

Allianzen
alte Bundesrepublik
altern
Antisemitismusdefinition
Bf
barrierefrei
Beziehungsanbahnung
Bruderland
citizenship
Dauerleihgabe
eckiger Tisch
Eigenschaft
einsam
Einzugsgebiet
Engagement
erben
gesundheitliche Versorgungsstrukturen
gleichwertige Lebensverhältnisse
Grundsicherung
Intersektional
Knaife
Ko-
Kohleausstieg
Labor
Manifest
mehrsprachig
Mindestlohn
Mitte-Studie
moralisieren
Nebenklage
obdachlos
Plattformökonomie
politische Bildung
Privileg
Racial Profiling
repräsentativ
Schulbuch
Seenotrettung
soziale Mischung
soziale Reproduktion
streifen
Suchbarkeit
Tierwohl
trans
Umfrage

Gesundheitliche Versorgungsstrukturen im Kontext gesellschaftlichen Zusammenhalts

Ein alter Mensch im ländlichen Raum, pflegebedürftig und krank. Professionelle Hilfe, etwa in Gestalt einer Hausärztin, ist schwer zu erreichen. Lange Wartezeiten. Das nächste Krankenhaus befindet sich im Nachbarlandkreis. Ein Pflegedienst sieht sich nicht zuständig, lehnt eine Auftragsübernahme ab. Nicht vor Ort lebende Angehörige, auch hilfsbereite Bekannte sind überfordert. Eine Situation, hier nur grob umrissen, der im Zuge des demographischen Wandels in der Bundesrepublik Deutschland exemplarischer Wert zukommt. Im Gesundheitswesen zeigt sich die elementare Notwendigkeit stabiler Strukturen der Versorgung vor allem dann, wenn sie fehlen oder stark ausgedünnt sind.

»Gesundheitliche Versorgungsstrukturen« sind eine sperrige Begriffsfügung. Für Patient*innen sind sie eine Lebensvoraussetzung. Wenn es gut läuft, kommen ihnen hohe Qualitätsstandards im Gesundheits- und Pflegesektor, professionelles Management, ein funktionierendes Versicherungssystem und eine Ausweitung von Leistungen zugute. Es läuft aber nicht gut. Dass es gegenwärtig viel Anlass zu Kritik und Veränderungsbedarf gibt, hat viele Gründe. Einer davon ist die strukturelle Unterversorgung im ländlichen Raum. Doch sind die Strukturen im Gesundheitswesen insgesamt stark ökonomisiert, sodass sich Wirtschaftlichkeitszwänge negativ auf die allgemeine Behandlungsqualität auswirken. Leistungsansprüche liegen vielfach unter dem Bedarf. Für chronisch erkrankte und multimorbide Patient*innen entfaltet der übliche kurative Versorgungsansatz keine adäquate Wirkung. Der Personalmangel gestattet wenig menschliche Zuwendung. Umgekehrt sind Pflege und Gesundheitsversorgung, wie sie derzeit praktiziert werden, auch belastend für das Personal. Schließlich gehen von den aktuellen Versorgungsstrukturen noch keine ausreichenden präventiven Behandlungsimpulse aus.

Versorgungsstrukturen dienen der Sicherung der öffentlichen Daseinsvorsorge. Diese liegt in der Bundesrepublik in der Verantwortung des Staates und umfasst alle öffentlichen Aufgaben und Leistungen, die für eine zeitgenössischen Standards entsprechende Lebensführung erforderlich sind. Die Verfügbarkeit von Versorgungsstrukturen ist Bedingung für die selbstbestimmte Lebensgestaltung bei individuell unterschiedlichen Bedarfs- und Lebenslagen. Versorgungsstrukturen sind Voraussetzungen dafür, dass das im Grundgesetz verankerte Fundamentalrecht auf Selbstbestimmung (vgl. Art. 2 GG) wahrgenommen werden kann. In diesen normativen Rahmen gerückt, fällt gesundheitlichen Versorgungsstrukturen die Aufgabe zu, daran mitzuwirken, dass Menschen in einer demokratischen Gesellschaft selbstbestimmt teilhaben können. Sie spielen zudem eine zentrale Rolle bei der Sicherung von gleichwertigen Lebensverhältnissen. Diese ist ebenfalls Verfassungsauftrag und Grundsatz der Raumordnung, die durch die Länder und Kommunen zu realisieren sind.

Im Kontext der gegenwärtig verbreiteten Rede vom »gesellschaftlichen Zusammenhalt« bietet ein Blick auf gesundheitliche Versorgungsstrukturen Gelegenheit, über selbstbestimmte, allgemeine gesellschaftliche Teilhabe ebenso wie über Formen der Marginalisierung und Ausgrenzung nachzudenken. Er macht die Systemlogiken gegenwärtiger Versorgung im Gesundheits- und Pflegewesen samt den dort verbreiteten Bildern von Patient*innen sichtbar und regt dazu an, praktische Verbesserungen und Alternativen zu erwägen, etwa das neue Modell von »Gesundheitskiosken« oder die Idee einer partizipationsorientierten Sozialplanung.

Gesundheitliche Versorgungsstrukturen.

Begriffsgenese, Systemlogiken und die Platzierung von Patient*innen

Im Zentrum der Begriffsverbindung »Gesundheitliche Versorgungsstrukturen« steht der Begriff »Versorgung«. Er lässt sich nur selten in Soziologie- oder Wirtschaftslexika finden. In *Vablens Großem Wirtschaftslexikon* von 1993 wird die Versorgung, neben der Sozialhilfe und der Sozialversicherung, als dritte Säule der sozialen Sicherung definiert. Helmut Winterstein, der Autor des Eintrags, bezieht sich vor allem auf die Versorgung von Beamt*innen sowie die Fürsorge der Kriegsbeschädigten und Hinterbliebenen. »Versorgung« definiert er als Entschädigung oder steuerbasierte Zuwendung, dies im Unterschied zur Sozialversicherung. Sie realisiert sich nicht auf der Grundlage einer Beitragszahlung, sondern qua Gesetz über Steuern (Winterstein 1993, S. 845).

In den 1990er Jahren wurde mit der Verabschiedung der Kranken- und Pflegeversicherungsgesetze der Versorgungsbegriff erweitert (vgl. Fünftes und Elftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB V und XI). Seitdem wird er auch auf Versicherungsgegenstände angewendet. Die beiden Gesetze und die mit ihnen verbundenen Werthaltungen bedingen seine Ökonomisierung und befördern Marginalisierungen und Ausgrenzungen. Dies legt freilich bereits der Begriff »Versorgung« als solcher nahe, denn die »Sorge« um und die (gesundheitliche) »Versorgung« von Menschen, das signalisieren die Zugabe von Präfix und Prozessendung sowie die unterschiedlichen Präpositionen, sind semantisch und in ihren Konnotationen verschiedene Begriffe.

Den Begriff »Versorgung« verbinden wir mit versicherungs-basierten Dienstleistungen für Hilfsbedürftige und Kranke. Er verweist nicht auf individuelle Bedürfnisse nach Zuneigung und Nähe als Heilungsoptionen, sondern auf etwas, das erbracht wird, auf Fremdbestimmtes, das mit der Autonomie derjenigen Person, die versorgt wird, nicht unmittelbar etwas zu tun hat. Es ist daher auch kein Zufall, dass der Begriff »Sorge« vor allem auf Kinder, der Begriff »Versorgung« auf kranke und alte Menschen angewendet wird; dass die Sozialgesetzgebung für kranke und pflegebedürftige Menschen vom Begriff der »Versorgung« dominiert wird, während der Gedanke der Sorge und der Sorgegefährdung bei Kindern vorherrscht und im Kranken- und Pflegeversicherungsgesetz faktisch keine Rolle spielt.

Was bedeutet das Präfix »ver-«, wie es in dem Begriff »Versorgung« verwendet wird? Das Präfix »ver-« ist eine der ›bedeutenden‹ Vorsilben. Dabei erscheint sie eher mit Verlusten und Defiziten assoziiert als mit Gewinnen. Man mag auf Wörter wie »verlieben« hinweisen, aber Wörter wie »verlieren«, »versauern«, »vergraulen«, »verabscheuen« verweisen markanter auf den Präfixgehalt. »Ver-« ist eine Vorsilbe, die den Bedeutungsgehalt des Wortes zumeist als negativ oder schwierig markiert. Der Begriff der »Versorgung« absorbiert den eher negativen Beiklang der Vorsilbe etwas. Er bezeichnet im Allgemeinen etwas Notwendiges, was für einen Menschen, ein Tier, eine Sache gebraucht wird. Man versorgt Gräber, kranke Menschen, das Herz mit Sauerstoff usw. Versorgung definiert sich in diesem Kontext immer über den Mangel und dessen Beseitigung. Der Begriff unterstellt, dass der- oder diejenige nicht für sich selbst sorgen kann. Er verbindet sich mit einer Verrichtungsebene, mit Leistungsansprüchen, mit sozialrechtlichen Regelungen, nicht mit einer sorgenden Zuwendungsgeste.

Mit dem Sorgebegriff verhält es sich anders. So wird Sorge im Achten Buch des bundesdeutschen Sozialgesetzbuchs (SGB VIII) mit Verantwortung für einen Schutzbedürftigen, mit Kindeswohl, mit emotionaler und sozialer Zuwendung verbunden. Es gibt im SGB VIII über neunzig Nennungen des Begriffs »Sorge« samt »sorgen«, manchmal als isolierter Begriff, zumeist aber als Bestandteil von Komposita, also in Verbindung mit anderen Wörtern. Sorgebegriffe unterstellen eine starke Subjektposition und Schutzwürdigkeit des Kindes. Es geht um sein Recht auf individuelle Entwicklung zu einer eigenverantwortlichen Persönlichkeit. Das SGB VIII impliziert, dass Kinder, Jugendliche und Eltern nicht zu Objekten staatlichen Handelns werden dürfen. Es unterstützt junge Menschen bei ihrer Selbstverwirklichung. Demnach spielen nicht nur die Sorge eine große Rolle, sondern auch die Entwicklungsförderung sowie das Kindeswohl.

In den anderen beiden hier einschlägigen Büchern des Sozialgesetzbuchs, nämlich im SGB V und im SGB XI, findet sich zwar auch der Begriff »Sorge«, diesmal mit über 150 bzw. über vierzig Nennungen, aber ausschließlich in Verbindung mit anderen Wörtern. Im SGB V spielen »Vorsorge« und »Vorsorgemaßnahmen« eine Rolle, die semantische Dimension eines Sorgecharakters wird dabei allerdings nicht aufgerufen. Es dominiert der Begriff der »Versorgung«, etwa im Kompositum »Versorgungsmanagement«. Im SGB V tritt er 1552, im SGB XI über 270 Mal auf, während er im SGB VIII faktisch keine Rolle spielt. Zwar sollen die Leistungen Menschen im Krankheits- und Pflegefall helfen, wieder gesund zu werden und ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Die Hilfen sind darauf auszurichten, die Ressourcen des Kranken wiederzugewinnen und zu erhalten (vgl. § 2 SGB XI). Aber die Systemlogik der Versorgung konterkariert einen Sorgeansatz. Es geht um »Erbringung« von geldwerten »Leistungen« (SGB V 125, SGB XI 614 Nennungen), die definiert, verhandelt, zertifiziert, vergütet, gegenüber Kassen abrechnet werden. Um Sorge geht es nicht.

Der Gedanke des »Wohls« der Kranken und Pflegebedürftigen und dessen Gefährdung spielen im SGB V und im SGB XI faktisch keine Rolle, allenfalls haftungsbeschränkende Sicherheitsaspekte. Beide Gesetze sind auf das Erbringen und Abrechnen von Leistungen orientiert sowie auf eine Leistungserbringung, die das Notwendige nicht übersteigen darf (§ 9 SGB V, § 29 SGB XI). Die Sorge um den kranken Menschen in ihrer Bedeutungsvielfalt und seiner Besonderheit ist hier nicht eingeschlossen. Im Begriff der »Versorgung« mag der negative Beiklang des Präfixes etwas schwächer mitschwingen, doch sind ihm Fremdbestimmung, Mangel und ein defizitäres Menschenbild eingeschrieben. Insofern entindividualisiert der Begriff der »Versorgung« diejenigen, die an ihr partizipieren. Das Problem liegt somit weniger in seiner Verwendung in einem Gesetz, sondern darin, dass sich mit ihm eine kohärente Systemlogik verbindet, die sich wie ein Schleier über die Beziehungen zu Menschen legt, die nicht nur versorgt, sondern umsorgt, beteiligt, wertgeschätzt werden wollen und sollten.

Das Begriffskompositum »gesundheitliche Versorgungsstrukturen« wurde erst durch das im Jahre 2011 verabschiedete Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung etabliert (»GKV-Versorgungsstrukturgesetz«). Das Gesetz ist ein sogenanntes Artikelgesetz, mit dem das SGB V ergänzt wurde. Es soll angesichts des demographischen Wandels und der unterschiedlichen Versorgungssituationen in Ballungsräumen und ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte ambulante und stationäre Versorgung für die Versicherten gewährleisten. Die Wendung »gesundheitliche Versorgungsstrukturen« wird allerdings nur in der Überschrift des Gesetzes verwendet. Was sie genau bezeichnet, wird im Gesetz nicht definiert.

Geht man zunächst von den Beschreibungen des SGB V und des SGB XI aus, so lassen sich gesundheitliche Versorgungsstrukturen als die Gesamtheit von Einrichtungen definieren, die die medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung gewährleisten. Sie beziehen sich auf die Heilung von Krankheit und die Pflege von Menschen. Ihr Strukturelement umfasst hierbei die grundlegenden Infrastrukturen, die beteiligten Akteur*innen in ihren unterschiedlichen Konstellationen sowie die in den Einrichtungen und Sozialdiensten generierten Angebote, die der medizinischen und pflegerischen Versorgung der Bevölkerung dienen. Präventive Strukturen im engeren Sinn werden durch sie nicht erfasst. Den genannten Sozialgesetzen zufolge differenzieren sich diese Versorgungsstrukturen zudem nach den Versorgungsstufen »ambulant«, »teil«- und »vollstationär« sowie im medizinischen Bereich auf die Sektoren der vertragsärztlichen und der Krankenhausversorgung sowie der Rehabilitation aus. Ebenfalls diesen Strukturen zuzurechnen sind die Arzneimittelversorgung sowie die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. In einem weiteren Verständnis gehören zu ihnen aber auch der Öffentliche Gesundheitsdienst, Akteur*innen der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sowie die gesundheitsbezogene Selbsthilfe. Geht man von einem weiteren Verständnis von Gesundheit aus, kämen sogar noch weitere Strukturen und Akteur*innen in den Blick. Gesundheit gedeiht nicht in den Versorgungsstrukturen, sondern in der sozialen Umwelt von Menschen. Daher wären die Wohnung und Wohnumgebung, die Sozialstrukturen, die Arbeitsbedingungen, die Lebensverhältnisse, die Bildungszugänge u. a. in den Blick zu nehmen, alles Faktoren, die in der Gesundheitspolitik vernachlässigt werden.

Ein Kranken- und Pflegeversicherungssystem erschließt sich nicht hinreichend aus Gesetzestexten. Seine Ausgestaltung ist Ausdruck von Konzepten und Prinzipien der Sozialität einer Gesellschaft. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Zweiteilung des deutschen Krankenversicherungssystems in einen gesetzlichen und einen privaten Zweig. Diese wird mit guten Gründen als unsolidarisch kritisiert. Neben dem Prinzip der Solidarität ist die Sozialstaatlichkeit für ein weitergehendes Verständnis bundesrepublikanischer gesundheitlicher Versorgungsstrukturen konstitutiv. Das grundgesetzlich verankerte Sozialstaatsprinzip schreibt fest, dass es Aufgabe des Sozialstaates ist, für soziale Gerechtigkeit zu sorgen und die Voraussetzungen für ein menschenwürdiges Dasein und für Teilhabe zu schaffen. Entsprechend hat auch die Sozialgesetzgebung zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und Sicherheit beizutragen (§ 1 SGB I). Menschen haben Anspruch auf einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Die Versorgung darf nicht von den wirtschaftlichen Voraussetzungen der Menschen abhängen. Aus dem Sozialstaatsprinzip ergibt sich die Gewährleistungs- und Letztverantwortung für die gesundheitliche Versorgung als Teil der Daseinsvorsorge.

Wenngleich es sich für viele Gesellschaftsmitglieder als eine Verpflichtung und somit ›verordnete Solidarität‹ realisiert, hat das Solidarprinzip den engsten Bezug zum gesellschaftlichen Zusammenhalt. Indem es besagt, dass die Mitglieder einer definierten Solidargemeinschaft sich im Krankheits- oder Pflegefall gegenseitig Unterstützung und Hilfe gewähren, entspricht es einem bestimmten Verständnis von Zusammenhalt, welches ein Gemeinschaftselement im Gesellschaftlichen betont. Diese Hilfe und Unterstützung vermitteln sich nicht im sozialen Nahraum durch verwandtschaftliche, nachbarschaftliche oder sozialmoralische Beziehungen, sondern über ein allgemeines soziales Versicherungssystem. Im Krankheits- oder Pflegefall erhalten Mitglieder über die Versichertengemeinschaft Leistungen, die Hilfe garantieren. Diese Reziprozitätserwartung der Versichertengemeinschaft basiert nicht auf Mildtätigkeit, sondern auf einem Rechtsanspruch (§ 4/§ 10 SGB I). Die Definition einer Solidargemeinschaft produziert unweigerlich Ausschlüsse, etwa von Menschen ohne Krankenversicherung oder geregelten Aufenthaltsstatus. Für deren anonyme Versorgung treten vielerorts lokale, ehrenamtliche Vereine, die Medinetze oder Medibüros, ein. In mehreren Bundesländern wurde deren Forderung nach »anonymen Krankenscheinen« und einem »Behandlungsfonds« nachgekommen, der die Versorgung von Menschen außerhalb der Versichertengemeinschaft sicherstellt. Aber selbst wenn man von diesen offensichtlichen Ausschlüssen absieht, bleibt fraglich, ob ein dem Solidarprinzip und damit auch dem gesellschaftlichen Zusammenhalt verpflichteter Rechtsanspruch auf Gesundheitsleistungen eine adäquate Wirkung entfalten kann. Es lassen sich in der Betrachtung des Gesundheitswesens Systemlogiken und Handlungszwänge anführen, die einer angemessenen Versorgung entgegenstehen.

Die Reformen im Gesundheitswesen der vergangenen Jahrzehnte richten sich an Leitbildern und Logiken aus, die einerseits auf Wirtschaftlichkeit und Wettbewerb, andererseits auf individuelle Verhaltensprävention und Resilienz, die Widerstands- oder Anpassungsfähigkeit also, zielen. Sie führen einen Paradigmenwechsel fort, der Anfang der 1990er Jahre seitens politischer Entscheidungsträger*innen mit dem Ziel der »Kostendämpfung« forciert wurde. An die Stelle einer bis dahin geltenden bedarfsorientierten Finanzierung wurde eine von Marktprinzipien und Kosten-Nutzen-Kalkülen geleitete Steuerungslogik gesetzt. Krankenkassen sind seitdem einem Ökonomisierungsdiktat unterworfen, das angemessenen Versorgungsstrukturen entgegensteht. Während für medizinische Dienstleister die Maximalversorgung von Patient*innen effizient ist, insofern sie als Kassenleistung anerkannt wird, arbeiten Kassen effizient, wenn sie Leistungen zulasten von Patient*innen vermeiden. Ziel ist Beitragsstabilität. Damit wird eine Politik fortgeschrieben, die auf Ökonomisierung und Rationierung sowie auf eine staatlich regulierte Warenförmigkeit von Gesundheit zielt. Die Präventionskonzepte der Krankenkassen appellieren an die Eigenverantwortung und verschieben die öffentliche Verantwortung für die Gesundheit maßgeblich auf die Einzelnen.

Dieser Ökonomisierungsdruck zeigt sich exemplarisch an der Krankenhausversorgung. Sie hat auf verschiedene Herausforderungen zu reagieren: den demographischen Wandel, den regionalen Bevölkerungsrückgang, den bei niedrigen Fallzahlen drohenden Qualitätsverlust, auf multimorbide, also von mehreren Krankheiten gleichzeitig betroffene Patient*innen, auf die Veränderungen von Krankheitsbildern und chronische Erkrankungen, auf den Personalmangel, auf die Kostenintensität, die Digitalisierung und die Einführung der Robotik. Die aktuellen Vorschläge der Krankenkassen zielen mit Verweis auf eine drohende Qualitätsabsenkung auf eine »Verschlankung« und Ambulantisierung der Krankenhauslandschaft. Lassen sich angesichts der langen Liste von Herausforderungen Krankenhäuser aber nach Effizienzkriterien betreiben? Diese Frage verweist auf die den Versorgungsstrukturen inhärenten Logiken.

Es lassen sich insgesamt fünf Systemlogiken ausmachen, die gegenwärtig wirksam sind. Erstens ist die staatliche Regulierungs-, Aufsichts- und Kontrolllogik zu nennen, die dazu führt, dass Leistungserbringer*innen, Ärzt*innen, Krankenhäuser und Pflegeanbieter*innen nicht auf einem freien Markt agieren. Alle Kriterien, die ein »Marktprodukt« charakterisieren, sind staatlich reguliert. Das betrifft insbesondere die »Preisbildung«, die »Qualitätsvorgaben« und ärztliche Leitlinien, die Kontrollmechanismen, die Personal- und Infrastrukturausstattung, die Veröffentlichungs- und Meldepflichten, die Niederlassungsbeschränkungen bei Haus- und Fachärzt*innen und die Planungsvorgaben bei Krankenhäusern. Es sind Gesetze, die diesen Quasimarkt regulieren. Sie legen die Strukturen, die Finanzierung und die Kontrollmechanismen fest. Insofern agiert keine Leistungserbringer*in als freie Marktteilnehmer*in. Und obwohl Patientenvertreter*innen inzwischen in zahlreichen Gremien vertreten sind, sind sie im System der staatlichen Regulierungs-, Aufsichts- und Kontrollfunktionen unterrepräsentiert.

Hinzu kommt zweitens die Versichertenlogik, die bezogen auf Patient*innen marginalisierend wirkt, weil die Leistungen gewährenden Kranken- und Pflegekassen vor allem die Versicherten-gemeinschaft vertreten und nicht das jeweilige Individuum. Die Versichertenlogik impliziert einen Anspruch auf Leistungen, der aber nicht das Bedarfsspektrum abbildet. Der Leistungsbezug richtet sich nach der Schwere und der Art der Krankheit sowie der Schwere der Pflegebedürftigkeit (SGB XI § 4). Der Leistungsumfang soll zwar medizinischen und pflegerischen Standards entsprechen, Leistungen sollen jedoch wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werden (§ 2 SGB V, § 4(3) SGB XI). Bei der häuslichen Pflege hat der Leistungsumfang nur Ergänzungscharakter. Infolge dieser Logik entstehen Konstellationen von Akteur*innen mit unterschiedlichen Interessen: die Kranken- und Pflegekassen, diagnostizierende und behandelnde Ärzt*innen, Versorgungseinrichtungen, die Medizinischen Dienste, kassenärztliche Vereinigungen, Ärztekammern, Krankenhausgesellschaften u. a. m. In dieser Aufreihung sind die Betroffenen abwesend. Sie sind systemisch das Objekt von Verhandlungen, von Diagnosen und der Erbringung von Leistungen.

Die bereits angeklungene Ökonomisierungs- und Wirtschaftlichkeitslogik verstärkt drittens diese Tendenz. Sie beruht zwar auf dem Grundsatz, dass Qualität und Wirksamkeit von Behandlungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 SGB V); dieser Leistungsstandard wird aber vielfach durch wirtschaftliche Vorgaben konterkariert. Alle von Ärzt*innen erbrachten Leistungen und auch Pflegeleistungen dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Demzufolge wird jede Leistung an Patient*innen und Pflegebedürftigen, die nach fachlichen Gesichtspunkten ausgeführt werden soll, durch wirtschaftliche Anreizstrukturen und Effizienzlogiken formatiert. Die Bedürftigkeit von Patient*innen und Pflegebedürftigen wird somit nichtmedizinischen Kriterien unterstellt.

Viertens ist dem SGB V und dem SGB XI eine – nun allerdings vor allem scheinbare – Wettbewerbslogik inhärent. Von einem Wettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen (vgl. § 7c SGB XI) verspricht man sich z. B. eine Verbesserung der Behandlungs- und Pflegequalität, kostenreduktive Effekte sowie die Wahlmöglichkeit der Patient*innen und Pflegebedürftigen. Es handelt sich jedoch um einen Quasimarkt: In keinem Bereich des Versorgungssystems erfolgt eine marktorientierte Preisbildung. Im Pflegebereich resultieren die Preise für Leistungen aus Pflegesatzverhandlungen. Im ambulanten Bereich der medizinischen Versorgung erfolgen die Aushandlungsprozesse für Vergütungen zwischen den kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen. Das System der Vergütung ist inzwischen so komplex, dass es selbst von denen, die mit dem System vertraut sind, kaum noch durchschaut wird. Keine Patient*in, ausgenommen privat Versicherte, erhält Aufschluss über die an ihr erbrachte Leistung und die dafür erfolgte Vergütung. Die Patient*in wird systemisch zum Objekt von Behandlung und Abrechnung gemacht. Ein Wettbewerb zwischen den Leistungsanbieter*innen der Pflege besteht faktisch nicht mehr. Eher zeichnen sich Versorgungsengpässe ab. Auch zwischen ambulant praktizierenden Ärzt*innen gibt es keinen Wettbewerb. Patient*innen haben zwar freie Arztwahl (§ 76 SGB V). Kassenärztlich zugelassene Ärzt*innen werden aber von der Kassenärztlichen Vereinigung auf Zulassungsbezirke zugeteilt – und im Falle einer offiziell ausgemachten Überversorgung müssen Zulassungsbeschränkungen erlassen werden. Auch der Krankenhausbereich wird staatlich geplant.

Schließlich ist fñnfens eine systemimmanente Risikoverlagerung hin zum Individuum zu beobachten. Dies widerstreitet der Versichertenlogik, die unterstellt, dass individuelle Krankheits- und Pflegerisiken durch die Gemeinschaft der Versicherten abgesichert werden. Die Subjektivierung gesundheitlicher Verantwortung äußert sich darin, dass die Präventionsansätze der Krankenkassen nahezu ausschließlich auf individuelle Verhaltensänderungen abzielen. Menschen mit geringen subjektiven Ressourcen sollen individuelle Lösungen für krankmachende Bedingungen finden. Auch in der Arbeitswelt setzen Unternehmen zunehmend auf Verhaltensprävention, um ihrer gesetzlichen Fürsorgepflicht nachzukommen. Hoch im Kurs steht derzeit der Resilienzansatz, der angesichts um sich greifender Erfahrungen von Überforderung und Verunsicherung als individuelles Handlungsideal im Rahmen einer betrieblichen Gesundheitsförderung propagiert wird: Wer in der Arbeitswelt bestehen will, komme nicht umhin, sich durch permanentes Training um den Erhalt und gegebenenfalls auch um den Ausbau der eigenen Resilienz zu kümmern. Auf Resilienz zielende Ansätze appellieren an das sich bemühende Individuum und seine marktconforme Selbstregulation und -optimierung, während Unternehmen als Gebilde konstruiert werden, die ausschließlich mit Sachzwängen konfrontiert sind. Solche Ambivalenzen erleben Menschen als doppelte Zumutung. Die eine Zumutung ist die Selbstveränderung, die andere die der Systemübermacht, gegen die Menschen diese Selbstveränderung bewerkstelligen sollen.

Der Begriff der »gesundheitlichen Versorgungsstrukturen« führt ein zu diesen Logiken komplementäres Menschen- und Patient*innenbild mit sich. Es steht konträr zu einem Ideal eines vertrauensbasierten gesellschaftlichen Zusammenhalts von autonomen Subjekten untereinander und zu Institutionen. Die geschilderten Systemlogiken marginalisieren Patient*innen in ihrer Subjektstellung. Obwohl die Rechte und die Autonomie von Patient*innen gesetzlich geregelt sind, werden sie im SGB V und im SGB XI nicht als Subjekte ihrer eigenen Gesundheit und Krankheitsbewältigung beschrieben. Sie sind Versicherungsfälle. Insofern ist es kein Zufall, dass Patient*innen und ihre Vertreter*innen an Planungs- und Aushandlungsprozessen kaum beteiligt werden und sich in einer strukturell viel schwächeren Position befinden als die Selbstverwaltungsorgane der Krankenhäuser, der Ärzt*innenschaften wie auch der kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhausgesellschaften. *De jure* besitzen Patient*innen zwar als Vertragspartner*innen einen Rechtsstatus, Rechte und Leistungsansprüche. Insbesondere im Krankenhausbereich ist dieser Status aber kaum erlebbar. Hier sind Patient*innen Versorgungsobjekte. Auch partizipative Behandlungsentscheidungen erweisen sich in den vorhandenen Versorgungssystemen als schwierig. Ausführliche Informationen durch Ärzt*innen, kritische Fragen, der Wunsch

nach Alternativen oder die Ablehnung von bestimmten Behandlungsmethoden wie auch das Bedürfnis nach menschenwürdiger Begleitung sind in den Versorgungssettings zu wenig vorgesehen. Zudem lässt sich eine Fülle von Faktoren ausmachen, die Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nehmen und von Patient*innen kaum nachvollzogen werden können: Ressourcenbegrenzungen, Interessen, medizinische Leitlinien, die investive Präsenz medizinischer Geräte, unsicheres Wissen über die Auswirkungen von Behandlungen und Medikationen usw. usf. Patient*innen sollten aber über den Versorgungsanspruch hinaus als Subjekte wahrgenommen und behandelt werden. Sie sollten bezogen auf ihre Gesundheit und ihre Wiederherstellung selbstverantwortlich handeln, Leistungen wohlinformiert einfordern und selbstbestimmt ihre Interessen vertreten können.

Dieser anzustrebende Status von Patient*innen als autonom handelnde Subjekte wird zudem durch ihre Konstruktion und Ansprache als »Kund*innen« und ihre entsprechende Platzierung im System der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen eher demotiviert als befördert. Der Wettbewerb zwischen Krankenhäusern soll ihnen mehr Transparenz und Souveränität verschaffen. Sie sollen wie Marktteilnehmer*innen agieren und nach dem für sie geeigneten Krankenhaus suchen. Sie gelten als Vertragspartner*innen, die Wahlfreiheit besitzen. Der hier implizierte Kund*innenstatus ist jedoch allenfalls zwiespältig. Im Versorgungssystem sind Patient*innen faktisch keine gleichwertigen Vertragspartner*innen. Sie stehen einem fremden Versorgungssystem gegenüber. Von der Wahlfreiheit für Gesundheitsdienstleistungen könnten sie nur dann Gebrauch machen, wenn ihnen ausreichend Zeit bliebe, nachzufragen und an verlässliche Informationen zu kommen. Wahlfreiheit würde zudem implizieren, dass Patient*innen auf ein anderes Gut ausweichen oder gänzlich darauf verzichten könnten. Beide Optionen haben sie in der Regel nicht. Weder verfügen sie über die nötige Expertise, Krankheiten und die Wirkung von Therapien einzuschätzen, noch lässt sich anhand eines Krankenhausrankings die Güte des Behandlungssystems profund und neutral bewerten. Für gewöhnlich können Patient*innen (insbesondere in Notfällen und in hohem Alter) diese Vorleistungen der Informationsbeschaffung nicht erbringen. Sie müssen sich darauf verlassen, die für sie beste medizinische Versorgung zu erhalten, wobei sich viele eine Wohnortnähe wünschen, wie sie in ländlichen Regionen immer seltener zu erreichen ist.

Zwar ist der Begriff »Kund*innen« in den Sozialgesetzbüchern nicht zu finden. Er dominiert aber implizit die Logik des gesundheitlichen Versorgungssystems. Die Idee, dass Patient*innen sich selbstbestimmt Gesundheitsleistungen einkaufen können, trifft noch am ehesten auf den »Pflegermarkt« und für die Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen zu. Pflegebedürftige, die zu Hause versorgt werden, können sich Pflegeleistungen »einkaufen«. Sie können sich, insofern es verschiedene Dienstleistungsanbieter gibt, ein Angebot aussuchen und einen ihren Bedarfen entsprechenden Vertrag abschließen. Entsprechend hält die Kundensemantik seit Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2003 auch Einzug in die Ausbildungsliteratur von Pflegekräften (Becker/Lenz et al. 2016). Mit ihr wird eine Beziehungsgestaltung zwischen Patient*innen und Beschäftigten nahegelegt, die dem Leitbild wirtschaftlicher Zweckrationalität folgt. Die Folgen sind abermals ambivalent: Zwar kann eine Versachlichung der Beziehung, mithin auch eine »Zuwendungsverknappung« der Selbstsorge und der Gesundheit von professionell Pflegenden dienlich sein. Gleichwohl führen organisationale Rahmenbedingungen dazu, nur noch so gut wie nötig und nicht mehr so gut wie möglich pflegen und behandeln zu können. Diese haben auch bei den Beschäftigten Unzufriedenheit oder ethische Belastungen zur Folge, die über längere Zeit krank machen können.

Gesundheitskioske als alternative Anlaufstellen vor Ort?

Angesichts solcher Befunde werden seit geraumer Zeit Alternativen zu den etablierten gesundheitlichen Versorgungsstrukturen ins Spiel gebracht. Die Präventionsmedizin soll gestärkt werden. Sie würde zu einer Fokusverschiebung von der Heilung und Krankenbehandlung hin zur Prävention und Gesundheitsförderung führen. So könnten ganz andere Akteur*innen in das System der Gesundheitsversorgung integriert werden. Seit Jahren wird daher diskutiert, dass die Gesundheitsversorgung sektorenübergreifend erfolgen muss. Das würde eine stärkere Ambulantisierung der Versorgungslandschaft befördern. Die in einigen Landkreisen etablierten »Gesundheitsregionen« erproben solche sektorenübergreifenden und präventionsorientierten Versorgungskonzepte. Alternative Modelle stehen zudem oftmals für einen Versorgungsmix, in den auch Akteur*innen der Zivilgesellschaft, Nachbarschaften und Angehörige einbezogen sind.

Ein aktuelles Beispiel, wie sich solche Diskurse und Leitbilder in alternativen Versorgungsstrukturen materialisieren, deutet sich in dem Vorschlag an, in randständigen Regionen und Stadtteilen, in denen Menschen keinen regelmäßigen Zugang zu Ärzt*innen haben, sogenannte »Gesundheitskioske« zu errichten. Dieses Reformvorhaben des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) besteht darin, langfristig im gesamten Bundesgebiet, insbesondere in benachteiligten Regionen und Stadtteilen, tausend Gesundheitskioske vorzuhalten, um eine niedrigschwellige medizinische Versorgung und Prävention durch Berater*innen mit pflegerischem Hintergrund in Form von Sprechstunden zu gewährleisten. Ein Besuch bei einer Ärzt*in soll so in vielen Fällen vermieden werden. Die konkrete Ausgestaltung dieser Gesundheitskioske obliegt den Kommunen. Die Bezeichnung verweist auf eine semantische Nähe zur Praxis von Zusammenhalt und Teilhabe vor Ort. Abstrakte Systemlogiken des Gesundheitswesens, so der mitschwingende Anspruch, wandern in den »Kiosk-Alltag« zwischenmenschlicher Beziehungen, konkretisieren sich und wandeln sich dabei. Es geht darum, einen gut zugänglichen, öffentlichen Ort zu schaffen, der die Autonomie von Patient*innen respektieren und zugleich Gelegenheit zur informellen Begegnung bieten kann. Erfahrungen in strukturschwachen Regionen in Frankreich zeigen jedoch, welche widersinnigen Modifizierungen das Modell erfahren kann. Dort werden Gesundheitskioske über Telemedizin betrieben, weil dann keine Ärzt*innen und Pflegekräfte mehr vor Ort oder wenigstens ortsnah tätig sein müssen. Ihren Nutzer*innen wird die Verantwortung übertragen, die Einrichtungen selbständig aufzusuchen und sich mit den Funktionsweisen des Systems vertraut zu machen – unabhängig davon, ob sie über die hierfür erforderlichen Ressourcen wie Mobilität oder technisches und sprachliches Verständnis verfügen.

Kritik üben daher nicht nur Krankenkassen, die achtzig Prozent der Finanzierung übernehmen sollen, sondern auch Expert*innen des Gesundheitswesens, die befürchten, mit den Gesundheitskiosken würden unnötige Doppelstrukturen geschaffen, sodass das Personal der Gesundheitskioske an anderer Stelle fehlen würde. Ein Kommunalpolitiker in einer ländlich geprägten Region hält dagegen. Er begründet seine Initiative für Gesundheitskioske wie folgt: »Es geht nicht um Doppelstrukturen, sondern darum, überhaupt Strukturen für alte und kranke Menschen zu schaffen. Die gibt es bei uns nicht mehr. Es geht mir mit den Gesundheitskiosken darum, dass ich überhaupt noch etwas vor Ort habe.« (Kaufmann 2023)

Gesundheitliche Versorgungsstrukturen partizipativ gestalten – als Beitrag zur Stärkung gesellschaftlichen Zusammenhalts

Das Vorhandensein von Versorgungsstrukturen spielt eine wichtige Rolle für die Akzeptanz von demokratischen Verhältnissen. Der Thüringen-Monitor zeigt (KomRex 2019), dass sich Menschen gut regiert fühlen, wenn sie mit der medizinischen Versorgung zufrieden sind. Eine Studie der Friedrich-Ebert-Stiftung (2022) verdeutlicht, dass die Verfügbarkeit und eine hohe Qualität von Versorgungsstrukturen dazu beitragen können, gesellschaftlichen Zusammenhalt in demokratischer und inklusiver Weise zu gestalten. Soziale Kohäsion ist vielfach über gruppenbezogene Abgrenzungen nach außen und durch Konstruktionen von Zugehörigkeit zu Gemeinschaften bestimmt, die sich in Phänomenen »exkludierender« bzw. »exklusiver Solidarität« (Rund 2021; Becker 2019) ausdrücken. Politische Diskurse während der COVID-19-Pandemie haben gezeigt, dass derartige Solidaritätskonstruktionen insbesondere in gesellschaftlichen Krisensituationen anti-demokratische Tendenzen aufweisen.

Dies unterstreicht nochmals die grundsätzliche Bedeutung gesundheitlicher Versorgungsstrukturen für einen gelingenden gesellschaftlichen Zusammenhalt. Denn trotz der beschriebenen Defizite der aktuellen Strukturen: Das System der Versorgung in der Bundesrepublik ist leistungsfähig. Dutzende Millionen Menschen werden jährlich durch Ärzt*innen behandelt und erhalten medizinische Hilfe. Über fünf Millionen Pflegebedürftige profitieren gegenwärtig von den Leistungen der Pflegeversicherung. Allein das Vorhandensein eines funktionierenden Versorgungssystems sowie der barrierearme und egalitäre Zugang zu den Systemressourcen haben nachweisbar eine positive Wirkung auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt.

Gerade deshalb müssen die Dysfunktionalitäten so nachdrücklich betont werden. Immer wieder. Sie verringern die Akzeptanz der vorhandenen Strukturen. In verschiedenen Bereichen zeichnet sich eine Unterversorgung ab, etwa bei Heimbewohner*innen. Nicht nur in ländlichen Regionen fehlt es an medizinischen und pflegerischen Angeboten! Wirtschaftliche Fehlanreize führen zu einer Überformung der Behandlungssettings durch einseitig ökonomistische Kalküle. Patient*innen und Pflegebedürftige sind eher das Objekt von Interventionen. Sie werden auch in Planungs- und Aushandlungsprozessen nicht als autonom Handelnde und Anspruchsberechtigte wahrgenommen. Es gibt Tendenzen, dass Leistungen rationiert und Zugangsbarrieren zum Versorgungssystem erhöht werden. An der seit Jahrzehnten konstatierten gesundheitlichen Ungleichheit haben die Versorgungsstrukturen nichts geändert. Und im Zuge von resilienz- und verhaltensorientierten Präventionsstrategien lässt sich der Trend beobachten, die Verantwortung für die Gesundheit allein dem Individuum zu überlassen. Insofern besteht die Gefahr, dass die Legitimation der Versorgungsstrukturen und das Vertrauen in sie sinken, was Auswirkungen auf den gesellschaftlichen Zusammenhalt hätte bzw. bereits hat.

Die Ökonomisierung der Versorgungsstrukturen wurde vielfach infrage gestellt. Mit Blick auf die Herausforderungen gibt es Vorschläge, die von Ergänzungen – wie sie in Gesundheitskiosken realisiert werden können – über schrittweise Reformen bis hin zum radikalen Umbau der Versicherungs- und Versorgungsstrukturen reichen, wie er sich im Begriff einer »Care Revolution« verdichtet. Dazu gehören auch Ansätze, die auf zusehends geläufigere Begriffe wie »Kommunalisierung«, »sektorenübergreifende Versorgung«, »Gesundheitsregion« oder »*caring community*« gebracht werden. Inwiefern diese Ansätze den gesellschaftlichen Zusammenhalt fördern, entscheidet sich an den ihnen zugrunde liegenden Logiken und Leitbildern. Dafür sollten die Versorgungsstrukturen – das müsste allen anzustoßenden Transformationen gemeinsam sein – viel stärker entlang der Möglichkeiten und Interessen der Nutzer*innen gestaltet werden!

Eine Möglichkeit, deren Interessen zu stärken, läge in der kommunalen Sozialplanung. Deren Aufgabe könnte darin bestehen, soziale Aspekte der Lebensverhältnisse zu erfassen, zu interpretieren und auf dieser Grundlage Entscheidungshilfen für die kommunale Politik mit Blick auf die kommunale Daseinsvorsorge und die Herstellung gleichwertiger Lebensbedingungen zu geben (Rund 2022a). Die Sozialplanung ist mit niederschweligen Partizipationsstrukturen in den urbanen und ländlichen Quartieren zu verknüpfen, um planungsrelevantes Wissen zu generieren und damit auch die Interessen von marginalisierten Gruppen einzubeziehen (Rund 2022b). Auch die Stärkung der Verhältnisprävention, also einer ›strukturellen‹ Prävention, die sich auf die Umgestaltung von Lebensbedingungen bezieht, und eine nicht bevormundende Verhaltensprävention – und zwar beides auf Quartiers- bzw. Sozialraumbene gedacht – hätten im Rahmen einer bürgernahen gesundheitlichen Versorgung ein großes Potenzial.

Zudem ist eine Verzahnung von kommunaler Sozial- und Krankenhausplanung sowie der Planung anderer gesundheitlicher Versorgungsstrukturen und Dienstleistungen sinnvoll. Auf diese Weise könnte deren Gestaltung von tatsächlichen Bedarfen ausgehen, die auch Aspekte der sozialen Gerechtigkeit und der gesundheitlichen Chancengleichheit einbeziehen. Nicht ein infrastrukturelles Minimum, sondern eine Ausstattung, die das verfassungsrechtlich garantierte Recht auf gleiche und diskriminierungsfreie Teilhabe aller Bürger*innen in allen Räumen gewährleistet, müsste daher im Mittelpunkt der Daseinsvorsorgepolitik stehen.

Mit Blick auf die Gesundheitskioske ließe sich Folgendes vorstellen: Diese sollten die Logik bestehender Versorgungsstrukturen nicht bloß reproduzieren und im schlimmsten Fall sogar im Sinne einer falsch verstandenen Autonomie einzig den Patient*innen die Verantwortung für ihre Gesundheit aufbürden. Sie sollten vielmehr ihrerseits partizipativ gestaltet werden, etwa in Form von offenen, zielgruppenübergreifenden, integrativen, wohnortnahen und bestenfalls von der Gemeinwesenarbeit unterstützten Begegnungsorten, die individuelle, gruppenspezifische und regional unterschiedliche Versorgungsbedarfe berücksichtigen. Wenn Gesundheitskioske nicht als Substitute für defizitäre Versorgungsstrukturen verstanden werden, sondern präventive Funktionen und soziale Angebote vereinen, die zum Erhalt und zur Wiedererlangung von Gesundheit beitragen, so hätten sie das Potenzial zur Stärkung des gesellschaftlichen Zusammenhalts.

Die Lebensverhältnisse