

16 Den Klimawandel bewältigen: Herausforderungen an die institutionelle Organisation des Gesundheitswesens

Ingo Bode

C. Günster | J. Klauber | B.-P. Robra | C. Schmuker | A. Schneider (Hrsg.) Versorgungs-Report Klima und Gesundheit.
DOI 10.32745/9783954666270-16, © MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin 2021

Die Bewältigung des Klimawandels setzt, gerade wenn es um die Gesundheitsversorgung geht, eine problemsensible Organisation von Infrastrukturen voraus. Aus sozialwissenschaftlicher Sicht interessant sind diesbezügliche institutionelle Steuerungsmechanismen sowie die Passung zu relevanten Praxisorientierungen im Versorgungsgeschehen, auch mit Blick auf notwendige Koordinationsprozesse. Herausforderungen zeigen sich auf mehreren Ebenen: im Bereich der Prävention, bei der Begleitung von längerfristigen gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie für Ad-hoc-Interventionen in Hochrisikosituationen. Überall hat die Reaktion auf den Klimawandel infrastrukturellen Charakter; dabei stellen sich dem deutschen Gesundheitssystem ohnehin belastende Organisationsprobleme in neuer Schärfe. Zielführend, aber durchaus voraussetzungs-voll, wäre eine neue Infrastrukturpolitik, die Steuerungsmechanismen so gestaltet, dass Sachziele Priorität haben und die Praxis im Rahmen eines multidimensionalen Versorgungsauftrags über Spielräume verfügt, sich sowohl mit langem Atem als auch mit spontanem Krisenmanagement den o.g. Herausforderungen zu stellen.

In healthcare systems, coping with climate change presupposes a problem-focused reorganisation of a given infrastructure for planning and service supply. From the perspective of the social sciences, this implies looking at institutional modes of governance and their fit with relevant orientations of involved practitioners, including with respect to built-in processes of coordination. Challenges exist at different levels, namely prevention, long-term assistance to the chronically ill and ad hoc intervention in emergency situations. In all these instances, the response to climate change carries an infrastructural character even as problems already inherent to the German healthcare system become exacerbated. A promising, though demanding, way forward could be a new approach to infrastructure building through which relevant modes of governance would be shaped in strict accordance with policy objectives and sufficient discretionary space given to a set of practitioners who, in light of the aforementioned challenges, would have a multidimensional remit to accomplish both 'long breath' intervention processes and spontaneous crisis management.

16.1 Einführung

Ökologische Dynamiken wie der Klimawandel können die Lebensbedingungen der Menschen gravierend verändern. Art und Ausmaß dieser Veränderungen hängen freilich auch davon ab, wie Gesellschaften Lebensverhältnisse *organisieren* – und das betrifft nicht zuletzt die Gesundheitsversorgung. Wesentliches ist politisch-administrativ reguliert: Zuständigkeiten und Verfahrensregeln folgen rechtlichen Vorgaben, insofern regiert der Staat. Allerdings wird gerade im deutschen Gesundheitswesen vieles verhandelt und vereinbart. Anderes folgt – politisch durchaus gewollt – der „unsichtbaren Hand“ von Marktbeziehungen bzw. erwerbswirtschaftlich orientierter Konkurrenz. Die *institutionelle* Ordnung des Gesundheitssystems unterfüttert mithin *verschiedene* Steuerungsmechanismen, welche ihrerseits je unterschiedlich auf systeminterne Koordinationsprozesse einwirken. Gleichzeitig ist die Versorgung davon geprägt, wie in den beteiligten Instanzen gefühlt, gedacht und gehandelt wird. Hier beeinflussen *diverse* Praxisorientierungen das Versorgungsgeschehen – wobei bestimmte Rahmenbedingungen dazu führen können, dass einige stärker und andere schwächer zur Geltung kommen.

Unter Einnahme dieser sozialwissenschaftlichen Perspektive wird nachfolgend diskutiert, wie das deutsche Gesundheitssystem angesichts der klimabedingten Herausforderungen aufgestellt ist und welche Baustellen sich hier identifizieren lassen. Das Augenmerk richtet sich dabei auf die institutionelle Organisation des Systems im obigen Sinne, konkret die Frage: Was könnte diesbezüglich bei der Reaktion auf den Klimawandel stören – und was könnte helfen? Dieser Frage wird in drei Schritten nachgegangen. Den Anfang bilden Anmerkungen zur Art der durch den Klimawandel absehbar hervorgerufenen gesundheitsbezogenen Beeinträchtigungen; diese werden in anderen Beiträgen dieses Reports fachkundig dargestellt, sodass hier lediglich die allgemeine

Agenda umrissen wird, v.a. mit Blick auf deren Multidimensionalität und infrastrukturellen Charakter sowie die Bedeutung nicht-medizinischer Aspekte. Danach folgen Beobachtungen zu Merkmalen des deutschen Gesundheitswesens, von denen angenommen werden kann, dass sie sich bei Reaktionen auf den Klimawandel als *Organisationsprobleme* darstellen. Am Ende stehen Überlegungen zu *möglichen Reaktionen* auf den Klimawandel – also zu der Frage, welche institutionellen Vorkehrungen dabei helfen könnten, absehbare Probleme zu entschärfen.

16.2 Eine multidimensionale Agenda

16.2.1 Organisationsbedarf auf mehreren Ebenen

Die potenziellen gesundheitlichen Folgen des Klimawandels sind bereits vielfach beschrieben worden (Bunz u. Mücke 2017; siehe auch die Beiträge in diesem Report). Thematisiert werden v.a. verschärfte chronische Beeinträchtigungen (z.B. bei Atemwegserkrankungen, Herz- und Kreislaufschwäche unter Belastung, Hautschädigungen durch UV-Exposition) sowie krisenhafte Gefährdungen durch Extremwetter- bzw. Großschadensereignisse (z.B. Stürme, Überschwemmungen und starke Temperaturschwankungen) oder in Pandemien (virale oder bakterielle Infektionen sowie Bedrohungen durch Insekten, Salmonellen, etc.). Als Begleiterscheinungen der globalen Erderwärmung betreffen sie unterschiedliche Bereiche des Versorgungsgeschehens, weshalb der Klimawandel eine multidimensionale Agenda erzeugt, bei der es im Kern um zweierlei geht: „avoiding the unmanageable and managing the unavoidable“ (Vinke et al. 2020: 4).

Drei Ebenen. In Politik und Öffentlichkeit herrscht weitgehend Konsens dahingehend, dass der Klimawandel entschleunigt werden muss. Möglich würde dies auch durch Verhaltensänderungen der Bürger:innen – was den



Präventionsauftrag des Gesundheitswesens auf den Plan ruft. Doch selbst wenn hier Teilerfolge erzielt werden sollten: Ursachen und Folgen klimatischer Veränderungen (z.B. Luftverschmutzung; Hitze) feuern eine schon länger beobachtbare Entwicklung weiter an, nämlich die Zunahme chronischer und degenerativer Krankheitszustände, auch im Kontext von Multimorbidität. Die darauf ausgerichtete Versorgung hat *begleitenden* Charakter und steht für eine zweite Agendaebene. Sie beinhaltet Aufgaben des Monitorings sowie der Unterstützung von Selbstsorge, teilweise auch länger andauernde rehabilitative, betreuende oder pflegerische Leistungen. Drittens steigt besonders, aber nicht nur, für gesundheitlich Vorbelastete die Wahrscheinlichkeit von *ad hoc* auftretenden Akutversorgungsbedarfen infolge von Extremereignissen, nicht selten verbunden mit Lebensgefahren (z.B. bei hitzebedingten Schlaganfällen oder Infarkten sowie schweren Infektionen). Das erhöht den Bedarf an intensivmedizinischen Kapazitäten sowie postoperativer Versorgung.

Unterschiedliche Verwundbarkeiten. Die allgemein für den Klimawandel in Anschlag gebrachte besondere Vulnerabilität bestimmter Bevölkerungsteile (vgl. Kuhlicke 2017) schlägt auch bei Prävalenz und Inzidenz der o.g. Gesundheitsbeeinträchtigungen zu Buche. Als körperlich und psychisch besonders belastet gelten v.a. Kleinkinder sowie ältere Menschen (insbesondere die stationär oder im eigenen Haushalt, ggf. sozial isoliert, lebenden Pflegebedürftigen), ferner chronisch Kranke sowie spezielle Berufsgruppen. Die erwartbaren Belastungen weisen einen starken sozialen Gradienten auf, finden sich doch unter den Betroffenen (z.B. Menschen, die dicht gedrängt oder an der freien Luft arbeiten) überdurchschnittlich viele Personen aus unteren sozialen Schichten und mit geringe(re)n Bildungsressourcen (Lampert et al. 2019). Beim Auftreten der COVID-19-Pandemie hat sich gezeigt, wie ungleich sich die entstehenden Belastungen verteilen (siehe etwa Hövermann 2020). Essenziell ist dies nicht

zuletzt mit Blick auf abrupte Migrationsbewegungen, welche durch den Klimawandel künftig weiter angetrieben werden und den sozialen Zusammenhalt strapazieren könnten. Die gesundheitlichen Risiken des Klimawandels sind also zugleich gesellschaftliche.

16.2.2 Der infrastrukturelle Charakter der Agenda

In westlichen Wohlfahrtsstaaten ist unumstritten, dass die Gesundheitsversorgung politisch-administrativ organisiert werden muss, damit sie funktionsfähig ist und allen zur Verfügung steht. Der diesbezügliche Organisationsbedarf hat dabei in mehrerlei Hinsicht *infrastrukturellen Charakter*: Es gilt, Leistungen „für alle Fälle“ vorzuhalten – und zwar so, dass bezüglich Art und Ausmaß schwer absehbare Bedarfe möglichst universell gedeckt werden können (vgl. dazu Bode 2013: 31–35). Dies betrifft sämtliche der o.g. drei Ebenen.

Präventive Maßnahmen. Bezüglich der Entschleunigung des Klimawandels diskutiert die Fachwelt v.a. die gezielte Förderung eines umweltschonenden Lebensstils, etwa im Hinblick auf eine entsprechende Ernährungsweise (von Philipsborn et al. 2020: 76). Hier können Instanzen des Gesundheitswesens aufklärend tätig werden, etwa im hausärztlichen Bereich. Der bei den zielgruppen- oder settingspezifischen Maßnahmen entstehende Organisationsbedarf fällt teilweise außerhalb der Krankenversorgung an, beispielsweise als Gesundheitserziehung oder -beratung. Mit solchen Anstrengungen lässt sich der Klimawandel möglicherweise bremsen – oder aber Aktivitäten der Verhaltensprävention verringern klimainduzierte Gesundheitsrisiken dadurch, dass sie Menschen befähigen, achtsam mit Vorbelastungen umzugehen oder eine drohende Risikoexposition zu verringern. Erfolgsversprechend sind dabei v.a. geduldige und Rückschläge einplanende Strategien. Der Aufwand dafür ist *ex ante* schwer durchzukalkulieren und lässt sich dementsprechend auch

nicht als spitz gerechnetes Leistungspaket „bestellen“. Insofern haben die Maßnahmen infrastrukturellen Charakter. Gleiches gilt auch für die Verhältnisprävention im Umfeld des Gesundheitswesens, wenngleich es hier mitunter um technische Maßnahmen geht (z.B. die Senkung von Emissionen oder die Verschattung von Gebäuden). Relevant sind überdies Programme betrieblicher Gesundheitsförderung (Knöll u. Luga-bauer 2019), etwa Hitze- oder Infektionsschutz am Arbeitsplatz und arbeitsmedizinische Prävention.

Begleitende Interventionen. Insoweit klimabedingte gesundheitliche Beeinträchtigungen bereits vorliegen, geht es immer auch darum, Betroffene begleitend zu unterstützen und beharrlich Vorkehrungen gegen Verschlechterungen zu treffen. Ähnlich wie beim Umgang mit schon länger auftretenden „Zivilisationskrankheiten“ gilt es, Leiden zu lindern oder degenerative Prozesse aufzuhalten. Auch hierbei erscheint eine Infrastruktur förderlich, die Dienste auf Dauer stellen und einem fluiden Bedarf geschmeidig anpassen kann. Konkret sind im Zuge des Klimawandels vermehrt Interventionen gefragt, die es Personen mit längerfristigen gesundheitlichen Restriktionen ermöglichen, Krankheitsfolgen zu bewältigen bzw. mit bestehenden Beeinträchtigungen schonend umzugehen. Dies betrifft neben der Langzeitpflege und der Psychiatrie auch den Bereich der Rehabilitation sowie jene Aktivitäten, die sich auf spezifische Patientengruppen beziehen (Walter u. Röding 2019), etwa Disease-Management-Programme oder auch Ansätze des „community nursing“. Die entsprechende Praxis folgt einer Public Health-Logik und beruht auf der Bereitschaft, absehbaren bzw. schon eingetretenen Belastungen unter Berücksichtigung sozialer Lebensumstände mit langem Atem und ohne die Erwartung kurzfristiger bzw. eindeutig zurechenbarer Interventionseffekte zu begegnen.

Interventionen in Hochrisikosituationen bzw. bei Großschadensereignissen. In klimabedingten Krisen kann sich schlagartig ein Bedarf an massenhaf-

ter Notfallversorgung einstellen. Dabei ist essenziell, ob die für die erforderlichen *Adhoc*-Reaktionen notwendigen Kapazitäten und Kompetenzen flächendeckend verfügbar bzw. umgehend mobilisierbar sind. Gerade hier geht es also um infrastrukturelle Potenziale. Schon bei der Akutversorgung besteht häufig die Anforderung, flexibel auf Unbekanntes (Einzelfall-spezifisch, volatile Krankheitsverläufe, unkontrollierbare Gesundheitsbedingungen) zu reagieren. Planbarkeit (wie bei elektiven Eingriffen) ist eher ein Grenzfall. In Hochrisikosituationen bzw. bei Großschadensereignissen wird der entsprechende Organisationsbedarf auf die Spitze getrieben – so wie zuletzt bei der Eindämmung der Corona-Pandemie (Vinke et al. 2020). Gefordert ist dann die Fähigkeit, extreme Zuverlässigkeit („high reliability“) unter Hochdruck stabil zu gewährleisten. Wo entsprechende Interventionen ruckartig anfallen (v.a. in der Notfallmedizin), ist dies am ehesten dann gegeben, wenn bestimmte Redundanzen (z.B. Doppelbesetzungen) toleriert werden und Reserven (z.B. vakante Betten) kurzfristig aktivierbar sind. Benötigt wird eine bürokratische Basisstruktur im Bereitschaftszustand, welche den Beteiligten bei Einsätzen in hochkomplexen und unberechenbaren Situationen zugleich genügend Flexibilität einräumt (Holling 2020). Förderlich erscheint mithin ein Reglement, welches freie bzw. disponible Interventionskapazitäten vorsieht und es der Praxis zugleich ermöglicht, spontan notwendige, an (gesundheits-)fachlichen Kriterien ausgerichtete Entscheidungen zu treffen.

16.2.3 Kritische Faktoren: Steuerungsmechanismen, Koordinationsprozesse, Praxisorientierungen

Generell gelten Reaktionen auf den Klimawandel als Querschnittsaufgabe (Lehmkuhl 2020: 27), was bedeutet, dass zwar einiges „von oben“ dirigiert, vieles andere aber multilateral abgestimmt und dezentral umgesetzt werden muss.



Die moderne Gesundheitsversorgung erfolgt hochgradig arbeitsteilig und im Konzert vieler spezialisierter Instanzen, wohingegen Patient:innen eine psychische und physiologische Einheit bilden. Schon im Normalbetrieb der Krankenbehandlung erwachsen daraus mannigfaltige Friktionen – bei klimabedingten Krisen- bzw. Schadensereignissen könnten sie dramatisch werden. Gerade dann hat das Gesundheitssystem auch das Mandat, weitere Infrastruktursektoren wie etwa Bildungseinrichtungen in das „Reaktionsgeschehen“ miteinzubeziehen. Gelingende Versorgung ist in diesem Kontext extrem voraussetzungsvoll, entsprechend erscheint es aus sozialwissenschaftlich Perspektive angezeigt, mit Blick auf die oben genannte Agenda einige kritische Faktoren genauer unter die Lupe zu nehmen und für deren (theoretisch fassbare) Komplexität zu sensibilisieren.

Die Bedeutung institutioneller Steuerungsmechanismen. Bei der arbeitsteiligen Bewältigung des Klimawandels kommt es zunächst auf die im Gesundheitssystem etablierten Lenkungsroutrinen an – konkret v.a. darauf, inwieweit Steuerung administrativ-hierarchisch (z.B. staatlich angeordnet) erfolgt, welche Rolle Verhandlungen bzw. (ggf.) kompromissförmige Abstimmung spielen (z.B. in Beratungen von Fachleuten unterschiedlicher Instanzen) und wie stark Interventionen von Marktdynamiken beeinflusst sind (z.B. dort, wo die wirtschaftliche Lage von Anbietern davon abhängt, wie viele Patient:innen sie an- bzw. abwerben). Jeder Steuerungsmechanismus ist schon für sich genommen kompliziert: Administrativ-hierarchische Steuerung kann – mitunter ungeordnet – auf mehrere Instanzen verteilt sein (z.B. im Föderalismus oder durch die Ermächtigung nicht-staatlicher Körperschaften zu Verwaltungsakten). Auch Marktsteuerung hat viele Facetten: Wettbewerb ist im Idealmodell eine Konkurrenz um bessere Bedarfsbefriedigung, realiter aber mehr oder weniger „vermachtet“. Bei Informationsasymmetrien und komplexen Produkten bzw. Dienstleistungen wird er auch

über bedarfsfremde Angebote ausgetragen (also: etwa IGEL-Leistungen; Scheininnovationen; ‚frills‘). Auch bei der Steuerung qua Verhandlung kommt es auf Machtpositionen an: Wo gleich lange Spieße fehlen, drohen Knebelverträge oder Vereinbartes wird unterlaufen. Überdies wirken im Gesundheitswesen verschiedene Steuerungsmechanismen *gleichzeitig*: Ihr Mix ist mitentscheidend dafür, ob auf Interventionsbedarfe angemessen reagiert wird. Patientlösungen gibt es hier keine, aber für einzelne Problembereiche lässt sich diskutieren, was an welcher Stelle stört und was zielführend ist (s.u.).

Koordination unter Krisenstrapazen. Gerade wenn Interventionsbedarfe plötzlich und unter Überlast auftreten, müssen Leistungen bruchlos koordiniert werden – mit klaren Vorgaben, aber auch mit Luft für Improvisation. Dies betrifft nicht zuletzt die Überleitung in andere Versorgungsstufen und zu Nachsorgeinstanzen sowie die Verknüpfung ambulanter und stationärer Interventionen. Die im deutschen Gesundheitssystem ausgebildeten Sektorengrenzen schaffen diesbezüglich – ungeachtet ihrer Ordnungsfunktionen – gewisse Hürden. Hier müssen sich Leistungserbringer aus verschiedenen Rechtskreisen untereinander verständigen, obwohl sie jeweils auf „eigene Rechnung“ arbeiten und sektorspezifischen Eigenheiten unterliegen (z.B. stationäre und hausärztliche Instanzen). Gerade im Krisenfall sind Kompetenzstreitigkeiten hochproblematisch, wie sich in der jüngeren Vergangenheit etwa bei der Organisation von Corona-Tests gezeigt hat. Auch die Koordination von Präventionsmaßnahmen sowie von begleitenden Interventionen erweist sich schon unter normalen Bedingungen als überaus anspruchsvoll – etwa wenn es darum geht, Anleitungen zur Verhaltensprävention zwischen Kliniken, Hausärzt:innen und speziellen Präventionsprojekten konsistent auszugestalten (also etwa zu vermeiden, dass jede Instanz den Patient:innen andere Signale gibt). Geht es um die Organisationsprobleme der Gesundheitsversorgung im o.g. Sinne, muss also

stets betrachtet werden, wo dies mit Koordinationsblockaden zusammenhängt (auch dazu unten mehr).

Die Rolle von Praxisorientierungen. Nicht nur im Krisenfall erscheint bedeutsam, welche Orientierungen die maßgeblichen Akteure *in ihrer Praxis* anleiten. Aus medizin-, berufs- oder auch verwaltungssoziologischer Sicht ist offenkundig, dass in zeitgenössischen Gesundheitssystemen verschiedene Orientierungen nebeneinander wirkungsmächtig sind. Tatsächlich blendet der im Mainstream der Gesundheitsökonomie oder auch Teilen der Politikwissenschaft vorherrschende Fokus auf wirtschaftliche Belange vieles von dem aus, was für das Denken, Handeln und auch Fühlen der Akteure relevant ist (für viele: Angerer et al. 2019). Natürlich werden im Gesundheitswesen Einkommensinteressen verfolgt, so wie auch die etwaige Ertrags- oder Bilanzfixierung hier tätiger Arbeitgeber das Verhalten von Beschäftigten beeinflusst (auf Kostenträger- und Anbieterseite). Ggf. erweisen sich dann *Formalziele* (z.B. Erlöserzielung oder -steigerung) als stark orientierungsstiftend. *Gleichzeitig* aber sind Kostenträger, Arbeitgeber, Beschäftigte und auch freiberufliche Leistungserbringer auf die Verfolgung von *Sachzielen* selbst- und fremdverpflichtet. Vieles ist berufskulturell fest verankert und korrespondiert mit Ansprüchen auf Gestaltungshoheiten und Sinnverwirklichung, wiewohl diese auch enttäuscht werden können (siehe etwa, für den Fall von Ärzt:innen und Sozialarbeiter:innen, Hardering u. Will-Zocholl 2019).

Grundsätzlich stellt sich die Frage, inwieweit bestehende institutionelle Vorgaben salutogene Praxis(-orientierungen) befördern. Bei der Bewältigung des Klimawandels geht es um Vorsorgen und Planen für Unwägbarkeiten bzw. um die Sicherstellung entsprechender Angebote, ferner um umfassende Bedarfsermittlung und effektives Vorsorgen bzw. Begleiten im Krankheitsfall – und häufig auch um die Optimierung all dieser Aktivitäten unabhängig davon, welche materiellen Konsequenzen dies

für die beteiligten Akteure hat. Bezüglich der oben umrissenen Agenda hängen Reaktionsmöglichkeiten und -fähigkeiten des Gesundheitssystems also mit davon ab, ob Sachziele Priorität haben bzw. wie reibungslos sie verfolgt werden können – und zwar auf allen der hier betrachteten Ebenen.

16.3 Organisationsprobleme, die im Klimawandel eklatanter werden (könnten)

16.3.1 Ressourcenfragen

Der „*sanitäre Vertrag*“. Angebote der Krankheitsvorsorge und -behandlung werden maßgeblich durch die Gesundheitspolitik beeinflusst, und dabei dreht sich vieles um Geldfragen. Die Finanzierungsproblematik im Gesundheitssystem beschäftigt Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit schon unter Normalbedingungen in immer neuen Facetten. Gerade im Kontext des Klimawandels macht es Sinn, sich Fragen der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen zuzuwenden. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive erscheint dabei wesentlich, wie eine gegebene Gesellschaft sich prinzipiell zur Bereitstellung von Infrastrukturen und die Organisation des Zugangs zu diesen verhält. In den meisten westlichen Ländern gilt das Solidarprinzip: Es wird öffentlich garantiert, dass sämtliche Versorgungsangebote allen Bürger:innen zugänglich und von letzteren nach Maßgabe ihrer Zahlungsfähigkeit sowie unabhängig von Art und Grad der persönlichen Leistungsanspruchnahme kollektiv (vor-)finanziert sind. Hier greift eine Art „*sanitärer Vertrag* zwischen Staat und Bürgern“ (Illouz 2020), dessen Bedeutung zuletzt, nach Ausbruch der Corona-Pandemie, wieder stärker in das Bewusstsein der Allgemeinheit gerückt ist. Das scheinen gute Voraussetzungen für eine die Gesamtbevölkerung einbeziehende Bewältigung des Klimawandels. Der Teufel steckt allerdings im Detail.



Selektivität und Knappheit. Bei der gesellschaftlichen Mobilisierung von Ressourcen für das Gesundheitswesen schneidet dessen kurativer Kern generell besser ab als die Peripherie der Vorsorge und Krankheitsbegleitung. Insofern wirkt das Solidarprinzip selektiv: Es greift recht weit bei Akutbehandlungen, aber weit weniger universell in den Bereichen Prävention oder Begleitung (hier besteht oft keine Regelversorgung über die GKV). Überdies herrscht verbreitet Ressourcenknappheit, Bedarfe wachsen schneller als die zusammengebrachten Mittel, und das Streben nach (kollektiver) Einkommenssicherung bzw. Bilanzgewinnen – zumal im Kontext privat-gewerblicher oder auch freiberuflicher Leistungserbringung – bewegen sich im Kontext dieser Knappheit. Da Einrichtungen des Gesundheitswesens einen gesellschaftlich unangefochtenen Versorgungsauftrag wahrnehmen, müssen sie „liefern“, obwohl die Erfüllung dieses Auftrags mit den jeweils verfügbaren Ressourcen in so manchen Bereichen nur grob zu bewerkstelligen ist. Vor diesem Hintergrund entstehen schon im Normalbetrieb zahlreiche Verwerfungen. Typische Symptome sind die Nutzung von „Verschiebebahnhöfen“ durch Kostenträger oder Versorgungseinrichtungen, die Aufgaben bei anderen abladen; ferner die Engführung von Vorsorge- und Versorgungsleistungen dort, wo (Qualitäts-)Folgen zunächst latent bleiben; sowie die Tendenz, „systemrelevante“ Arbeitskräfte notorisch zu überlasten. All dies ist mit der Corona-Krise sichtbarer und auch öffentlich thematisiert worden (siehe etwa Reiners 2020). Sollten als Folge klimatischer Veränderungen zusätzliche Aufgaben entstehen, dürften sich diese Symptome spürbar verstärken.

Das „Wie“ der Ressourcenallokation. Mit den Folgen des Klimawandels müssen die Gesundheitsversorgung betreffende Ressourcenflüsse neu geordnet werden. Diesbezüglich hängt vieles auch davon ab, wie *unterhalb* der staatlich-politischen Willensbildung agiert und gedacht wird – also auf anderen Ebenen der „Governance“ des Systems (Weiland 2017). Bezogen auf die

deutschen Verhältnisse betrifft dies Instanzen wie z.B. die Krankenkassen und die gemeinsame Selbstverwaltung. Hier werden Steuerungsmechanismen mitgestaltet, was Konsequenzen hat für die Ressourcenallokation und -verwendung im System sowie für das Verhältnis zwischen ökonomischen Anreizen und nicht-ökonomischen Orientierungen bei Praxisakteuren. Erfahrungen aus dem Normalbetrieb des Gesundheitswesens sowie mit der Corona-Krise verweisen hier auf eine Reihe von Baustellen, deren Zustände auch mit bei den o.g. Instanzen vorherrschenden Ordnungsideen zu tun haben.

16.3.2 Typische Problemkonstellationen

Die Reaktionen auf den Ausbruch der Corona-Pandemie zeugten verbreitet von der Fähigkeit maßgeblicher Praxisakteure im Gesundheitssystem, ebenso spontan wie sachzielfixiert zu agieren und dabei z.B. Zuständigkeitsgrenzen oder einzelwirtschaftliche Aspekte auszublenken. In so mancher Hinsicht gelang dies jedoch nicht wegen, sondern *trotz* der institutionellen Grundordnung des Systems. Hier kamen Problemkonstellationen zum Tragen, die schon für den „normalen“ Versorgungsalltag typisch und absehbar auch für die Bewältigung des Klimawandels von elementarer Bedeutung sind.

Steuerungsprobleme bei Adhoc-Interventionen. Mit Blick auf mögliche klimabedingte „Schockereignisse“ hat die Corona-Krise sicherlich gezeigt, dass hierzulande (jedenfalls im internationalen Vergleich) stationäre Behandlungskapazitäten umfassend vorgehalten werden bzw. viele Versorgungseinrichtungen in der Lage waren, solche Kapazitäten kurzfristig zu erweitern und auf den neuen Behandlungsbedarf auszurichten. Dies verweist auf eine prinzipiell hohe Leistungsfähigkeit der Intensivmedizin sowie der Akutversorgung für extrem gefährdete Patientengruppen. Die ambulante Schiene reagierte ebenfalls flexibel, ungeachtet der Tatsache, dass beim Krisenmanagement speziell

geschaffene Versorgungszentren (Test- und Impfstationen) bevorzugt wurden. Als systemrelevant erwiesen sich ferner die Gesundheitsämter – obwohl sie während der Pandemie oft an ihre Grenzen stießen. Auch der Pflegesektor hat sich während der Krise so aufgestellt, dass der Kernbetrieb funktionierte. Allerdings: Die öffentliche Debatte über die „Held:innen“ des Corona-Alltags reflektiert das Maß an Aufopferung, das in vielen Bereichen unabdingbar war; sie sensibilisiert zugleich dafür, dass Selbstlosigkeit bis zur Erschöpfung nicht nachhaltig funktionieren kann – sie wird, wenn sie permanent eingefordert wird, schnell zu einem Notstand, aus dem man sich irgendwann z.B. qua Berufsausstieg befreit (wie bei Pflegekräften und in Teilen des Sozialwesens seit Längerem zu beobachten).

Strapazierende Formalziele. Im Kliniksektor wurde zuletzt die Kluft zwischen der faktischen Krisenreaktion der Akteure und dem, was bestehende Steuerungsmechanismen provozieren, besonders deutlich. Durch die Steuerung mit eng kalkulierten Fallpauschalen im Kontext von Wettbewerbsbeziehungen sind die Kliniken bzw. deren Personal – zumal bei knapp gehaltenen Landesinvestitionsmitteln – angehalten, viele Fälle zu akquirieren, aufwandsarm zu behandeln und schnell zu entlassen, um die Erlössituation zu optimieren (also Formalziele zu bedienen). Das mag bei elektiven Standardinterventionen reibungslos funktionieren, obwohl hier oft der Verdacht geäußert wird, dass bestimmte (z.B. endoprothetische) Leistungen bedarfsfremd sind. Dessen ungeachtet ist nun schon seit Jahren erkennbar, wie sich die Gesundheitsprofessionen im Spannungsfeld von Versorgungsauftrag und Formalzielen aufgerieben haben (vgl. Bode 2019a). Das beförderte einen schleichenden Personalverschleiß sowie defizitäre Koordinationsprozesse im Verlauf sowie nach der Krankenbehandlung. Diese Konstellation strapaziert die Infrastrukturfunktion des Sektors insofern, als die Vorhaltung von Leistungen für außergewöhnliche Ereignisse in einer solchen (Quasi-)Markt-

ordnung nicht selbstverständlich ist (vgl. Reiners 2020): Leere Betten bringen kein Geld, ausfallende Operationen verursachen Bilanzlöcher. Sind keine Reserven vorhanden, wird im Krisenfall der Sicherstellungsauftrag der Selbstverwaltung prekär, und am Ende muss die Politik schlagartig und gegen die Logik des Fallpauschalensystems nachsteuern (z.B. durch Erlösausfallzahlungen, Bundesinvestitionsmittel oder Pflegepersonalprogramme). Man durchbricht dann zeitweilig fest etablierte Steuerungsmechanismen, um sie (samt ihrer „perversen Effekte“) alsbald wieder zu reaktivieren.

Koordinationsbarrieren. Im Katastrophenfall kann – wie die Corona-Krise gezeigt hat – die plurale administrativ-staatliche Steuerung im föderalistischen Regierungssystem schnell zum Koordinationsproblem werden. Zwar wirkt der Instanzenpluralismus bei der Suche nach Problemlösungen mitunter bereichernd bzw. ausgleichend, weil hier Expert:innen *institutionell unabhängig* voneinander tätig werden und rechenschaftspflichtig sind. Doch schon im Normalbetrieb (z.B. bei der dualistischen Krankenhausfinanzierung) sorgt er regelmäßig für Komplikationen. Muss schnell auf Notsituationen reagiert werden, helfen häufig nur noch Abklärungen im Krisengipfelmodus. Im Versorgungssystem selbst werden dann die Aufgaben der Nachsorge bzw. Überleitung noch anspruchsvoller. So kann im Falle klimabedingter Eruptionen die professionskulturell oder durch die o.g. institutionellen Grenzziehungen unterfütterte Selbstbezüglichkeit von Leistungserbringern nachsorgende Instanzen extrem belasten, nicht nur wegen der Beschleunigung des Patientendurchlaufs. Diesbezügliche Barrieren sind in der Debatte zur sektorenübergreifenden Versorgung immer wieder Thema (vgl. Wolf 2020). Sie wurzeln nicht zuletzt in der weitgehenden Separierung der in den verschiedenen Sektoren geltenden Vergütungs- und Kontrollsysteme. So folgt etwa die Steuerung des Leistungsangebots in der hausärztlichen Versorgung anderen Spielregeln als im Krankenhauswesen. Hinzu kommen eigene Rechts-



kreise für die Pflege und auch die Rehabilitation. Zwar bildet der Rehabilitationssektor in Deutschland eines der wenigen interdisziplinär orientierten Segmente des Gesundheitssystems, was eine gute Voraussetzung für den Umgang mit Folgen des Klimawandels darstellt. Er ist allerdings von anderen Versorgungsbereichen abgekoppelt und gerät zudem v.a. gegenüber Kostenträgern unter zunehmenden Refertigungsdruck (Bode 2019b).

Steuerungsprobleme bei Prävention und Begleitung. In Deutschland (und anderswo) organisieren die derzeitigen Regelwerke über kurative Leistungen hinausgehende Aktivitäten nur in Ansätzen als Regelversorgung. Zwar zeigt die sukzessive Etablierung von „Disease-Management“-Programmen, dass krankheitsbegleitende Aktivitäten, wenn es um Monitoring und kontinuierliche Patientenbetreuung geht, Teil des Normalbetriebs werden können. Auch ist zu beobachten, wie Instanzen des Gesundheitswesens (z.B. einzelne Krankenkassen) innovative Formate der aufsuchenden Patientenbegleitung entwickeln. Dies reflektiert ein beachtliches Professionalitätspotenzial in diesem Bereich sowie die Vitalität von Praxisorientierungen, die sich an Public-Health-Ansätzen orientieren (vgl. NPK-Präventionsbericht 2019). Allerdings erweist sich hier vieles als fragmentiert und projektlastig (allgemein dazu: Gerlinger 2018). Das gilt auch für neuere Anstrengungen im Bereich der raumorientierten, trägerübergreifenden Gesundheitsvorsorge auf kommunaler Ebene. Eine nachhaltige Einstellung des Präventionsbetriebs auf klimabedingt chronische Gesundheitsbeeinträchtigungen und ihre Abwendung bzw. Milderung ist unter solchen Bedingungen schwer zu erreichen.

„Bornierte“ Erfolgsmaßstäbe. Die noch immer starke Zurückhaltung bei der Institutionalisierung von präventiven und begleitenden Interventionen hat sicherlich mehrere Gründe: Die Verantwortung ist größtenteils Instanzen zugewiesen, die abgegrenzte Nutzergruppen bedienen und mitunter einzelwirtschaftliche Kalküle priorisieren – etwa beim betrieblichen Ge-

sundheitsmanagement oder in Präventionsprogrammen von Krankenkassen. Zudem dominiert bei den Protagonisten, wie überhaupt im gesundheitspolitischen Feld, die Erwartung an *belegbare* Effekte. Interventionen, deren Wirkungen bezüglich der Stabilisierung potenziell degenerativer Gesundheitszustände oder im Hinblick auf latente soziale Morbiditätsfaktoren nicht trennscharf zu ermitteln sind, stoßen sich an den häufig mess- und kennzifferfixierten Managementorientierungen nicht zuletzt bei Kostenträgern (vgl. Bode 2019c). „Bornierte“ Erfolgsmaßstäbe, mittels derer viele solcher Interventionen bzw. deren Finanzierungswürdigkeit beurteilt werden, frustrieren häufig Praxisorientierungen, welche darauf gerichtet sind, eine auf mehreren Ebenen beeinträchtigte Klientel nachhaltiger zu begleiten – auch im Kontext des Klimawandels. Das betrifft nicht zuletzt den Reha-Sektor und bestehende Ambitionen von Kostenträgern, dessen häufig komplexen Funktionen durch standardisierte Kennziffern abzubilden und diese finanzierungsrelevant zu machen. Daran könnte die Leistungsfähigkeit des Sektors Schaden nehmen, wenn im Zuge klimabedingter Krisen der Rehabilitationsbedarf ansteigt bzw. umfassender wird (siehe Gosch et al. 2020, für den Fall der Corona-Infektionen).

Inkonsequente Rejustierungen. Viele Versuche, Funktionsdefizite im Gesundheitssystem durch die Perfektionierung bestehender Steuerungsmechanismen zu beheben, wirken inkonsequent und produzieren neue Probleme. So haben Erfahrungen mit dem Kassenwettbewerb dazu geführt, dass der Aufwand für begleitende Interventionen gesondert im Finanzierungsregime (qua Risikostrukturausgleich) abgebildet wird. Jedoch führen solche Rejustierungen im bestehenden institutionellen Kontext immer wieder zu neuer Unruhe – z.B. weil (wie auch vom Bundesrechnungshof moniert) einige Kassen einnahmenorientiertes „Upcoding“ betreiben (also gezielt „Chroniker“ generieren bzw. rekrutieren), während ihre Konkurrenten sich benachteiligt fühlen – nachdem sie lange ge-

wohnt waren, überdurchschnittlich „gute Risiken“ zu versichern. Ein anderes Beispiel sind Versuche, die Koordination von Vorsorgeprogrammen sozialräumlich(er) auszurichten: Die Hoffnung ruht hier auf den Kommunen, die jedoch im Routinebetrieb sowie bei der Regelfinanzierung der Gesundheitsversorgung *keine* Rolle spielen (vgl. Walter u. Volkenand 2017). Die Gesundheitsämter, deren kritische Bedeutung während der Covid19-Pandemie allzu offensichtlich wurde, arbeiteten schon vorher „am Limit“ (Kuhnt 2019); auch nach den jüngst beschlossenen Reformen bleiben sie von den zentralen Playern im System der Krankenversorgung institutionell abgekoppelt. Bemühungen, dessen akutfallzentrierte Ausrichtung durch innovative Maßnahmen in den Bereichen Prävention und Versorgung chronischer Erkrankungen zu brechen, leiden zudem an der „Projektitis“ dieses Handlungsfelds. Das Ansinnen einer permanent rejustierenden Feinsteuerung führt hier dazu, dass Maßnahmen oft kleinteilig bleiben und Experimentalcharakter haben, mit der Folge von Verpuffungs- und Verzettelseffekten. Die entsprechende Infrastruktur ist zerfasert und muss aufwändig neben dem Regelbetrieb koordiniert werden. All das sind schlechte Voraussetzungen für Reaktionen auf einen Klimawandel, der zu einer Ausweitung der entsprechenden Bedarfe führen dürfte.

Vernachlässigung „weicher Faktoren“. In fast allen Segmenten des Gesundheitswesens finden, wie von der Public-Health-Forschung vielfach aufgezeigt, für die Entwicklung gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie den Umgang mit diesen relevante *soziale* Faktoren meist wenig Berücksichtigung – so etwa gesundheitsbezogenes Alltagsverhalten oder Genesungsprozesse beeinflussende Lebensumstände. Selbst dort, wo gesundheitlich beeinträchtigte Menschen stationär leben, können solche Faktoren heute nur begrenzt berücksichtigt werden. Unter den gegenwärtigen Bedingungen fällt es etwa vielen Pflegeheimen trotz guten Willens schwer, aktivierende Betreuung sicherzustellen; be-

stehende Regulierungen befördern Personalknappheit sowie qualitätseinschränkende Rationalisierungsstrategien (Bode et al. 2014). Die Corona-Krise hat gezeigt, über wie wenig Reserven viele Einrichtungen im Katastrophenfall verfügen und welche extremen Belastungen Bewohner:innen wie Pflegekräfte dann ausgesetzt sein können. Kaum weniger problembehaftet erscheint der Umstand, dass viele Pflegebedürftige im häuslichen Bereich versorgt werden und Fachexpertise dabei oft nur randständig involviert ist, obwohl Gefährdungen hier massiv sein können (Fischer u. Geyer 2020). Das belastet letztlich auch die Akutversorgung.

16.4 Reaktionen auf die Herausforderungen des Klimawandels: Was ist möglich?

Moderne Gesundheitssysteme sind komplex strukturiert, schon insofern kann nicht erwartet werden, dass klimawandelsensible Vorsorge-, Betreuungs- und Versorgungsansätze zentralstaatlich durchorganisiert werden. Gefragt ist eine „Governance“, die Steuerungsmechanismen so gestaltet, dass die im Vorhergehenden umrissenen Organisationsprobleme entschärft werden. Mit Blick auf die hier bestehenden Abstimmungserfordernisse gibt es im Prinzip genügend Potenzial: Der Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen ist besser als sein Ruf und in wesentlichen Bereichen auch noch funktionstüchtig (Schroeder u. von Winter 2019). Zwar waren viele der in den letzten Jahrzehnten lancierten Reformen auf Marktsteuerung „gepolt“, wodurch maßgebliche Instanzen von Sachzielen abgelenkt und Koordinationsprozesse erschwert wurden. Betrachtet man die Erfahrungen mit der Corona-Pandemie, so scheinen Praxisakteure aus verschiedenen Bereichen durchaus in der Lage, „im Ernstfall“ ihre Fachlichkeit über die genannten kontraproduktiven Anreize zu stellen und gemeinsame Lösungen zu suchen. Im gegebenen Kontext gelang dies allerdings nur mit einer



kräftezehrenden und längerfristig kaum flächendeckend abrufbaren Energieleistung. Insofern muss neu gedacht werden.

Neumoderation des Korporatismus. Mit der „Rückkehr des Staates“ infolge der Corona-Krise (Illouz 2020) scheint sich das Gravitationszentrum der bis dato bestehenden Steuerungsmechanismen zu verschieben. Geht es um die Bewältigung der oben skizzierten Mehrebenenagenda, ist die Rückbesinnung auf die zentrale Moderatorenrolle der öffentlichen Hand eine notwendige, aber kaum hinreichende Bedingung. Nicht der Staat allein kann es richten, sondern ein Konzert von Akteuren, die sich „an der Sache“ orientieren und Steuerungsmechanismen vorfinden, die ihnen genau dies erleichtern. Im deutschen (korporatistischen) Kontext würde das bedeuten, dass bei der Bewerkstelligung der sich stellenden Herausforderungen eine veränderte Mischung aus klare(re)n hierarchischen Impulsen und fachlicher Verständigung (zwischen Beteiligten auf Augenhöhe) zum Tragen kommt, während Anreize zu kontraproduktivem Wettbewerbsverhalten gedämpft würden. Ein reibungsärmerer Föderalismus mit verbindlichen Commitments sowie längerfristig orientierte und für die o.g. Organisationsprobleme sensiblere Verständigungsprozesse zwischen nicht-staatlichen Instanzen wären ebenfalls zielführend. Das gilt für die Kostenträger (untereinander) und die Parteien der gemeinsamen Selbstverwaltung gleichermaßen. All dies könnte bei der Vorbereitung auf die Folgen des Klimawandels neue Energien freisetzen – etwa wenn es darum geht, eine stärker intersektorale Versorgungsperspektive zu entwickeln (Wolf 2020) oder das „Ressort-(Silo-)Denken“ (Lehmkuhl 2020: 25) innerhalb des Gesundheitswesens zurückzudrängen.

Mehr als nur Medizin. Allgemein wird der Umgang mit Klimaveränderungen oft als Doppelagenda der Abschwächung und Anpassung beschrieben (Augustin u. Anders 2020: 18). In beiden Dimensionen gleicht vieles dem Bohren dicker Bretter, und bei beiden reichen rein medizinische Lösungen nicht aus. So treffen Prä-

ventionsbemühungen bei der Ernährungsumstellung auf gesellschaftliche Verhältnisse, die sie notorisch behindern. Beispielsweise locken Teile der Konsumgüterindustrie nach wie vor mit klimaschädlichen Produkten. Soweit es um klimabezogene Gesundheitskompetenzen geht, wird soziale Unterprivilegierung (als Armutsgefährdung oder Verharren in prekärer Arbeit) zu einem großen Hindernis. Besonders hier sind Aktivitäten *jenseits* der eigentlichen Krankenbehandlung gefragt, z.B. solche, die international unter dem Stichwort „social prescribing“ (Drinkwater et al. 2019) diskutiert werden – also die systematische Weiterverweisung von Patient:innen an Einrichtungen des Sozialwesens, die sich den o.g. weichen Faktoren für Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. dem destruktiven Umgang mit ihnen widmen (z.B. über aufsuchende, oft settingspezifische Beratungs- und Unterstützungsdienste). Relevant erscheint dies für präventive wie für begleitende Interventionen. Gerade bei solchen Aktivitäten wären der Verzicht auf die Praxis einengende, auf einzelne Kennziffern fixierte „Leistungsprüfungen“ sowie erweiterte Spielräume für aktivierende Maßnahmen z.B. im Bereich der Rehabilitation weiterführend.

Koordination und Steuerung mit weniger Konkurrenz. Im Bereich der Vorsorge wäre es sinnvoll, die kommunale Ebene zum Regiezentrum der entsprechenden Aktivitäten zu machen (Lehmkuhl 2020: 29). Trotz einiger neuerer Gehversuche in diese Richtung etwa im Bereich der Altenhilfe scheint dies unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine Herkulesaufgabe. Das Mindeste wäre eine institutionalisierte Koordination der verstreut agierenden Praxisakteure etwa durch Gesundheitskonferenzen (Hollender 2015), neben der Stärkung der Gesundheitsämter und ihrer bevölkerungsmedizinischen Funktionen. Geht es um kriseninduzierte Ad-hoc-Interventionen, so hat die Corona-Pandemie gezeigt, dass gerade hier ein alternatives Arrangement von Steuerungsmechanismen angezeigt ist. Es gilt, Verteilungskämpfe einzuhegen und Praxisorientierungen zu stützen,

die Sach- und nicht Formalziele fokussieren. Im Krankenhaussektor z.B. wäre die von Staat und Kostenträgern lange Zeit verfolgte Strategie, Leistungserbringer einem (vermeintlich kostensparenden) Verdrängungs- oder Rationalisierungswettbewerb auszusetzen, zu überdenken. So unübersichtlich vorliegende Evaluationsergebnisse auch sein mögen (vgl. Milstein u. Schreyögg 2020): Das DRG-Regime hat viele Schattenseiten, weshalb aktuell Umstellungen im Gespräch sind (z.B. sog. Vorhaltepauschalen für Abteilungen mit unsicherer Kostendeckung). Auch wird neu zu diskutieren sein, inwieweit dezidiert renditeorientierte Anbieter überhaupt Infrastrukturaufgaben der Gesundheitsversorgung wahrnehmen sollten. Gerade diese Anbieter haben im Kliniksektor Managementmodelle vorangetrieben, welche den Versorgungsauftrag bei der Krankenbehandlung eng(er) führen, und gerade sie haben in der Vergangenheit mit massiven Rationalisierungsmaßnahmen einen ungesunden Konkurrenz- bzw. Kostendruck auf andere Versorger ausgeübt. Dieser wiederum hat dazu beigetragen, dass fast überall Reserven abgebaut, das Pflegepersonal knapp(er) gehalten und Ärzt:innen permanent überlastet wurden. All dies verträgt sich schlecht mit den Erfordernissen einer klimawandelsensiblen Organisation des Gesundheitswesens.

Neue Infrastrukturpolitik. Eine abgestimmte und als Querschnittsaufgabe organisierte Reaktion auf den Klimawandel bedarf u.a. einer offenen Wissenskommunikation quer zu Trägern und Versorgungsstufen sowie in der Fachöffentlichkeit (Lehmkuhl 2020). Informationen müssen frei kursieren, deren strategische bzw. einzelwirtschaftlich motivierte Vorenthaltung schadet. Überdies lassen sich kritische Interventionskapazitäten am besten sicherstellen, wenn der Tagesbetrieb nicht davon getrieben ist, Patient:innen anzuwerben und Erlöse zu generieren. Die Steuerungsmechanismen sind z.B. im Kliniksektor so zu gestalten, dass die „Bildung von Reserven (z.B. zusätzliche Intensiv- und Infektionsbereiche, Notfallmedizin)“

gewährleistet wird (Leopoldina 2020: 6). Ob die Krisenreaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens mit erheblich weniger, aber größeren und spezialisierteren Krankenhäusern erhalten bliebe, wird kontrovers diskutiert (skeptisch dazu: Hanisch et al. 2020). Die Vorstellung einer weiteren Ausdünnung der Kliniklandschaft erscheint mit der Erfahrung der Corona-Krise jedenfalls eher kontraintuitiv; im Übrigen können die beharrlichen Präferenzen einer an sicherer Nah(grund)versorgung interessierten Bevölkerungsmehrheit nicht einfach ignoriert werden. Jedoch wäre es bei einer stärker konsensuell koordinierten Versorgung plausibel, Parallel- bzw. Konkurrenzangebote innerhalb von Ballungsräumen zusammenzuführen. Kurzum: Es geht um die Stärkung des Infrastrukturcharakters der Gesundheitsversorgung, die Zurückdrängung schädlicher Marktanreize und die Anstiftung zu einer sachzielorientierten Koordination von abgestuften Leistungen der Begleitung, Behandlung und Rehabilitation von Geschädigten des Klimawandels. Ungeachtet von Details ist mithin das gefragt, was heterodoxe Wirtschaftswissenschaftler:innen wie Froud et al. (2019) eine „neue Infrastrukturpolitik“ nennen und als Kern einer „Fundamentalökonomie“ begreifen, welche für die Funktionsfähigkeit des Gemeinwesens und den sozialen Ausgleich grundlegende Leistungen nicht erwerbs-, sondern gemeinwirtschaftlich organisiert.

Mehr Engagement von starken Schultern. Ohne einen größeren volkswirtschaftlichen Aufwand ist eine umfassende Vorbereitung auf die gesundheitlichen Implikationen des Klimawandels wohl kaum zu haben. Die in tendenziell postmaterialistischer werdenden Gesellschaften schon länger beobachtbare Verschiebung von Wohlstandsressourcen in Richtung Gesundheit und immaterielle Lebensqualität ist dem sicher zuträglich. Allerdings wäre zu diskutieren, welche Bevölkerungsgruppen dabei gezielt unterstützt werden sollen und wer welchen Anteil an den entstehenden Kosten trägt. Soll das Solidarprinzip erhalten oder – z.B. mit Blick auf



Bedarfe einer ungleichheitssensibleren Gesundheitsförderung – ausgebaut werden, wird man dafür werben müssen, dass starke Schultern mehr tragen, d.h. die überdurchschnittlich wohlhabenden Teile der Bevölkerung einen auch relativ höheren Finanzierungsbeitrag akzeptieren.

Literatur

- Angerer, P., Gündel, H., Brandenburg, S., Nienhaus, A., Letzel, S., Nowak, D. (Hg.) (2019). Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung. Landsberg am Lech: ecomed.
- Augustin, J. und Anders, V. (2020). Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit. In: G+G Wissenschaft 20 (1): 15–21.
- Bode, I. (2013). Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation – Wandel – Hintergründe. Wiesbaden: Springer VS.
- Bode, I. (2019a). DRGs oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen, in: Braun, Bernhard, Dieterich, Anja, Gerlinger, Thomas und Simon, Michael (Hg.), Geld im Krankenhaus – Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS 2019: 47–65.
- Bode, I. (2019b). The post-corporatist rehabilitation system in Germany: High potential, critical moments, in: Harsløf, Ivan, Poulsen, Ingrid & Larsen, Kristian (Hg.), New dynamics of disability and rehabilitation: Interdisciplinary perspectives. Basingstoke, Palgrave Macmillan: 43–68.
- Bode, I. (2019c). Let's count and manage – and forget the rest. Understanding numeric rationalization in late modern welfare states. In: Historical Social Research 44 (2): 131–144.
- Bode, I., Brandenburg, H., und Werner, B. (2014). Wege zu einer neuen Pflegeinfrastruktur. Eine Reformagenda für die Langzeitversorgung. In: Pflege und Gesellschaft (19) 3: 268–275.
- Bunz, M. und Mücke, H.-G. (2017). Klimawandel – physische und psychische Folgen. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 60: 632–639.
- Drinkwater, C., Wildman, J., und Moffatt, S. (2019). Social prescribing. In: British Medical Journal 364: 1285 (online).
- Fischer, B. und Geyer, J. (2020). Pflege in Corona-Zeiten: Gefährdete pflegen besonders Gefährdete. In: DIW aktuell 38/28.4.2020.
- Froud, J., Moran, M., Johal, S., Salento, A., Williams, K. (2019). Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik. Berlin, Suhrkamp.
- Gerlinger, T. (2018). Der Public Health-Gedanke in der Gesundheitsspolitik. In: Public Health Forum 26 (3): 198–200.
- Gosch, M., Singler, K., Kwetkat, A., und Heppner, H.-J. (2020). Geriatrie in Zeiten von Corona. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 53 (3): 228–232.
- Hanisch, E. et al. (2020). Krankenhausschließungen – eine deutsche Diskussion inmitten der Pandemie. In: Hessisches Ärzteblatt 81 (9): 484–490.
- Hardering, F. und Will-Zocholl, M. (2019). Zwischen Sinngestaltung und Sinnbewahrung – Aneignungsweisen hochqualifizierter Dienstleistungsarbeit. In: Berliner Journal für Soziologie 29(2): 273–298.
- Hollederer, A. (2015). Gesundheitskonferenzen in Deutschland: Ein Überblick. In: Das Gesundheitswesen 77 (3): 161–167.
- Holling, J. M. (2020). Zum Verständnis organisationaler Zuverlässigkeit von Einsatzorganisationen. Einsatzorganisationen. In: Kern, E.-M., Richter, G., Müller, J. C., und Voß, F.-H. (Hg.). Erfolgreiches Handeln in Hochrisikosituationen. Wiesbaden, Gabler: 59–78.
- Hövermann, A. (2020). Soziale Lebenslagen, soziale Ungleichheit und Corona – Auswirkungen für Erwerbstätige. WSI Policy Brief 44, Düsseldorf, Juni 2020.
- Illouz, E. (2020). Acht Lehren aus der Pandemie. In: Die ZEIT Nr. 26: 53.
- Knöll, K. und Lugbauer, P. (2019). Arbeitsschutz, Arbeitsmedizin und Gefährdungsbeurteilung. Zukunftsorientierte Ausrichtung von Unternehmen. In: Simmer, M. und Graßl, W. (Hg.), Betriebliches Gesundheitsmanagement mit System. Berlin, Springer: 41–50.
- Kuhlicke, C. (2017). Soziale Verwundbarkeit und die Folgen des Klimawandels. In: Marx, A. (Hg.), Klimaanpassung in Forschung und Politik. Wiesbaden, VS: 105–117.
- Kuhnt, F. (2019). Der Öffentliche Gesundheitsdienst am Limit – Sparen am ÖGD schadet dem gesamten Gesundheitssystem. In: G&S Gesundheits- und Sozialpolitik 73 (3): 52–55.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B. und Waldhauer, J. (2019). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Häring, R. (Hg.), Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden, Springer VS: 155–164.
- Lehmkuhl, D. (2020). Klimawandel und Gesundheit: Initiativen, Akteure und Handlungsfelder. In: G+G Wissenschaft 20 (1): 23–30.
- Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaften (2020). 4. Ad-hoc-Stellungnahme – Coronavirus-Pandemie: Medizinische Versorgung und patientennahe Forschung in einem adaptiven Gesundheitssystem. Halle, 27. Mai 2020.
- Milstein, R. und Schreyögg, J. (2020). Empirische Evidenz zu den Wirkungen der Einführung des G-DRG Systems. In: Klaber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. und Beivers, A. (Hg.). Krankenhausreport 2020. Wiesbaden, Springer VS: 25–39.
- NPK-Präventionsbericht (2019). Erster Bericht der Nationalen Präventionskonferenz. GKV-Spitzenverband, Berlin.
- von Philipsborn, P., Wabnitz, K., Sell, K., Maintz, E., Rehfuess, E. und Gabrysch, S. (2020). Klimapolitik als Chance für bessere Gesundheit. In: Public Health Forum 28(1): 75–77.
- Reiners, H. (2020). Kein Weiter so im Medizinbetrieb. In: Gesundheit & Gesellschaft 23(7–8): 30–37.
- Schroeder, W. und von Winter, T. (2019). Korporatismus im deutschen Gesundheitswesen. Voraussetzungen, Bedingungen und Entwicklungen. In: Sozialer Fortschritt 58 (6–7): 477–496.
- Vinke, K., Gabrysch, S., Paoletti, E. Paoletti, Rockström, J. und Schellnhuber, H.-J. (2020). Corona and the Climate: A Comparison of Two Emergencies. In: Global Sustainability 3, e25: 1–7.

- Walter, U. und Röding, D. (2017). Zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung. In: Haring, Robin (Hg.), Gesundheitswissenschaften. Wiesbaden, Springer VS: 391–402.
- Walter, U. und Volkenand, K. (2019). Kommunale Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Pflichten, Rechte und Potenziale im Kontext der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Das Gesundheitswesen 79(4): 229–237.
- Weiland, S. (2017). Anpassung an den Klimawandel aus Governance-Sicht. In: Marx, Andreas (Hg.), Klimaanpassung in Forschung und Politik. Wiesbaden, VS: 91–101.
- Wolf, S. (2020). Vom Nutzen sektorenübergreifender Versorgung. In: Hahn, Ursula und Kurscheid, Clarissa (Hg.), Intersektorale Versorgung. Best Practices – erfolgreiche Versorgungslösungen mit Zukunftspotenzial. Wiesbaden, Springer VS: 3–10.



Prof. Dr. Ingo Bode

Seit 2009 Universitätsprofessor im Fachgebiet Sozialpolitik mit Schwerpunkt organisationale und gesellschaftliche Grundlagen im Fachbereich Humanwissenschaften der Universität Kassel (Institut für Sozialwesen). Zuvor Lehr- und Forschungstätigkeiten an den Universitäten Duisburg-Essen und Wuppertal sowie an diversen ausländischen Hochschulen (in Kanada, Frankreich und Großbritannien). Arbeitsschwerpunkte: Arbeit und Organisation im Sozial- und Gesundheitswesen; politische Soziologie wohlfahrtsstaatlicher Systeme auch in international vergleichender Perspektive.