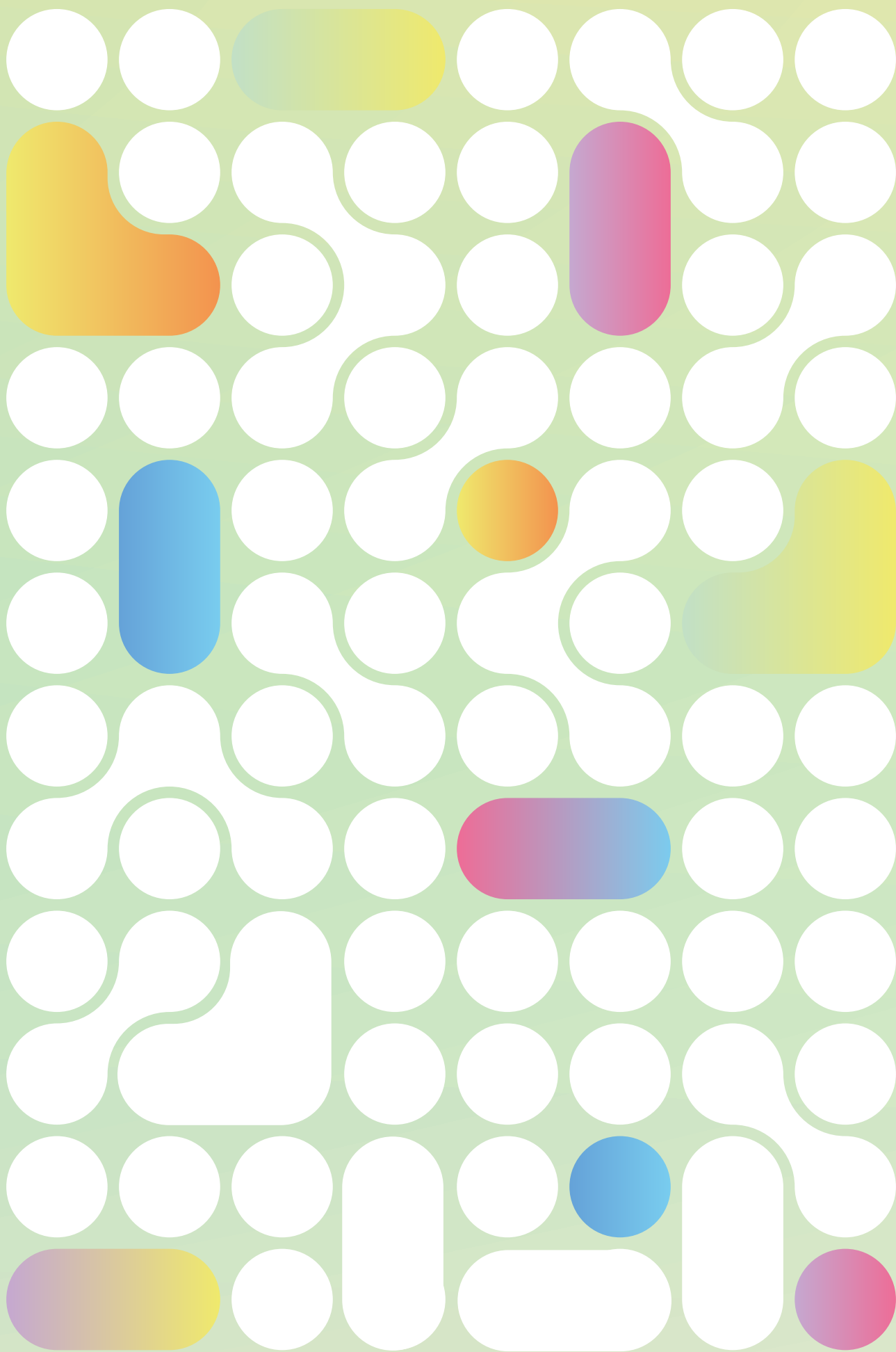




GEMEINGUT GESUNDHEIT

Konzept einer vergesellschafteten Primärversorgung





GEMEINGUT GESUNDHEIT

Konzept einer vergesellschafteten Primärversorgung

Impressum

Autor*innen in alphabetischer Reihenfolge:
Anne Harzendorf, Annika Pflock, Jonathan Bay, Jule Schmidt, Justus Henze, Mischa Regenbrecht, Philipp Dickel, Ulli Gandras, Valentin Senft

Gestaltung: Ulrike Senft

Lektorat: Monika Elsler

Juli 2026, 1. Auflage

www.poliklinik-syndikat.org

www.communia.de



Unterstütze unsere Arbeit

Solidarität statt Profit: Unterstütze eine gerechte Gesundheitsversorgung! Das Poliklinik Syndikat e. V. ist der Dachverband solidarischer Gesundheitszentren. Deine Unterstützung trägt dazu bei, dass wir unsere Arbeit nachhaltig, langfristig und unabhängig gestalten können.



communia e. V. ist ein unabhängiger Think Tank für eine demokratische Wirtschaft. Als gemeinnütziger Verein finanzieren wir uns ausschließlich über Spenden und Fördermittel. Durch deine Unterstützung können wir unsere Arbeit zu Vergesellschaftung, Öffentlichem Luxus und der Demokratisierung von Wirtschaft langfristig und unabhängig fortsetzen!



Editorial	05
1 Einleitung	07
1.1 Vergesellschaftung als Voraussetzung für eine demokratische Gesundheitsversorgung	07
1.2 Primärversorgungszentren (PVZ) als Kernelement	10
2 Vergesellschaftungsperspektiven im Gesundheitssystem	13
2.1 Kritik der Ökonomisierung im ambulanten Gesundheitssektor	15
2.2 Die Alternative: Vergesellschaftung	16
3 AöR Gemeingut Gesundheit	19
3.1 Rechtliche Einordnung	20
3.2 Vergesellschaftung mit der AöR Gemeingut Gesundheit	22
3.3 Kernaufgaben der AöR-Verwaltung	27
4 Ausblick: Konvergenz, Strategie und konkrete Einstiege	29

Die Zukunft der
Gesundheitsversorgung
ist offen. Es liegt an
uns, sie als Gemeingut
zu gestalten.

Editorial

Die vorliegenden Überlegungen zur Neuausrichtung der ambulanten Gesundheitsversorgung in Deutschland sind im Austausch zwischen Aktiven des Poliklinik Syndikats e. V. und von communia e. V. entstanden. Im Poliklinik Syndikat e. V. organisieren sich Projekte, die in ganz Deutschland interprofessionelle Gesundheitszentren aufbauen. Der Verein communia e. V. entwickelt als Denkfabrik Strategien für eine demokratische Wirtschaft. Uns verbindet die Überzeugung, dass eine gute Gesundheitsversorgung nur dort entsteht, wo sie sich am Gemeinwohl orientiert, demokratisch gestaltet ist und sich an den realen Bedürfnissen der Menschen ausrichtet.

Nach Jahrzehnten neoliberaler Umstrukturierung steht das deutsche Gesundheitssystem unter einem immensen Druck: Privatisierung, Ökonomisierung und Personalmangel haben Spuren hinterlassen. Zugleich verschärfen ein demografischer Wandel und eine zunehmende soziale Ungleichheit die gesamtgesellschaftliche Situation. Viele Menschen erleben ihren Alltag als unsicher, während große Transformationen – ob ökologisch, sozial oder ökonomisch – eher Angst als Zuversicht auslösen. Eine positive Vision, die verbindet und Orientierung gibt, fehlt oft. Das vorliegende Konzeptpapier schlägt einen konkreten Baustein für eine rasch umsetzbare und soziale Transformation der ambulanten Versorgung vor. Kernelement ist dabei die Gründung von Primärversorgungszentren (PVZ, siehe Abb. 1) unter dem Dach von Anstalten öffentlichen Rechts (AöR, siehe Abb. 2) – die AöRs „Gemeingut Gesundheit“.

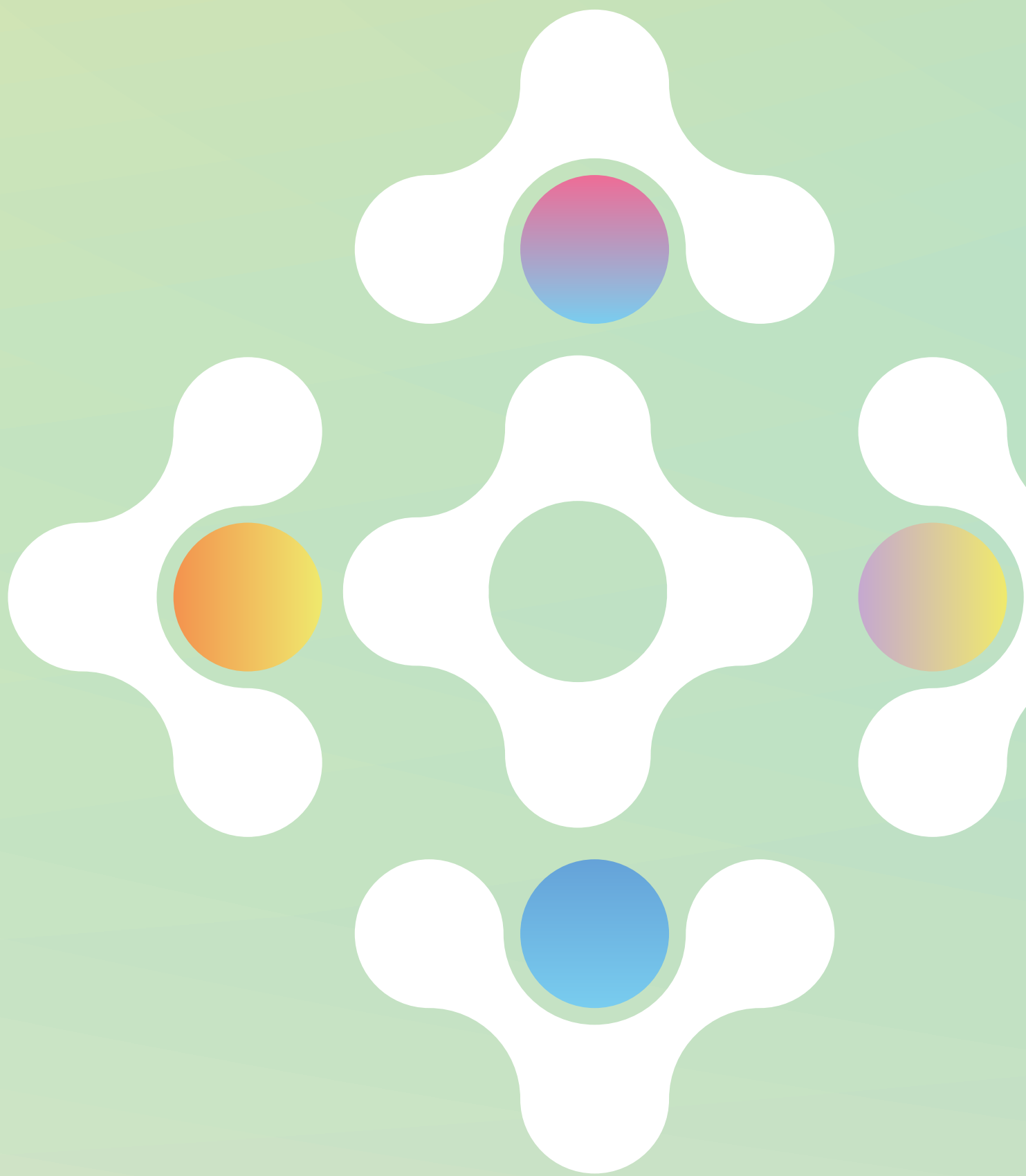
Die Idee der Vergesellschaftung, verstanden als Begriff alternativ zum Privateigentum an Gesundheitseinrichtungen und Moment der Demokratisierung, dient dabei als Leitfaden: Vergesellschaftung begreift Gesundheit als

kollektive Aufgabe und stellt die Frage neu, wie Versorgung organisiert sein muss, damit sie allen zugutekommt. Dabei geht es nicht nur um strukturelle Reformen, sondern um eine grundlegende Neuausrichtung – eine Rückeroberung sozialer Infrastrukturen.

Das vorliegende Konzept entwirft eine konkrete Vorstellung davon, wie eine primäre Gesundheitsversorgung aus einer progressiven Perspektive gedacht und organisiert werden kann. Es bündelt Erfahrungen aus der Praxis solidarischer Gesundheitszentren ebenso wie Perspektiven aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Die hier entwickelte Vision bewegt sich dabei bewusst im Spannungsfeld zwischen Realpolitik und Utopie. Denn Veränderungen entstehen im Zwischenraum von Anspruch und Wirklichkeit.

Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist klar: Menschen leben gesünder, wenn sie in sozialen Zusammenhängen eingebettet sind, die von Vertrauen, Teilhabe und gegenseitiger Fürsorge geprägt sind. Eine solidarische Primärversorgung kann dazu beitragen, dass solche Räume entstehen – Orte, an denen medizinische, soziale und präventive Angebote zusammenkommen und in denen Gemeinschaft erfahrbar wird. In diesem Sinne sind neue, kollektiv organisierte Sorgestrukturen mehr als Versorgungsmodelle: Sie sind Bausteine einer demokratischen Gesellschaft und können dem Erstarken von Ausgrenzung und Vereinzelung etwas entgegensetzen.

Mit dem Konzept „Gemeingut Gesundheit“ möchten wir dazu beitragen, den Rahmen des Denkbaren zu erweitern. Wir laden dazu ein, die vorgestellten Ideen zu prüfen, weiterzuentwickeln, zu kritisieren und mit uns zusammen umzusetzen. Die Zukunft der Gesundheitsversorgung ist offen. Es liegt an uns, sie als Gemeingut zu gestalten.



1 EINLEITUNG

1.1 Vergesellschaftung als Voraussetzung für eine demokratische Gesundheitsversorgung

Die Frage nach einer gerechten, solidari-schen und ökologisch nachhaltigen Gesund-heitsversorgung berührt einen Kernbereich gesellschaftlicher Daseinsvorsorge – und da-mit die Frage, wie wir als Gesellschaft Verant-wortung und Sorge füreinander übernehmen. In einer Zukunft, die ein gutes Leben für alle ermöglichen will, müssen Grundbedürfnisse wie Wohnen, Bildung, Mobilität und Gesund-heit unabhängig von Einkommen, Herkunft oder Aufenthaltsstatus erfüllt werden. Eine Gesundheitsversorgung, die nicht dem Profit, sondern den Menschen verpflichtet ist, bildet dabei eine zentrale Säule.

Das gegenwärtige ambulante Gesundheits-system in Deutschland steht exemplarisch für die Widersprüche neoliberaler Politik: Zwischen gesetzlichem Versorgungsauftrag und privatwirtschaftlicher Profitlogik hat sich eine tiefgreifende Ökonomisierung etab-liert, die Ungleichheiten verschärft. Obwohl das System teilweise über ein solidarisches Prinzip finanziert wird, wird die Versorgung zunehmend an primär betriebswirtschaft-lichen Kriterien ausgerichtet. Die Strukturen der ambulanten Medizin sind dabei wider-sprüchlich: Einerseits gilt ein gesetzlicher Sicherstellungsauftrag, der eine bedarfsge-rechte Versorgung garantieren soll; ander-seits sind Ärzt*innen, Hebammen und Pflegedienste als Kleinunternehmer*innen in einem wettbewerblich regulierten Markt tätig. Der Zugang zu Versorgung hängt so faktisch von Wohnort, Versicherungsstatus und indivi-duellen Ressourcen ab, beispielsweise von Sprachkenntnissen oder Bildungsniveau.

Zugleich hat die zunehmende Privatisierung im Gesundheitswesen den politischen Gestal-tungsspielraum der Kommunen geschwächt. Kommunen verlieren durch Ausgliederungen ihrer Gesundheitseinrichtungen in GmbH-Strukturen oder durch Klinikverkäufe an Einfluss, stehen aber im Krisenfall weiter in der Verantwortung für eine adäquate Ver-sorgung. Dabei ist diese schon heute prekär: In Berlin blieben 2024 rund 130 allgemein-medizinische Kassensitze unbesetzt und fast 40 Prozent der Hausärzt*innen sind bereits über 60 Jahre alt. Es entsteht schon jetzt eine Unterversorgung, die insbesonde-re arme Stadtteile und ländliche Regionen trifft – Orte also, an denen eine solidarische und bedarfsgerechte Gesundheitsversor-gung am dringendsten gebraucht würde. Der zunehmende demografische Wandel wird diese Versorgungslücken noch weiter ver-stärken. Überlastete Pflegekräfte, Ärzt*innen, Therapeut*innen und Patient*innen stehen gleichermaßen unter Druck, während Care-Arbeit – ob bezahlt oder unbezahlt – weiter-hin geschlechtlich, sozial und ökonomisch ungleich verteilt ist. Diese Gesundheits- und Sorgekrise ist nicht nur Ausdruck mangelnder Finanzierung, sondern Folge einer Wirt-schaftsweise, die Sorge- und Gesundheits-arbeit der Markt- und Profitlogik unterordnet.

Was nicht unmittelbar Einnahmen verspricht – etwa Prävention, Sozialarbeit oder Ge-sundheitsförderung –, bleibt häufig auf der Strecke. Der Druck zur Rentabilität führt zu Symptombehandlung statt Ursachenbekämp-fung und lässt die sozialen Determinanten

von Gesundheit außer Acht¹. Gewinne, die im Gesundheitssystem erwirtschaftet werden, fließen häufig in private Vermögen anstatt in die Stabilisierung der Versorgung.

Gleichzeitig entstehen neue Modelle, die zeigen, dass es anders geht. Kommunale Medizinische Versorgungszentren (MVZs) oder gemeinnützige interprofessionelle Gesundheitszentren, wie das Gesundheitskollektiv Berlin-Neukölln oder die Poliklinik Veddel in Hamburg, experimentieren mit Formen demokratischer Verwaltung, ganzheitlicher Versorgung und Stadtteilarbeit. Sie verstehen Gesundheit als soziale Praxis und setzen auf Kooperation statt Konkurrenz. Doch noch immer sind solche Projekte von befristeter Förderung, Spenden, Projektlogiken und ehrenamtlichem Engagement abhängig, anstatt Teil einer verlässlichen, öffentlichen Infrastruktur zu sein. Es sind funktionierende Leuchttürme, doch fristen sie aktuell noch ein Dasein in den Nischen des Systems.

Hier setzt die Forderung nach Vergesellschaftung an. Damit gemeinnützige interprofessionelle Gesundheitszentren die Regel werden und nicht die Ausnahme bleiben, müssen wir sie stark ausbauen. Das geht allerdings nur, wenn der Aufbau dieser Zentren als öffentliche Aufgabe verstanden und damit politisiert wird. Die Primärversorgung sollte sich weitreichend in Gemeinwirtschaft befinden, somit nicht in profitorientierter Wirtschaftsweise: Sie muss demokratisch vergesellschaftet werden. Vergesellschaftung bedeutet nicht bloß eine Verstaatlichung, sondern eine öffentliche, demokratisch verwaltete und für alle zugängliche Gesundheitsversorgung als Gemeineigentum. Dabei werden Beschäftigte, Patient*innen, Kommunen und lokale Öffentlichkeit gleichberechtigt in Entscheidungsprozesse einbezogen.

In einer größeren Perspektive steht die Vergesellschaftung des Gesundheitswesens für eine Transformation der Daseinsvorsorge insgesamt. Das Konzept des „Öffentlichen Luxus“² bietet hierfür einen theoretischen Kompass: Es steht für den bedingungslosen, kostenfreien Zugang zu den Gütern und Dienstleistungen, die für ein gutes Leben notwendig sind, darunter Gesundheit. Öffentlicher Luxus entzieht essenzielle Lebensbereiche der Marktlogik, wertet Sorgearbeit auf und schafft kollektiven Reichtum statt privaten Profit.

Was wir im Folgenden vorschlagen, ist eine Strategie zur Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitswesens, die an frühere Kämpfe und Debatten anknüpft und sie zusammenführt. Dabei können wir auf Erfahrungen aus anderen Bereichen öffentlicher Daseinsvorsorge aufbauen: Bewegungen wie *Deutsche Wohnen & Co. enteignen* oder die Initiativen zur Rekommunalisierung der Energieversorgung haben gezeigt, dass kollektive Eigentumsformen, demokratische Verwaltung und soziale Kontrolle nicht nur theoretisch denkbar sind, sondern demokratische Mehrheiten begeistern können. Gerade in Zeiten einer gesellschaftlichen Polarisierung braucht es neue soziale Infrastrukturen, die neues Vertrauen aufbauen, gesellschaftliche Solidarität fördern und soziale Sicherheit schaffen.

Wir verstehen das Papier als Diskussionsangebot und als Einladung, gemeinsam zu entwerfen, wie eine vergesellschaftete, gemeinwohlorientierte Gesundheitsversorgung aussehen kann.

1 Die Sozialen Determinanten von Gesundheit (SDG) sind die Lebens- und Arbeitsbedingungen, unter denen Menschen aufwachsen, leben und altern. Sie beeinflussen maßgeblich die Lebenserwartung und Krankheitsrisiken, oft stärker als Genetik oder das Gesundheitssystem. Hauptfaktoren sind Bildung, Einkommen, Beruf, Wohnverhältnisse, Diskriminierungserfahrungen und soziale Teilhabe. Die SDGs werden durch die Verteilung von Geld, Macht und anderen Ressourcen auf globaler, nationaler sowie lokaler Ebene beeinflusst. Die SDGs beeinflussen über materielle, psychosoziale, verhaltensbezogene und intergenerationelle Mechanismen die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Gesellschaft, wobei niedrigere soziale Klassen oft gesundheitlich benachteiligt sind. (vgl. RKI, WHO)

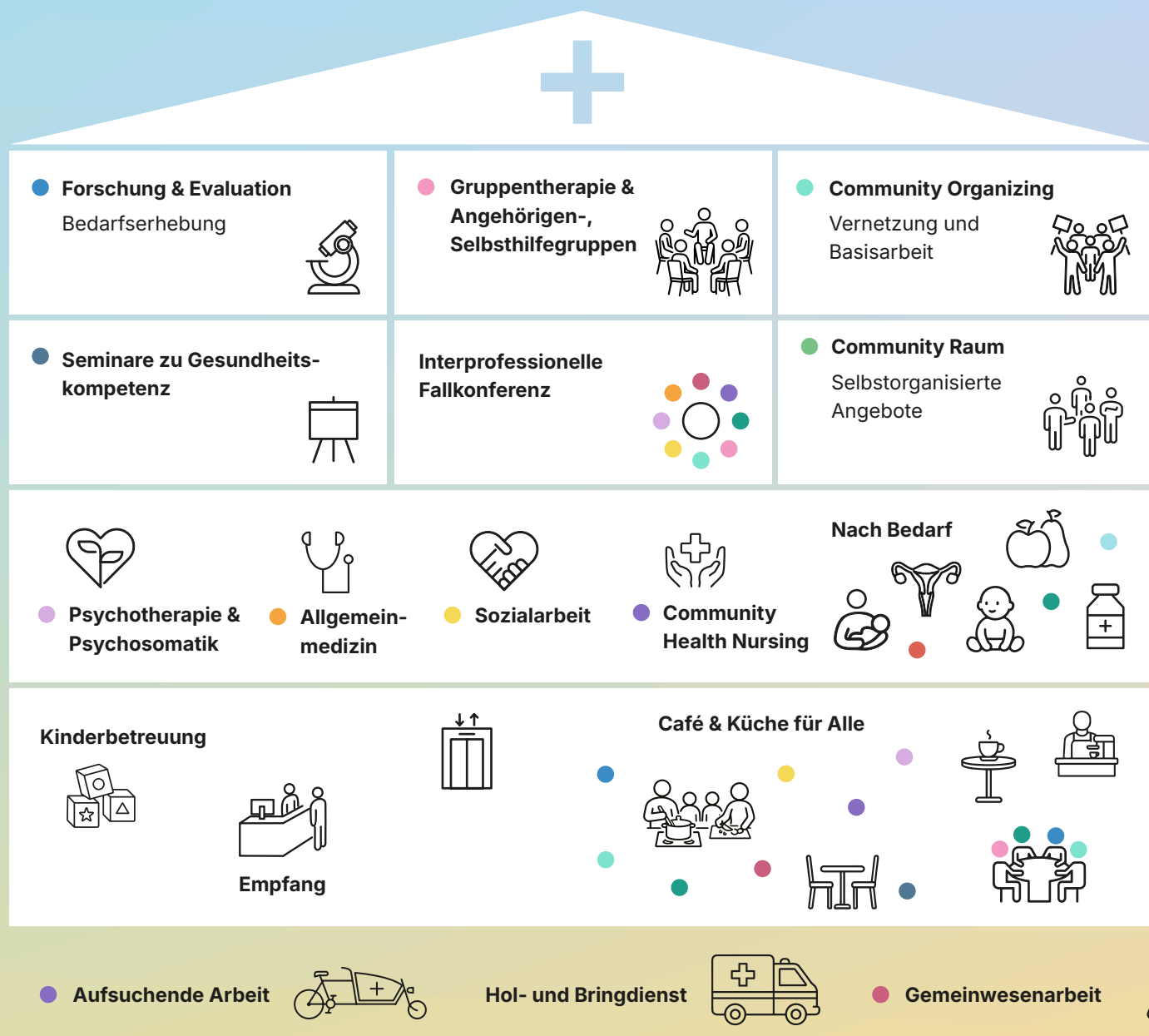
2 <https://communia.de/project/offentlicher-luxus/>

Gemeinnützige interprofessionelle Gesundheitszentren, wie das Gesundheitskollektiv Berlin-Neukölln oder die Poliklinik Veddel in Hamburg, experimentieren mit Formen demokratischer Verwaltung, ganzheitlicher Versorgung und Stadtteilarbeit. Sie verstehen Gesundheit als soziale Praxis und setzen auf Kooperation statt Konkurrenz.

1.2 Primärversorgungszentren (PVZ) als Kernelement

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits 1978 ein Primary-Health-Care-Konzept (PHC) entwickelt und es 2018 erneuert. Zu diesem Konzept gibt es im Deutschen keine eindeutige Entsprechung. „Primärversorgung“, „primäre Gesundheitsversorgung“ oder „Basisgesundheitsversorgung“ sind Versuche, sich begrifflich dem Konzept zu nähern; eine einheitliche Bezeichnung steht aber aus und wird aktuell stark diskutiert.

PHC, wie von der WHO verstanden, ist mehr als eine rein medizinische Versorgung. Es bezeichnet eine populations- und eine individuumsbezogene Herangehensweise an die Gesundheit, die die gesamte Gesellschaft berührt und auf das Erreichen des maximalen Niveaus und einer gerechten Verteilung von Gesundheit und Wohlbefinden abzielt.



Ein zentrales Element dabei bilden die Primärversorgungszentren (PVZs). Eingebettet in Konzepte wie *community-based primary healthcare* oder *community-oriented primary care* ist die Arbeit in den PVZs auf drei Säulen aufgebaut:

1. Direkte Versorgung (integriert bio-psycho-sozial)

Sie leisten die individuelle Gesundheitsversorgung in einem integrierten bio-psycho-sozialen Versorgungsansatz. Entsprechend beschäftigt das PVZ ein multidiverses und interprofessionelles Versorgungsteam. Über einen Mindeststandard an Fachpersonal aus Allgemeinmedizin, Psychotherapie & Psychosomatik, Sozialarbeit sowie *Community Health Nurses* hinaus kann je nach Bedarf vor Ort weiteres Fachpersonal (Pharmazie, Hebammen, Ernährungsberatung, Gynäkologie, Pädiatrie, Zahnmedizin, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Community Worker etc.) an der multimodalen Behandlung beteiligt sein. So können interprofessionelle Behandlungspläne erstellt, in Fallkonferenzen besprochen und Soziale Determinanten von Gesundheit (SDG) berücksichtigt werden. Durch den Zentrumsansatz wird eine interprofessionelle Gesundheitsversorgung niedrigschwellig und koordiniert unter einem Dach möglich.

2. Strukturelle Transformation (Vernetzung/Basisarbeit)

Als zweite Säule werden im Rahmen einer wohnortnahen Community- oder Stadtteilarbeit Netzwerke aufgebaut und strukturelle Veränderungen im Sinne einer Verhältnisprävention angestoßen. Gesundheit wird als Frage der Lebensverhältnisse verstanden, weshalb die Veränderung krankmachender Lebensverhältnisse elementarer Teil der Gesundheitsarbeit des PVZ ist. Auf Stadtteilebene können dies zum Beispiel Kooperationen mit Schulen, Vereinen, Wohnungsbaugesellschaften und Kulturvereinen sein. Themen können sein die Behandlung von Konflikten wie bauliche Mängel, fehlende Infrastruktur und Barrierefreiheit, Hitzezonen oder Lärm. In den Zentren geht es somit nicht nur darum, kurativ zu versorgen und die Menschen über ihren Lebenszyklus zu begleiten, sondern auch darum, präventiv auf individueller und gesellschaftlicher Ebene im Sinne einer *Health-in-All-Policies-Strategie* (HiAP) zu intervenieren.

3. Forschung & Evaluation (partizipativ/transdisziplinär)

Um einer bedarfsgerechten Versorgung gerecht zu werden, die auf die lokalen und individuellen Bedürfnisse und Herausforderungen der Menschen eingeht, etablieren PVZs eine kleinräumige, partizipative und transdisziplinäre Bedarfserhebung und Forschungspraxis. In enger Kooperation mit den lokalen Public-Health-Akteuren, mit der Wissenschaft und mit den Menschen aus der Nachbarschaft werden so kontinuierlich Bedarfe erhoben und Interventionen evaluiert. Nur so können relevante strukturelle Aspekte der individuellen Problemlagen erkannt werden und nur so kann die Ausrichtung der Versorgung und Prävention bedarfsgerecht erfolgen.





2 VERGESELLSCHAFTUNGS-PERSPEKTIVEN IM GESUNDHEITSSYSTEM

Historische Kämpfe: Kassenambulatorien und Polikliniken in der Weimarer Republik – Gemeinwirtschaft im Gesundheitswesen

Die *Kassenambulatorien* und *Polikliniken* der Weimarer Republik waren ein Versuch, das Gesundheitswesen im Sinne der Gemeinwirtschaft zu demokratisieren und zu vergesellschaften. Entstanden in den Jahren nach 1918, reagierten sie auf die sozialen Folgen des Ersten Weltkrieges – Mangelernährung, Arbeitslosigkeit, Seuchen und Wohnungsnot – und auf die Unzulänglichkeiten eines privatärztlich organisierten Versorgungssystems. Ihr Ziel war es, medizinische Betreuung als öffentliche Daseinsvorsorge zu gestalten und damit ein demokratisch verwaltetes Gegenmodell zur privatwirtschaftlichen Ärzt*innenschaft zu schaffen.

Die Wurzeln dieses Projekts reichen tief in die Geschichte der sozialistischen Selbstverwaltung und der Gemeinwirtschaftsbewegung zurück. Schon im Kaiserreich hatten Arbeiter*innenorganisationen mit *Konsumgenossenschaften*, *Bauhüttenbewegung* und Krankenkassen Formen kollektiver Ökonomie geschaffen, die auf Kooperation statt Konkurrenz beruhten. Die Krankenkassen, gesetzlich seit der Bismarck'schen Sozialgesetzgebung von 1883 etabliert, entwickelten sich unter Arbeiter*innenkontrolle zu Selbstverwaltungsorganen der Arbeiter*innenklasse. Sie bildeten nicht nur ein soziales Sicherheitsnetz, sondern auch einen politischen Erfahrungsraum: Orte, an denen Arbeiter*innen begannen, gesellschaftliche Daseinsvorsorge eigenständig zu organisieren.

An diese Tradition knüpften die sozialdemokratischen und gewerkschaftlichen Kräfte der Weimarer Republik an. Besonders die Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) und kommunale Träger richteten ab 1919 Kassenambulatorien ein. Dies waren Einrichtungen, in denen Mediziner*innen, Zahnärzt*innen und Pflegekräfte angestellt waren. Im Unterschied zur freiberuflichen Einzelpraxis, die auf individuelle Honorare und ökonomische Selbstständigkeit setzte, sollten diese Einrichtungen gemeinwirtschaftlich und kollektiv funktionieren.

Die Ambulatorien verbanden medizinische Versorgung, Prävention und soziale Beratung. Neben der pflegerischen und ärztlichen Behandlung wurden Ernährungs- und Mutterberatungsstellen, Impfprogramme und Hygieneschulungen eingerichtet. Ihre Organisationsform war demokratisch: Die Verwaltung lag bei den Krankenkassen, in denen gewählte Vertreter*innen der Versicherten über Budget, Personal und Versorgungsschwerpunkte entschieden. Ziel war es, Gesundheit als gesellschaftliche Aufgabe zu verstehen – als gemeinsames Gut.

Dieser Ansatz stand jedoch in direktem Konflikt mit der privatärztlichen Standespolitik. Die ärztlichen Berufsverbände sahen in den Kassenambulatorien einen Angriff auf ihre wirtschaftliche Existenz und ihre gesellschaftliche Stellung. Unter dem Schlagwort der „ärztlichen Freiheit“ verteidigten sie das Modell der individuellen Praxis gegen jede Form kollektiver oder öffentlicher Anstellung. In den 1920er-Jahren kam es zu erbitterten Auseinandersetzungen um die „Kassenarztsitze“ und die Verteilung von Honoraren. Mit der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (1931 zentralisiert) wurde schließlich ein System geschaffen, das die Selbstverwaltung der Ärzt*innenschaft gegenüber der Selbstverwaltung der Versicherten durchsetzte – und die weitere Ausbreitung der Ambulatorien politisch blockierte.

Ungeachtet dessen entstanden in der Weimarer Republik zahlreiche solcher Einrichtungen, besonders in Industriestädten und kommunal-sozialdemokratischen Hochburgen. Sie bewiesen, dass eine nicht profitorientierte, demokratisch organisierte Gesundheitsversorgung möglich war. Mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 wurde das Projekt zerschlagen: Die Kassenambulatorien wurden in das hierarchische NS-Gesundheitssystem eingegliedert oder aufgelöst, ihre sozialmedizinische Idee durch eine biologistische „Volksgesundheit“ ersetzt.

Auch wenn das Projekt am Ende am Widerstand der bürgerlichen Klasse scheiterte, bleibt das Vermächtnis aktuell: Die Kassenambulatorien der Weimarer Republik zeigen, dass eine solidarische Organisation zentraler Lebensbereiche – Wohnen, Gesundheit, Bildung – nicht utopisch, sondern historisch erprobt ist. In einer Zeit, in der Gesundheit wieder unter einem hohen Ökonomisierungsdruck steht, erinnern diese Beispiele daran, dass Gemeinwirtschaft und eine direkte Demokratie keine Träume sind, sondern gelebte Geschichte.

2.1 Kritik der Ökonomisierung im ambulanten Gesundheitssektor

Lange Wartezeiten, Pflegemangel in Krankenhäusern und Altenheimen, Ärzt*innenmangel auf dem Land, Frustration und Aggression auf Station, Doppeldiagnostik, Kunstfehler aufgrund von Zeitmangel, Abweisen von Nichtversicherten, „blutige Entlassungen“, chronische Überarbeitung des Personals und der Unsinn der DRG-Diagnostik¹ prägen derzeit die öffentliche Wahrnehmung des deutschen Gesundheitssystems. Parallel dazu lässt sich eine deutliche Verschiebung der Eigentums- und Steuerungsstrukturen beobachten: Ambulante Praxen und MVZs werden in wachsendem Maße von Finanzinvestoren übernommen und in größere (internationale) Unternehmensverbünde integriert. Diese Entwicklung verweist auf eine tieferliegende Transformation der Versorgungslogik, die von einer berufsständisch organisierten, ärztlich dominierten Struktur hin zu einem kapital- und managementzentrierten Modell führt.

Ein zentraler Akteur in diesem Prozess ist der *Private-Equity-Sektor* (private Kapitalbeteiligungsgesellschaften). Über Beteiligungsgesellschaften und Fondsstrukturen wird Kapital in bislang stärker regulierte und als stabil geltende Bereiche wie Pflege und ambulante Medizin gelenkt. *Private Equity Engagements* folgen dabei typischerweise einer Buy-and-Build-Strategie: Sie übernehmen einzelne Praxen, integrieren sie in zentral gesteuerte Ketten und erzwingen Effizienzsteigerungen durch Standardisierung, Kostenkontrolle und Skaleneffekte. Somit wird eine hohe Profitmarge aus dem System gezogen, während sich die Versorgung verschlechtert. Diese Dynamik verändert nicht nur Eigentumsver-

hältnisse, sondern auch Entscheidungsstrukturen und Handlungslogiken in der medizinischen Versorgung. Ärztliche Autonomie wird zunehmend durch betriebswirtschaftliche Zielgrößen – Produktivität, Auslastung, Rendite – ergänzt oder verdrängt.

Parallel dazu etablieren sich unter dem Schlagwort *Managed Care* neue Steuerungsmodelle, die ähnliche Rationalitäten verfolgen, jedoch auf der Ebene der Organisations- und Finanzierungsarchitektur ansetzen. Ursprünglich in den USA entstanden, beschreibt Managed Care eine Vielzahl von Instrumenten zur Kostenkontrolle, Qualitätssicherung und Effizienzsteigerung: Selektivverträge, *Disease-Management-Programme*, Fallpauschalen (DRGs), *Capitation-Systeme* und leistungsbezogene Vergütungsmodelle (*Pay for Performance*). Allen gemeinsam ist die weitere Verlagerung von finanzieller Verantwortung und Risiko von Versicherungen auf Leistungserbringer und Einrichtungen².

Managed-Care-Ansätze formulieren damit eine doppelte Ambition: Sie kritisieren berechtigterweise die sektorale Zersplitterung, die Überbetonung kurativer Leistungen und die geringe Präventionsorientierung des bestehenden Systems. Gleichzeitig transformieren sie jedoch die normativen Grundlagen medizinischer Praxis, indem sie ökonomische Rationalität und betriebswirtschaftliche Steuerung in den Mittelpunkt rücken.

Diese Entwicklung birgt erhebliche Spannungen. So kann beispielsweise eine Finanzierung über Kopf- und Fallpauschalen einen

¹ DRG (Diagnosis Related Groups) sind Fallgruppen. Sie stellen den durchschnittlichen Kostenaufwand für eine bestimmte Behandlung von Patient*innen mit einer bestimmten Diagnose dar und sind damit die Grundlage für die Vergütung der Krankenhäuser (die Fallpauschalen). Durch die Einführung 2004 kam es bundesweit zu einer zunehmenden Vermarktwirtschaftlichung des Gesundheitswesens.

² Leistungserbringer am finanziellen Risiko zu beteiligen bzw. die Zahler- und Leistungserbringerfunktion zu integrieren ist ein Kernelement einer neoliberalen Wirtschaftslogik. Im Gesundheitsbereich würde das die Verschiebung der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bedeuten: weg von den Krankenkassen (Körperschaften des öffentlichen Rechts), hin zu privatwirtschaftlich organisierten Organisationen.

Anreiz zur Reduktion von Versorgungsaufwand schaffen und zu struktureller Unterversorgung in weniger profitablen Bereichen führen.

Private Equity Engagements und Managed-Care-Strukturen sind Ausdruck eines umfassenderen Prozesses der Finanzialisierung des Gesundheitswesens. Beide verschieben die Steuerung medizinischer Versorgung von öffentlich-rechtlichen oder berufsständischen hin zu finanzmarkt- und managementge-

triebenen Akteuren. Dieser Entwicklung des Gesundheitswesens stellen wir eine Alternative entgegen: eine Gesundheitsversorgung, die weitreichend auf Primärversorgung in öffentlichem Eigentum und als öffentliche Verantwortung setzt. Demokratische Verwaltung statt *Managed Care* – flächendeckendes Gemeineigentum statt *Private Equity*. Ein Hebel für eine solche Versorgung findet sich in den Verfassungsgrundsätzen der Bundesrepublik Deutschland.

2.2 Die Alternative: Vergesellschaftung

Das Grundgesetz (GG) ermöglicht durch seinen Vergesellschaftungsartikel (Art. 15) eine weitreichende Umgestaltung von gesellschaftlichen Sektoren: weg von einer privatnützigen Wirtschaftsweise, hin zu Formen einer demokratischen Gemeinwirtschaft. Vergesellschaftung im Sinne des Grundgesetzes verweist auf eine grundlegende Transformation der Eigentumsordnung und geht damit über eine klassische Verstaatlichung hinaus. Wenn hier von Vergesellschaftung im Gesundheitssektor geschrieben wird, dann ist diese grundlegende Veränderung von Eigentumsform und Wirtschaftsweise gemeint.

Diese grundlegende Veränderung kann entsprechend Art. 15 GG mittels eines Eigentumsübergangs gegen Entschädigung erfolgen. Im allgemeinen Sprachgebrauch wird dies Enteignung genannt, obwohl juristisch eine Enteignung (Art. 14 GG) etwas grundlegend anderes darstellt als eine Vergesellschaftung (Art. 15 GG).

Neben dem „klassischen“ Fall der Vergesellschaftung mit Eigentumsübergang kann man politisch eine Vergesellschaftung von gesellschaftlichen Infrastrukturen jedoch noch über einen anderen Zugang erreichen. Dabei wird

großflächig öffentliches und demokratisches Eigentum im Gesundheitssektor geschaffen, das zunächst ohne den politischen Prozess eines Eigentumsentzugs auskommt. Es werden somit „neue“ Gemeinwirtschaftsstrukturen aufgebaut und als flächendeckende Alternative zur privaten und gewinnorientierten Bewirtschaftung im Gesundheitssektor positioniert.

Dies kann sinnvoll sein, wenn nicht nur bereits bestehende privatnützig betriebene Strukturen in öffentlicher Trägerschaft umgebaut werden sollen, sondern Versorgungsstrukturen vollständig neu aufgebaut werden müssen, was insbesondere in der Primärversorgung des Gesundheitssektors der Fall ist. Die flächendeckende Neugründung von öffentlichen und demokratischen PVZs in den Versorgungslücken ist im politischen Sinne daher auch eine Form von demokratischer Vergesellschaftung – wenngleich dafür zunächst niemand „enteignet“ werden muss. Es lohnt sich, diesen Weg des Neuaufbaus ebenfalls als demokratische Vergesellschaftung zu verstehen, auch wenn dies keine „klassische“ Vergesellschaftung per Gesetz im verfassungsrechtlichen Sinne ist.

Man kann daher allgemein formuliert Vergesellschaftung entlang von drei Kernelementen

definieren und über mindestens zwei Pfade erreichen:

Kernelemente von Vergesellschaftung

1. Eine Änderung der Eigentumsverhältnisse von privatem Eigentum in Formen des Gemeineigentums (Eigentumsübergang).
2. Eine Änderung der Entscheidungsstrukturen von Marktmechanismen oder staatlicher Autorität hin zu demokratischen Strukturen und Verwaltung (Demokratisierung).
3. Eine Änderung der Bewirtschaftungszwecke von Profit- und Kapitalmarktorientierung hin zu bedarfsorientiertem Wirtschaften (Gemeinwohlorientierung).

Pfade zur Vergesellschaftung

- A. Vergesellschaftung mit Eigentumsübergang (Enteignung)
- B. Vergesellschaftung durch umfangreiche Neugründung und Aufbau von gemeinwirtschaftlichen Strukturen mit dem Ziel, private Wirtschaftsweisen zu konfrontieren und mittelfristig zu verdrängen bzw. zu ersetzen.³

³ Zum Pfad B ist anzumerken, dass sich diese „untypische“ Vergesellschaftung (ohne Eigentumsübergang) in eine lange Tradition von Debatten um Reformansätze einreihet, die hier nicht vollumfänglich ausgeführt werden. Teile der eng historischen Genossenschafts- und Gemeinwirtschaftsbewegung argumentierten dafür, dass man der kapitalistischen Produktionsweise eine sozialisierte Produktion im Kleinen entgegensetzen kann, um mittelfristig eine privatnützige Wirtschaftsweise überflüssig zu machen. Kritiker*innen dieses Ansatzes verwiesen immer darauf, dass gemeinwirtschaftliche Betriebe wie bspw. Genossenschaften zwar nach innen demokratisch organisiert sein können, jedoch nach außen immer gezwungen sind, sich im kapitalistischen Markt zu arrangieren. Der Verweis auf einen wenig konfligierenden Weg zu Vergesellschaftung mittels Neugründung von gemeinwirtschaftlich verwaltetem Eigentum ist nicht als Positionierung in dieser langen Debattentradition zu verstehen, sondern als Antwort auf die konkreten Umstände im Primärversorgungssystem. Grundsätzlich lassen sich beide Pfade kombinieren.

Entsprechend dieser Definition entwerfen wir im Folgenden ein Gegenmodell zu den oben geschilderten Entwicklungen: die Vergesellschaftung der ambulanten Gesundheitsversorgung. Das bedeutet einen tiefgreifenden Umbau des ambulanten Gesundheitssektors hin zu einer Dominanz von solidarischen PVZs, die umfassende präventive und kurative Versorgung im Sinne der WHO-Erklärung von Alma-Ata und dem Konzept „Sorgender Städte“⁴ umsetzen; rechtlich eingefasst als AöR „Gemeingut Gesundheit“.

Auf der Grundlage von Gemeineigentum, demokratischer Verwaltung und Gemeinwirtschaft⁵ skizzieren wir eine solidarische und resiliente Gesundheitsversorgung als öffentliches Gemeingut.

⁴ Das Konzept „Sorgende Städte“ wurde im Kontext des spanischen Munizipalismus entwickelt. Es stellt Sorgearbeit, soziale Infrastruktur und kollektive Verantwortung in den Mittelpunkt der Kommunalpolitik. Ausgehend von dem Konzept der feministischen Vergesellschaftung zielt es darauf ab, unsichtbare Care-Arbeit aufzuwerten, soziale Teilhabe zu ermöglichen und die Stadt an den Bedürfnissen der Bewohner*innen zu orientieren.

⁵ „Gemeinwirtschaft“ bezeichnet ein Bündel an Wirtschaftsformen, deren primäres Ziel des Wirtschaftens nicht an Profitmaximierung, sondern an der Bedarfsdeckung eines gesellschaftlich notwendigen Bedarfes von Gütern oder Dienstleistungen ausgerichtet ist. Historisch gab es besonders viel gemeinwirtschaftliche Aktivitäten in den Bereichen der Daseinsvorsorge wie Wohnen, Gesundheit, Bildung und kommunale Infrastrukturen. Doch darauf muss es nicht beschränkt sein; in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland gab es auch gemeinwirtschaftliche Produktionsgenossenschaften oder auch gemeinwirtschaftlich organisierte Banken. Eigentümer*innen der Gemeinwirtschaft können sowohl der Staat als auch andere gesellschaftliche Akteure sein, wie Genossenschaften, Gewerkschaften, Kirchen oder auch zivilgesellschaftliche Verbände.



3 AÖR GEMEINGUT GESUNDHEIT

Es stellen sich zwei Fragen auf dem Weg zum Gemeingut Gesundheit: Zum einen zur konkreten Ausgestaltung der Primärversorgung im Sinne einer solidarischen und gemeinwohlorientierten ambulanten Gesundheitsversorgung und zum anderen zur Organisationsform, die absichert, dass die Gesundheitsinfrastruktur langfristig dem Gemeinwohl dient und angesichts zukünftiger wirtschaftlicher Krisen dem Druck der Reprivatisierung standhalten kann.

Modellprojekte wie die PVZs in Hamburg (Poliklinik Veddel) und Berlin (Stadtteil-Gesundheits-Zentrum Neukölln)¹ sind für ein gemeinwohlorientiertes Gesundheitswesen der Zukunft richtungsweisend. Ein Ziel muss sein, das Prinzip eines multiprofessionellen und bedarfsorientierten Gesundheitswesens mit PVZs als Nukleus entschieden auszubauen und zum neuen Standard der ambulanten Gesundheitsversorgung zu machen. Statt einzelner Leuchttürme und Modellprojekte, die in den Nischen des Gesundheitssystems verweilen und sich durch Projekt- und Sonderförderung abseits der Regelfinanzierung über Wasser halten, braucht es einen gesundheitspolitischen Aufbruch mit einer Etablierung von Hunderten neuer PVZs in der Fläche.

Eine solche Transformation hin zu einer neuen Primärversorgung in Gemeinwirtschaft

ist nur über eine enge Zusammenarbeit von Basisbewegungen der Primärversorgung, der Public-Health-Bewegungen, der Wissenschaft, von progressiven Elementen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und kooperierenden Krankenkassen zu erreichen. Sie müssen einen solchen Aufbruch zu einer Aufgabe ambitionierter progressiver Gesundheitspolitik machen. Mit dem vorliegenden Plädoyer für eine AÖR Gemeingut Gesundheit legen wir ein konkretes Modell für eine überregionale öffentliche Einrichtung vor, die genau das zum Ziel hat: aus dem „Modellprojekt PVZ“ das neue Normal zu machen und eine öffentliche Trägergesellschaft für viele solidarische Gesundheitszentren in einer Region zu errichten. Eine solche AÖR kann prinzipiell von der öffentlichen Hand – vom Bund, von einem Bundesland oder von Kommunen bzw. Kommunalverbänden – gegründet werden und ihr kann eine spezifische Aufgabenerfüllung übertragen werden. Die Rechtsform der AÖR ermöglicht weitreichenden Gestaltungsspielraum in der Governancestruktur und somit weitreichende Demokratisierungsansätze. Eine solche AÖR Gemeingut Gesundheit wäre formell in staatlichem Eigentum, jedoch durch umfangreiche Demokratisierung der Governance mit einer gewissen „Staatsferne“ ausgestattet, ohne die Finanzierungsvorteile einer staatlichen Trägerschaft zu verlieren.

1 Die PVZs in Berlin und Hamburg sind Teil des Poliklinik Syndikats (www.poliklinik-syndikat.org), eines Zusammenschlusses von Projekten in Deutschland, die solidarische und interprofessionell arbeitende Gesundheitszentren aufbauen und betreiben.

3.1 Rechtliche Einordnung

Zu unseren Ansprüchen an eine formalisierte Gesundheitsinfrastruktur gehören neben dem Gemeineigentum, der Gemeinwirtschaft und der demokratischen Verwaltung auch ein möglichst starker Schutz vor Reprivatisierung und eine gewisse Unabhängigkeit von auf kurze Sicht arbeitender politischer Konjunktur. Diese Ansprüche können in unterschiedlichen Formen und Ausprägungen durchaus in unterschiedlichen Rechtsformen realisiert werden. So wäre die Ausgestaltung einer gemeinnützigen GmbH oder weiteren gesellschaftsrechtlichen Strukturen (bspw. Commons-Public Partnerships, CPPs) ebenfalls denkbar. Zudem können sich landesrechtliche Besonderheiten ergeben. Dementsprechend können wir hier lediglich einen prototypischen Vorschlag ausarbeiten, der so oder ähnlich in vielen Bundesländern realisiert werden kann. Für dieses Papier konkretisieren wir nach sorgfältiger Abwägung unser Konzept auf kommunaler Ebene als AöR. Eine ähnliche öffentliche Einrichtung auf Landesebene wäre bei entsprechenden bundesrechtlichen Weiterentwicklungen ebenfalls denkbar.

Eine AöR wird nach öffentlichem Recht durch die Verabschiedung einer Errichtungssatzung gegründet. Eine Rückabwicklung oder Privatisierung einer AöR ist formal strenger und politisch herausfordernder als bei einer vergleichbaren GmbH, auch wenn manche Gemeindeordnungen weitere Einschränkungen beim Verkauf kommunaler privatrechtlich organisierter Unternehmen vorsehen (siehe z. B. § 113 KSVG Saarland). Da eine

AöR als eigenständige juristische Person Teil der Verwaltung und keine privatrechtliche Einrichtung ist, die über die Geschäftsanteile verkauft werden könnte, sind umfangreichere Schritte für eine Privatisierung vonnöten. Darüber hinaus hat die Kommune eine Gewährleistungsverantwortung. Das bedeutet, dass die kommunalen Entscheidungsträger*innen garantieren müssten, dass der Zweck der Daseinsversorgung (hier die Gesundheitsversorgung) durch einen privaten Investor gesichert ist. Gefährdet eine Rückabwicklung der AöR die Versorgungssicherheit, kann die Kommunalaufsicht (z. B. die Bezirksregierung) diese untersagen. Des Weiteren gibt es über die Gewährträgerhaftung eine besondere Absicherung der geschäftlichen Tätigkeiten einer AöR. Bei einer Auflösung gehen alle Rechte und Pflichten, somit auch Schulden und z. B. Beamte, auf die Kommune über (Gesamtrechtsnachfolge). Die Aufhebung einer AöR-Satzung muss in der Regel in einer öffentlichen Sitzung debattiert werden. Mit hoher Sicherheit sind Bürger*innenbegehren gegen die Aufhebung zulässig.

Eine AöR ist in die öffentliche Verwaltung integriert, eine Rückabwicklung gestaltet sich u. a. durch Transparenzpflichten und Beteiligungsrechte aufwendig und langwierig. Aus diesen Gründen sowie aus den genannten Aspekten der demokratischen Gestaltungsmöglichkeit argumentiert das vorliegende Konzept für eine Anstalt öffentlichen Rechts.

Die AöR Gemeingut Gesundheit soll als rechtliche Trägerin ein PVZ oder viele einzelne re-

gionale PVZs gemeinwirtschaftlich verwalten. Die AöR muss sich als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens durch die öffentliche Hand und die Solidargemeinschaft der Versicherten finanzieren. Ähnlich dem Bildungssystem kann so das Gesundheitswesen jenseits der Marktlogik ohne Profitorientierung organisiert werden, um allen gleichermaßen zur Verfügung zu stehen und um partizipativ gestaltet zu werden.

Das *Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung* (kurz GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) von 2015, umgesetzt in § 95 Abs. 2 SGB V, ermöglicht es Kommunen explizit, MVZs u. a. als AöR zu gründen. So wurde es in manchen Kommunen bereits realisiert. Die AöR als Rechtsform lässt große Ausgestaltungsspielräume und das genannte Rahmengesetz gibt bspw. nicht vor, wie der Verwaltungsrat der AöR zu besetzen ist; dies legt das jeweilige Kommunalrecht fest. Unser Konzept zeigt sich hier offen auch für (bundes-)rechtliche Weiterentwicklungen, um es z. B. auch Bundesländern zu ermöglichen, MVZs als AöR zu gründen und wie bei den Rundfunkräten ein Endsenederecht mit Wahlen für bestimmte Gruppen in den Verwaltungsrat (s. u.) rechtlich zu verankern.

Auch im Rahmen der Bestrebungen hin zu einer vergesellschafteten Gesundheitsversorgung bleibt die Unterstützung hierfür und die Finanzierung zu jedem Zeitpunkt eine politische Frage, die nicht bspw. von der Rechtsform final gelöst wird. Jede Rechtsform gibt später die Notwendigkeit von Kompromissen und Pragmatismus auf. Es bleibt unabdingbar, die Prinzipien der Vergesellschaftung auch unabhängig von der Rechtsform bzw. über diese hinaus in eine gelebte Praxis zu überführen. Eine solidarische und aktive Bewegung ist der beste Schutz vor Reprivatisierung. Dieser Akteur muss allerdings Zeit haben, um reagieren zu können. Somit braucht es formalisierte solidarische Strukturen, um die gestritten werden kann. Es braucht eine Bewegung, die die Vergesellschaftung vorbereitet und gleichermaßen erhält. Egal wie die Rechtsform und Finanzstruktur lauten: Gesetze können geändert werden. Dementsprechend muss die Hürde, zu reprivatisieren oder Errungenschaften auf andere Weise rückgängig zu machen, möglichst hoch liegen.

3.2 Vergesellschaftung mit der AÖR Gemeingut Gesundheit

3.2.1 Versorgungsstrukturen als Gemeineigentum

Gemeineigentum bzw. öffentliches Eigentum der gesundheitlichen und sozialen Infrastruktur ist eine zentrale Voraussetzung für die Vergesellschaftung der Gesundheitsversorgung. Es ist entscheidend für einen Paradigmenwechsel im Gesundheitssystem weg von einer profitorientierten Bewirtschaftungsweise, die Fragen nach menschlicher Würde und einer bestmöglichen Versorgung hinter Renditeziele anstellt, hin zu einer bedarfsgerechten und demokratischen Versorgung, die auf die bestmögliche Nutzung der vorhandenen Ressourcen im Sinne aller orientiert ist.

Wenn Gesundheitsinfrastrukturen in Gemeineigentum sind, verringert dies den ökonomischen Druck, den ambulante Versorger*innen als Kleinunternehmer*innen haben, sodass sie sich auf ihre erlernten Berufe konzentrieren können. Dies entspricht nicht zuletzt den Wünschen einer neuen Generation an Ärzt*innen, die weniger Interesse am Unternehmer*intum von Einzelpraxen haben und zunehmend nach Anstellungsmöglichkeiten suchen. Zudem wird so eine sinnvolle Organisation von Gesundheitsarbeiter*innen im Sinne einer multiprofessionellen Zusammenarbeit ermöglicht.

3.2.2 Demokratische Verwaltung

Da sich regionale Gegebenheiten bzw. Gebietskörperschaften (Kommunen, Stadtstaaten, Flächenländer etc.) in Deutschland unterscheiden, ermöglicht die hier skizzierte Struktur eine verschieden große Anzahl an PVZs unter dem Dach einer AÖR. So könnte eine AÖR, an der sich mehrere Kommunen beteiligen, bspw. ländlich nur ein einzelnes solidarisches PVZ tragen. Gleichzeitig könnte ein Stadtstaat wie Hamburg nach und nach in jedem Stadtteil PVZs aufbauen. Im Folgenden konkretisieren wir aus den oben aufgeführten Gründen die demokratische Verwaltung anhand einer kommunalen Träger*innenschaft.

Die Leitung einer öffentlichen Einrichtung ist zentrales Element für eine ambitionierte demokratische Verwaltung. Besonderes Augenmerk liegt daher auf dem Verwaltungsrat der AÖR als dessen oberster Entscheidungsstruktur (s. Abb. 1). Unter anderem bestellt, kontrolliert und entlastet der Verwaltungsrat die Geschäftsführung (s. u.), verabschiedet die Geschäftsordnung und erlässt Richtlinien.

Wir schlagen vor, dass der **Verwaltungsrat** mit 15 Mitgliedern auf fünf Jahre gewählt wird. Er tagt viermal im Jahr, also quartalsweise. Zusätzlich können außerplanmäßige Sitzungen einberufen werden. Solange dies nicht anderweitig rechtlich verankert ist, schlagen wir vor, dass die Kommune (gemäß einer Selbstverpflichtung) ein Entsendungsrecht für bestimmte Gruppen in der Satzung der AÖR vorsieht.

Vertreter*innen aus folgenden Gruppen sollen den Verwaltungsrat der AÖR Gemeingut Gesundheit bilden:

- **Patient*innen/Klient*innen**
- **Beschäftigte**
- **Gesundheitskonferenz**
- **Öffentlicher Gesundheitsdienst**
- **Kommunalrat**

Hier wird also eine direktere Form der Demokratie ermöglicht, die wir als Alternative zu Machtverhältnissen in MVZs bspw. in Träger*innenschaft internationaler Aktiengesell-

schaften positionieren wollen. Über diesen Ansatz beziehen wir das Wissen von Gesundheitsexpert*innen, von Menschen mit der besten Kenntnis der Bedarfe und von Personen mit dem Blick für den Kontext, in den sich die Gesundheitsversorgung vor Ort einfügt, in die Leitung der AöR ein. Durch die Zusammensetzung wird Beteiligung unmittelbar in die Steuerungsstruktur integriert, ohne dass zusätzliche, parallele Gremien geschaffen werden.

An dieser Stelle sind unbedingt die generellen **strukturellen Voraussetzungen** eines demokratischen Systems wie dieses herauszustellen. Alle Mitglieder des Verwaltungsrates müssen zur informierten Entscheidungsfindung befähigt werden. Dementsprechend braucht es um die Sitzungen herum z. B. Arbeit für den Wissenstransfer, ggf. Sprachmittlung, finanzielle Entlohnung und Arbeitszeitfreistellung, bedarfsgerechter Aufarbeitungen der Entscheidungsvorlagen etc.

Niederschwellig richtet ein PVZ zunächst einmal jedes Jahr ein **(Stadtteil-)Gesundheitsforum** aus. Auf diesem werden zum einen die aktuellen Zahlen und Entwicklungen präsentiert. Zum anderen gibt es in Gesprächsrunden und Beteiligungswerkstätten verschiedene Möglichkeiten für die Menschen in einem Stadtteil bzw. einer Region, sich einzubringen und sich zu beteiligen.

Darüber hinaus wollen wir an den Aufbruch zur Stärkung des **öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)** u. a. nach der Coronapandemie sowie an den Aufbruch zur Demokratisierung durch die Einrichtung der (kommunalen) Gesundheitskonferenzen anknüpfen. Beide wählen alle fünf Jahre Vertreter*innen in den Verwaltungsrat. Eine enge Kooperation zwischen der Primärversorgung und der Public Health in Action des sich weiterentwickelnden ÖGD bietet eine professionelle wissenschaftliche Perspektive und die Chance einer tatsächlichen Senkung der allgemeinen Krankheitslast.

Um eine Community-orientierte Primärversorgung, die auch die Sozialen Determinan-

Hier wird also eine direktere Form der Demokratie ermöglicht, die wir als Alternative zu Machtverhältnissen in MVZs bspw. in Träger*innenschaft internationaler Aktiengesellschaften positionieren wollen.

ten von Gesundheit (SDG) mit in den Fokus nimmt, zu etablieren, braucht es eine Weiterentwicklung der **Gesundheitskonferenzen**. Innerhalb dieser ist zudem eine Stärkung und Verankerung von gesellschaftlichen Perspektiven der Vielfalt und Pluralität erforderlich. Angelehnt an die Rundfunkräte sollten hier im Besonderen Organisationen von Menschen mit internationalen (Migrations-)Biografien, Vertreter*innen eines Ethikrates, Umweltverbände, FLINTA*-Räte, Vertreter*innen der Queer-(LGBTQ*)Community, Sozialverbände und Selbstvertretungsorganisationen, die sich gegen Ableismus einsetzen, vertreten sein. Ähnlich wie beim Rundfunkrat könnte im Weiteren auch diskutiert werden, die jeweilige Gesundheitskonferenz mit konkreten Aufgaben im Sinne von Checks and Balances dem Verwaltungsrat an die Seite zu stellen, anstatt Vertreter*innen in ihn zu entsenden.

Über die Beteiligungsmöglichkeiten bei den jährlichen (Stadtteil-)Gesundheitsforen hinaus wählen die Menschen eines Stadtteils bzw. einer Region alle fünf Jahre lokal aus ihrem Bezirk die Delegierten für den **Gesamtrat aller Patient*innen/Klient*innen**, der dann wiederum Vertreter*innen in den Verwaltungsrat der AöR wählt. Anders als z. B. bei den Sozialwahlen der gesetzlichen Sozialversicherungen, kann hier das PVZ als ein für den eigenen Stadtteil bzw. die eigene Region greifbarer Ankerpunkt der Wahlen betrachtet werden. Denn hier sind die Delegierten aus dem eigenen Bezirk für den Gesamtrat oftmals persönlich bekannt.

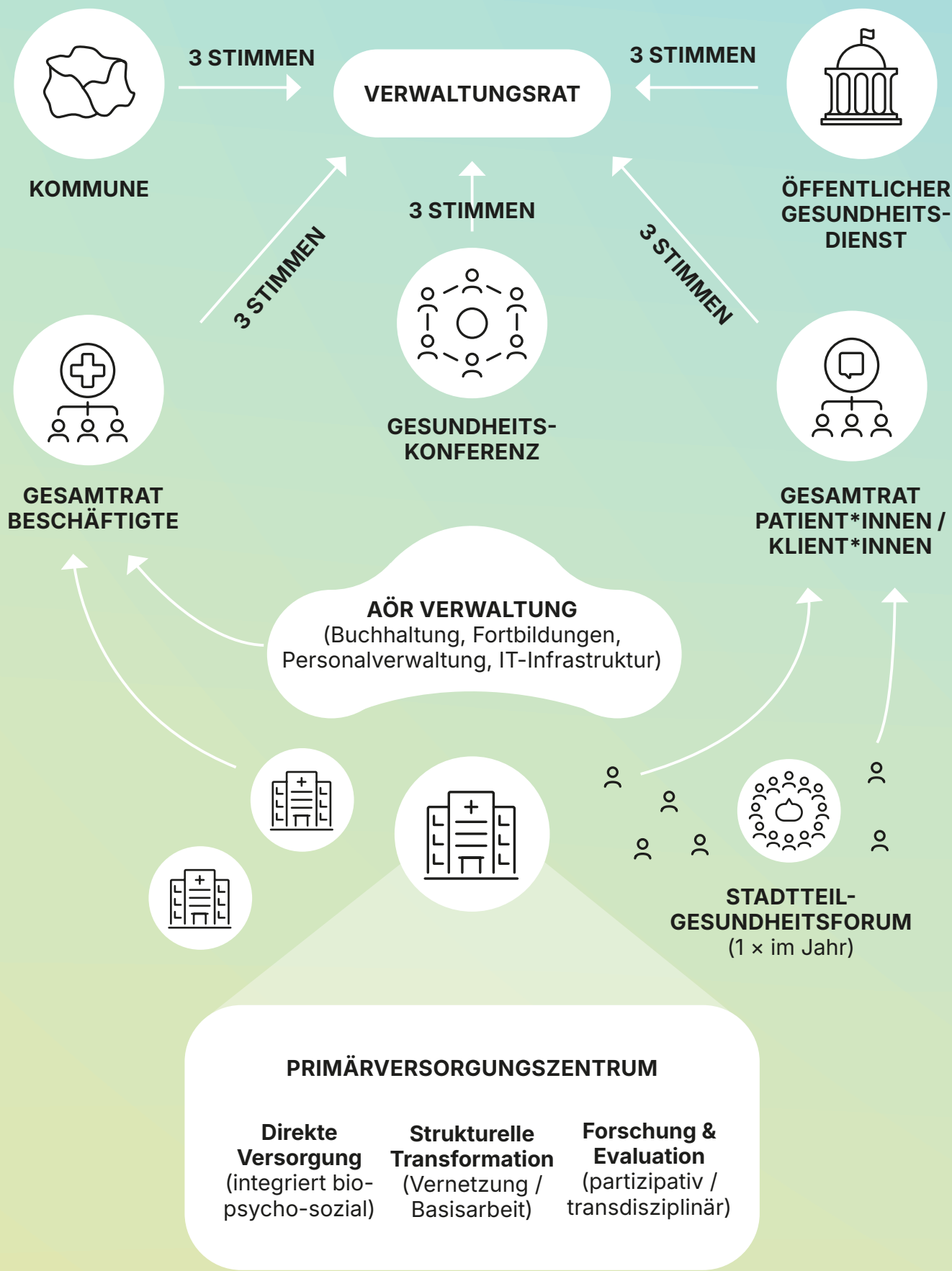


Abbildung 2 – Strukturmodell der AÖR Gemeingut Gesundheit (Quelle: eigene Darstellung)

Dementsprechend können Kampagnen zur Wahlinformation, bspw. auch mit Videos der Kandidat*innen, und Wahlbeteiligung konkret im Stadtteil angesetzt werden. Über diese Demokratieförderung können auch Selbstwirksamkeit und Vertrauen in die PVZs/AöR gestärkt werden. Es bietet sich an, die Wahl der Vertreter*innen niederschwellig zu organisieren, z. B. zusammen mit der Kommunalwahl. So wäre es auch ohne demokratische Überforderung denkbar, dass Menschen ihre Stimme alle fünf Jahre in mehreren Bereichen der Daseinsvorsorge (Wohnen, Mobilität etc.) geltend machen.

Ebenfalls alle fünf Jahre bestimmen die Beschäftigten des PVZ bzw. der PVZs und die Beschäftigten der AöR-Verwaltung die Delegierten (z. B. Kolleg*innen aus ihrem PVZ) für den **Gesamtrat der Beschäftigten**, der dann gleichfalls Vertreter*innen in den Verwaltungsrat wählt.

Die genaue Zusammensetzung des Verwaltungsrates, die Abstimmungsmodalitäten sowie die Sitzverteilung sollten Teil einer weitergehenden Debatte sein.

Wir wollen hier den folgenden ersten Diskussionsaufschlag bzgl. der Zusammensetzung des Verwaltungsrates bieten:

- **3 Vertreter*innen der Patient*innen/Klient*innen**
- **3 Vertreter*innen der Beschäftigten**
- **3 Vertreter*innen der Gesundheitskonferenz**
- **3 Vertreter*innen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**
- **3 Vertreter*innen des Kommunalrats**

Da der Kommunalrat den öffentlichen Gesundheitsdienst signifikant mitsteuert und zudem Menschen aus den Stadtteilen bzw. den Regionen auch als Patient*innen/Klient*innen vertreten sind, entspricht die oben skizzierte Sitzverteilung im Verwaltungsrat der AöR den landesrechtlichen Vorgaben (z. B. § 114a GO NRW oder Art. 92 BayGO), die Souveränität der Wählenden beizubehalten, womit die demokratische Legitimationskette gemeint

ist. Gleichzeitig ist im Sinne der Staatsferne durch die Zusammensetzung des Verwaltungsrats eine ausreichende Unabhängigkeit von auf kurze Sicht arbeitender politischer Konjunktur gewährleistet.

Geleitet wird die AöR durch die **Geschäftsführung**. Diese wiederum besteht aus einer Doppelspitze aus medizinischer und administrativer Leitung. Zur internen Steuerung der AöR-Verwaltung ist bspw. auch ein soziokratisches Modell denkbar.

Rechtlich gelten die PVZs unter dem Dach der AöR als MVZs, werden jedoch im Folgenden weiter als PVZs bezeichnet. Jedes PVZ organisiert das eigene operative Geschäft. Entscheidungen, die nur das PVZ betreffen, werden von diesem selbst getroffen und sollen nicht durch die Verwaltung der AöR übernommen werden. Die AöR befähigt und unterstützt das PVZ beim Ausführen seiner Aufgaben. Diese klaren Zuständigkeitsbereiche bzw. diese Kompetenzabgrenzung im Verhältnis der AöR zu den PVZs richtet sich nach den Prinzipien der solidarischen Subsidiarität aus.

Solidarische Subsidiarität

Solidarische Subsidiarität folgt zwei Prinzipien: Zum einen werden Entscheidungen möglichst von denjenigen getroffen, die sie betreffen. So kann die Qualität und Legitimität der Entscheidungen verbessert werden, da die Entscheidungen von den Menschen mit dem entsprechenden Fachwissen und der Kontextkenntnis getroffen werden. Die Entscheidungsfindung wird dezentralisiert und damit resilienter bzw. flexibler. Zudem werden Eigenverantwortung sowie Partizipation gestärkt. Erst wenn nicht mehr nur die niedrigste Hierarchieebene betroffen ist, werden Entscheidungen auf der nächsthöheren Ebene getroffen. Es gilt somit das Prinzip des **Entzugsverbots** von Entscheidungen, die autonom getroffen werden können.

Zum anderen gilt als zweites Prinzip das **Assistenzgebot**. Dieses besagt, dass die niedrigere Entscheidungsebene den Beistand (lat. *subsidium*) und die Mittel erhalten muss, die sie zur Ausübung ihrer Aufgaben braucht.

3.2.3 Gemeinwirtschaftliche Ausrichtung

Gemeinwirtschaft bedeutet, dass die Wirtschaftstätigkeit der AÖR einer klaren Zweckbindung unterliegt. Zweck ist die Versorgung der Gesellschaft durch eine multiprofessionelle, bedarfsorientierte und lokal verankerte Primärversorgung und Prävention. Hierbei ist die leitende Handlungsprämisse das Gemeinwohl, ein Gewinnverbot und die bestmögliche Versorgung. Der gesellschaftliche Nutzen bildet das zentrale Bewertungskriterium für die Arbeit der AÖR, die im öffentlichen Auftrag agiert. Dies bedeutet, dass Versorgungsleistungen dort ausgebaut werden, wo der Bedarf besonders hoch ist – etwa auf Basis regionaler oder stadtteilbezogener Bedarfsanalysen, die eine gezielte Ausrichtung der Angebote ermöglichen.

Im Mittelpunkt steht die gemeinsame Nutzung von Infrastruktur, die Arbeit in multiprofessionellen Teams sowie die Integration neuer Berufsgruppen, wie etwa Community Health Nurses (CHN), und der Bevölkerung. Sofern Überschüsse erzielt werden, werden sie nicht aus dem Gesundheitssektor abgezogen, sondern konsequent reinvestiert – beispielsweise in die Qualitätsverbesserung bestehender Strukturen oder in den Aufbau neuer Zentren.

Eine gemeinwirtschaftliche Orientierung bedeutet eine Ausrichtung der Finanzierung an dem im öffentlichen Sektor etablierten Kostendeckungsprinzip. Dies beinhaltet ein haushalts- sowie patient*innenschützendes Kostenüberschreitungsverbot und schließt damit Gewinne aus. In der Diskussion um eine Finanzierung des Gesundheitssystems wird das Kostendeckungsprinzip häufig als „Selbstbedienungsladen“ diffamiert. Hier möchten wir auf die Debatte um eine neue Planwirtschaft verweisen, in der eine kleinräumige und bedarfsgerechte Planung bzw. Berechnung und Kontrolle von Versorgungsleistungen insbesondere durch neue technologische Möglichkeiten theoretisch machbar erscheint (vgl. die Debatte um *predictive financing and modeling in healthcare* und um *needs-based capitation*).

Da Kommunen über unterschiedlich große finanzielle Reserven verfügen, schlagen wir vor, dass die Kommune zunächst nur das **Stammkapital** für den Kauf bzw. das Anmieten einer Immobilie und der Grundausstattung eines PVZ stellt.

Im laufenden Geschäft sollte das Geld nicht mehr an eine einzelne ärztliche Leistung oder die Anzahl der Praxisbesuche gekoppelt sein, sondern an die integriert bio-psycho-soziale Team-Versorgung. Für jeden Sozialraum (z. B. den Stadtteil) sollten zunächst die Bedarfe transparent anhand vergleichbarer Kriterien erfasst werden. Zur **bedarfsgerechten Personalplanung** der PVZs sollte ein **Gesundheitsindex** berechnet werden. In diesen fließen Parameter wie die Anzahl der zu versorgenden Menschen, die Demografie und Haushaltsstruktur etc. ein: der Anteil Hochbetagter/Ü80; die Quote der Alleinlebenden wegen des Einsamkeitsrisikos; der Anteil an Menschen mit internationalen Biografien für den Bedarf an Sprachmittlung etc.; die Morbidität, darunter die Prävalenz von chronischen Erkrankungen; die Pflegebedürftigkeit; die Versorgungsstruktur, also die Dichte an Gesundheitsakteur*innen; und Daten über Notaufnahme-Frequenzierung aus dem Stadtteil (hohe Werte deuten auf eine schlechte ambulante Steuerung hin). Ein hoher Gesundheitsindex zeigt die Notwendigkeit höherer Versorgungsausgaben auf und ermöglicht es dem Team, sich entsprechend aufzustellen, bspw. durch intensivierte, ggf. vermehrt aufsuchende Arbeit der Community Health Nurses oder Sozialarbeiter*innen. Das Team kann die Behandlung somit nach tatsächlichem Bedarf und nicht nach Abrechnungslogik planen.

Die **Betriebskosten** des PVZ sollten nach dem **Kostendeckungsprinzip** von den Krankenkassen erstattet werden. Jedes Jahr würden die Kostenkalkulationen mit den Krankenkassen verhandelt und die Ist-Kosten den Soll-Kosten gegenübergestellt. Bei Mehrausgaben bestünde Rechenschaftspflicht gegenüber den Krankenkassen.

Darüber hinaus braucht es eine zusätzliche, auf die Bedarfe vor Ort abgestimmte Finanzierung für **spezifische Interventionen und Präventionsprogramme** durch das Land. Hierfür schlagen wir die Berechnung eines **Sozialindex** vor. In diesen fließen Parameter wie die Sozioökonomie (SGB-II-Quote, Kinderarmut, Arbeitslosenquote und Bildungsabschlusststatistiken etc.), die Wohn- und Umweltqualität (Belastung durch Lärm und Feinstaub, Wohndichte (Stressfaktor) sowie Zugang zu Parks und Grünflächen etc.) und die Infrastruktur (Verfügbarkeit von gesunden Lebensmitteln, Anbindung an den ÖPNV und Barrierefreiheit im Quartier etc.) ein. Inspiriert durch die bedarfsgerechte Finanzierung von Schulen in Hamburg nach dem dortigen Sozialindex ergibt sich aus diesem Sozialindex eine gerechte zusätzliche Finanzierung durch das jeweilige Bundesland. Im Sinne des Grundsatzes Health in All Policies (HiAP) schafft dies einen Anreiz auf Landesebene, politisch auf regional ausgewogene und insgesamt hohe Gesundheitsvoraussetzungen hinzuwirken. Stadtteile bzw. Regionen mit hoher Krankheitslast erhalten somit nach einem transparenten Verfahren mehr finanzielle Mittel.

Zudem werden **Investitionskosten** (Neubau, Sanierung, Modernisierung etc.), vergleichbar mit der dualen Finanzierung im Krankenhausbereich, von den Bundesländern getragen.

3.3 Kernaufgaben der AöR-Verwaltung

Eine AöR Gemeingut Gesundheit auf regionaler, überregionaler oder Landesebene bietet das finanzielle und organisatorische Dach für den Aufbau, Ausbau und Betrieb von solidarischen PVZs. Die PVZs sind die konkreten lokalen Versorgungseinheiten, während die AöR übergeordnete Planungs-, Verwaltungs- und Steuerungsaufgaben übernimmt. Denn PVZs besitzen zwar umfangreiche Autonomie in der konkreten Organisation der lokalen multiprofessionellen Versorgung und Prävention. Sie sind jedoch für allgemeine Verwaltungsaufgaben wie bspw. Immobilienmanagement, Buchhaltung, IT-Infrastruktur u. v. m. in die AöR eingebunden. Durch den demokratischen Aufbau der AöR sind die PVZs in die Steuerung der AöR integriert. Zu den weiteren Aufgaben gehören u. a. Personalverwaltung, Rechts- und Finanzierungsberatung, Aus-, Weiter- und Fortbildungen, Wissensmanagement sowie (Bedarfs-)Forschung und Evaluation.

Die Forschungs- und Evaluationseinheit könnte als Beratungsstelle dienen und Datenerhebung und -auswertung bündeln. So werden Daten generiert und ausgewertet, die dem gezielten quantitativen und qualitativen Ausbau der solidarischen ambulanten Gesundheitsversorgung dienen. Zudem übt die AöR dabei die Funktion des Wissensmanagements aus und kann Erkenntnisse aus den Erfahrungen der verschiedenen PVZs sowie aus den erhobenen Daten in die Konzept- und Leitlinienentwicklung für PVZs einfließen lassen.

Die originäre Aufgabe der AöR-Verwaltung besteht somit darin, auf Grundlage der demokratischen Entscheidungen des Verwaltungsrates neue PVZs aufzubauen und bestehende Zentren in ihrem Betrieb und ihrer Weiterentwicklung zu unterstützen.



4 AUSBLICK: KONVERGENZ, STRATEGIE UND KONKRETE EINSTIEGE



Die Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitswesens ist kein isoliertes Reformprojekt, sondern Teil einer Bemühung um umfassende gesellschaftliche Neuordnung. Sie antwortet auf die Verwerfungen von vier Jahrzehnten neoliberaler Umstrukturierung, in denen zentrale Bereiche der Daseinsvorsorge privatisiert, ökonomisiert und zunehmend an Renditeinteressen ausgerichtet wurden. Die daraus resultierenden Versorgungslücken, Arbeitsverdichtungen und sozialen Ungleichheiten haben nicht nur

den Gesundheitsbereich geprägt, sondern das Vertrauen in öffentliche Institutionen insgesamt geschwächt. Eine Reorganisation entlang gemeinwirtschaftlicher Prinzipien ist daher nicht nur gesundheitspolitisch geboten, sondern gesamtgesellschaftlich notwendig.

In den vergangenen Jahren sind im Gesundheits- und Care-Bereich eine Vielzahl von Initiativen entstanden, die bereits heute alternative Praxen erproben: von lokalen Sorgezentren über Polikliniken bis hin zu Kampagnen für demokratische Krankenhäuser oder für eine Bürger*innenversicherung. Parallel dazu hat die Debatte um Vergesellschaftung – nicht zuletzt durch erfolgreiche Mobilisierungen im Wohnungssektor – die Eigentumsfrage wieder ins Zentrum politischer Auseinandersetzungen gerückt.

Die Konvergenz von Gesundheitsbewegung und Vergesellschaftungsbewegung eröffnet die Möglichkeit, soziale Infrastruktur umfassend neu zu denken: nicht als Markt, sondern als demokratisch gestalteter Raum kollektiver Daseinsvorsorge. Fragen von Gesundheit, Pflege, Wohnen und sozialer Reproduktion sind strukturell miteinander verbunden; die

Die Konvergenz von Gesundheitsbewegung und Vergesellschaftungsbewegung eröffnet die Möglichkeit, soziale Infrastruktur umfassend neu zu denken: nicht als Markt, sondern als demokratisch gestalteter Raum kollektiver Daseinsvorsorge.

politische Bewegung dafür sollte gleichermaßen verbunden sein. Eine gemeinwirtschaftliche Organisation ambulanter Versorgung kann daher als weiterer Kristallisationspunkt wirken, an dem unterschiedliche Kämpfe zusammenlaufen und sich gegenseitig stabilisieren und unterstützen.

Eine solche Konvergenz sozialer Kämpfe entlang einer umfassenden Perspektive einer bedingungslosen und bedarfsgerechten Daseinsvorsorge ist eine grundlegende Alternative zum weiterhin herrschenden Neoliberalismus und eine solidarische Antwort auf die rechte Politik, die soziale Unsicherheit verschärft und gesellschaftliche Konflikte entlang von Herkunft, insbesondere nationaler Zugehörigkeit verschiebt.

Ein solcher Transformationsprozess, der die erfahrbare soziale Kälte, Prekarisierung und regionale Verelendung materiell adressiert und zugleich offensiv beantwortet, erfordert allerdings konkrete Einstiegsprojekte, institutionelle Verankerung und eine strategische Orientierung, die über den Gesundheitssektor hinausweist. Entscheidend ist angesichts der aktuellen Kräfteverhältnisse, dass wir es schaffen, Vergesellschaftung und die daraus folgenden materiellen und sozialen Verbesserungen praktisch erfahrbar zu machen und schrittweise auszuweiten.

Der Weg zur Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitswesens lässt sich dabei als Dreischritt denken: vom Modell zur Bewegung, von der Bewegung zur strukturellen Neuordnung.

1. Von Nischenprojekten zu öffentlichen Leitprojekten

Schon jetzt gibt es Modell-PVZs und Gesundheitseinrichtungen als AöR. Ein erster Ansatzpunkt liegt in der gezielten Vernetzung und Erweiterung dieser Projekte zu kommunalen Modellregionen, in denen die ambulante Versorgung in öffentlicher Trägerschaft in Form einer hier skizzierten AöR organisiert wird. PVZs können durch Kommunen neu etabliert werden oder bestehende Strukturen übernehmen, diese multiprofessionell erweitern und demokratische Mitbestimmung verbindlich verankern. Solche Projekte zeigen bereits im bestehenden Rechtsrahmen, dass ambulante Versorgung jenseits von Konkurrenz und Renditelogik möglich ist – und zugleich schaffen sie Vertrauen in gemeinwirtschaftliche Alternativen.

2. Mit politischen Kampagnen zur Bewegung: Volksentscheide – Enteignung – Gesetzesinitiativen

Darauf aufbauend gilt es, diese Ansätze zu vernetzen und politisch zu verstärken. Die Forderung nach Vergesellschaftung der ambulanten Gesundheitsversorgung muss in die Programmatik progressiver politischer Kräfte Einzug halten, von Parteien bis zu Gewerkschaften und Nichtregierungsorganisationen. Es braucht eine politische Bewegung, die vergesellschaftete Primärversorgungszentren verteidigt und ausweitet – in Bündnissen mit Initiativen wie der Sorgezentren-Bewegung, mit gewerkschaftlichen Kämpfen im Krankenhausbereich, mit Akteur*innen der Pflegebewegung und mit sozialen- und Nachbarschaftsinitiativen vor Ort. Auf Grundlage der Ausweitung der politischen Idee für eine ambulante Versorgung in Gemeinwirtschaft können auch Enteignungskampagnen (z. B. zur Enteignung von Private-Equity-basierten MVZ-Ketten), Volksentscheide und gesetzgeberische Initiativen entwickelt werden, die die Transformation der Versorgung beschleunigen und auf eine weitreichendere politische Ebene heben. Die Forderung nach einer solidarischen Bürger*innenversicherung verbindet dabei die Eigentumsfrage mit der Frage des Zugangs und der Finanzierung. Sie ist ein zentraler Baustein, mit dem gemeinwirtschaftliche Strukturen sich langfristig absichern und ausbauen lassen.

3. Vergesellschaftung: Rekommunalisierung und Demokratisierung in der Fläche

Perspektivisch führt dieser Weg zu einer strukturellen Neuordnung der Eigentumsverhältnisse im Gesundheitswesen. Das Ziel von „Gemeingut Gesundheit“ ist die Abschaffung des privaten Gesundheitsmarktes. Dies beinhaltet ein Gewinnverbot und die systematische Überführung profitorientierter Versorgungsstrukturen in öffentliches Eigentum. Am Ende steht ein Versorgungssystem, das nicht nur formal öffentlich ist, sondern bedarfsorientiert funktioniert und real durch Beschäftigte, Nutzer*innen und Kommunen gestaltet wird.

Der realpolitische Ausblick ist dabei weder kurzfristig noch linear. Die ersten Schritte zur Vergesellschaftung des ambulanten Gesundheitswesens werden sich in Auseinandersetzungen, Kompromissen und schrittweisen Verschiebungen des Kräfteverhältnisses vollziehen. Gerade darin liegt jedoch ihre Stärke: Vergesellschaftung als Prozess und auch als Richtungsforderung, die konkrete Verbesserungen mit langfristiger gesamtgesellschaftlicher Transformation verbindet. Ein Programm, das grundlegende – heute noch utopisch wirkende Forderungen – mit konkreten Einstiegsprojekten verbindet. Indem neue solidarische Infrastrukturen aufgebaut, verteidigt und ausgeweitet werden, entsteht eine reale Alternative zum bestehenden System. Denn Gesundheit ist keine Ware. Sie ist ein Gemeingut – und als solches gehört sie in die Hände der Vielen.



Weiterführende Literatur

Primary Health Care

World Health Organization (WHO) (1978): Alma-Ata Declaration on Primary Health Care. Verfügbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata>

World Health Organization (WHO) (2018): A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Genf. Verfügbar unter: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

World Health Organization (WHO) (2020): Operational Framework for Primary Health Care: Transforming vision into action. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7b1dddf5-199f-4167-8667-98c1e6eaf50f/content>

Rajan, D.; Rouleau, K.; Winkelmann, J.; Kringos, D.; Jakab, M.; Khalid, F. (Hrsg.) (2024): Implementing the primary health care approach: A primer. Genf: World Health Organization. Verfügbar unter: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/2eca13bd-7458-426c-8c51-dd88aa1d2f78/content>

Gruhl (2022): Voraussetzungen und Möglichkeiten der Implementierung und Ausgestaltung von Primärversorgungszentren im deutschen Gesundheitswesen. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.). Verfügbar unter: https://bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2022-05/Expertise_Prim%C3%A4rversorgungszentren_%20RobertBoschStiftung_April%202022.pdf

Jiménez Castillón, S.; Moreno López, E. (2022): Das Projekt »Saragossa als Sorgende Stadt«. Eine feministische Vision. In: Rosa Luxemburg Stiftung (Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/Das-Projekt-Zaragoza-als-Sorgende-Stadt_dt_FINAL.pdf

Fried, B.; Wischniewski, A. (2022): Sorgende Städte. Vergesellschaftet die Care-Arbeit! In: Luxemburg: Gesellschaftsanalyse und linke Praxis, 1/2022, 52–61. Verfügbar unter: https://www.rosalux.de/fileadmin/images/publikationen/LUXEMBURG/LUX_21_03_WEB_b82497ae8f.pdf

Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hrsg.) (2024):

Das Fallpauschalensystem und die Ökonomisierung der Krankenhäuser – Kritik und Alternativen (Neuaufgabe). Verfügbar unter: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/wp-content/uploads/2024/03/KHstattFabrikBroschuere-2025.pdf>

Vergesellschaftung

communia e. V. (2024): Mit Vergesellschaftung gegen die Ohnmacht: Potenziale eines emanzipatorischen Hegemonieprojekts für die sozial-ökologische Transformation im Energiesektor. Verfügbar unter: https://communia.de/wp-content/uploads/Mit_Vergesellschaftung_gegen_die_Ohnmacht_web-V2_compressed-1.pdf

communia e. V.; BUNDjugend (2023): Öffentlicher Luxus. Verfügbar unter: https://communia.de/wp-content/uploads/2023/10/Oeffentlicher_Luxus_digital.pdf

communia e. V. (2026): Gemeingut Energie: Öffentlicher Pionier einer gerechten Energiewende. Verfügbar unter: <https://communia.de/wp-content/uploads/Gemeingut-Energie-Web.pdf>

Deutsche Wohnen & Co. enteignen (2023): Gemeingut Wohnen: Eine Anstalt öffentlichen Rechts für Berlins vergesellschaftete Wohnungsbestände. Verfügbar unter: https://content.dwenteignen.de/uploads/Gemeingut_Wohnen_3a03fa4c87.pdf

Daum, T.; Nuss, S. (Hrsg.) (2021): Die unsichtbare Hand des Plans: Koordination und Kalkül im digitalen Kapitalismus. Berlin: Dietz.

Fried, B.; Eyssel, H.; Holdorff, N.; Otzelberger, E.; Stolz, F.; Wischniewski, A. (2024): Care-Arbeit vergesellschaften. Kommunalpolitische Werkzeugkiste für eine „Sorgende Stadt“. In Rosa-Luxemburg-Stiftung (Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/Sorgende_Staatedte_CareArbeitVergesellschafteten_RLS_2024.pdf

