

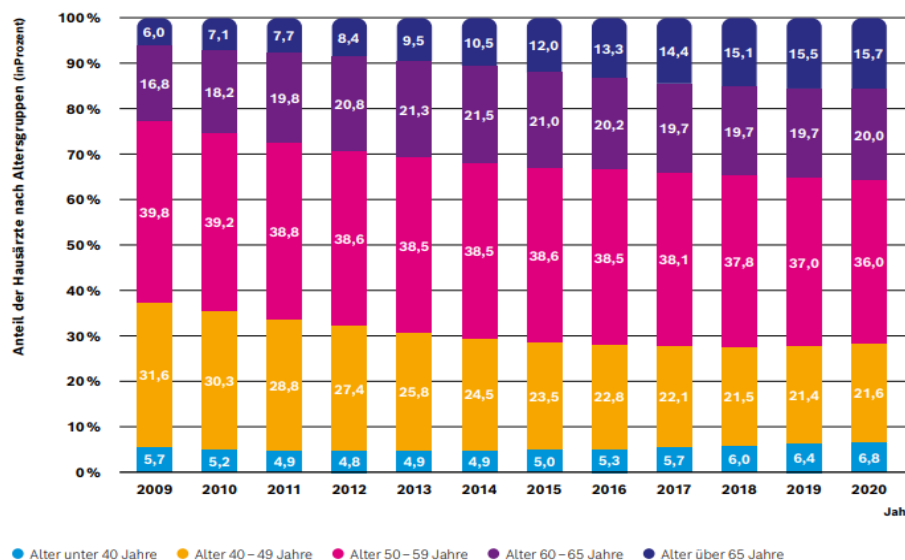
Den Landarztmangel als Thema der gesundheitspolitischen Bildung erschließen

von Andrea Futtererⁱ und Dr. Thomas Königⁱⁱ

1 Der Landarztmangel und seine Ursachen

In immer mehr ländlichen Gemeinden Deutschlands gelingt es nur schwer, freiwerdende Arztpraxen mit Ärzt*innen nachzubeseetzen. Wegen der Menge an Praxisschließungen ist gar von einem Praxissterben im ländlichen Raum die Rede. Wenn Ärzt*innen in den Ruhestand gehen, ohne eine Nachfolge für ihre Praxis gefunden zu haben, verunsichert dies die Gemeindebewohner*innen. Denn Patient*innen sind hier häufig bereits in zweiter Generation in Behandlung und fühlen sich persönlich verbunden zu ihrer*m Ärzt*in. Dies trifft besonders auf die hausärztliche Versorgung zu. In der Folge müssen die Patient*innen weitere Wege auf sich nehmen, um ärztliche Behandlungsleistungen in Anspruch nehmen zu können. Dies ist jedoch insbesondere im ländlichen Raum eine Herausforderung. Hier sind Patient*innen ohnehin auf einen privaten PKW oder einen gut ausgebauten öffentlichen Personennahverkehr angewiesen. Da insbesondere strukturschwache ländliche Regionen häufig von Abwanderung betroffen sind, wenn junge Menschen für die Ausbildung und erste Arbeitsstellen in die Städte ziehen und nicht in gleichem Maße zurückkehren, erhöht der Landarztmangel besonders dort den Druck auf familiäre und nachbarschaftliche Unterstützungsnetzwerke. Ältere und chronisch kranke Personen sind besonders von den geschilderten Entwicklungen betroffen, weil sie selbst häufig in ihrer Mobilität eingeschränkt und auf die Unterstützung anderer angewiesen sind.

Abb. 1: Altersstruktur der Hausärzt*innen, 2009-2020 (Quelle: Robert Bosch Stiftung 2021ⁱⁱⁱ, S. 33)



Mehrere Entwicklungen sind ursächlich dafür, dass es schwieriger ist als zuvor, freiwerdende Arztpraxen nachzubeseetzen. Insgesamt steigt zwar die Zahl der an der ambulanten Versorgung beteiligten Ärzt*innen und zunehmend mehr Studierende entscheiden sich für eine Facharztausbildung in der Allgemeinmedizin. Doch der medizinische Nachwuchs ist vermehrt an Anstellungsverhältnissen und Arbeiten in Praxisteams interessiert. Die jungen Mediziner*innen schrecken davor zurück, eine Einzelpraxis zu eröffnen, die in der Regel mit finanziellen Investitionen und Risiken verbunden ist. Die größer werdende Anzahl von Frauen im ärztlichen Beruf reduziert das ärztliche Arbeitsvolumen zusätzlich, da sie öfter als ihre männlichen Kollegen in Teilzeit arbeiten.

Abbildung 1 visualisiert die Altersstruktur der Hausärzteschaft. Ein Großteil der praktizierenden Ärzt*innen ist zwischen 55 und 65 Jahre alt. Wie mit der anstehenden Ruhestandswelle umgegangen werden kann, ist weithin unklar. Zugleich schlägt sich der demografische Wandel nicht nur bei den Ärzt*innen, sondern auch auf Seite der Patient*innen nieder. In einer alternden Gesellschaft sind die Menschen zwar nicht per se kränker oder behandlungsbedürftiger. Allerdings sind Menschen im hohen Alter häufig mehrfach erkrankt und deshalb auf kontinuierliche Versorgungsangebote angewiesen. Mehr noch, Bewohner*innen aus von medizinischen Versorgungsmängeln betroffenen Gemeinden problematisieren den „Landarztmangel“ öffentlich und fordern vor allem von den Bürgermeister*innen ein, die gewohnte Versorgung zu erhalten. Diese im öffentlichen Diskurs vorgetragenen Forderungen überraschen nicht. Einerseits bedingt die Vergangenheit guter Versorgungsstrukturen, dass Bürger*innen deren (Wieder-)Herstellung einfordern. Andererseits obliegt der spezifische Umfang und die Qualität von Versorgungsgütern und Dienstleistungen im Wohlfahrtsstaat seit Einführung der sozialen Sicherungssysteme der gesellschaftlichen und politischen Interpretation. Um auf den öffentlichen Charakter der Aushandlungen einer ausreichenden Her- und Bereitstellung von Gütern und Dienstleistungen selbst und die wandelbare Rolle des daran beteiligten Staates hinzuweisen, wird oftmals von „öffentlichen Gütern“ gesprochen. Entsprechende Referenzen stellen vor allem darauf ab, dass die verbundenen Güter nicht von vornherein gegeben sind, sondern dass sie „gemacht“ werden müssen, ihre Qualität und ihr Umfang ausgehandelt und ihre Her- und Bereitstellung organisiert, finanziert und reguliert werden muss. Öffentliche Güter haben in diesem Sinne eine explizit politischen Charakter, der sich im vorliegenden Fall – die wohnortnahe Ärzteversorgung ist als öffentliches Gut zu verstehen – folgenreich darstellt.

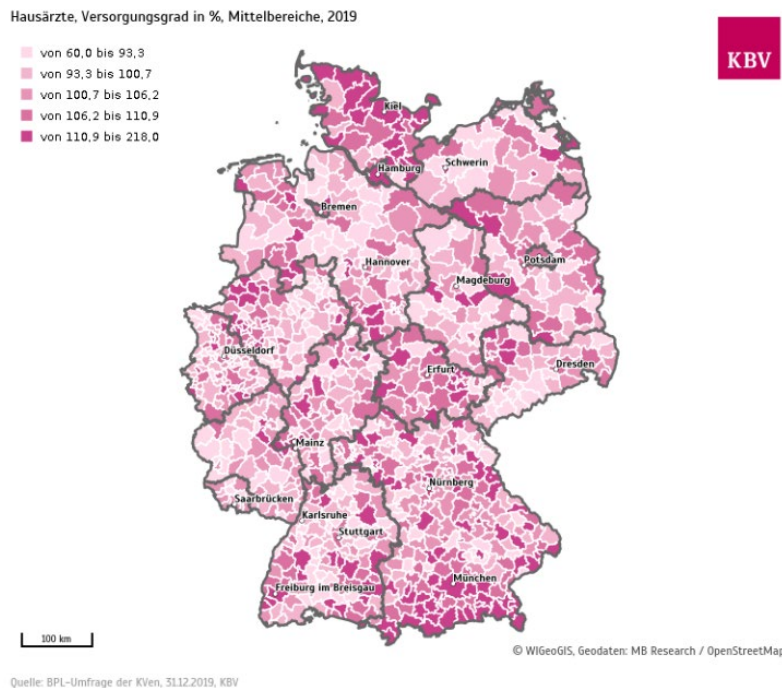
2 Wie wird den Versorgungsmängeln (lokal-)politisch begegnet?

Wann immer darum gerungen wird, wie soziale Infrastruktursysteme wie die Gesundheitsversorgung produziert, finanziert, reguliert und genutzt werden (sollen), steht mehr zur Diskussion als allein deren materielle Dimension. Zusätzlich zu den Arztpraxen bedarf es ausreichend gut ausgebildeter Ärzt*innen, die sich auch in peripher gelegenen, dünner besiedelten Regionen niederlassen und deren Leistungserbringung angemessen vergütet wird. Nur dann kann eine wohnortnahe Ärzteversorgung angeboten und in Anspruch genommen sowie soziale und politische Teilhabe sichergestellt werden. Die verbundenen infrastrukturpolitischen Fragen werden für die medizinische Versorgung auf dem Feld der Gesundheitspolitik verhandelt. Ein Blick in die Organisation der Gesetzlichen Krankenversicherung und genauer noch des ambulanten Sektors hilft die politisch-institutionelle Reaktion auf den Landarztmangel einzuordnen.

Die Organisation des ambulanten Sektors stützt sich auf ein System der Selbstregulierung, wobei das zentrale Ordnungsprinzip das der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ ist. Zu dieser zählen auf der einen Seite die Verbände der Ärzt*innen, die als Leistungserbringer unmittelbar an der Versorgung beteiligt sind. Auf der anderen Seite stehen die gesetzlichen Krankenkassen, die die Sozialversicherungsbeiträge von über 90 Prozent der Bürger*innen verwalten. Beide Akteure sind als Körperschaften öffentlichen Rechts organisiert, wobei den Verbänden der Ärzt*innen – den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – der Sicherstellungsauftrag obliegt. Im Gegenzug für einen Teil der Sozialversicherungsbeiträge zur Vergütung der erbrachten Gesundheitsleistungen, sind die KVen verpflichtet, eine ausreichende, dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten vorzuhalten. Die KVen und Kassen finden sich hierfür in unterschiedlichen Gremien zusammen, um die Versorgungsdetails gemäß den Vorgaben des

Gesetzgebers zu konkretisieren. Auf Bundesebene erlässt die gemeinsame Selbstverwaltung untergesetzliche Normen und in den Länder schließt sie überwiegend kollektivvertragliche Vereinbarungen über die Vergütung und Verteilung der Ärzt*innen.

Abb. 2: Versorgungsgrade für Hausärzt*innen, 2019 (Quelle: KBV online)



Das zentrale Instrument zur Steuerung der ambulanten ärztlichen Versorgung ist die Bedarfsplanung. Sie weist für unterschiedliche Facharztgruppen, wie der hausärztlichen Versorgung (s. Abb. 2), unter- (Versorgungsgrad <75%) und schlechter versorgte Planungsbereiche (bis 100%) sowie regulär versorgte Bereiche aus. Letztere sind für weitere ärztliche Niederlassungen gesperrt. In unter- und drohend unterversorgten Planungsbereichen hingegen können sich Ärzt*innen niederlassen. Da die Niederlassungsziele nicht immer erfüllt werden, verfügen die KVen

über diverse Förderinstrumente. So können sich Ärzt*innen beispielsweise auf KV-Mittel zur Praxisausstattung bewerben oder deren Beratungsangebote in Anspruch nehmen.

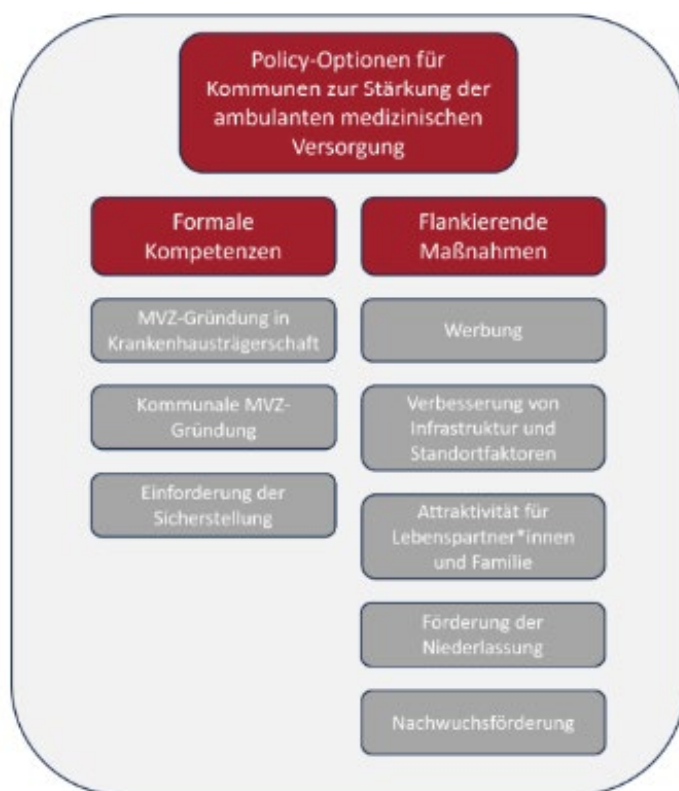
Da die Bedarfsplanung zu abstrakt ist, um räumlichen und soziodemografischen Besonderheiten Rechnung zu tragen, hat der Gesetzgeber in den vergangenen 15 Jahren Möglichkeiten geschaffen, im Rahmen derer örtliche Abweichungen vorgenommen werden können (Tab. 1). Er hat zusätzlich die Förderinstrumente der KVen ausgebaut und den Kommunen Handlungsmöglichkeiten eingeräumt. Da diese Interventionsmöglichkeiten an ihre Grenzen stoßen, machen sich jüngst immer häufiger die betroffenen Gemeinden selbst auf den Weg, die ärztliche Versorgung durch ergänzende und eigene Initiativen vor Ort zu gewährleisten.

Tab. 1: Gesundheitsreformen mit Blick auf ländliche Versorgungsstrukturen (Quelle: Futterer 2021¹⁹)

| Gesundheitsreform | Ausgewählte Maßnahmen |
|-------------------------------------|--|
| GKV-Modernisierungsgesetz 2004 | Hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren, Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungserbringung |
| Vertragsarztänderungsgesetz 2007 | Teilzulassung, Wegfall der Altersgrenze für die Niederlassung und für das Ende der vertragsärztlichen Tätigkeit |
| GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007 | Verpflichtende Tarifangebote, Ausweitung der Vertragspartnerschaft für Kassen |
| Versorgungsstrukturgesetz 2012 | Mitspracherecht des Landes im G-BA, bessere Verdienstmöglichkeiten in unterversorgten Gebieten, Strukturfonds, gemeinsames Landesgremium zur sektorübergreifenden Versorgung, Delegation ärztlicher Leistungen |
| Versorgungsstärkungsgesetz 2015 | Weiterbildungsstellen für Allgemeinmedizin, Ziel der Reduktion von Überversorgung in Ballungszentren, Terminalservicestellen, Innovationsfonds, mehr Gestaltungsspielraum der Kassen und ihrer Vertragspartner im Rahmen von Selektivverträgen |
| Terminalservicestellen-gesetz 2019 | Beraterstatus der Länder im G-BA, Ausbau von Sprechstunden, Förderung von Hausbesuchen auf dem Land, verpfl. Zuschläge in unterversorgten Gebieten, verpflichtender Strukturfonds, Möglichkeit zu KV-Eigeneinrichtungen |

Im Rahmen eines Forschungsprojekts^v wurde jüngst untersucht, wie der Landarztmangel in sechs betroffenen Landkreisen problematisiert und unter welchen Bedingungen wie bearbeitet wird. Dabei ist das beobachtbare lokalstaatliche Engagement insofern erklärungsbedürftig, als die Kommunen keine gesundheitspolitische Verantwortung tragen und keine verbundenen Kompetenzen innehaben. Für sie wird die Versorgungssicherung erst deshalb zum bearbeitungsbedürftigen politischen Sachverhalt, weil die Versorgungsmängel lokal politisiert werden. In der Folge stehen insbesondere die Bürgermeister*innen vor der Herausforderung, sich ohne Kompetenzen und vor dem Hintergrund oftmals sehr begrenzter Ressourcen (Personal, Finanzen, Expertise) an der Organisation der wohnortnahen Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Die Analyse zeigt, dass es den adressierten Bürgermeister*innen unter anderem wegen der Nähe zu den Bürger*innen, dem Dramatisierungspotenzial der Lokalpresse und dem Druck, dem eigenen politischen Handeln Legitimation zu verleihen, vielerorts unmöglich ist, untätig zu sein. Obwohl die KVen in den untersuchten Regionen unterschiedlich agieren, kann festgehalten werden, dass Kooperationen zwischen Kommunen und KVen nur äußerst selten zu Stande kommen. Dies liegt nicht daran, dass die Bürgermeister*innen nicht versuchten, auf die KVen zuzugehen. Häufiger beklagen sie ein ihnen gegenüber wenig responsives Verhalten. Die KVen reagierten nicht auf Anfragen oder hielten versorgungsrelevante Informationen zurück, was die lokalen Initiativen mitunter behindert.

Abb. 3: Policy-Optionen für Kommunen (Quelle: Ruck 2023: 10)



Darüber hinaus machen Bürgermeister*innen die Erfahrung, dass ihre flankierenden Angebote und die verfügbaren Sicherstellungsinstrumente der KVen (Abb. 3^{vi}) nur überschaubare Erfolge erzielen und in der Umsetzung überaus voraussetzungsvoll sind (kommunale Trägerschaft eines Medizinischen Versorgungszentrums). Häufiger müssen diese Instrumente zunächst an die regionalen Gegebenheiten angepasst und mit anderen Infrastrukturen abgestimmt werden. So bedarf es neben Praxen und Ärzt*innen auch gut ausgebauter und belastbarer Verkehrs- und Kommunikationsinfrastrukturen, um die Mobilität der Patient*innen und den Austausch unter Ärzt*innen und zwischen Ärzt*innen und Patient*innen – wie im Rahmen der Telemedizin – zu gewährleisten.

Die begrenzten Ressourcen der Kommunen, ihre fehlenden gesundheitspolitischen Kompetenzen und die voraussetzungsvollen und zugleich schwachen Instrumente erschweren dabei vielfach die Stärkung der ambulanten Versorgungsstrukturen. Ungleich verteilte Ressourcen schmälern darüber hinaus das Potenzial der Betroffenen, ihre Bedarfe öffentlich zu artikulieren und sich an der politischen Aushandlung künftiger Versorgungsmodelle zu beteiligen.

3 Der Landarztmangel als Thema der politischen Bildung?

Der Ärztemangel in ländlichen Gebieten kann als Beispiel für eine Reihe von Themen dienen, die in der politischen Bildung relevant sind. Die folgenden Fragestellungen verdeutlichen dies: Was sind die Aufgaben der lokalen politischen Ebene und welche Entscheidungskompetenzen liegen vor? Welche Politikfelder betreffen die Bürger*innen zwar unmittelbar, können allerdings nur auf höheren politischen Ebenen entschieden werden? Am Beispiel des Landarztmangels ließen sich der Mehr-Ebenen-Staat und das Prinzip der Subsidiarität exemplarisch erläutern. Es wird deutlich, dass die einzelnen Ebenen unterschiedlich gut ansprechbar sind und zugleich unterschiedliche Kompetenzen vorliegen. In der gesundheitspolitischen Bildungsarbeit könnte sich im Anschluss daran der Frage genähert werden, wer an einem Prozess, der als Ergebnis eine angemessene medizinische Versorgung aller anstrebt, miteinbezogen werden sollte. Nicht zuletzt stellt sich die Frage nach erfolgsversprechenden Anreizsystemen für Ärzt*innen und Versorgungsmodellen der Zukunft. Die grundlegende Motivation ist dabei, neben der Abwendung unmittelbarer Notlagen für die Betroffenen, das Postulat gleichwertiger Lebensverhältnisse im Hinblick auf die Verfügbarkeit öffentlicher Güter, ausgedrückt in folgender Fragestellung: Wie kann eine räumliche Vergleichbarkeit der Lebenslagen der Menschen befördert und erreicht werden?^{vii}

4 Konzeptionelle Synergien mit der gesundheitspolitischen Bildung

Es überrascht nicht, dass die vorgestellten Konzepte bis dato wenig in der politischen Bildung angewendet werden, obwohl ihre Anschlussfähigkeit deutlich ist. Schließlich liegt in der beschriebenen Problemstellung eine demokratisch brisante – und damit für die politische Bildung bedeutsame – Entkopplung von Verantwortungszuschreibung (Kommunen) und gesundheitspolitischen Kompetenzen (KVen). Es sei erinnert: Die Kommunen nehmen traditionell keine tragende Rolle in Fragen der ambulanten Gesundheitsversorgung ein, sie verfügen auch über keine gesundheitspolitischen Kompetenzen und sind nicht an der politikfeldorientierten Interessensvermittlung beteiligt, die die Fragen der Versorgungssteuerung bearbeitet. Dennoch sind es die Bürgermeister*innen, die aufgefordert werden, sich zu engagieren und die den Forderungen häufig nachkommen, ohne die Probleme lösen zu können. Zugleich sind die für die Versorgung zuständigen KVen zwar demokratisch legitimiert (Sozialwahlen), jedoch ist das arztzentrierte Regulierungssystem so ausgestaltet, dass es den KVen ermöglicht, sich an den lokalpolitischen Organisation der Infrastrukturaufgaben nach eigener Maßgabe zu beteiligen. Zumindest sind die KVen nicht verpflichtet, lokal kooperativ zu agieren. In der Folge unterscheiden sich deren Strategien regional in Teilen stark und die Erfolge ihrer und der lokalpolitisch initiierten Maßnahmen lassen sich nicht verallgemeinern.

Die ungleiche Verteilung von Ressourcen und Chancen, auf den politischen Prozess Einfluss nehmen zu können betrifft nicht zuletzt die von den Versorgungsmängeln betroffenen Bürger*innen. Ihnen fehlt in aller Regel das notwendige Wissen, um die skizzierte Kompetenz- und verbundene Machtverteilung im öffentlichen Diskurs in Frage stellen zu können. Darüber hinaus sind die diversen Modi der Interessenvertretung beispielsweise durch Patientenvertretungen oder das Parteiensystem im lokalen Raum defizitär, sodass die Bedarfe und Präferenzen der Betroffenen mit Blick auf zukünftige Versorgungskonzepte in der lokalpolitischen Aushandlung zu kurz kommen. An dieser Stelle könnte die gesundheitspolitische Bildung gewinnbringend ansetzen, um das Akteursdefizit im Politikfeld zu reduzieren.

5 Implikationen für die politische Bildung

Wenn Bürger*innen unter Versorgungsmängeln im ambulanten medizinischen Bereich leiden, dürfte es aus Perspektive der gesundheitspolitischen Bildung ein Anliegen sein, zur Adressierung derjenigen Repräsentant*innen des Staates zu ermuntern, die zur Linderung des Problems beitragen können. Denn die Erfahrung zeigt, zur Politisierung örtlicher Versorgungsdefizite bedarf es des Staates. Wenngleich die Kommune oder der Landkreis im doppelten Sinne als Ansprechpartner nahe liegen, sollte deutlich geworden sein, dass das sich zuspitzende Problem örtlich ungleicher Zugänge zu Arztpraxen nicht von den Kommunen allein gelöst werden kann.

Um die Kritikfähigkeit der Bürger*innen und deren Partizipation zu stärken – dies sind neben anderen Zielbestimmungen zentrale Anliegen der politischen Bildung – gilt es, die skizzierten Betroffenen als Zielgruppen anzusprechen und zu ermächtigen. Insbesondere Senior*innen und ihre Vertretungsorganisationen können mit relevanten Informationen versorgt werden, um ihre Interessen im öffentlichen Diskurs zu platzieren und im politischen Prozess zu verteidigen. Ein Ort, dieses Unterfangen zu verfolgen können Nachbarschafts- und Seniorentreffs sein. Zudem dürften kommunale Gesundheitskonferenzen als zu erschließender Ort politischer Bildungsarbeit gewinnbringend sein. Der Gesetzgeber hat dieses raumwirksame Instrument unter anderem mit dem Ziel eingeführt, partizipative Elemente im Gesundheitswesen zu stärken. Hier könnte die politische Bildung Informationen bereitstellen und Dialoge initiieren. Dabei sollte beachtet werden, dass jene Personen teilhaben können, die besonders von den diversen mangelhaften Infrastruktursystemen (ÖPNV) in den Regionen betroffen sind.

Um die Charakteristika des deutschen Gesundheitswesens, insbesondere die des ambulanten Sektors, zugänglich zu machen, ist nicht zuletzt die schulische Bildung ein relevanter Ort der Wissensproduktion. Die Besonderheiten des eingeschlagenen Regulierungs- und Bearbeitungspfads können über einen internationalen Vergleich von Gesundheits- und Versorgungssystemen erschlossen werden. Zusätzlich finden sich hier auch auf Instrumentenebene vielfach Inspirationen.

6 Vorschläge

Die Entwicklung einer Didaktik für die politische Bildung zum Umgang mit dem Thema Landarztmangel könnte im Rahmen einer akademischen Veranstaltung erfolgen. Verschiedene Zielgruppen – wie die interessierte Öffentlichkeit, aber auch Patient*innen und Entscheidungsträger*innen – sollten beteiligt sein und in den Blick genommen werden. Es könnte darüber hinaus gewinnbringend sein, eine Expertengruppe einzurichten, die in der Lage ist, kommunale politische Entscheidungsträger*innen zur Problemstellung kompetent und lösungsorientiert zu beraten.

7 Materialien

A. UMGANG MIT DER BEGRENZTEN RESSOURCE ARZT

Unter dem unten aufgeführten Link finden Sie eine Karikatur, die überspitzt thematisiert, wie die Verteilung der Ärzt*innen gesteuert werden könnte. In der Praxis hingegen sind es insbesondere finanzielle Anreize, wie Zuschüsse zu Praxisräumen, Mitminderungen oder Stipendien, die die Niederlassungen in schlechter versorgten Regionen stärken sollen.

Link: https://de.toonpool.com/cartoons/Stadt%20Land%20%C3%84rzte_339181

Diskutieren Sie, inwiefern Sie diesen Vorschlag für angebracht und praktikabel halten und ob er die unter 1. dargelegten Entwicklungen innerhalb des medizinischen Nachwuchses adäquat adressiert.

B. ÄRZTEGEWNNUNG ALS TEIL KOMMUNALER INFRASTRUKTURPOLITIK

*Welche Politikfelder werden für die Kommunen relevant, wenn diese sich an der Ärztegewinnung beteiligen und anstreben, Patient*innen den Zugang zu Versorgungseinrichtungen zu ermöglichen? Wie verhält sich diese tiefe und an Komplexität gewinnende infrastrukturpolitische Herausforderung zu den begrenzten kommunalen Ressourcen insbesondere strukturell benachteiligter Regionen?*

C. VERSORGUNGSMODELLE DER ZUKUNFT

Seit 2004 können neben niedergelassenen Ärzt*innen in Einzelpraxen oder Praxisgemeinschaften auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. MVZ sind i.d.R. fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzt*innen auch als Angestellte tätig sein können (§ 95 SGB V). Es war das Ziel des Gesetzgebers, eine umfassende Versorgung aus einer Hand zu ermöglichen, auch um Effizienzreserven im Gesundheitswesen zu erschließen. Mit den Gesundheitsreformen aus den Jahren 2012 (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) und 2015 (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) wurde der Kreis derer, die ein MVZ gründen können erweitert. Nun können auch Kommunen MVZ betreiben. Bundesweit bestehen aktuell allerdings nur knapp 30 solcher kommunalen MVZ. Der überwiegende Großteil von MVZ befindet sich hingegen in Trägerschaft von Kliniken und siedelt sich auch räumlich an diesen an.

Weitere Informationen finden Sie unter: [https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Kommunales Medizinisches Versorgungszentrum](https://kommunalwiki.boell.de/index.php/Kommunales_Medizinisches_Versorgungszentrum)

Diskutieren Sie, inwieweit MVZs die Feminisierung der Medizin und den Anspruchswandel des medizinischen Nachwuchses adressieren und mit welchen etwaigen Herausforderungen sie für die betreibenden Kommunen verbunden sind.

D. LÖSUNGSMÖGLICHKEITEN FÜR DEN ÄRZTEMANGEL AUF DEM LAND

Gibt es auch gute Nachrichten und Lösungsmöglichkeiten für das Problem des Landärztemangels? Ein Beitrag des ZDF stellt einige davon vor: <https://www.zdf.de/nachrichten/briefing/good-news-landarzt-gesundheit-zdfheute-update-100.html>

Welche der aufgezeigten „guten Nachrichten“ haben die Chance, erfolgreich zu sein?



EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



ⁱ Andrea Futterer ist wiss. Mitarbeiterin am Institut für Politikwissenschaft der Universität Tübingen.

ⁱⁱ Dr. Thomas König ist Leiter des Fachbereichs Gesellschaft und Sozialpolitik an der Akademie der Diözese Rottenburg-Stuttgart.

ⁱⁱⁱ Robert Bosch Stiftung (2021): Gesundheitszentren für Deutschland. Wie ein Neustart in der Primärversorgung gelingen kann, online abrufbar unter: <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>.

^{iv} Futterer, Andrea (2022): „Jenseits der Landarztidylle: ambulante Versorgung im ländlichen Raum“, in: Bürger & Staat (1/2), 37-42.

^v Die Studie entstand im Rahmen des vom BMBWF geförderten Projekts „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“. Weitere Informationen und Materialien können über www.infrastruktur-gewaehrleisten.de abgerufen werden.

^{vi} Ruck, Jan (2023): Wenig Spielraum und viele Hürden. Die Policy-Optionen von Kommunen zur Stärkung der ambulanten medizinischen Versorgung, GROEG-Policy-Paper Nr. 1, <http://dx.doi.org/10.15496/publikation-85666>

^{vii} Zum Verhältnis von Gesundheit und Bildung vgl. König, Thomas (2015): Gesundheit in der Bildung. Lernen, gesund zu leben und gesund zu sein, in: Erwachsenenbildung 61, Heft 1, 6-9.