommunen und den KVen sollte aufgebaut und gestärkt werden. Kommunen sollten regelmäßig über Probleme der ärztlichen Versorgung berichten, um Detailinformationen für die Bedarfsplanung zu liefern. Dies kann beispielsweise seit 2012 nach § 90a SGB V über das jeweilige gemeinsame Landesgremium erfolgen (Einig 2015: 59). Durch die Kooperation von Kommune und KV können Maßnahmen abgestimmt und somit an Wirksamkeit gewinnen, da Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen gebündelt werden: Kommunen können beispielsweise in Standortfragen weiterhelfen, während die KVen bei Fragen der Zulassung und Vergütung wichtig sind, wobei sie über Mittel und Expertise verfügen (ebd.: 64/ArL 2016: 35/38). Ein Beispiel für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen KV und Kommune ist die Samtgemeinde Sögel in Niedersachsen. Die KV Niedersachsen hat hier in Kooperation

mit der Kommune eine KV-Eigeneinrichtung gegründet. Zudem wurden zusammen ergänzende Maßnahmen zur Steigerung der Attraktivität der Gemeinde als Wohnort für Ärzt*innen ergriffen (Deutsches Ärzteblatt 2016).

Des Weiteren sollten sich Kommunen mit anderen Gesundheitsakteuren vernetzen, um deren Kreativität und Umsetzungsbereitschaft auszuloten und so besser auf die lokalen Gegebenheiten eingehen und Potenziale abschätzen zu können (Einig 2015: 68). In der kommunalen Vernetzungsrolle ist dabei vor allem die Kommunikation mit niedergelassenen Ärzt*innen von Bedeutung. Einerseits könnten diese eigene Ideen, wie beispielsweise eine weitere angestellte Ärztin oder eine Zweigpraxis oder auch Kontakte niederlassungswilliger Kolleg*innen zur Verbesserung der Versorgungssituation einbringen. Andererseits könnten sie sich durch etwaige kommunale Maßnahmen für neu niedergelassene Ärzt*innen benachteiligt fühlen. Es ist also wichtig für die kommunale Seite, mit der Ärzteschaft in Kontakt zu stehen (ebd.: 53/ArL 2016: 38).

Zusätzlich zur Vernetzung mit den KVen und anderen Gesundheitsakteuren, sollten Kommunen mit anderen Kommunen, besonders Nachbarkommunen, in Kontakt treten. So können das Vorgehen abgestimmt und gemeindeübergreifende Lösungen gefördert, sowie Doppelstrukturen vermieden werden (Geuter et al 2017: 31). Zudem können die Kommunen ihre Interessen in kommunalen Spitzenverbänden aggregieren und auf der Landesebene einbringen (Einig 2015: 59). So setzt sich unter anderem der Niedersächsische Städte- und Gemeindebund für eine flächendeckende ambulante Versorgung ein und fordert auf Landesebene mehr Studienplätze (NSGB 2021). Grundsätzlich gilt, dass die Lücken im Versorgungssystem meist nicht nur einzelne Kommunen betreffen. Wenn Praxisstandorte wegfallen oder eine Nachbesetzung nicht realisierbar ist, können interkommunale Lösungsansätze weiterhelfen (ArL 2016: 31f). Eine solche Zusammenarbeit kann beispielsweise im Rahmen der Gesundheitsregionen erfolgen. Wichtig ist eine Bereitschaft der Kommunen, miteinander in Kontakt zu treten und zu kooperieren. Ein Beispiel ist die Regionalstrategie der Region „Mitte Niedersachsen“, in der sich die Städte und Samtgemeinden darauf verständigt haben, auf die Setzung nicht abgestimmter Anreize zu verzichten (ArL 2016: 32f). Die 16 Gemeinden haben dazu auch gemeinsame Standards definiert, wie eine maximale PKW-Fahrzeit von 15 Minuten zur nächsten Hausarztpraxis sowie die Behandlung von maximal 2000 Einwohner*innen pro Hausärzt*in. Werden bei einem regelmäßigen Monitoring diese Standards nicht erreicht, ergreifen die Kommunen gemeinsame Maßnahmen (Kuhn & Amelung 2015: 22). Auch der Kreis Dillingen in Bayern steht

exemplarisch für interkommunale Zusammenarbeit: 27 Bürgermeister*innen verfassten eine gemeinsame Resolution zur Forderung nach mehr Kassensitzen (Zacher & Mangold 2021).

4.2 Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit

Auch im Bereich der Beratung können Kommunen aktiv werden. Zunächst müssen sie jedoch entsprechende Kompetenzen besitzen. So gibt es inzwischen Anlaufstellen für Kommunen, bei denen diese sich beraten lassen können (Geuter et al 2017: 28). Beispielsweise bietet das Kommunalbüro für ärztliche Versorgung Bayern ein solches Beratungsangebot für Kommunalpolitiker*innen und vermittelt Best-Practice-Ansätze (Kuhn & Amlung 2015: 22).

Kommunale Beratungsangebote wiederum richten sich an interessierte Ärzt*innen. Dabei soll diesen der Standort und besonders dessen Vorteile nahegebracht werden, indem eine Beratung bezüglich der bestehenden Förderprogramme, der ärztlichen Infrastruktur und den allgemeinen Bedingungen angeboten wird (Kuhn et al 2018: 715). Zudem können durchaus auch relevante Aspekte des Landlebens für die Ärzt*innen sowie deren Familien Gegenstand einer solchen Beratung sein (Einig 2015: 6). Beispiele wären etwa Stellen für Lebenspartner*innen oder Angebote der Kinderbetreuung.

Um auf diese Beratungsangebote sowie die Region und Kommune an sich überhaupt erst aufmerksam zu machen, bedarf es einer geeigneten arztzentrierten Öffentlichkeitsarbeit. Als Grundlage dazu kann die Einrichtung einer entsprechenden Informationsplattform mit Ansprechpartner*innen hilfreich sein, die sich sowohl an Ärzt*innen als auch an Medizinstudierende richtet (Kuhn et al 2018: 714). Diese niedrigschwellige Möglichkeit wird von einigen Kommunen genutzt, findet aber auch auf Kreisebene statt. So haben beispielsweise die Landkreise Konstanz mit der „Operation Landarzt“⁶ sowie der Landkreis Waldshut mit dem „Patient Hochrhein“⁷ (beide Baden-Württemberg) entsprechende Plattformen eingerichtet, die über die Möglichkeiten und Unterstützungsleistungen für interessierte Ärzt*innen informieren. Hier können sich auch einzelne Kommunen einbringen.

⁶ Online unter: <https://operation-landarzt.de/>.

⁷ Online unter: <https://patient-hochrhein.de/>.

Ziel der dargestellten Beratungs- und Informationsmaßnahmen ist es auch, das Image des Landarztlebens zu verbessern: Angehende und jüngere Ärzt*innen haben oft Vorstellungen, die nicht immer den realen Bedingungen entsprechen. So kommt es, dass die Tätigkeit in der Stadt, der auf dem Land oft vorgezogen wird und auch das Facharzttdasein dem des Hausarzttdaseins. Hier kann regionales Marketing helfen, indem beispielsweise erfahrene Landärzt*innen mit Medizinstudierenden und jungen Ärzt*innen ins Gespräch gebracht werden. Besonders wirksam ist solche Öffentlichkeits- und Beratungsarbeit dann, wenn sie flankierend zu anderen Maßnahmen angeboten wird (ArL 2016: 39f).

4.3 Infrastrukturelle Rahmenbedingungen und Standortfaktoren

Die allgemeine infrastrukturelle Lage wirkt sich auf die Niederlassungsbereitschaft junger Mediziner*innen aus. Um attraktiv für die Niederlassung von Ärzt*innen zu sein, ist folglich eine allgemeine Infrastrukturförderung von Bedeutung (Kuhn et al 2018: 715). Insbesondere die weichen Standortfaktoren, die die Lebensqualität im Wohn- und Arbeitsumfeld beeinflussen, beeinflussen auch die Niederlassungsentscheidung erheblich. Sie können sozusagen als „harte“ Einflussgröße betrachtet werden (Geuter et al 2017: 31). Solche Standortfaktoren können etwa Betreuungs- und Schulangebote für die Kinder, die Wohnqualität, Freizeitmöglichkeiten, kulturelle Angebote sowie die ÖPNV-Anbindung sein (ebd.).

Des Weiteren können Kommunen hier auch den Zugang sowie die Inanspruchnahme für schwache Interessengruppen stärken: Zum Beispiel durch die Unterstützung von Dolmetscherdiensten bei Arztbesuchen oder die Unterstützung von Mobilitätseingeschränkten durch Bürgerbusse (Kuhn & Amelung 2015: 21).

Das Thema Mobilität ist generell eine zentrale Stellschraube für Kommunen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung aufrechtzuerhalten. Besonders wenn die eigene Arztpraxis vor Ort wegfällt und die Patient*innen (möglicherweise im Rahmen interkommunaler Kooperation) in einer Nachbargemeinde mitversorgt werden sollen. Hier hilft die generelle Förderung des (bedarfs- und behindertengerechten) ÖPNV, aber auch innovativere Konzepte wie Bürgerbusse sichern den Zugang zu Einrichtungen (Kuhn & Amelung 2015: 21). Dies ist besonders für Patient*innen ohne PKW relevant. Ein Beispiel hierfür ist der zwischen 2012 und 2013 im Landkreis Märkisch-Oderland eingerichtete RegioMed-Patientenbus. Ziel des Modellprojekts war es, besonders älteren und mobilitätseingeschränkten Menschen aus Orten ohne Arztsitz einen verbesserten Zugang zur ärztlichen Versorgung

zu gewährleisten. Dazu fanden unter anderem Terminabstimmungen und Koordination mit den Arztpraxen statt (Kuhn & Amelung 2015: 22). Es darf allerdings nicht vergessen werden, dass der ÖPNV im ländlichen und vor allem strukturschwachen Raum häufig ebenfalls vor eigenen großen Herausforderungen steht (Einig 2015: 63f/ siehe 5.2).

4.4 Unterstützungsleistungen im Privatbereich

Kommunen verfügen über einige Handlungsmöglichkeiten, um gezielt interessierte Ärzt*innen im Privatbereich zu unterstützen und sie so zur Niederlassung zu bewegen. Zum Beispiel können Kommunen sie bei der Suche nach geeigneten Immobilien als Wohnsitz für potenzielle Ärzt*innen helfen oder sogar ein Wohnhaus vergünstigt bereitstellen (Einig 2015: 52/66). Ergänzende Unterstützungsmöglichkeiten beziehen sich auf das familiäre Umfeld der Interessenten: So können Kommunen bei der Jobsuche der Lebenspartner*innen unterstützend tätig werden oder bei der Kinderbetreuung in verschiedenen Altersstufen beratend agieren (Kuhn et al 2018: 714/Einig 2015: 52/Steinhäuser et al 2012: 615), beispielsweise im Rahmen der Vermittlung von Schul- und Kindergartenplätzen (Einig 2015: 52). Hier kann erneut auf die Initiative „Patient Hochrhein“ des Landkreises Waldshut hingewiesen werden, auf deren Website eine Auflistung privater Unterstützungsleistungen, wie etwa Kinderbetreuung und Jobsuche für Lebenspartner*innen, aufgeführt sind. Die ebenfalls bereits erwähnte Samtgemeinde Sögel gewährt den Angehörigen von Heil- und Pflegeberufen Darlehen für den Wohnungsbau, um diese an den Wohnort zu binden (Deutsches Ärzteblatt 2016).

4.5 Unterstützung bei der Niederlassung

Bei der expliziten Niederlassung können Kommunen sowohl finanziell als auch materiell fördern und somit Anreize setzen. Einige Handlungsmöglichkeiten beziehen sich auf den zukünftigen Praxisstandort. Hier können Kommunen unter anderem mietgünstige oder kostenlose Praxisräume und Grundstücke bereitstellen sowie Renovierungsmaßnahmen unterstützen (Kuhn et al 2018: 712/714/Einig 2015: 65/ArL 2016: 9/Steinhäuser et al 2012: 615). So hatte beispielsweise die Gemeinde Todtmoos in Baden-Württemberg vorübergehend kostenlose Praxisräume im Rathaus angeboten, um interessierte Ärzt*innen zu mobilisieren (Böhm 2018). Abgesehen von Praxis und Grundstück können auch je nach Ausstattung der Kommune finanzielle Anreize gesetzt werden, in Form von Einrichtungs-

zuschüssen, eines günstigen Darlehens oder eines finanziellen Zuschusses bei einer Praxisübernahme (Kuhn et al 2018: 714/715/ArL 2016: 9). Aber auch zweckgebunden: So können Fortbildungskosten übernommen, ein Zuschuss für das Praxispersonal ausgezahlt oder die Anschaffung telemedizinischer Ausstattung bezuschusst werden (Kuhn et al 2018: 715/Steinhäuser et al 2012: 615). Die Förderung von Gesundheitszentren, Ärztehäusern und Zweigpraxen ist eine weitere Möglichkeit, zukunftsfähige Modelle (siehe 3) zu unterstützen (Einig 2015: 64f).

4.6 Förderung von Nachwuchs

Zur Gewinnung von Nachwuchs für die ambulante Versorgung im ländlichen Raum können auch Kommunen beitragen. So können sie beispielsweise durch Stipendien Medizinstudierende fördern, die sich im Gegenzug verpflichten, danach in der entsprechenden Region tätig zu werden (Kuhn et al 2018: 714). Bereits zuvor kann kommunales Engagement bei der Begleitung der Berufswahl von Schüler*innen sinnvoll sein. Bedacht werden sollte dabei jedoch, dass solche Maßnahmen eher langfristig wirken und akute Versorgungsprobleme nicht sofort lösen können (ArL 2016: 34f).

Weitere Handlungsoptionen, die zu einem späteren Zeitpunkt im Medizinstudium ansetzen, sind die Unterstützung von Famulaturen und Praktischen Jahren in Praxen sowie von entsprechenden Lehrpraxen in der Region. Es wird darauf abgezielt, mögliche Vorurteile gegenüber dem Landarzt-dasein abzubauen und die Niederlassungsbereitschaft zu erhöhen. Dies kann in dieser fortgeschrittenen Phase der ärztlichen Ausbildung sinnvoll sein, da sich hier Vorstellungen vom späteren Arbeitsumfeld konkretisieren (ebd.). Ein Beispiel ist das Universitätsklinikum Tübingen, das auf seiner Webseite zur Teilnahme an seinem ‚Blockpraktikum land.plus‘ aufruft und mit interessierten ländlichen Kommunen (momentan aus den Landkreisen Calw, Freudenstadt, Reutlingen, Zollernalb) zusammenarbeitet.⁸ Hier können sich Kommunen aktiv mit entsprechenden Universitäten und potenziellen Lehrpraxen vernetzen. Ähnliches gilt auch für die kommunale Unterstützung von Weiterbildungsverbänden, da Ärzt*innen in Weiterbildung meist konkretere Vorstellungen haben, wo sie praktizieren wollen (ArL 2016: 34f). Ein Beispiel hierfür ist die Initiative „Landpartie“, wie sie im Landkreis Fulda durchgeführt wurde: „Fortgeschrittene Medi-

⁸ Online unter: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/einrichtungen/institute/allgemeinmedizin/lehre/lehrpraxen>.

zinstudierende bekommen die Möglichkeit, Praxiserfahrungen in hausärztlichen Landarztpraxen zu sammeln. Die beteiligten Landkreise organisieren gemeinsam mit den Praxen und den Gemeinden das Rahmenprogramm sowie die Anreise, Unterkunft und Verpflegung vor Ort.“ (Kuhn & Amelung 2015: 22).

4.7 Monitoring

Oft werden Kommunen recht spät über etwaige Versorgungslücken informiert, beispielsweise erst, wenn eine Nachfolgersuche erfolglos blieb. Um bereits zuvor auf diese Probleme vorbereitet zu sein und somit mehr Handlungsspielraum zu haben, ist ein Monitoring von Entwicklungsrisiken von Bedeutung, das über ein vergleichbares Vorgehen im Rahmen der Bedarfsplanung hinausgeht. Diese stellt nämlich in der Regel den aktuellen Stand der Versorgung dar. Wichtig ist jedoch, die zukünftige Versorgungslage im Rahmen der Feststellung von Sonderbedarfen und nicht retrospektiv abschätzen zu können. Hierbei bietet es sich bspw. an, die Zahl der Ärzt*innen im Alter über 60 Jahren im Auge zu behalten und ggf. mit diesen in Kontakt zu treten (siehe 4.1). Hilfreich ist bei diesem auch als Community Health Assessment bezeichneten Vorgehen des Weiteren die Zusammenarbeit mit der KV, für die ein solches Monitoring ebenfalls von Bedeutung ist (ArL 2016: 36/Kuhn & Amelung 2015: 21f). Eine mögliche Kooperation in diesem Bereich betrifft die Bündelung von Daten und Ressourcen.

4.8 MVZ-Trägerschaft und neue Versorgungsmodelle

Weitere kommunale Handlungsmöglichkeiten ergeben sich im Bereich der direkten Übernahme von Aufgaben der Gesundheitsversorgung. Hierzu können Kommunen seit 2012 selbst die Trägerschaft von MVZs übernehmen (siehe 3). Positive Effekte sind ein, durch Anstellung, ärztefreundliches Modell und besserer kommunaler Einfluss auf die ärztliche Versorgung (Kuhn et al 2018: 715). Die Beispiele hierfür sind recht selten, dennoch gibt es Fälle, wie etwa das Ärztehaus Büsum oder das Gesundheitszentrum Katzenelnbogen (ebd.: 712). Ein weiteres Beispiel ist Schwarzenborn im Schwalm-Eder-Kreis in Hessen: Der Prozess von der Idee bis zur Gründung als Anstalt des öffentlichen Rechts dauerte vier Jahre, was die Komplexität des Unterfangens für eine Kommune zeigt. In Schwarzenborn konnte durch die Maßnahme tatsächlich ein Allgemeinmediziner gefunden werden. Die Kosten betragen 1,1 Millionen Euro (Abb 2018). Da die MVZ-Trägerschaft eine recht neue

Möglichkeit mit relativ langer Planungs- und Umsetzungsphase darstellt, könnte es in Zukunft trotz der aktuell niedrigen Zahl zu einem Anstieg öffentlich getragener Einrichtungen kommen.

Neben der Trägerschaft von MVZs können Kommunen über die Anstellung einer Gemeindegeweser Gesundheitsversorgung gewährleisten. Diese fungiert als erste Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen und koordiniert und vermittelt Termine der umliegenden Hausarztpraxen. Ein Praxisbeispiel hierfür ist die kommunale Gemeindegeweser in Muschenheim in Hessen (Kuhn & Amelung 2015: 22). Die 2012 gestartete Initiative wurde im Laufe der Zeit auf weitere Orte im Umkreis ausgeweitet und zielt auf mehr persönliche Nähe in der Gesundheitsversorgung besonders für die ältere Bevölkerung ab.⁹

4.9 Zwischenfazit

Die Rolle von Kommunen in der Gewährleistung ambulanter Gesundheitsversorgung ist kompensatorischer Natur, da es sich bei den beschriebenen Handlungsmöglichkeiten um ausgleichende Maßnahmen angesichts der aus dem partiellen Scheitern der eigentlich gewährleistenden Akteure resultierenden Versorgungslücken handelt. Sie sind darauf ausgelegt, entstandene Versorgungslücken durch vernetzende Foren, beratende Strukturen, das Setzen von Anreizen und Werbung auszugleichen und so neue Ärzt*innen für die entsprechende Kommune bzw. Region zu gewinnen.

Dabei sind einige Handlungsmöglichkeiten ähnlich denen, die auch anderen Akteuren zur Verfügung stehen: Auch die KVen können über die Strukturfonds Niederlassungen in unterversorgten Gebieten finanziell fördern. Dennoch gibt es einige Handlungsmöglichkeiten, die in erster Linie den Kommunen zur Verfügung stehen. Von Bedeutung sind die Bereitstellung von Grundstücken und Immobilien sowie die Verbesserung der allgemeinen lokalen Infrastruktur. Bei letzterer ist besonders die Mobilität zentral, da durch deren Verbesserung der Zugang zur ärztlichen Versorgung für alle verbessert werden kann (siehe 4.3).

Es zeigt sich, dass Kommunen als Versorgungsmanager auftreten und durchaus Handlungsmöglichkeiten haben, die sie von den eigentlichen gewährleistenden Akteuren abheben, wodurch sie gewinnbringend in der Schließung von Versorgungslücken auftreten können. Das bedeutet jedoch nicht, dass die anderen Handlungsmöglichkeiten redundant sind.

⁹ Online unter: <https://unsere-gemeindegewestern.de/>.

Im Gegenteil: Das abgestimmte Setzen von Anreizen – etwa bei der Niederlassung – mit anderen Gesundheitsakteuren, besonders der KV, ist sinnvoll zur Gewinnung neuer Ärzt*innen. Darüber hinaus können Kommunen in diesen Handlungsbereichen zwar ähnliche Maßnahmen ergreifen, diese sind dann aber von eigenen Interessen geleitet, da Kommunen eine eigene Perspektive auf die Problematik haben. So kann beispielsweise ein eigenes Monitoring wichtig sein, um das Problem richtig zu erfassen und gegebenenfalls Druck auf andere Akteure wie die KV ausüben zu können. Auch regionales Marketing können Kommunen aus eigenen Interessen heraus umsetzen.

Der Handlungsbereich „Vernetzung, Kooperation und Koordination“ nimmt insofern eine zentrale Rolle ein, als Kommunen besonders wegen der kompensatorischen Natur ihrer Gewährleistung und dementsprechend fehlenden Zuständigkeiten und Ressourcen (Siehe 5) auf die Kooperation mit den eigentlich zuständigen Akteuren, in erster Linie den KVen, aber auch anderen Kommunen, angewiesen sind (Knieps et al. 2012: S. 17). Eine Zusammenarbeit ist daher für manche Handlungsbereiche, wie etwa die Unterstützung bei der Niederlassung, entweder Voraussetzung oder zumindest förderlich, besonders da kommunale Maßnahmen in erster Linie flankierend und unterstützend wirken (Kuhn Amelung 2015: 22). Der Handlungsbereich kann als eine Art „Katalysator“ verstanden werden, der den Erfolg in anderen Handlungsbereichen durch die Zusammenarbeit mit weiteren Akteuren wahrscheinlicher macht. Die folgende Abbildung bietet auf Grundlage dieser Überlegungen einen Überblick über die verschiedenen Handlungsbereiche:

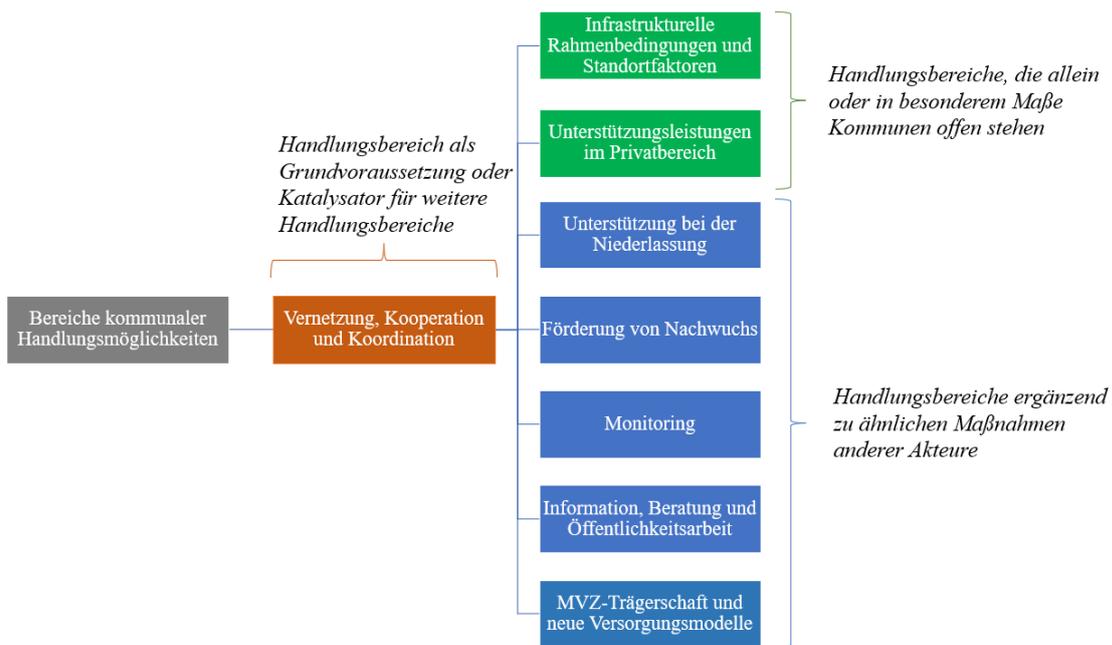


Abbildung 1: Überblick über die Bereiche kommunaler Handlungsmöglichkeiten
(Eigene Darstellung)

Werden Kommunen in den beschriebenen Handlungsbereichen aktiv und setzen entsprechende Handlungsmöglichkeiten um, so werden sie trotz der kompensatorischen Natur ihres Eingreifens zu Gewährleistungsakteuren, da sie ein gemeinwohlrelevantes Steuerungsdefizit erkennen und korrigierend eingreifen. Dies lässt sich in der folgenden Abbildung anhand einer Gegenüberstellung der Handlungsbereiche mit den Rollen des gewährleistenden Staates nach Schuppert deutlich machen:

<i>Rollen des gewährleistenden Staates nach Schuppert (2005: 23)</i>	<i>Handlungsbereiche der Kommunen in der ambulanten Gesundheitsversorgung</i>
Planer, Initiator, Koordinator, Mobilisierer, Moderator	Vernetzung, Kooperation und Koordination
(Anschub-) Finanzier	Unterstützung bei Niederlassung Unterstützung im Privatbereich
Infrastruktur-Bereitsteller	Infrastrukturelle Rahmenbedingungen und Standortfaktoren MVZ-Trägerschaft und neue Versorgungsmodelle
Qualifizierer	Förderung von Nachwuchs
Kontrolleur, Evaluator und demokratischer Steuerer	Monitoring
Öffentlichkeitsarbeiter, Multiplikator	Information und Öffentlichkeitsarbeit

*Abbildung 2: Kommunen als Gewährleistungsakteure in der ambulanten Versorgung
(Eigene Darstellung)*

Festzuhalten ist, dass die Kommunen sich im Handlungsfeld der ambulanten Gesundheitsversorgung in einem institutionellen Geflecht mit verschiedenen Akteuren befinden, in dem sie originär kaum Kompetenzen und Gewährleistungsverantwortung haben. Das bedeutet, dass Kommunen ihre, deshalb eher indirekten, Handlungsmöglichkeiten mit den anderen Akteuren – besonders der KV – abstimmen sollten. Es existiert eine Art Regulierung innerhalb des Staates, da Kommunen gewisse Handlungsmöglichkeiten, wie etwa die Trägerschaft von MVZs erst durch Reformen des Bundesgesetzgebers ermöglicht wurden (siehe 3). Dies zeigt, dass innerhalb des Gewährleistungssystems durchaus Bestrebungen bestehen, Kommunen mehr in die ambulante Gesundheitsversorgung einzubinden. Das kann als eine Art reflexiver Steuerung interpretiert werden, durch die der Gewährleistungsstaat versucht, auf die entstehenden regionalen Versorgungslücken zu reagieren, indem die kommunale Ebene aktiviert wird. Dieser Prozess kann allerdings auch als ein „Abwälzen“

der Verantwortung auf die Kommunen durch die eigentlich zuständigen Akteure interpretiert werden. Gerade Forderungen von mehr Kommunalisierung durch KVen bei eigener Zuständigkeit und Inaktivität kann kritisch gesehen werden. Für diese konfliktive Interpretation spricht, dass Kommunen sich durchaus wehren und stärkeres Engagement anderer Akteure fordern (z.B. Kuhn et al. 2018: 714). Die kompensatorisch gewährleistenden Kommunen haben bei der Erfüllung dieser Aufgaben, für die sie originär nicht zuständig sind, durchaus Probleme, auf die im Folgenden näher eingegangen wird.

5 Kritische Betrachtung: Probleme - Risiken - Chancen

Die im vorigen Kapitel beschriebenen Handlungsmöglichkeiten zeigen, welche Rolle Kommunen als Akteure in der ambulanten Gesundheitsversorgung spielen können. Dabei gibt es jedoch auch einige Hindernisse, was die Umsetzbarkeit dieser Maßnahmen sowie das generelle Engagement von Kommunen angeht. Diese werden im Folgenden dargestellt. Zunächst wird auf generelle Probleme und im Anschluss auf die einzelnen Handlungsbereiche eingegangen. Schließlich werden Chancen und Reformoptionen beleuchtet.

5.1 Generelle Probleme der Zuständigkeit und der Finanzlage

Ein problematischer Punkt für betroffene Kommunen ist die rechtliche Situation, die mit dem unscharfen Rechtsbegriff der Daseinsvorsorge nicht umfänglich geklärt ist. Engagieren sich Kommunen in der Verbesserung der ambulanten Gesundheitsversorgung, fällt dies am ehesten in den Bereich der freiwilligen (Selbstverwaltungs-)Aufgaben (Gerlinger et al. 2018: 105/110). Dies offenbart zwei Probleme: Einerseits sind Kommunen auf dem Papier keineswegs verpflichtet, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, andererseits fehlen ihnen dazu häufig die rechtlichen Kompetenzen, die ihr Eingreifen stützen würden (Greß & Stegmüller 2018: 8). Daraus lässt sich schließen, dass die kommunale Ebene selbst rechtliche Grundlagen und Anreize benötigt, um eine aktivere Rolle zu übernehmen (Einig 2015: 28). Zwar wurden im Zuge der Gesundheitsreformen einige Handlungsspielräume geschaffen, wie Kapitel 3 und 4 gezeigt haben, jedoch erwächst daraus keine klar festgelegte Zuständigkeit. Der Sicherstellungsauftrag verbleibt bei den KVen. Zudem ist die finanzielle Subventionierung durch die Kommunen ein rechtlicher Graubereich: Neben einschränkenden bundesstaatlichen und landesrechtlichen Regelungen verbietet der Vertrag

über die Arbeitsweise der Europäischen Union wettbewerbsverfälschende kommunale Beihilfen (Kuhn et al 2018: 716). Betrachtet man die in Kapitel 4 erörterte Rolle der Kommunen und ihre Handlungsmöglichkeiten erwächst aus dieser Nicht-Zuständigkeit, dass Kommunen zwar in gewisser Weise gewährleisten und regulieren können, diese Regulierung allerdings in den meisten Handlungsbereichen durch das Setzen von Anreizen und nicht durch konkrete Zwangsmittel erfolgt, die nur den zuständigen Akteuren offenstehen.

Neben den rechtlichen Kompetenzen bestehen häufig auch Schwierigkeiten hinsichtlich der Mittel, die für das Ergreifen von Maßnahmen notwendig sind. So haben Kommunen etwa aufgrund von Verschuldung schon Schwierigkeiten bei der Erfüllung von Pflichtaufgaben. Dies trifft häufig in besonderem Maße auf die von Unterversorgung betroffenen und bedrohten Kommunen zu, die meist auch mit anderweitiger Strukturschwäche zu kämpfen haben. Genau diese Strukturschwäche ist schließlich Mitgrund für die fehlende Attraktivität für Ärzt*innen (siehe 4). Diese wirtschaftliche Lage verkompliziert die Übernahme von freiwilligen Aufgaben im Bereich der ärztlichen Versorgung (Gerlinger et al. 2018: 109f). Dabei ist zu beachten, dass die Haushaltskrise nicht alle Kommunen im gleichen Maße trifft, aber das zusammenhängende Ausbleiben oder Beschränken von Investitionen in öffentliche Daseinsvorsorge und freiwillige Leistungen – also auch die mögliche Stärkung ambulanter Versorgung betreffende Bereiche – für Bürger*innen in entsprechenden Kommunen direkt spürbar wird (Zabler 2021: 20). Hierbei zeigen sich große räumliche Unterschiede: Die Schere zwischen finanziell schlechter und besser aufgestellten Kommunen öffnet sich weiter (ebd.: 39). Dass die Gesamtlage der Verschuldung deutscher Kommunen besser wird, sorgt keineswegs für eine Anpassung der Lebensverhältnisse. Im Gegenteil sorgen Leistungskürzungen und Investitionsverzicht in finanzschwachen Kommunen zwar für ausgeglichene Haushalte, jedoch auch für noch ungleichere Lebensverhältnisse durch ausbleibende Investitionen (Junkernheinrich 2019: 36f). Da Kommunen in ihrer kompensatorischen Funktion im Rahmen einer freiwilligen Aufgabe selbst die Mittel für Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich der Stärkung ambulanter Gesundheitsversorgung bereitstellen müssen, ist auch zu erwarten, dass sich hier Unterschiede je nach Finanzlage ergeben und manche Kommunen durch Verschuldung und Austeritätspolitik in ihrem Engagement eingeschränkt sind (Dudek 2021: 424). Dieses Problem ergibt sich auch aus der fehlenden formalen Zuständigkeit im Gewährleistungssystem und den fehlenden Mitteln.

Diese Erkenntnisse bestätigen sich auch in der von Kuhn et al. (2018: 714) durchgeführten Befragung: 72% der Bürgermeister*innen gaben bei der Umsetzung kommunaler Unterstützungsmaßnahmen Hindernisse an, 74% davon wegen fehlender Mittel und 73% wegen fehlenden Zuständigkeiten. Auch fehlende personelle Ressourcen und Expertise sind hier zu nennen. Neben diesen schwerwiegenden Hürden hinsichtlich Kompetenzen und Ressourcen, können auch bei der Umsetzung von Maßnahmen Probleme auftreten. Diese werden mit Bezugnahme auf die oben beschriebenen Handlungsmöglichkeiten erläutert.

5.2 Probleme hinsichtlich der Handlungsmöglichkeiten

Im Bereich der Vernetzung sind die Kommunen auf die Kooperationsbereitschaft und Reformfreudigkeit der anderen beteiligten Akteure angewiesen (Knieps et al. 2012: S. 17). So haben Kommunen über den Umweg der Länder und der gemeinsamen Landesgremien zwar theoretisch die Möglichkeit, die regionale Bedarfsplanung zu beanstanden, dies wird jedoch selten genutzt. Das gemeinsame Landesgremium ist eher als schwach einzuschätzen (Greß & Stegmüller 2018: 13). Wirkliche Partizipationsrechte in der Bedarfsplanung haben Kommunen darüber hinaus nicht (Gerlinger et al. 2018: 110/117).

Generell fällt auf, dass teilweise eine unzureichende Koordination mit den KVen stattfindet (Greß & Stegmüller 2018: 17). Dies könnte damit zusammenhängen, dass die KVen gemäß der in Kapitel 3 beschriebenen Doppelfunktion, auch Interessenvertretungen der Ärzt*innen darstellen und als solche bestrebt sind, deren Niederlassungsentscheidungen nicht zu sehr einzuschränken. Dies zeigt sich im Widerstand der organisierten Ärzteschaft gegen schärfere Regeln zur Beschränkung von Überversorgung (ebd.: 15). Zudem „dethematisieren“ Versorgungsakteure in Deutschland systematisch Probleme ungleicher Versorgung (Alisch & Kümpers 2018: 55), was es Kommunen zusätzlich erschwert, Maßnahmen abzustimmen und Vernetzung voranzutreiben. So wird auch ein gemeinsames Monitoring schwierig. Ein Beispiel für die schlecht funktionierende Zusammenarbeit zwischen Kommunen und KV ist der Landkreis Dillingen, in dem 27 Bürgermeister*innen die ärztliche Versorgung bemängeln und die KV dafür kritisieren, dass diese die Zahlen „schönrechnet“ und daher untätig bleibt (Zacher & Mangold 2021). Auch 85% der 2018 in Niedersachsen befragten Bürgermeister*innen forderten ein stärkeres Engagement der KVen (Kuhn et al. 2018: 714).

Die Kooperation mit anderen Kommunen kann sich ebenfalls als schwierig erweisen. Grundsätzlich lassen sich Versorgungsprobleme im Verbund besser lösen. Allerdings sind

Kommunen häufig bestrebt, die ärztlichen Versorgungsstrukturen in der eigenen Gemeinde zu behalten und nicht durch Nachbargemeinden mitversorgt zu werden (siehe 4.3). Ergreifen die unterschiedlichen Kommunen somit jeweils eigene Maßnahmen, kann es zu einer Wettbewerbslogik und einem „Überbietungswettbewerb“ kommen (ArL 2016: 10). Zum einen behindern sich die Kommunen gegenseitig, zum anderen lösen sie selbst bei einem Erfolg ihre eigenen Probleme nicht. Schließlich können Versorgungslücken in Nachbargemeinden dazu führen, dass auch ansässige Ärzt*innen in der eigenen Kommune mehrbelastet werden (ebd.). Betrachtet man hinsichtlich der Präferenzen akteurzentriert die möglichen Interaktionsformen (siehe Scharpf 2000: 148-158) der einzelnen Kommunen, besteht die Gefahr eines individualistischen Vorgehens, das in einen Wettbewerb mündet. Stattdessen wäre eine solidarisch geprägte interkommunale Zusammenarbeit erfolgsversprechender, um Probleme nachhaltig zu lösen. Letztendlich sitzen alle „in einem Boot“ (ARL 2016: 32), selbst wenn eine Kommune erfolgreich eine/n Praxisnachfolger*in findet, hilft ihr das nur, wenn auch die umliegenden Kommunen ausreichend versorgt sind und nicht mitversorgt werden müssen (ebd.). Obgleich es Beispiele von solcher Zusammenarbeit gibt (siehe 4.1), ist dies recht voraussetzungsvoll und es besteht dennoch die Gefahr, dass der Fokus zu sehr auf der einzelnen Kommune liegt. Der große Vorteil von Kommunen als Akteuren in der Gewährleistung, nämlich ihre Problemnähe (Gerlinger et al. 2018: 103), kann sich ohne ausreichende Vernetzung mit anderen Akteuren also auch nachteilig auswirken, wenn der Blick für das große Ganze, die Versorgungssituation der Region, in den Hintergrund rückt (ebd.). Dies unterstreicht die Bedeutung des in Kapitel 4.9 hervorgehobenen Handlungsbereichs „Vernetzung, Koordination und Kooperation“.

Ein weiteres Problem ist die generelle Strukturschwäche, die mit den Engpässen in der ärztlichen Versorgung häufig einhergeht. Hier sind gerade ländlich-periphere Regionen betroffen, die durch geringe Siedlungsdichte, Überalterung und Abwanderung hinsichtlich ihrer allgemeinen Infrastruktur ein Tragfähigkeitsproblem haben (Junkernheinrich 2019: 38). Dieses lässt sich meist nicht kurzfristig beheben. Zudem sind entsprechend strukturschwache Kommunen meist nicht in der Lage zusätzliche Ressourcen für die Stärkung der ärztlichen Versorgung bereitzustellen (siehe 5.1). Gerade das Thema Mobilität spielt hier eine wichtige Rolle, da eine fehlende Anbindung die Attraktivität von Kommunen für Ärzt*innen schmälert. Gleichzeitig führt sie dazu, dass mobilitätseingeschränkte Personen keine Versorgung im Ort und schlechten Zugang zur Versorgung andernorts haben. Hier wäre, wie oben beschrieben, eine Kompensationsleistung der Kommunen zur Stärkung

der Mobilität hilfreich – gleichzeitig sind diese Investitionen aufgrund der schlechten infrastrukturellen und finanziellen Lage nur schwer umzusetzen (Einig 2015: 63f).

Hinsichtlich der direkten materiellen oder finanziellen Förderung von an einer Niederlassung interessierten Ärzt*innen oder von Medizinstudierenden in Form von Stipendien gibt es verschiedene Probleme. Zum einen sind hier die bereits genannten Punkte der Kostenbelastung und des drohenden Wettbewerbs zwischen Kommunen zu nennen. Des Weiteren könnte die Unterstützung neuer Ärzt*innen und Medizinstudierenden durch Kommunen auch den Unmut bereits ansässiger Ärzt*innen auf sich ziehen, die solche Fördermaßnahmen womöglich nicht erhalten haben. Dies unterstreicht die Notwendigkeit des Austausches auch mit dieser Gruppe (siehe 4.1). Letztendlich stellen Fördermaßnahmen der Kommunen unter Umständen eine Wettbewerbsverzerrung dar, die genau abgewägt werden sollte (siehe 2.1).

Interessant zu betrachten sind auch die Probleme, die bei Kommunen hinsichtlich der Trägerschaft von MVZs entstehen können. Zwar haben Kommunen seit 2015 (eingeschränkt seit 2012) das Recht, als Träger von MVZs zu fungieren, jedoch wird diese Möglichkeit bis auf wenige Einzelfälle praktisch nicht genutzt. Hierfür gibt es nach Gerlinger et al. (2018: 110) eine Reihe von Gründen: Neben dem finanziellen Risiko, fehlt entsprechend qualifiziertes Verwaltungspersonal. Des Weiteren weisen Kommunen angesichts nötiger umfangreicher Investitionen die Verantwortung von sich und wollen diese nicht als freiwillige Aufgabe übernehmen (ebd./Abb 2018). Zu einem ähnlichen Schluss kommen Kuhn et al. (2018: 715) in ihrer Umfrage: Auch hier werden kommunale Finanzprobleme, fehlende Zuständigkeit und fehlende Kompetenz als Argumentationen gegen die Übernahme der Trägerschaft eines MVZs genannt. Zusätzlich werden hier eine ungeeignete Gemeindegröße sowie personelle Probleme angeführt. Darüber hinaus löst ein MVZ nicht automatisch das Versorgungsproblem einer Kommune, da für die entsprechende Einrichtung immer noch Ärzt*innen gefunden werden müssen. Ein MVZ ist insofern eine recht hohe Investition, nur um weitere Anreize (bspw. hinsichtlich des Beschäftigungsverhältnisses/Arbeitszeiten usw.) zu schaffen (Gerlinger et al. 2018: 110).

5.3 Chancen und Grenzen von Reformoptionen

Angesichts der beschriebenen Probleme werden Reformen zugunsten einer stärkeren Rolle der Kommunen und eine Ausstattung dieser mit mehr Kompetenzen und Ressourcen gefordert. Ein Beispiel für eine stärkere Kommunalisierung der ärztlichen Versorgung ist das

Konzept von Stefan Greß und Klaus Stegmüller (2018: 15ff), in dem drei Elemente einer möglichen Reform zur effektiven Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene ausgemacht werden: Erstens sollen aussagefähige kleinräumige Indikatoren ein passgenaues Monitoring auf kommunaler Ebene ermöglichen, um Handlungsnotwendigkeiten rechtzeitig zu erkennen.

Zweitens sollen regionale Versorgungskonferenzen durchsetzungsfähige Instrumentarien implementieren können. Sie bilden das Herzstück des Vorschlags: Neben KVen und Krankenkassen sollen auch Vertreter*innen der Kommunen in den Konferenzen stimmberechtigt sein, wodurch diese formal in den Sicherstellungsprozess eingebunden werden. Mit dieser Konzeption ziehen Greß und Stegmüller Konsequenzen aus dem Scheitern der KVen in der flächendeckenden Erfüllung des Sicherstellungsauftrags. Dieser wird mit dem Vorschlag von Versorgungskonferenzen auf ein kommunales Gremium verlagert, das kleinräumiger vorgehen und planen kann. Aus der Perspektive des Gewährleistungsstaates lässt sich erkennen, dass in diesem Vorschlag die Gewährleistungsverantwortung auf der kommunalen Ebene verortet wird und die Kommunen zu vollwertigen Gewährleistungsakteuren neben KVen und Krankenkassen erhoben werden. Eine Letztverantwortung übernehmen dabei auch die Bundesländer, die die Aufsicht über die Versorgungskonferenzen haben sollen.

Das dritte vorgeschlagene Element sind die durch die Konferenzen implementierten Maßnahmen zum Abbau von Unter- und Überversorgung (ebd.: 18f): Die beteiligten Akteure können diese abstimmen und für die jeweilige Situation anpassen. Besonders Überversorgung soll dabei besser abgebaut werden, ein Problem, das laut den Autoren momentan zu wenig bekämpft wird. Die Versorgungskonferenzen sollen die Kompetenz bekommen, die Nachbesetzung von Praxen in überversorgten Gebieten zu verhindern, um Ärzt*innen in schlechter versorgte Gebiete umzulenken. Besonders finanzschwache Kommunen sollen dabei von den Bundesländern unterstützt werden (ebd.).

Das Konzept zeigt, dass durchaus Chancen darin liegen, den Kommunen mehr Handlungsspielraum und Kompetenzen in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu geben und ihnen auch formal Gewährleistungsverantwortung zuzuschreiben. Dennoch gibt es bei der Kommunalisierung von Gesundheitspolitik auch Grenzen, wie Gerlinger et al. (2018: 120f) deutlich machen: So ist, den Autor*innen, zufolge die kommunale Ebene per se nicht geeignet, um die Probleme, die aus unzureichender Regulierung auf Bundes- und Landesebene entstehen, zu lösen. Gerade, wenn es um überregionale Versorgungsaspekte

geht, sind die Kommunen selbst Träger von Partikularinteressen: Wie bereits in 5.2 dargestellt, kann beispielsweise ein für die Versorgungslage schädlicher Wettbewerb zwischen Kommunen entstehen. Eigeninteressen ständen der Zuschreibung einer größeren Gemeinwohlorientierung entgegen. Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass Kommunen angesichts des tendenziellen Mangels an Finanzen, Personal und Expertise eine umfangreiche Ressourcenausstattung zur Aufgabenwahrnehmung bräuchten. Problematisch könnten auch intrakommunale Strukturen sein, wenn z.B. die zuständigen Entscheidungsträger eigene Interessen verfolgen oder der Gesundheitsversorgung gar keinen großen Stellenwert einräumen (Gerlinger et al. 2018: 121).

Hieran ist zu sehen, dass eine größere Kompetenzausstattung der kommunalen Ebene in der Gewährleistung von Gesundheitsversorgung mit Problemen einhergehen kann und nicht zwingend größere Erfolge als über die fachliche Ebene der KV verspricht (Kuhn & Amelung 2015: 23). Dennoch bietet eine größere Beteiligung der Kommunen Chancen zur Reaktion auf lokale Versorgungsprobleme. Insofern könnten Kommunen besonders in Regionen mit Versorgungsengpässen als formal vollwertige Akteure in das Gewährleistungssystem integriert werden, um kleinräumig auf Versorgungsdefizite aufmerksam zu machen und in Abstimmung mit anderen Akteuren, besonders den KVen, angemessen auf diese reagieren zu können. Die gegenwärtige unklare kommunale Zuständigkeit, die durch konkreten Handlungsdruck ausgelöst und sich auf unklare rechtliche Begriffe wie die Daseinsvorsorge im Rahmen freiwilliger Aufgaben stützt, führt jedenfalls zu Unklarheiten, Problemen und einer lediglich kompensatorischen Funktion von Kommunen, die abhängig von eigenem Engagement und der eigenen Ressourcenausstattung ist.

6 Kommunen als Gewährleistungsakteure: Die Lösung des Ärztemangels im ländlichen Raum?

Auf Grundlage der bisherigen Erkenntnisse über Rolle, Handlungsmöglichkeiten und Hindernisse sowie Chancen von Kommunen als Akteure in der ambulanten Versorgung, wird aus der Theorieperspektive des Gewährleistungsstaates die Frage erörtert werden, ob Kommunen als Gewährleistungsakteure eine Lösung für den Ärztemangel im ländlichen Raum darstellen.

Angesichts von Föderalismus und Mehrebenensystem sind Kommunen nicht die einzigen staatlichen Akteure, die versuchen substituierend in Versorgungsfragen einzugreifen: So

wurden durch den Gesetzgeber auf Bundesebene verschiedene Reformen realisiert (siehe 3) und auf Landesebene beispielsweise mit Landarztquoten in mehreren Bundesländern, Maßnahmen ergriffen. Teil der Regulierungsstrategie auf Bundesebene ist, Kommunen mehr Kompetenzen in der ambulanten Versorgung zuzuschreiben, wie die Möglichkeit der MVZ-Gründung zeigt (siehe 3). Dies kann als eine Art reflexive Steuerung (siehe 4.9) verstanden werden, da angesichts von Versorgungslücken im Bestreben, eine Ermöglichungsstruktur zur flächendeckenden Gewährleistung ambulanter Versorgung zu schaffen, die Rollenverteilungen der Gewährleistungsakteure neu angepasst werden. Das geschieht einerseits durch die beschriebene Regulierung der kommunalen Ebene durch hierarchisch höhere Ebenen, andererseits jedoch auch maßgeblich durch den bei den Kommunen entstehenden Handlungsdruck, durch den diese angesichts mangelnder Versorgung trotz diverser Hindernisse selbst aktiv werden (siehe 4).

Diese Dynamik kann zwar lokal dabei helfen, Versorgungsmängel einzudämmen, stellt aber keine Lösung für das Problem des Ärztemangels im ländlichen Raum dar. Kommunen können mit den beschriebenen Handlungsmöglichkeiten nur die Symptome der zu Beginn erläuterten Verteilungsproblematik mildern. Das Setzen von Anreizen und Netzwerkarbeit erhöht zwar die Chance, genügend Ärzt*innen in die Region zu „locken“. Die zugrunde liegende Ursache der Präferenzen der Ärzt*innen gegen strukturschwache Räume und gegen die Allgemeinmedizin als Fachrichtung kann so jedoch nicht behoben werden. Diese Ursachen liegen auf höheren oder anderen Ebenen und müssen dementsprechend dort gelöst werden. Zumal die Kommunen bei der Umsetzung ihrer Handlungsmöglichkeiten mit diversen Problemen, insbesondere wirtschaftlicher Natur konfrontiert sind (siehe 5). Dadurch ergibt sich zwangsläufig auch die Problematik, dass durch ungleiche Finanzstärke von Kommunen eine Ungleichheit der Lebensverhältnisse eher gefördert als abgebaut wird (siehe 5.1).

Eine weitere Herausforderung stellt dar, dass angesichts der Verteilungsproblematik nicht nur der Abbau von Unterversorgung, sondern auch der Abbau von Überversorgung wichtig ist. Hier sind Kommunen, unterstellt man ein individualistisches Vorgehen, als Träger von Partikularinteressen (Gerlinger et al. 2018: 120f) ähnlich ungeeignet, wie die KVen, die ebenfalls kaum über Anreize und adäquate Instrumente zur Bekämpfung dieses Problems verfügen (Grefß & Stegmüller 2018: 14f).

Eine Stärkung kommunaler Kompetenzen in der ambulanten Versorgung verbunden mit entsprechenden Ressourcen erscheint angesichts dieser Überlegungen insofern als sinnvoll,

als diese als vollwertige Gewährleistungsakteure bei den in Zukunft wohl noch häufiger auftretenden Versorgungsengpässen eindämmend mitwirken könnten. Temporär könnte mehr Ausgleich geschaffen werden könnte, besonders wenn auch weniger finanzkräftigen Kommunen mit Ressourcen gestärkt würden. Eine Möglichkeit hierzu wäre, die Strukturfonds nicht mehr bei den KVen, sondern bei den Kommunen anzusiedeln (Greß & Stegmüller 2018: 14). Eine weitere Möglichkeit wäre auch die Ansiedelung bei den gemeinsamen Landesgremien, die dann weiter verteilen können. Diese Stärkung der Kommunen ist notwendig, da die auf höheren Ebenen ergriffenen Maßnahmen, die das Problem lösen könnten, meist langfristig und nicht kurzfristig wirken. Ein Beispiel hierfür sind die angesprochenen Landarztquoten auf Landesebene. Bis dahin ist die stärkere Einbindung von Kommunen in das Gewährleistungssystem zwar keine finale Lösung, aber eine Möglichkeit zur lokalen Eindämmung des Problems. Kommunen sind dabei durch ihre Problemnähe und eigene – teilweise auch exklusive – Handlungsmöglichkeiten hilfreich (siehe 4.9). Zu bedenken ist dabei, dass Kommunen für den Aufbau solcher Kompetenzen ebenfalls Zeit und Ressourcen brauchen (Kuhn & Amelung 2015: 23).

Gleichzeitig zeigt die Notwendigkeit kommunalen Eingreifens das (partielle) Scheitern des Gewährleistungssystems und sollte als Warnsignal und Anlass interpretiert werden, diese Defizite auf höheren Ebenen zu beseitigen. Hier zeigt sich eine Überforderung des Staates (siehe 2.1), der entgegengewirkt werden sollte. Zusammenfassend kann man angesichts dieser Ergebnisse, der in Kapitel 2.1 angebrachten Überlegung Reichards zu gewährleistungsstaatlichen Spannungen im Mehrebenensystem stattgeben: Es bedarf einer generellen Regulierung auf nationaler Ebene (die im Falle des Ärztemangels bislang noch nicht erfolgreich scheint), die kommunale Ebene sollte allerdings zur konkreten Standardsetzung ebenfalls eingebunden werden.

7 Fazit und Ausblick

Der vorliegenden Arbeit lag die Frage zugrunde, welche Rolle Kommunen als Akteure für die Gewährleistung ambulant medizinischer Versorgung in strukturschwachen ländlichen Regionen spielen. Dazu wurde zunächst die Gewährleistung ambulanter Versorgung in Deutschland dargestellt, um die Kommunen akteurzentriert darin einzuordnen. Des Weiteren wurden kommunale Handlungsmöglichkeiten und entstehende Chancen, Risiken und Probleme untersucht. Dabei wurden die Handlungsmöglichkeiten in Handlungsberei-

che kategorisiert, mit Praxisbeispielen illustriert und mit dem Leitbild des Gewährleistungsstaates reflektiert. Abschließend wurde die Frage gestellt, ob der Einsatz von Kommunen aus Perspektive des Gewährleistungsstaates als Lösung für den Ärztemangel auf dem Land angesehen werden kann, was mithilfe der zuvor gesammelten Ergebnisse reflektiert wurde.

Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse kurz dargestellt. Kommunen engagieren sich bei bestehenden oder drohenden Versorgungsmängeln in der ambulanten Versorgung, da die ärztliche Versorgung ein wichtiger Standortfaktor ist und somit ein institutionelles Eigeninteresse für die Kommunen besteht, diese aufrechtzuerhalten. Zudem kann man die Sorge für gleichwertige Lebensverhältnisse als normative Rollenerwartung an Kommunen verstehen. Die Handlungsmöglichkeiten, die sich Kommunen dabei bieten, lassen sich in verschiedene Handlungsbereiche kategorisieren: Erstens Vernetzung, Kooperation und Koordination; zweitens Information, Beratung und Öffentlichkeitsarbeit; drittens Infrastrukturelle Rahmenbedingungen und Standortfaktoren; viertens Unterstützungsleistungen im Privatbereich; fünftens Unterstützung bei der Niederlassung; sechstens Förderung von Nachwuchs; siebtens Monitoring; achtens MVZ-Trägerschaft und neue Versorgungsmodelle. Zu erkennen ist dabei, dass Kommunen in der Erfüllung dieser Aufgaben gewissermaßen zu Gewährleistungsakteuren werden. Diese Funktion ist allerdings kompensatorischer Natur, da die Zuständigkeit eigentlich bei anderen Akteuren – durch den Sicherstellungsauftrag in erster Linie den KVen – liegt. Durch deren partielles Scheitern, werden Kommunen zum Handeln gedrängt. Durch die fehlende Zuständigkeit sind Kommunen aber auch auf die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, besonders den KVen, aber auch Nachbarkommunen angewiesen, was dem Handlungsbereich „Vernetzung, Kooperation und Koordination“ besondere Bedeutung verleiht. Trotz der kompensatorischen Natur ihres Handelns übernehmen die Kommunen durch die dargestellten Handlungsbereiche gewährleistungsstaatliche Aufgaben und können als Gewährleistungsakteure betrachtet werden, da sie ein gemeinwohlrelevantes Steuerungsdefizit erkennen und korrigierend eingreifen.

Bei der Erfüllung dieser Aufgaben werden Kommunen mit verschiedenen Problemen konfrontiert. In erster Linie erwachsen diese aus fehlenden Zuständigkeiten und Ressourcen. Hinsichtlich der verschiedenen Handlungsmöglichkeiten ergeben sich zudem spezifische Probleme. Hervorzuheben ist für den Bereich der „Vernetzung, Kooperation und Koordination“, eine fehlende Kooperationsbereitschaft anderer Akteure, besonders der KV. Eine

individualistische Interaktionsorientierung unter Nachbarkommunen führt zudem zu einem der Gesamtsituation schädlichen Wettbewerb. In Anbetracht dieser Probleme existieren es Reformoptionen für mehr kommunale Kompetenzen in der ambulanten Gesundheitsversorgung. Dabei ist zwar zu konstatieren, dass das verstärkte Einbinden von Kommunen als Gewährleistungsakteure sinnvoll sein kann, um Versorgungsmängel lokal einzudämmen, dies aber keiner finalen Lösung des zugrunde liegenden Problems gleichkommt. Das in einigen Fällen und in Zukunft wohl immer öfter notwendige Eingreifen von Kommunen verweist vielmehr auf Defizite des Gewährleistungssystems auf höheren Ebenen und dessen partielles Scheitern. Auf diesen Ebenen, der Bundes- und Landesebene, muss das Steuerungsproblem gelöst werden. Ob Ansätze wie etwa die Landarztquote erfolgreich sein werden, bleibt abzuwarten. Bis dahin werden wohl noch weitere Kommunen durch Versorgungsengpässe unter Druck geraten.

Angesichts dieser Prognose lassen sich auch Anknüpfungspunkte für weitergehende Forschung feststellen. Zum einen lässt das recht heterogene Feld der dargestellten Handlungsmöglichkeiten offen, welche sich in den nächsten Jahren an Gewicht gewinnen werden. So könnten weitere Untersuchungen zum Gegenstand haben, ob im Rahmen des wohl größer werdenden Problems, bestimmte Handlungsmöglichkeiten an Relevanz gewinnen und ob es weitere Innovationen gibt, möglicherweise auch aufgrund weiterer Regulierungen durch die Bundes- oder Landesebene. Des Weiteren ist es interessant, die Entwicklung mit Blick auf die Rolle von Kommunen in der Gesundheitspolitik generell zu verfolgen. Da die ambulante Versorgung ein Feld ist, in dem die kommunale Ebene kaum Kompetenzen hat, könnte eine Stärkung hier auch die generelle gesundheitspolitische Relevanz von Kommunen erhöhen. Diese hat in anderen gesundheitspolitischen Bereichen wie etwa der Prävention bereits zugenommen.

Hinsichtlich des Leitbildes des Gewährleistungsstaates ist die weitere Entwicklung interessant, da die Versorgungsmängel zwar einerseits ein partielles Scheitern gewährleistender Akteure offenbaren, andererseits im Rahmen reflexiver Steuerung mit den Kommunen weitere Akteure auf den Plan treten. In den nächsten Jahren wird zu beobachten sein, was das für die Zusammensetzung der Akteurskonstellation bedeutet. Wird das Problem auf Bundes- und Landesebene gelöst und weitere Beteiligung der Kommunen somit obsolet? Oder nimmt das Problem weiterhin zu und immer mehr Kommunen müssen eingreifen, wodurch sie zu einem festen Gewährleistungsakteur in der ambulanten Versorgung wer-

den? Werden sie dabei womöglich mit mehr Kompetenzen und Mitteln ausgestattet? Hieran lassen sich angesichts des partiellen Scheiterns, Reaktionen und Kompetenzverlagerungen des Gewährleistungsstaates bei der arbeitsteiligen Realisierung von Gemeinwohl beobachten.

Literaturverzeichnis

- Abb, Julia (2018): Kommunale Medizinische Versorgungszentren werden selten Realität. Online unter: <https://www.tk.de/presse/themen/medizinische-versorgung/ambulante-versorgung/kommunale-mvz-medizinisches-versorgungszentrum-2055086?tkcm=ab> (Letzter Zugriff: 19.10.2021).
- Alisch, Monika/Kümpers, Susanne (2018): Gesundes Altern angesichts von Ungleichheit? Kommunale und sozialräumliche Aufgaben. In: Brunnett et al. (Hrsg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Argument. Hamburg. S. 42-59.
- Amt für regionale Landesentwicklung Leine-Weser (ArL) (2016): Hausärzte gewinnen. Informationen für Kommunen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung. Hildesheim.
- Berner, Barbara (2014): Einführung in das Vertragsarztrecht. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Berlin.
- Bieling, Hans-Jürgen (2009): „Privat vor Staat“? Zur Entwicklung politischer Leitbilder über die Rolle des Staates. In: WSI Mitteilungen 62 (5). S. 235-242.
- Böhm, Andreas (2018): Allgemeinarzt in Todtmoos: Gemeinde bietet mietfreie Praxisräume im Rathaus an. Online unter: <https://www.suedkurier.de/region/hochrhein/todtmoos/Allgemeinarzt-in-Todtmoos-Gemeinde-bietet-mietfreie-Praxis-raeume-im-Rathaus-an;art372621,9975150> (Letzter Zugriff: 19.10.2021).
- Deutsches Ärzteblatt (2016): Ärztemangel: KVen und Kommunen müssen zusammenarbeiten. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/66509/Aerztemangel-KVen-und-Kommunen-muessen-zusammenarbeiten> (Letzter Zugriff: 19.10.2021).
- Dingeldey Irene (2008): Governance und Sozialpolitik. Der aktivierende Wohlfahrtsstaat als Gewährleistungsstaat. In: Schuppert, Gunnar Folke/ Zürn, Michael (Hrsg.): Governance in einer sich wandelnden Welt. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Dudek, Simon (2021). Die schleichende Krise strukturschwacher Kommunen. Zur Situation der Grundversorgung in ländlichen Räumen. PROKLA. Zeitschrift für Kritische Sozialwissenschaft 51 (204). S. 417–433.
- Einig, Klaus (2008): Regulierung der Daseinsvorsorge als Aufgabe der Raumordnung im Gewährleistungsstaat. In: Informationen zur Raumentwicklung 1/2.2008. S. 17-40.
- Einig Klaus (2015): Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge. Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Berlin.
- Franzius, Claudio (2003): Der „Gewährleistungsstaat“. Ein neues Leitbild für den sich wandelnden Staat? In: Der Staat 42 (4). S. 493–517.

- Futterer, Andrea (2020): Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim “Landarztmangel” an ihre Grenzen. Eine strukturelle Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgungsgeschichte Deutschlands (GROEG-Arbeitspapier Nr. 1).
- Gehne, David (2021): Kommunales Regieren – Bürgermeister im Kräftedreieck Bürgerschaft, Rat und Verwaltung. In: Korte, Karl-Rudolf/Florack, Martin (Hrsg.): Handbuch Regierungsforschung. Wiesbaden.
- Gerlinger, Thomas et al. (2018): Die Kommune als Akteur in der Gesundheitspolitik. In: Brunnett et al. (Hrsg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Argument. Hamburg. S. 103-126.
- Gerlinger, Thomas (2021): Vom versäulten zum integrierten Versorgungssystem: Reformbedarf und Handlungsempfehlungen. Working Paper Forschungsförderung Nummer 205 Hans Böckler Stiftung. Düsseldorf.
- Geuter et al. (2017): Optimierung der kommunalen Gesundheitsversorgung: Erste Erfahrungen des Kommunalbüros für ärztliche Versorgung des Landes Bayern. In: Das Gesundheitswesen 79. S. 28-34.
- Greß, Stefan/Stegmüller, Klaus (2018): Versorgungssteuerung auf kommunaler Ebene. Möglichkeiten und Grenzen. In: Brunnett et al. (Hrsg.): Die Kommune als Ort der Gesundheitsproduktion. Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 52. Argument. Hamburg. S. 8-21.
- Hoffmann-Riem, Wolfgang (2000): Verantwortungsteilung als Schlüsselbegriff moderner Staatlichkeit In: Kirchof et al. (Hrsg.): Staaten und Steuern. Heidelberg. S. 47-64.
- Hoffmann-Riem, Wolfgang (2001): Modernisierung von Recht und Justiz. Eine Herausforderung des Gewährleistungsstaates. Suhrkamp. Frankfurt am Main.
- Junkernheinrich, Martin (2019): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse und die Kommunalfinanzen. In: Wirtschaftsdienst 99. S. 36–43.
- Knauff, Matthias (2004): Der Gewährleistungsstaat: Reform der Daseinsvorsorge. Eine rechtswissenschaftliche Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des ÖPNV. Dunker & Humblot. Berlin.
- Knieps, Franz/Amelung, Volker/Wolf, Sascha (2012): Die Gesundheitsversorgung in schwer zu versorgenden Regionen – Grundlagen, Definitionen, Problemanalysen. In: Gesundheit und Sozialpolitik 66 (6). S. 8–19.
- Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2015): Gesundheitsreformen in Deutschland. Geschichte - Intentionen - Kontroversen. Verlag Hans Huber. Bern.
- Kuhn, Bertolt/Amelung, Volker (2015): Gemeinden unter Druck. Welche Rolle kann die Kommune bei der Lösung von ambulanten ärztlichen Versorgungsproblemen spielen? In: Gesundheits- und Sozialpolitik 69 (6). S. 16-24.
- Kuhn, Bertolt et al. (2018): Die Rolle von niedersächsischen Kommunen für die zukünftige ärztliche Versorgung – Eine Befragung der Bürgermeister und Landräte. In: Das Gesundheitswesen 80. S. 711–718.

- NSGB (2021): Hausärztliche Versorgung in Gefahr. Online unter: <https://www.nsgb.de/magazin/artikel.php?menuid=3&topmenu=3&artikel=2865> (Letzter Zugriff: 19.10.2021).
- Reichard, Christoph (2003): Das Konzept des Gewährleistungsstaates. Referat auf der Jahrestagung 2003 des Wissenschaftlichen Beirats der Gesellschaft für öffentliche Wirtschaft.
- Rosenbrock, Rolf/Gerlinger, Thomas (2014): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern.
- Scharpf, Fritz W. (2000): Interaktionsformen. Akteurzentrierter Institutionalismus in der Politikforschung. Opladen.
- Schedler, Kuno (2000): Gewährleistungsstaat – eine Konzeption für den Staat im New Public Management. Berliner Debatte INITIAL 11 (3). S. 5-18.
- Schuppert, Gunnar Folke (2001): Der moderne Staat als Gewährleistungsstaat. In: Schröter Eckhard (Hrsg.): Empirische Policy- und Verwaltungsforschung. Wiesbaden.
- Schuppert, Gunnar Folke (2005): Der Gewährleistungsstaat – modisches Label oder Leitbild sich wandelnder Staatlichkeit? In: Schuppert, Gunnar Folke (Hrsg.): Der Gewährleistungsstaat – Ein Leitbild auf dem Prüfstand. Baden-Baden. S. 11-53.
- Schuppert, Gunnar Folke (2008): Der Gewährleistungsstaat. Zum Wandel der Staatlichkeit im Spiegel sich wandelnder Staatsbilder. In: Vorgänge 182 (2). S. 14–25.
- Steinhäuser et. al. (2012): Die Sichtweise der kommunalen Ebene über den Hausärztemangel. Eine Befragung von Bürgermeistern in Baden-Württemberg. In: Das Gesundheitswesen 74. S. 612-617.
- Treib, Oliver (2015): Akteurzentrierter Institutionalismus. In: Wenzelburger, Georg/Zohlnhöfer, Reimut (Hrsg.): Handbuch Policy-Forschung. Wiesbaden.
- Weilert, Katarina (2015): Gewährleistungsstaat und Gesundheitsverantwortung. In: Weilert, Katarina (Hrsg.): Gesundheitsverantwortung zwischen Markt und Staat. Baden-Baden. S. 109-122.
- Zabler, Steffen (2021): Kommunale Schulden in Deutschland. Instrumente zur Bekämpfung auf dem Prüfstand einer synthetischen Analyse. Baden-Baden.
- Zacher, Judith/Mangold, Beate (2021): Ärztemangel im Lkr. Dillingen – Bürgermeister schlagen Alarm. Online unter: <https://www.br.de/nachrichten/bayern/aerztemangel-im-lkr-dillingen-buergermeister-schlagen-alarm,SlNYhb> (Letzter Zugriff: 19.10.2021).