

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

GROEG-Policy-Paper Nr. 1

Jan Ruck

Wenig Spielraum und viele Hürden

Die Policy-Optionen von Kommunen zur Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



Groeg GEMEINWOHL-RELEVANTE
ÖFFENTLICHE GÜTER

Zusammenfassung

Das Policy-Paper beschäftigt sich mit den Möglichkeiten und Hindernissen für Kommunen, die sich im Zuge des Landarztmangels für die Stärkung der ambulanten Versorgung engagieren.

Problemwahrnehmung und Agenda-Setting: Die Problemwahrnehmung erfolgt durch die lokale Wohnbevölkerung und/oder die lokale Ärzteschaft. Bürgermeister*innen beziehen Stellung und es entsteht Handlungsdruck für die Kommunen, die – trotz fehlender Zuständigkeit – die ambulante Versorgung auf ihre Agenda setzen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) tragen in Teilen durch Verantwortungsabwehr zu dieser Dynamik bei.

Policy-Optionen: Kommunen können basierend auf dem SGB V Medizinische Versorgungszentren (MVZs) in Krankenhausträgerschaft oder kommunale MVZs gründen. Des Weiteren können sie von den KVen die Erfüllung des Sicherstellungsauftrags einfordern. Darüber hinaus gibt es verschiedene flankierende Maßnahmen für Kommunen: Werbung, Verbesserung von Infrastruktur und Standortfaktoren, Steigerung der Attraktivität für Lebenspartner*innen und Familie, Förderung der Niederlassung und Nachwuchsförderung. Jegliche Option ist als freiwillige Aufgabe zu betrachten.

Entscheidungsfindung und Implementation: Bei der Entscheidung zwischen den Optionen und in der Umsetzung stoßen Kommunen auf zahlreiche Hindernisse hinsichtlich der Kooperation mit den traditionellen Akteuren der ambulanten Versorgung, fehlendem kommunalem Sachverstand, finanziellen Problemen, unsicherer Rechtslage und Zuständigkeit, interkommunalem Wettbewerb und der Integration schwacher Interessen.

Evaluierung: Die Kommunen haben kaum Möglichkeiten, die Maßnahmen zu evaluieren, weswegen auch selten Lerneffekte auftreten.

Empfinden Kommunen die Hürden als zu hoch oder bleibt nach der Implementation der Erfolg aus, wird das Engagement mitunter eingestellt.

Die defizitäre Problembearbeitung durch die Kommunen verdeutlicht den Handlungsbedarf auf höheren Ebenen. Sollen Kommunen auffangend wirken, bis längerfristige Regularien greifen, müssen sie mit weiteren Kompetenzen und Ressourcen ausgestattet werden. Die bisherige Regionalisierung bietet dafür keine ausreichende Grundlage.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Herausforderung Landarztmangel	4
2. Problemwahrnehmung und Agenda-Setting	5
3. Policy-Optionen	6
4. Entscheidungsfindung und Implementation.....	10
5. Evaluierung.....	14
6. Fazit: Steuerungsbedarf auf Bundes- und Landesebene	15
Literaturverzeichnis	18

DOI: <http://dx.doi.org/10.15496/publikation-85666>

Tübingen, August 2023

Autor:

Jan Ruck ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im BMBF-geförderten Forschungsprojekt „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“ (Förderlinie Teilhabe und Gemeinwohl, FKZ 01UG2018). Seine Forschungsschwerpunkte sind die Entwicklung von Infrastrukturen, Globalisierungsprozesse und die europäische Integration.

Kontakt:

jan.ruck@uni-tuebingen.de

www.infrastruktur-gewaehrleisten.de

1. Einleitung: Herausforderung Landarztmangel

Versorgungsmängel in der ambulanten medizinischen Versorgung stellen für immer mehr Kommunen in Deutschland eine Herausforderung dar. Besonders die hausärztliche Versorgung wird zum Problem: Durch die demographische Zusammensetzung der Hausärzt*innen auf dem Land ist eine Ruhestandswelle in den kommenden Jahren zu erwarten, die durch den allgemeinmedizinischen Nachwuchs kaum aufzufangen sein wird. Dieser ist an Wohn- und Arbeitsbedingungen interessiert, die die klassische Tätigkeit als „Landarzt“ traditionell nicht bietet. Beispiele sind „flexible Arbeitsverhältnisse, Teamarbeit, attraktive Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie Lebens- und Betreuungsangebote für sich und ihre Familien“ (Futterer 2023a: 55). Darüber hinaus erscheint vielen die hausärztliche Tätigkeit im Vergleich zu anderen fachärztlicher Richtungen als weniger attraktiv. Daraus ergibt sich eine zweifache Verteilungsungleichheit, die räumlich den strukturschwachen ländlichen Raum und fachlich die hausärztliche Tätigkeit benachteiligt (BMVI 2015: 68). Zwar steht die angesprochene Ruhestandswelle noch aus, doch schon jetzt gibt es Mittelbereiche¹ mit Versorgungsgraden unter 100% (drohende Unterversorgung) und einige wenige unter 75% (Unterversorgung) (Futterer 2020: 34).

Das vorliegende Policy-Paper² beleuchtet, wie diese Entwicklung auf betroffene Kommunen wirkt und wie sie darauf reagieren. Dabei ist zu erkennen, dass Kommunen in der Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung zunehmend Verantwortung übernehmen, letztendlich jedoch an Grenzen stoßen. Gleichwohl stehen ihnen einige Handlungsoptionen zur Verfügung.

Das Paper orientiert sich am Ablauf des Policy-Cycles³ (Blum/Schubert 2018: 155). Erstens werden die Problemformulierung und das Agenda-Setting auf kommunaler Ebene,

¹ Mittelbereiche sind die Versorgungsbereiche in denen die hausärztliche Versorgung geplant wird.

² Die Grundlage des Policy-Papers bilden die Projektergebnisse des BMBF geförderten Forschungsprojekts „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“ (Förderlinie Teilhabe und Gemeinwohl, FKZ 01UG2018). Für den Teilbereich der ambulanten medizinischen Versorgung wurden insgesamt 33 qualitative Interviews in sechs Landkreisen geführt sowie Diskursnetzwerkanalysen auf Grundlage der lokalen Presseberichterstattung durchgeführt. Ich danke der für den Teilbereich zuständigen Mitarbeiterin Andrea Futterer für die wertvollen Hinweise zu diesem Papier. Alle Publikationen des Projekts sind zu finden unter: <https://www.infrastruktur-gewahrleisten.de/projekt/materialien/>.

³ Der Policy-Cycle ist ein Modell aus der Politikfeldanalyse, mit dessen Hilfe politische Prozesse untersucht und analysiert werden können. Der Politikprozess wird hierzu in verschiedene Phasen unterteilt. Als Heuristik hat das Modell allerdings Grenzen: Es stellt die Prozesse idealisiert dar, in der Realität kann es zu Überlappungen zwischen den Phasen oder dem Wegfall einzelner Phasen kommen (Blum/Schubert 2018: 153f).

zweitens die den Kommunen zur Verfügung stehenden Policy-Optionen, drittens die Prozesse der Entscheidungsfindung und Implementation sowie viertens die Evaluierung durch die kommunalen Akteure untersucht. Abschließend wird ein Fazit gezogen.

2. Problemwahrnehmung und Agenda-Setting

Die Projektergebnisse zeigen, dass die Problemwahrnehmung ambulant medizinischer Versorgungsmängel zumeist auf zwei Wegen erfolgt: Zum einen beschwert sich die lokale Wohnbevölkerung über den Wegfall von Hausarztpraxen und die schwierige Suche einer neuen wohnortnahen Praxis. Sie fordert den Erhalt der bisherigen Versorgungsstrukturen. Zum anderen sind es die Ärzt*innen selbst, die auf ihre Probleme bei der Nachfolgesuche aufmerksam machen. Beide Seiten wenden sich zumeist an die Bürgermeister*innen der jeweiligen Kommunen. Zwischen der Ärzteschaft und dem Rathaus besteht teilweise schon vorab direkter Austausch über Ruhestandspläne und die Suche nach potenziellen Nachfolger*innen, aber auch über die generelle Überlastung, da viele niedergelassene Ärzt*innen auf dem Land berichten, an der Belastungsgrenze zu arbeiten und keine weiteren Patient*innen aufnehmen zu können. Zudem berichtet die Lokalpresse über angespannte Versorgungslagen und fordert Bürgermeister*innen dazu auf, Einschätzungen abzugeben und Lösungen zu finden (Futterer 2023a: 62f).

Insgesamt ergibt sich eine Lage, in der sich Bürgermeister*innen gezwungen sehen, Stellung zur ambulanten medizinischen Versorgungslage zu beziehen. Ihre Problem- und Bürger*innennähe macht es ihnen schwer, sich dem Diskurs zu entziehen. Das liegt auch daran, dass ihnen die infrastrukturelle Bedeutung der medizinischen Versorgung bewusst ist, da sie einen bedeutenden Standortfaktor vor Ort darstellt. Wenn es darum geht, die Problemlage zu bearbeiten, kommt es nur selten zu einer direkten Verantwortungsabwehr vonseiten der Bürgermeister*innen, auch wenn ihnen bewusst ist, dass sie formal keine Zuständigkeit für Fragen der ambulanten Versorgung haben (ebd.).

Begünstigt wird diese Dynamik dadurch, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen⁴ (KVen) den kommunalen Interventionen in die ambulante Versorgung zwar ambivalent, aber nicht grundsätzlich ablehnend gegenüberstehen. Als formal zuständige Institutionen, die nach SGB V den Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende ambulante Versorgung

⁴ Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind Körperschaften öffentlichen Rechts. Sie sind ein Zwangszusammenschluss der im jeweiligen Versorgungsbereich zugelassenen Vertragsärzt*innen. Sie schließen mit den Krankenkassen kollektivvertragliche Versorgungsverträge ab und übernehmen den Sicherstellungsauftrag für die flächendeckende ambulante Versorgung. Die Gebiete der 17 KVen sind identisch mit den Grenzen der Bundesländer, wobei Nordrhein-Westfalen in Westfalen-Lippe und Nordrhein aufgeteilt ist.

innehaben, sehen sie sich durch die Entwicklungen im ländlichen Raum vor große Herausforderungen gestellt. Nicht selten versuchen sie die Probleme von sich zu weisen: Der demographische Wandel wird als gesamtgesellschaftliches Problem betitelt, das die KVen nicht alleine lösen können. In der Folge sind die KVen einerseits offen dafür, dass Kommunen sich in der ambulanten Versorgung engagieren, da so im besten Fall eigene Ressourcen geschont werden können. Andererseits sehen die KVen dadurch den Kern ihrer institutionellen Zuständigkeit und damit ihr institutionelles Fortbestehen in Gefahr. Folglich heben sie hervor, Kommunen könnten die KVen nicht ersetzen (ebd.: 64ff).

Insgesamt ergibt sich folgendes Bild: Die Problemwahrnehmung erfolgt durch die lokale Wohnbevölkerung und Ärzteschaft, denen es gelingt, einen kommunalen Diskurs über die Problemlage vor Ort anzustoßen. Das Thema wird folglich auf die Agenda der Bürgermeister*innen gesetzt, die sich trotz fehlender Kompetenzen nicht der Verantwortung entziehen können. Begünstigt wird diese Entwicklung des Agenda-Settings durch die Nicht-Ansprechbarkeit der formal zuständigen KVen. Abbildung 1 bietet eine Übersicht.

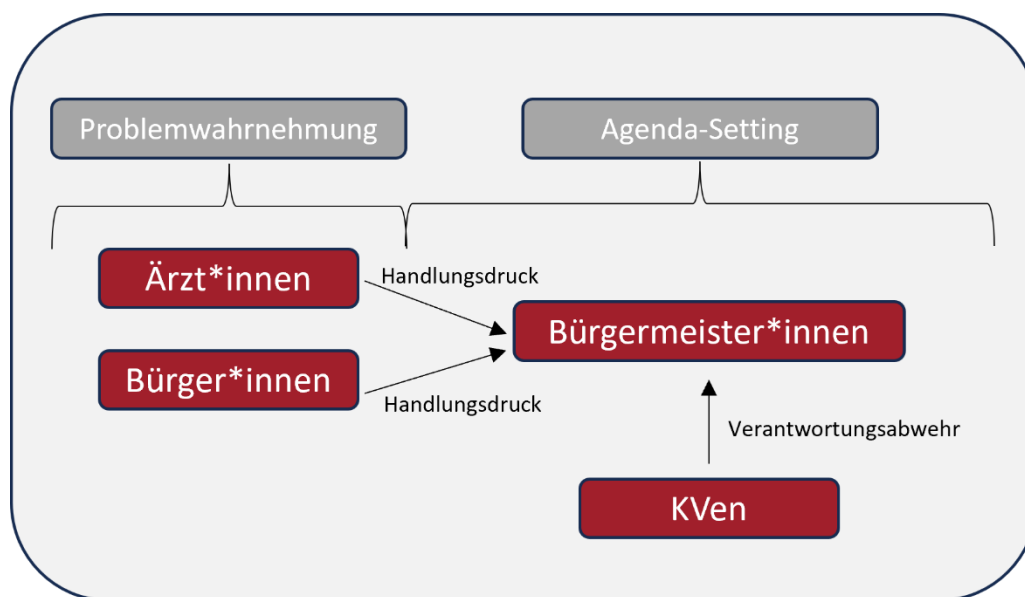


Abbildung 1: Problemwahrnehmung und Agenda-Setting (eigene Darstellung)

3. Policy-Optionen

Vonseiten des Bundesgesetzgebers gab es eine Reihe von Reformen, die eine Stärkung ländlicher Versorgungsstrukturen zum Ziel hatten (Futterer 2022: 40). Teil davon sind auch einige Instrumente, die als Form einer Regionalisierung der ambulanten Versorgungsorganisation verstanden werden können. Den Bundesländern wurde 2012 mit dem

Versorgungsstrukturgesetz ein Mitspracherecht im Gemeinsamen Bundesausschuss sowie die Möglichkeit der Gründung gemeinsamer Landesgremien zur sektorübergreifenden Versorgung eingeräumt. 2015 wurde es Kommunen erlaubt, Medizinische Versorgungszentren (MVZs) einzurichten, in denen Ärzt*innen angestellt werden können.

Zudem zeigt sich die Regionalisierung auch in raumwirksamen Instrumenten wie Gesundheitsregionen oder regionalen und kommunalen Gesundheitskonferenzen. Erstere sollen alternative Versorgungsansätze und interkommunale Zusammenarbeit erproben, letztere Informationsaustausch und Kooperation aller an der Versorgung beteiligten Akteure fördern (Futterer 2020: 40). Diese neuen Kompetenzen und Instrumente halten allerdings mit der funktionalen Aufwertung der Regionen nicht Schritt (Futterer 2022: 41). Wirkliche Partizipationsrechte in der Bedarfsplanung haben die Kommunen nicht (Gerlinger et al. 2018: 110/117). Sie sind traditionell keine an der ambulanten Versorgung beteiligten Akteure. Kommunen können daher die gesetzgeberischen Maßnahmen meist nur flankieren und eigeninitiativ aktiv werden, wenn sie freiwillig Aufgaben zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Versorgung übernehmen (Futterer 2022: 40). Die Empirie zeigt, dass Kommunen hier zwar eine Reihe an Optionen haben, deren Implementation (siehe 4.) allerdings mit Hindernissen verbunden ist.

Es kann zwischen zwei Arten von Maßnahmen unterschieden werden, die Kommunen zur Stärkung der ambulanten Versorgung ergreifen können (Futterer 2023b: 130). Erstens stehen ihnen die (begrenzten) Optionen zur Verfügung, die das SGB V bereithält und die im Zuge der Regionalisierung geringfügig ausgebaut wurden:

MVZ-Gründung in Krankenhausträgerschaft: Sollten Kommunen Trägerinnen von Krankenhäusern sein, können sie sich auf diese Weise auch in die ambulante Versorgung einbringen. Sie können Aus- und Weiterbildungsverbände bilden, die dazu beitragen können, medizinischen Nachwuchs in ländliche Räume zu bringen. Darüber hinaus steht Krankenhäusern die Möglichkeit offen – und somit über diesen Umweg auch den tragenden Kommunen – ein MVZ zu gründen, das für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen werden kann (ebd.: 134).

Kommunale MVZ-Gründung: Seit 2015 können Kommunen auch selbst MVZs gründen und so auf die ambulante Versorgung Einfluss nehmen, indem sie in diesen Ärzt*innen anstellen (ebd.: 134f).

Einforderung der Sicherstellung: Des Weiteren bietet die Aufgabenzuteilung des SGB V durch die Regelung, wann Sicherstellungsmaßnahmen zu ergreifen sind, den Kommunen eine Grundlage, die Erfüllung dieser Aufgaben einzufordern und so Druck auf die KVen auszuüben. Diese sind im Fall einer Unterversorgung verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen (ebd.: 134).

Zweitens haben die Kommunen die Möglichkeit, flankierende Maßnahmen zu ergreifen und sich auf diese Weise für eine Verbesserung der ambulanten Versorgung einzusetzen. Die Empirie zeigt hier verschiedene Möglichkeiten auf:

Werbung: Kommunen können Werbung dafür machen, dass sich Ärzt*innen niederlassen. Hier geht es in erster Linie darum, die Standortvorteile hervorzuheben und Kandidat*innen im persönlichen Kontakt von einer Niederlassung zu überzeugen. Es kann zudem hilfreich sein, geeignete Ansprechpartner*innen festzulegen und eigene Informationsplattformen einzurichten bzw. Angebote auf geeigneten Informationsplattformen für suchende Ärzt*innen zu stellen und so auf sich aufmerksam zu machen. Teil dieser Bemühungen ist auch, etwaige Vorbehalte gegenüber dem Landarzt-dasein und dem Leben auf dem Land auszuräumen. Hier kann auch die Kontaktherstellung zu erfahrenen Landärzt*innen hilfreich sein (Ruck 2022: 15f).

Verbesserung von Infrastruktur und Standortfaktoren: Häufig sind fehlende Infrastruktur und Standortfaktoren der Grund für eine geringe Attraktivität einer Kommune zur Niederlassung. Es gibt hier eine weite Bandbreite an Faktoren, die positive Auswirkungen haben können: Angebote für Kinderbetreuung, Bildungseinrichtungen, Freizeitmöglichkeiten und kulturelle Angebote. Zentral ist auch das Thema Mobilität. Dieses ist von doppelter Bedeutung, da ein gutes ÖPNV-Angebot oder ausgleichende Angebote wie Bürgerbusse einerseits die Attraktivität aus Sicht der Ärzt*innen erhöht, gleichzeitig aber auch den Versorgungszugang für Patient*innen erhöht. Beides ist wichtig für die Entscheidung zur Niederlassung. Außerdem kann die Verbesserung der Mobilitätsangebote dazu führen, dass Versorgungsentpässe besser aufgefangen werden können. Größere Distanzen zur Versorgungsinfrastruktur außerhalb der Kommune sind für Patient*innen besser zu bewältigen (ebd.: 16f).

Attraktivität für Lebenspartner*innen und Familie: Kommunen können ihre Attraktivität für interessierte Ärzt*innen auch dadurch steigern, dass sie den Zuzug von Lebenspartner*innen und Familien der Interessent*innen erleichtern. Möglichkeiten sind hier die Vermittlung und (vergünstigte) Bereitstellung von Bauland oder Immobilien zum Kaufen

oder Mieten als Privatwohnsitz. Auch bei der Jobsuche von Lebenspartner*innen oder der KiTA- und Kindergartenplatzsuche der Kinder können Kommunen helfen (ebd.: 17).

Förderung der Niederlassung: Bei der Niederlassung selbst können Kommunen bei der Suche und Einrichtung des Praxisstandortes unterstützen. Sie können selbst mietgünstige oder kostenlose Praxisräume bereitstellen. Auch die Praxisausstattung kann kommunal mitfinanziert werden. Alternativ können Kommunen einen einmaligen Zuschuss zur Niederlassung bieten, um so einen Anreiz zu setzen. Möglich ist es auch, innovative und zukunftsfähige Versorgungsmodelle zu unterstützen, etwa Gesundheitszentren, Ärztehäuser und Zweigpraxen (ebd.: 17f).

Nachwuchsförderung: In der Nachwuchsförderung für den ländlichen Raum können Kommunen, neben den bereits erwähnten Werbemaßnahmen, die auch hier ansetzen können, gezielt Lehrpraxen unterstützen (ebd.: 18f). Zwar sind Stipendienprogramme für einzelne Kommunen bisher ungewöhnlich, aber immer mehr in der Diskussion. Stipendienprogramme zielen darauf ab, Ärzt*innen früh für die Region zu gewinnen. Dabei geht die Förderung des Studiums in der Regel damit einher, dass sich die Stipendiat*innen dazu verpflichten, in der jeweiligen Kommune zu praktizieren, nachdem sie ihr Studium absolviert haben (Futterer 2023b: 139).

Es ist also festzuhalten, dass Kommunen grundsätzlich Möglichkeiten offenstehen, die ambulante Versorgung vor Ort zu stärken. Wenn Kommunen entscheiden, sich in der ambulanten Versorgung zu engagieren, ist dies freiwillig, da sie nicht pflichtmäßig dafür zuständig sind. Das Engagement fällt in den Bereich der freiwilligen (Selbstverwaltungs-) Aufgaben (Gerlinger et al. 2018: 105/110). Die untenstehende Abbildung 2 bietet eine Übersicht über die wenigen formalen und weitergehenden flankierenden Maßnahmen.



Abbildung 2: Policy-Optionen für Kommunen (eigene Darstellung)

4. Entscheidungsfindung und Implementation

Für die Kommunen gibt es die genannten Policy-Optionen zur Stärkung der ambulanten Versorgung. In der Entscheidungsfindung und Implementation zeigen sich allerdings für all jene Kommunen, die sich engagieren wollen, große Hindernisse.

Kooperation: Da Kommunen originär nicht für Fragen der ambulanten Versorgung zuständig sind und daher keine historisch gewachsenen Verbindungen zur Gemeinsamen Selbstverwaltung bestehen, ist die Vernetzung und Kooperation mit den traditionellen Akteuren, besonders den KVen, von Bedeutung. Nur so können Maßnahmen abgestimmt und Informationen zur Versorgungslage ausgetauscht werden. Die Empirie zeigt, dass es in manchen Fallregionen bereits Kontakte zu den KVen gibt und Informationskanäle bestehen. Im Großteil der Fallregionen gestaltet sich die Kooperation zwischen den KVen und den Kommunen allerdings schwierig. Es kommt dazu, dass KVen Informationen unzureichend mit den Kommunen teilen. In der Folge zeigen sich davon betroffene Bürgermeister*innen häufig frustriert. Wollen sich Kommunen dennoch engagieren, müssen sie folglich andere Expert*innen hinzuziehen. Teilweise werden dafür Beratungsunternehmen mit

kommunalem Ressourcenaufwand engagiert (Futterer 2023b: 136ff). Um Vernetzungsleistungen zu erbringen, wurden in manchen Fällen auf Kreisebene Personalstellen eingerichtet. Als Ansprechpartner*innen können diese in Kombination mit bestehenden Strukturen wie etwa Gesundheitsregionen und Gesundheitskonferenzen einen Austausch auf kommunaler und Kreisebene anregen. Dennoch gestaltet sich der Austausch insgesamt schwierig und lückenhaft, unter anderem weil die bestehenden Foren von allen Seiten nur wenig genutzt werden (ebd.: 142).

Sachverstand: Ein weiteres Problem für die Kommunen ist fehlender Sachverstand. Teilweise kann dieses Defizit durch das Engagement ansässiger Ärzt*innen in der Kommunalpolitik ausgeglichen werden. Darüber hinaus wird der oftmals brüchige Informationsaustausch mit den KVen teilweise durch teure Beratungsleistungen externer Akteure kompensiert. Aber auch ohne das Engagieren von Beratungsunternehmen ist die Sondierung der Möglichkeiten und die Implementation mit zeitlichem, finanziellem und personellem Ressourcenaufwand für die Kommunen verbunden. Dies variiert in der Implementation je nach gewählter Policy-Option: Sind Werbung und finanzielle Unterstützungsleistungen noch mit vergleichsweise wenig Sachverstand umzusetzen, ist besonders die Einrichtung und das Betreiben eines kommunalen MVZs sehr komplex und wissensintensiv (ebd.: 137ff).

Finanzielle Probleme: Die Entscheidung zur Stärkung der ambulanten Versorgung ist für die Kommunen als freiwillige Aufgabe zu betrachten. Da Kommunen, die von Unterversorgung bedroht oder betroffen sind, zumeist strukturschwach sind und mit Verschuldung zu kämpfen haben, ist für freiwillige Aufgaben häufig nur ein geringer finanzieller Spielraum vorhanden (Gerlinger et al. 2018: 109f). Besonders kostenintensive Optionen wie teure Förderprogramme oder ein kommunales MVZ sind für diese Kommunen kaum zu bewältigen. Ein MVZ stellt darüber hinaus ein schwer zu kalkulierendes Risiko dar, da es erstens nicht sicher ist, dass die Kommune überhaupt Ärzt*innen findet, die sich anstellen lassen, und zweitens die Gefahr besteht, dass es nicht kostendeckend betrieben werden kann. Daher ist es nicht verwunderlich, dass bundesweit nur knapp 30 kommunale MVZs existieren (Futterer 2023b: 134f). Es ist auch kaum realistisch, dass strukturschwache Kommunen aus eigener Kraft ihre Infrastruktur, wie etwa den ÖPNV, verbessern können. Insgesamt geht die Schere zwischen finanzstarken und -schwachen Kommunen weiter auf, woraus eine zunehmende Ungleichheit der Lebensverhältnisse resultiert (Junkernheinrich

2019: 36f/Dudek 2021: 424). Die Investition in die ambulante Versorgung ist für Kommunen zudem mit Unsicherheit verbunden: Beteiligte Akteure haben die Sorge, dass trotz größeren Ressourcenaufwands keine Verbesserung erreicht werden kann; zumal in vielen Fällen deutlich wird, dass rein finanzielle Anreize nicht ausschlaggebend für die Niederlassungsentscheidungen der Ärzt*innen sind. Bürgermeister*innen haben die Sorge durch den öffentlichen Handlungsdruck zu ineffektivem Aktionismus gezwungen zu werden und Ressourcen zu verschwenden. Ein Folgeproblem ist, dass aufgewendete Mittel an anderer Stelle fehlen (Futterer 2023b: 140f).

Rechtslage und Zuständigkeit: Die fehlende Zuständigkeit führt bei den Bürgermeister*innen ebenfalls zu Unbehagen (Futterer 2023b: 147f). Die flankierenden Maßnahmen sind nicht mit einer rechtlichen Aufgabenzuteilung untersetzt, wie dies etwa bei den KVen durch den Sicherstellungsauftrag der Fall ist. Manche Beobachter*innen kritisieren, die finanzielle Förderung könnte als wettbewerbsverfälschende Beihilfe ausgelegt werden, die gegen den Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union verstößt (Kuhn et al. 2018: 716). Grundsätzlich ist allerdings zu beobachten, dass das sonst zumeist sehr extensiv ausgelegte EU-Wettbewerbsrecht in der Ausgestaltung des ambulanten Sektors in Deutschland bisher kein Hindernis darstellt, obwohl es in einem Spannungsverhältnis mit dem System der kollektivvertraglichen Übereinkünfte steht (Bieling 2023: 18). Die Kompetenzen, die Kommunen im Rahmen der Regionalisierung übertragen wurden, also die Gründung kommunaler MVZs sind darüber hinaus für die Kommunen als Trägerinnen ebenfalls mit rechtlichen Fallstricken verbunden. Die Gründung ist komplex und im laufenden Betrieb können etwa Probleme durch Regressforderungen auftreten.

Interkommunaler Wettbewerb: Jegliche der genannten Policy-Optionen birgt die Gefahr, in Konkurrenz zu anderen suchenden Kommunen zu stehen. Teilweise entsteht zwischen den Kommunen eine Art Überbietungswettbewerb um Ärzt*innen. Bürgermeister*innen reflektieren diese Vorgänge kritisch, fühlen sich aber gleichzeitig unter Druck, Maßnahmen zu ergreifen (Futterer 2023b). Hier wird deutlich, dass Kommunen in der ambulanten Versorgung selbst Trägerinnen von Partikularinteressen sind und nicht die überregionale Versorgungslage im Blick haben (Gerlinger et al. 2018: 120f). Sie tendieren dazu, die Versorgungsstrukturen in der eigenen Kommune erhalten zu wollen, anstatt interkommunale Lösungen zu suchen. Interkommunale Kooperation bleibt dadurch meist schwach ausgeprägt, was auch dafür eingerichtete Foren wie Gesundheitskonferenzen und Gesundheitsregionen nicht beheben können (Futterer 2023b: 140f). Verknüpft ist diese Problematik mit

derjenigen der divergierenden Finanzstärke einzelner Kommunen: Im kommunalen Wettbewerb drohen besonders diejenigen Kommunen zurückzufallen, die kaum Ressourcen zur Verfügung haben.

Integration schwacher Interessen: Die Patient*innen haben ein „Infrastrukturinteresse“ (Hänlein/Schroeder 2010: 48f) an wohnortnahen Arztpraxen und Krankenhäusern. Grundsätzlich gilt dies in der ambulanten Versorgung für alle Bürger*innen als potenzielle Patient*innen (ebd.). Diese wenden sich in der Phase der Problemwahrnehmung in der Regel an ihre jeweiligen Bürgermeister*innen, wodurch die Problematik politisiert wird (Futterer 2023a: 62f). Da die Patient*innen besonders über wahlpolitische Mechanismen Druck auf die Bürgermeister*innen ausüben können (Buchstab/Helf/Ruck 2023: 192f), ist anzunehmen, dass es durchaus Zusammenhänge zwischen bevorstehenden Bürgermeisterwahlen und Handlungsdruck gibt (Futterer 2023b: 134). Das bedeutet einerseits, dass sich Bürgermeister*innen vor Wahlen eher gezwungen sehen, Maßnahmen zu ergreifen, und andererseits, dass die Integration der schwachen Interessen, die sich unter den Patient*innen befinden (Buchstab/Helf/Ruck 2023: 190), von den durch die langen Amtszeiten der Bürgermeister*innen, recht seltenen Wahlen abhängig sind. Andere Wege der Interessenvertretung sind für schwache Interessen kaum effektiv (ebd.: 190ff). Für die Bürgermeister*innen ist es darüber hinaus recht schwierig, die genauen Bedarfe der „stumme[n] Bevölkerung“ (Futterer 2023b: 147) abzuschätzen.

Insgesamt ist zu erkennen, dass die im vorigen Kapitel dargestellten Policy-Optionen mit (unterschiedlich großen) Hürden verbunden sind. Zu nennen sind hier Probleme in den Bereichen Kooperation, Sachverstand, Finanzen, Rechtslage und Zuständigkeit, interkommunaler Wettbewerb und Integration schwacher Interessen. Besonders die im SGB V geschaffene Option, kommunale MVZs zu gründen, ist mit großem Ressourcenaufwand, Wissensintensivität und rechtlichen Unsicherheiten verbunden. Sie wird daher nur selten genutzt. Meist greifen Kommunen, wenn sie sich entscheiden, aktiv zu werden, eher auf niedrighschwellige flankierende Maßnahmen zurück, die mit geringerem Ressourcenaufwand verbunden sind. Die Hindernisse, besonders die defizitäre Kooperation, führen bei den beteiligten kommunalen Akteuren häufig zu Frustration und Überforderung. Häufig fühlen sie sich mit dem Problem allein gelassen (Futterer 2023b: 141).



Abbildung 3: Hindernisse für Kommunen in der ambulanten medizinischen Versorgung (eigene Darstellung)

5. Evaluierung

Die kommunalen Akteure reflektieren die Grenzen der zur Verfügung stehenden Optionen bereits in der Entscheidungsphase. Eine Evaluierung der bestehenden Initiativen in anderen Regionen oder der Aktivität anderer Akteure, besonders der KVen, stellt sich allerdings als schwierig dar. So können die Akteure sowohl vor als auch nach der Implementation kaum feststellen, welche Maßnahmen tatsächlich effektiv sind. Bei manchen Kommunalvertreter*innen stellt sich die Sorge ein oder besteht gar die Überzeugung, ihr Vorgehen sei nur „Aktionismus“ (Futterer 2023b: 141) und nicht wirklich hilfreich für die Versorgungslage. Des Weiteren wird berichtet, dass kaum abzuschätzen ist, ob das eingerichtete Angebot den Bedürfnissen möglicher Interessent*innen entspricht. Ebenfalls kritisch reflektieren die kommunalen Akteure in der Evaluierung die bereits beschriebenen Problematiken des interkommunalen Wettbewerbs und der fehlenden Kooperation, durch die Maßnahmen unterschiedlicher Akteure nicht aufeinander abgestimmt werden (ebd.: 140f).

Es kommt nicht selten vor, dass die eingeleiteten Maßnahmen nicht zum Erfolg führen und die Versorgungslage nicht verbessert wird bzw. kein*e Ärzt*in gefunden werden kann. Kommunen sehen sich dadurch gezwungen, ihre Möglichkeiten neu zu sondieren und neue Maßnahmen zu ergreifen oder ihre Bemühungen aufgrund begrenzter Ressourcen ganz einzustellen und die ihnen in der Phase des Agenda-Settings zugetragene Verantwortung nun doch abzuwehren (ebd.). Bürgermeister*innen zeigen sich erleichtert, wenn sie die Verantwortung für die ambulante Versorgung nicht mehr tragen müssen (Futterer 2023a: 63).

Da den Kommunen kaum Möglichkeiten einer umfassenden Evaluierung zur Verfügung stehen, können auch keine Lerneffekte eintreten und effektive Maßnahmen identifiziert werden. Deutlich wird auch, dass es kein Allheilmittel gibt. Die lokalen Problemlagen unterscheiden sich in ihren Gegebenheiten und folglich gibt es divergierende Erfolgsfaktoren. Ausbleibender Erfolg führt teilweise dazu, dass getroffene Initiativen wieder eingestellt werden oder neue Maßnahmen ausprobiert werden müssen.

6. Fazit: Steuerungsbedarf auf Bundes- und Landesebene

Das Policy-Papier hat den typischen Zyklus der kommunalen Bearbeitung ambulanter medizinischer Versorgungsmängel beschrieben. Die Problemwahrnehmung erfolgt durch die lokale Wohnbevölkerung und Ärzteschaft. Diese adressieren ihre Bürgermeister*innen, die sich durch den entstehenden Handlungsdruck mit dem Thema befassen müssen. Zu diesem Agenda-Setting tragen auch die KVen bei, die im ländlichen Raum selbst an Grenzen stoßen und Verantwortungsabwehr betreiben. Die Kommunen haben zur Stärkung der ambulanten Versorgung verschiedene Policy-Optionen: Aus dem SGB V ergeben sich einige wenige formale Kompetenzen: Als Krankenhausträgerinnen können Kommunen MVZs gründen, seit 2015 sind auch kommunale MVZs möglich. Des Weiteren bietet das SGB V die Möglichkeit, die KVen mit Verweis auf den Sicherstellungsauftrag zum Handeln aufzufordern. Neben diesen Optionen existieren in der Praxis auch diverse flankierende Maßnahmen, die die Kommunen ergreifen können: Werbung, die Verbesserung von Infrastruktur und Standortfaktoren, die Steigerung der Attraktivität für Lebenspartner*innen und Familien, die Förderung der Niederlassung und die Nachwuchsförderung.

Bei der Entscheidung zwischen diesen Optionen und deren Implementation stoßen Kommunen allerdings auf größere Hindernisse, die sie in ihrem Handeln einschränken: eine defizitäre Kooperation mit den traditionellen Akteuren, mangelnder kommunaler Sachverstand, finanzielle Probleme, eine unsichere Rechtslage und Zuständigkeit, ansteigender interkommunaler Wettbewerb, sowie eine schwierige Integration schwacher Interessen. In der Folge kann es dadurch passieren, dass Kommunen sich entscheiden, die zugetragene Verantwortung abzuwehren (*Non-decision*). Defizitär sind für Kommunen auch die Möglichkeiten die getroffenen Maßnahmen zu evaluieren. Kommunalvertreter*innen sind sich unsicher über die Effekte und sorgen sich vor Aktionismus und Ressourcenverschwendung für ineffektive Maßnahmen.

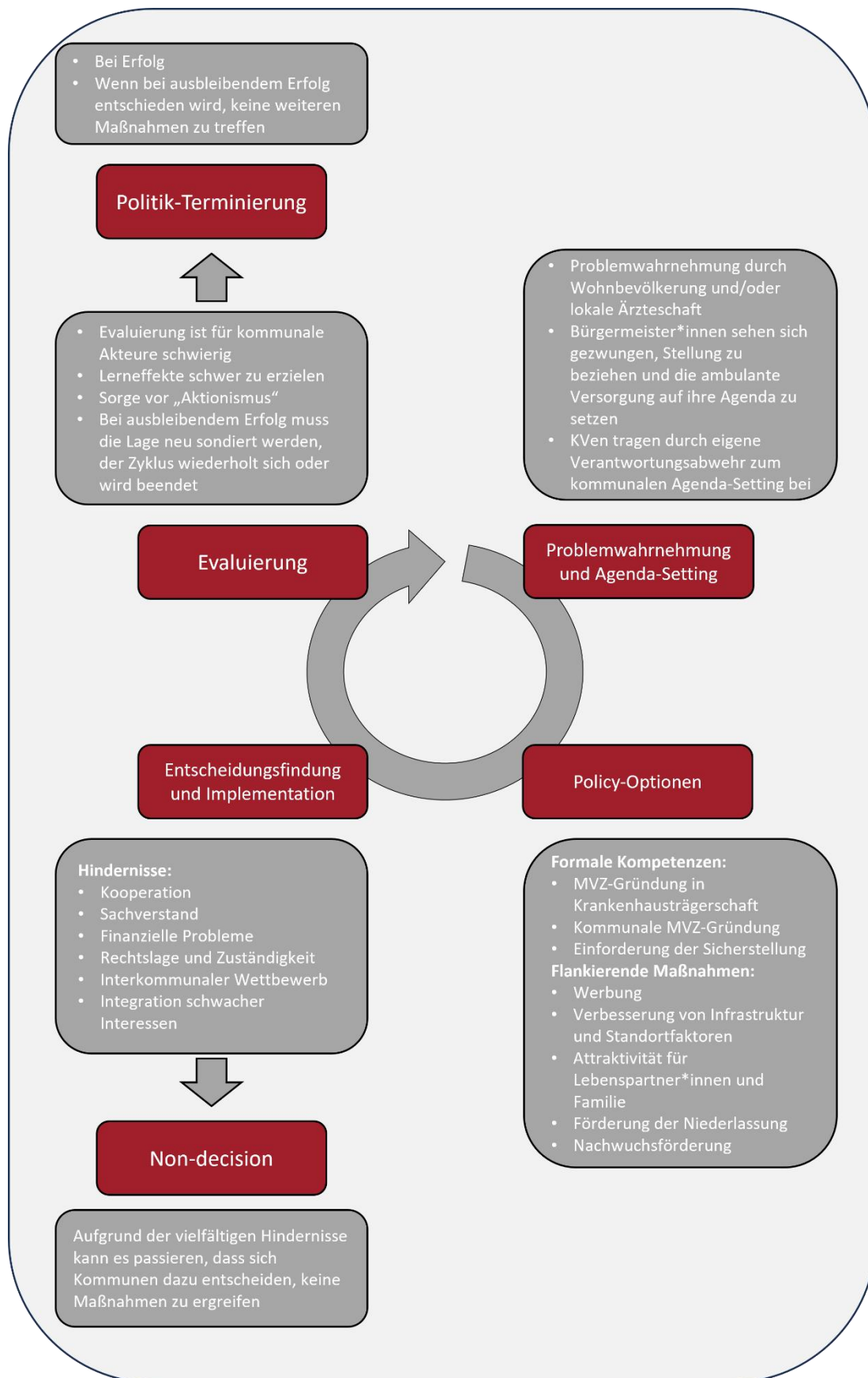


Abbildung 4: Policy-Cycle Kommunen in der ambulanten medizinischen Versorgung (eigene Darstellung)

Alles in allem kann das Engagement der Kommunen als defizitär betrachtet werden: Es kann lokal Aufschub gewähren, ist aber in seiner Wirksamkeit begrenzt. Es gibt keine Allheilmittel, die Erfolgsbedingungen sind von Fall zu Fall unterschiedlich. Darüber hinaus erweist sich die kommunale Problembearbeitung als kontingent und führt in vielen Fällen nicht zu einer Verbesserung der Problemlage (Futterer 2023b: 130). Sollten die Kommunen – im Trend der bisherigen Regionalisierung – weiter in die ambulante Versorgung integriert werden, dann brauchen sie dazu klare Zuständigkeiten und Ressourcen sowie Anreize für ihr Engagement. Dies würde sich möglicherweise auch positiv auf die Kooperationsbereitschaft der traditionell zuständigen Akteure auswirken, da durch klare Kompetenzen, Absprachen mit Kommunen notwendiger werden. Doch selbst mit einer besseren Integration der Kommunen in die ambulante Versorgungsorganisation, würden vermutlich Probleme wie der interkommunale Wettkampf und ungleiche Ressourcen bestehen bleiben – zu Ungunsten strukturschwacher Regionen und deren Bevölkerung.

Die Kommunen können in erster Linie nur die Symptome der mangelhaften Verteilungs- und Mengensteuerung bekämpfen. In der Konsequenz ist es notwendig, dass auf Bund- und Landesebene effektiv reguliert wird. Die bisherige Regulierung vermag das Problem nicht zu lösen. Die stärkere Integration der Kommunen in die ambulante Versorgungsorganisation kann nur eine kurzfristig ausgleichende Wirkung und Ergänzung zur langfristigen Bekämpfung der Ursachen sein. In einer „Wellenbewegung der Verantwortungszuschreibung“ (Futterer 2023b: 150f) sind inzwischen erste Reaktionen der Bund- und Landesebene erkennbar. Die hier diskutierten und implementierten Maßnahmen wie Landarztquoten oder Studienplatzerhöhungen benötigen allerdings Zeit, bis erste Effekte auftreten. Falls die Kommunen bis dahin die lokalen Mängel auffangen sollen, benötigen sie zusätzliche Ressourcen und Kompetenzen. In jedem Fall ist die Regulierung der Bundes- und Landesebene gefragt, zumal die Corona-Pandemie die schon zuvor bestehenden Mängel nochmals zugespitzt hat. Zwar kommt es bisher nicht zu einem Kollaps, doch die Überlastung hat negative Auswirkungen auf die Versorgung (Bieling/Futterer 2021: 27).

Literaturverzeichnis

- Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea (2021): Als die Corona-Krise kam, war die Versorgungskrise schon da. Infrastrukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen, in: Kurswechsel 36(4), S. 18-29.
- Bieling, Hans-Jürgen (2023): Gewährleistungsstaatlichkeit in der Europäischen Union. Die regulative Strukturierung sozialer Infrastrukturen durch die europäische Handlungsarena (GROEG-Arbeitspapier Nr. 5).
- Blum, Sonja/Schubert, Klaus (2018): Politikfeldanalyse. Eine Einführung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer.
- Buchstab, Mara/Helf, Matthias/Ruck, Jan (2023): Doppelt benachteiligt? Versorgungsmängel und schwache Interessen im Gewährleistungsstaat, in: Betz, Johanna/Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea/Möhring-Hesse, Matthias/Nagel, Melanie (Hg.): Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte. S. 183-204. *I.E.*
- BMVI (2015): Anpassungsstrategien zur regionalen Daseinsvorsorge. Empfehlungen der Facharbeitskreise Mobilität, Hausärzte, Altern und Bildung. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung. Berlin.
- 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.
- Futterer, Andrea (2020): Gesundheitspolitische Patentrezepte stoßen beim “Landarztmangel” an ihre Grenzen. Eine strukturelle Bestandsaufnahme der ambulanten Versorgungsgeschichte Deutschlands (GROEG-Arbeitspapier Nr. 1).
- Futterer, Andrea (2022): Jenseits der Landarztidylle: ambulante Versorgung im ländlichen Raum, in: Bürger & Staat, Öffentliche Infrastrukturen, 1-2/2022, 37-42.
- Futterer, Andrea (2023a): Auf dem Weg zu einer kommunalen Gewährleistungsverantwortung für die ambulante medizinische Versorgung, in: Betz, Johanna/Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea/Möhring-Hesse, Matthias/Nagel, Melanie (Hg.): Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte. S.55-77. *I.E.*
- Futterer, Andrea (2023b): Die voraussetzungsvolle lokale Bekämpfung des „Landarztmangels“, in: Betz, Johanna/Bieling, Hans-Jürgen/Futterer, Andrea/Möhring-Hesse, Matthias/Nagel, Melanie (Hg.): Konflikte um Infrastrukturen. Öffentliche Debatten und politische Konzepte. S. 129-153. *I.E.*
- 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.
- Hänlein, Andreas/Schroeder, Wolfgang (2010): Patienteninteressen im deutschen Gesundheitswesen, in: Clement, Ute/Nowak, Jörg/Scherrer, Christoph/Russ Sabine (Hg.): Public Governance und schwache Interessen. Wiesbaden. S. 47–62.

- Junkernheinrich, Martin (2019): Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse und die Kommunalfinanzen, in: Wirtschaftsdienst 99, S. 36–43.
- 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.
- Ruck, Jan (2022): Gewährleisten bis der Arzt kommt. Eine Untersuchung von Kommunen als Gewährleistungsakteure in der ambulanten ärztlichen Versorgung (GROEG-Arbeitspapier Nr. 4).