

Eine Chance am Ausgang der Corona-Krise? Für eine grundlegende Veränderung des Gesundheitssystems streiten

Beitrag in der Reihe [Perspektiven](#) von Matthias Neumann (aktiv bei Care Revolution Freiburg und im Netzwerk Solidarisches Gesundheitswesen Freiburg)

Es ist – zu Recht und glücklicherweise – in den letzten Tagen und Wochen oft betont worden, dass das Gesundheitssystem dieses Landes schon vor der Corona-Krise an der Grenze seiner Funktionsfähigkeit operierte. Noch erhält der Einsatz der Beschäftigten es aufrecht, aber auch diese erkranken, die Erschöpfung nimmt zu, und die materiellen Kapazitäten lassen sich, nachdem sie an einen so tiefen Punkt hinuntergefahren worden sind, nicht beliebig schnell aufstocken. In Ländern wie Italien oder Spanien ist die Grenze der Funktionsfähigkeit offensichtlich bereits überschritten und auch in Deutschland droht eine Überlastung des Gesundheitssystems mit dramatischen Folgen.

Fatale Gesundheitspolitik

Ich möchte hier nicht erneut die Mängel in den deutschen Krankenhäusern umfassend darstellen, jedoch sei an Hand von wenigen Fakten demonstriert, wie die Politik, die jetzt angesichts des Corona-Virus mit dem Krisenmanagement betraut ist, diese Mängel erzeugt hat:

1) Während die Zahl des nichtärztlichen Krankenhauspersonals von 1991 bis 2017, auf Vollzeitstellen umgerechnet, um 4.1% sank, nahm die Zahl der behandelten Fälle in diesem Zeitraum um 33.4% zu.¹ Diese Patient_innen verblieben deutlich kürzer im Krankenhaus, so dass zwar die Zahl der belegten Betten sank, aber die Betreuungsintensität durch den hohen Anteil frisch operierter Patient_innen stieg.² Die Zahl der Betten je Einwohner_in sank in diesem Zeitraum um 28%.³ Auch die Zahl der Krankenhäuser ist in diesem Zeitraum durchweg rückläufig. Für eine weitere deutliche Verringerung der Zahl der Krankenhäuser um mehr als die Hälfte und auch der Betten hat sich erst vor Kurzem eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung ausgesprochen und dies auch mit dem Ziel der Kostensenkung begründet.⁴

Die Voraussetzungen, angemessen auf eine Epidemie reagieren zu können, wurden also von Jahr zu Jahr schlechter. Dies ist vor allem in Kostendruck und Privatisierungen begründet. Zunächst zum Kostendruck: Zu Recht wird immer wieder auf das System der Fallpauschalen, also auf die Erstattung fester Beträge entsprechend der Zuordnung der Behandlungsfälle zu Diagnosis Related Groups (DRG). Auf dieser Basis sind für die Krankenhäuser manche Krankheiten und Verletzungen lukrativer, andere

¹ Destatis 2018: Grunddaten der Krankenhäuser 2017. S. 11/12. Eigene Berechnung

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile

² Dass das deutsche Gesundheitssystem hier schlecht aufgestellt ist, zeigt auch der OECD-Vergleich der Pflegekräfte je Belegungstag, der die Liegezeit berücksichtigt. Hier liegt Deutschland auf dem letzten Platz.

Bertelsmann Stiftung 2017: Pflegepersonal im Krankenhaus; S. 3. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_SpotGes_Pflegepersonal-KH_dt_final.pdf

³ Destatis 2018; S. 11. Eigene Berechnung

⁴ https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf

weniger lukrativ, so dass es zu einer systematischen Über- bzw. Unterversorgung kommt.⁵ Insbesondere jedoch ist es für jedes Krankenhaus existenznotwendig, sich an diesen Fallpauschalen in ihrer Kalkulation zu orientieren und Kosten, die nicht direkt zu Einnahmen führen, möglichst zu minimieren: Die Ärzt_in führt die Behandlung durch, die zu Einnahmen führt, während die Arbeit der Pfleger_in zwar ebenfalls notwendig ist, aber bloß Kosten verursacht. Dies erklärt die oben dargestellte Entwicklung. Zwar wurde durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz der Zusammenhang in dieser Schärfe Anfang 2019 gelockert,⁶ dies ist jedoch nicht als Neuorientierung, sondern als eine Reaktion auf die Überlastung der Pflegenden und auf die öffentlichen Proteste zu verstehen.

Neben der Personalfrage werden die laufenden Kosten aber auch an anderer Stelle möglichst reduziert und dies rächt sich jetzt. So kann es sich kaum noch ein Krankenhaus leisten, Betten, Geräte und Fachkräfte, die nicht ständig ausgelastet sind, vorzuhalten. Nicht zufällig werden gerade Kinderkliniken, die zur Grippezeit besonders voll und ansonsten nicht ständig ausgelastet sind, bevorzugt geschlossen. Nach dieser Logik ist es auch ökonomischer Unfug, von der Ausstattung her auf eine Notlage vorbereitet zu sein, die nicht ständig eintritt.

Einer ständigen Unterfinanzierung sind die Krankenhäuser im Bereich der Investitionen auch dadurch ausgesetzt, dass die Länder zwar für die Finanzierung der erforderlichen Investitionen verantwortlich sind, dieser Verpflichtung jedoch nur völlig unzureichend nachkommen: Während 1992 noch 9.2% der Krankenhausausgaben durch Fördermittel der Länder beglichen wurden, betrug der Anteil 2017 nur noch 3.1%.⁷ Daher müssen für den laufenden Betrieb vorgesehene Mittel der Krankenkassen auch für diesen Zweck eingesetzt werden.

Zusätzlich zu den Auswirkungen des Kostendrucks wird die Situation verschärft durch die Übertragung von Krankenhäusern an private, auf die Erzielung von Profit ausgerichtete Konzerne. Diese Erhöhung des Anteils privater Krankenhäuser zeigt sich ebenfalls an den Zahlen des Statistischen Bundesamts: Während 2002 noch 8.9% der Krankenhausbetten in Einrichtungen in privater Trägerschaft standen, erhöhte sich dieser Anteil bis 2017 auf 18.7%.⁸ Ein zum Zweck der Erzielung von Profit geführtes Krankenhaus soll immer entsprechende Gewinne erwirtschaften. Aus diesem Grund waren privat betriebene Kliniken Vorreiter bei der Ökonomisierung des Krankenhausbetriebs: Sie konnten zwischen 2005 und 2013 ihre Erlöse mehr als verdoppeln⁹; dies erreichten sie unter anderem dadurch, dass die Personalkosten je Beschäftigter in allen nicht-ärztlichen Bereichen deutlich unter denen der anderen Krankentypen lagen.¹⁰ Dass ein Teil des Profits etwa als Dividende dem Krankenhausbetrieb entzogen wird und nicht mehr für mehr Personal oder bessere Ausstattung zur Verfügung steht, kommt hinzu.

Diese Gesundheitspolitik hat System

Die Entwicklung im Gesundheitsbereich erklärt sich nicht aus diesem selbst, sondern im Kontext neoliberaler Politik insgesamt: Zum einen zielt diese, um das Wirtschaftswachstum hoch zu halten und

⁵ Diese partielle Überversorgung in Bereichen, die für die Kliniken lukrativ sind, führt im Übrigen dazu, dass die Gesundheitsausgaben in Deutschland im internationalen Vergleich relativ hoch sind. Vgl.: OECD Health Statistics 2019. Health Expenditure and Financing: <https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

⁶ https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl_%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s2394.pdf%27%5D_1585409034215

⁷ https://www.vdek.com/presse/daten/d_ausgaben_krankenhaus.html. Eigene Berechnung

⁸ Destatis 2018; S. 16

⁹ Krankenhaus statt Fabrik 2019: Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser; S. 26. <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/196>

¹⁰ Krankenhaus statt Fabrik 2019; S. 96

die Verwertung des von den Unternehmen eingesetzten Kapitals zu unterstützen, auf internationale Konkurrenzfähigkeit und erst in zweiter Linie auf die Inlandsnachfrage. In diesem Rahmen stellen die Sozialversicherungsbeiträge, über die die laufenden Gesundheitsausgaben finanziert werden, Kosten für die Unternehmen dar, die nach Möglichkeit zu senken sind. Auch über Steuerabgaben, aus denen etwa die Krankenhaus-Investitionskosten durch die Länder finanziert werden, schmälern Gesundheitsausgaben den Profit der Unternehmen, soweit sie nicht in der Branche selbst tätig sind. Zum anderen fehlen rentable Möglichkeiten der Kapitalanlage. Auf diesen Mangel wird mit der Ausdehnung privater Unternehmen in bisher staatlich oder durch andere Anbieter (Wohlfahrtsverbände, Kirchen) reagiert. Insofern sind sowohl der Kostendruck als auch die Privatisierung durch gesamtwirtschaftliche Dynamiken bestimmt.

Angesichts der Corona-Krise erfahren die gesellschaftliche Bedeutung der Gesundheitsversorgung und der Arbeit der dort Beschäftigten mehr Würdigung als je zuvor – und die Diskrepanz zur Ausstattung der Krankenhäuser mit den benötigten Ressourcen und dem benötigten Personal wird stärker als bisher zum Thema. Dies ist allerdings keine völlig neue Entwicklung: Die Erfahrungen aus den ver.di-Tarifkampagnen für Entlastung des Pflegepersonals und aus den Unterstützungsbündnissen in verschiedenen Städten zeigten ebenso wie die Volksbegehren in vier Bundesländern für mehr Pflegepersonal in den Krankenhäusern, dass die Sensibilität der Bevölkerung bei diesem Thema schon vor der Corona-Krise sehr hoch war. Insbesondere ist sie wesentlich höher als die der Regierung. Diese Unterstützungsbereitschaft für entsprechende gesundheitspolitische Forderungen ist also nicht neu; sie wird nur aktuell ganz besonders deutlich.

Sofern es nach dem Willen der Regierung geht, wird jedoch aus diesem Wunsch nach einer veränderten Gesundheitspolitik mit höchster Wahrscheinlichkeit nicht mehr entstehen als eben verbal geäußerte Wertschätzung. Denn die skizzierte politische Grundsatzentscheidung, die Kosten des Kapitals so gering zu halten, wie es die Lobby aus Gesundheitskonzernen und Ärzteschaft eben zuließ, steht nicht in Frage. Der daraus resultierende Ressourcenmangel entstand in einer Situation, in der der Staat Handlungsspielraum gehabt hätte. Im Ausgang der Corona-Epidemie wird das Land jedoch in einer tiefen ökonomischen Krise stecken, die mindestens so einschneidend sein wird wie diejenige 2008/9.¹¹ Zugleich verschuldet sich der Staat aktuell massiv, um Unternehmenspleiten aufgrund fehlender Liquidität sowie das anschließende Reißen von Zahlungsketten zu verhindern. Es wird seitens der Regierenden in dieser Situation also kaum den politischen Willen geben, Ressourcen in das Gesundheitssystem zu stecken, die den Staatshaushalt oder die Rentabilität der Unternehmen zusätzlich unter Druck setzen würden. Dies deutet sich bereits jetzt an, wenn man das von der Regierung beschlossene Haushaltspaket betrachtet, das von den bereitgestellten 156 Milliarden Euro für das Gesundheitssystem 3,5 Milliarden vorsieht.¹² Auch wenn es bei diesem Paket weniger um wirtschaftsstrukturelle Entscheidungen als um die Aufrechterhaltung der Zahlungsfähigkeit geht, zeigen diese Zahlen, dass mit einer grundlegend besseren Finanzierung der Krankenhäuser ohne politischen Kampf nicht zu rechnen sein wird. Von der gegenwärtigen Regierung ist also keine grundlegend andere Politik zu erwarten als der Versuch, am Ende der Krise eine Spielart des Neoliberalismus wiederherzustellen: Möglicherweise autoritärer, möglicherweise mit ein wenig mehr sozialen Elementen, aber sicherlich nicht wesentlich anders. Damit wäre jedoch eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitssystems ein Fremdkörper in dieser Politik, der die neoliberal organisierte Kapitalverwertung stören würde.

¹¹ Vgl. etwa: https://www.sozialismus.de/kommentare_analysen/detail/artikel/wirtschaftliche-schaeden-und-kosten-der-pandemie/

¹² <https://www.bundesfinanzministerium.de/Content/DE/Standardartikel/Themen/Schlaglichter/Corona-Schutzschild/2020-03-13-Milliarden-Schutzschild-fuer-Deutschland.html>

Zugleich erhält die Bundesregierung momentan breite Zustimmung für ihr Krisenmanagement. Solange das angespannte Netz der Gesundheitsversorgung nicht reißt, wird dies sicherlich auch so bleiben. Einen echten Ansatzpunkt für eine Infragestellung dieser Regierung gibt es bei diesem Szenario also nicht. Anderes wäre, solange ihr Krisenmanagement einigermaßen greift – und sei es auch nur im globalen Vergleich – Wunschenken. Dass innerhalb der gesellschaftlichen Linken auch Stimmen laut werden, die ausgehend von den Erfahrungen mit der Corona-Krise eine grundlegende Umorientierung einfordern, will ich dabei nicht in Frage stellen. Spitzt sich der medizinische und gesellschaftliche Krisenverlauf dramatisch zu, haben wir ohnehin, auch politisch, ganz andere Probleme.

Chancen auf eine andere Politik

Wir haben jedoch die Möglichkeit, für eine grundlegende Neuausrichtung des Gesundheitssystems zu streiten. Für diese wird, so die Vermutung, aktuell eine gesellschaftliche Mehrheit durchaus erreichbar sein. „Neuausrichtung“ meint in diesem Fall: Wir brauchen als Beschäftigte wie als Patient_innen eine Vergesellschaftung dieses Bereichs. Statt dass Krankenhäuser in Konzernbesitz auf die Erzielung von Rendite ausgerichtet sind, sind diese durch staatliche oder gemeinschaftlich organisierte Institutionen zu leiten. Eine solche gesellschaftliche Kontrolle benötigt auch eine politische Form, beispielsweise Gesundheitsräte, in denen die verschiedenen Interessen- und Akteursgruppen vertreten sind.¹³ Zudem brauchen wir anstelle des mittels Fallpauschalen organisierten Kostendrucks eine bedarfsgerechte Ausfinanzierung der Gesundheitsversorgung, die auch Mittel für Krisensituationen vorhält. Diese Ausfinanzierung ist sowohl vom Gesichtspunkt einer bedarfsgerechten Versorgung als auch von der Situation der Beschäftigten aus zu denken: Allgemeinverbindliche Tarifverträge können ein hinreichendes Lohnniveau für alle Krankenhausbeschäftigten sichern; als Begründung für einen solchen Schritt nennt das Tarifvertragsgesetz unter anderem, wenn „die Allgemeinverbindlicherklärung im öffentlichen Interesse geboten erscheint.“ (§5 TVG)¹⁴ Wann, wenn nicht jetzt, soll das gelten? Gleiches gilt für eine Mindestbemessung des Pflegepersonals auf den Stationen. Diese Forderung wurde von ver.di in den letzten Jahren in einigen Kliniken durch Arbeitskämpfe durchgesetzt; im Ausgang der Corona-Krise gäbe es die Chance, auch für private oder kirchliche Krankenhäuser Personaluntergrenzen zu sichern. Denn, so ver.di: „Sollen aber heute und in Zukunft genug Fachkräfte gewonnen und gehalten werden, braucht es attraktive Arbeitsbedingungen. Neben einer guten Bezahlung ist eine ausreichende Personalausstattung dafür eine Grundvoraussetzung.“¹⁵

Es lohnt sich also, eine intensive Auseinandersetzung um ein grundlegend verbessertes Gesundheitssystem zu führen: Hier wurde das Versagen von staatlicher Politik und privaten Unternehmen schon vor der Krise deutlich und rief Protest sowie Sympathie für Beschäftigte und auch Patient_innen, die darunter leiden, hervor. Es wird Zustimmung für die Aussage geben, dass man nach der Krise den Verantwortlichen ein „weiter so“ nicht gestatten kann. Denn es werden auch viele in Krankenhäusern Beschäftigten und ihre Organisationen betonen, dass sie diese Riesenaufgabe trotz und nicht wegen des Zustands des Gesundheitssystems bewältigt haben. Die Auseinandersetzung mag zunächst in Teilerfolgen wie der Abschaffung der Fallpauschalen, Aufstockung der Investitionsfinanzierung durch die Länder, gesetzliche Personaluntergrenzen in der Pflege oder dem

¹³ Ähnliches wurde im Verlauf der Finanzkrise innerhalb der Gewerkschaften schon einmal diskutiert, als es darum ging, wie mit staatlichen Mitteln vor der Insolvenz gerettete Unternehmen für Konvergenz und Regionalentwicklung eingesetzt werden könnten. Vgl. etwa: IG Metall 2009: Aktiv aus der Krise – Gemeinsam für ein gutes Leben. Aktionsplan der IG Metall. https://www.boeckler.de/pdf/v_2009_03_11_ig_metall.pdf

¹⁴ https://www.gesetze-im-internet.de/tvg/_5.html

¹⁵ <https://gesundheit-soziales.verdi.de/themen/fachkraeftemangel>

Verzicht auf weitere Privatisierungen und Standortschließungen enden. Aber auch das wäre schon viel und der Konflikt könnte zudem lokale und regionale Bündnisse stärken.

Angesichts des Klimawandels und globalen Elends wären weitaus größere Schritte, hinaus aus der kapitalistischen Produktionsweise, nötig. Von verschiedenen Seiten werden Gedanken in diese Richtung geäußert.¹⁶ Doch stellt bereits der Kampf um ein anderes Gesundheitssystem eine große Herausforderung dar. Zudem ist dieser nicht einfach einer um Reformen, sondern er enthält Elemente revolutionärer Realpolitik:¹⁷ 1) Die Lage wird für Gesundheitsarbeiter_innen und Patient_innen unmittelbar verbessert. 2) Durch die Einführung von Gesundheitsräten erhöht sich die politische Handlungsfähigkeit in diesem Bereich. Ebenso gibt die Abschaffung der Fallpauschalen, über die der Kostendruck für die einzelnen Krankenhäuser sachzwanghaft und unverhandelbar wird, diesen mehr Spielraum. 3) Die Erfahrungen aus dem Versuch, die Verwertungslogik aus einem zentralen gesellschaftlichen Bereich zurückzudrängen, sind für sich genommen lehrreich. 4) Es entsteht ein utopischer Überschuss, eine Vorstellung, wie die Selbstverwaltung und bedarfsorientierte Steuerung eines gesellschaftlichen Bereichs anstelle von Kostendruck und Profitstreben funktionieren kann.

Jedoch findet die gesetzliche Regulierung des Gesundheitsbereichs auf Bundesebene statt und die Finanzierung auf Bundes- und Landesebene. Darüber hinaus wird uns angesichts der zu erwartenden tiefen Krise vermutlich nur ein kurzes Zeitfenster zur Verfügung stehen, in dem über eventuelle Neuausrichtungen entschieden wird. Denn in der zu erwartenden Konstellation einer tiefen Rezession und sprunghaft erhöhter Staatsverschuldung wird die gegenwärtige Finanzierung des Gesundheitssystems schnell wieder als alternativlos dargestellt werden. Deshalb sind die Vorbereitung und Planung sowie der Start einer groß angelegten Kampagne, die auch große Player wie die Gewerkschaften und die politisch offenen Teile der Wohlfahrtsverbände und Kirchen einbezieht, jetzt erforderlich. Zusammenhänge wie das Netzwerk Care Revolution oder lokale Gesundheitsbündnisse, Gewerkschafts- und Parteigliederungen können dies jetzt anschieben. „Anschieben“ bedeutet, Vorschläge für wenige und prägnante Forderungen zu machen und eine Kampagne zu planen, die frühzeitig online beginnen und nach dem Ende der Einschränkungen von Bewegungsfreiheit und Versammlungsfreiheit darüber hinaus greifen kann.

In dieser politisch so lähmenden Situation einen solchen Vorschlag zu machen, kommt mir fast ein wenig verrückt vor, weil die Diskrepanz zur momentanen Einschränkung der eigenen Handlungsfähigkeit so groß ist. Jedoch scheint mir hier eine wirklich große Möglichkeit zu liegen, die wir nicht verschenken dürfen. Wichtig wäre mir eine Einschätzung Aktiver in diesem Bereich, ob die beschriebene Chance auch ihrer Meinung nach besteht, wie wir zueinanderfinden und auf welche Vorgehensweise wir uns einigen könnten, um tatsächlich gemeinsam etwas Großes ins Rollen bekommen.

Anmerkung der Redaktion des Perspektiven-Blogs der Care Revolution-Webseite: Wir freuen uns sehr über weitere Einschätzungen der Lage, kollektives Nachdenken und gemeinsames Schärfen der Analyse. Daher laden wir Euch herzlich dazu ein, die Anregung zur Diskussion in diesem Text aufzugreifen und Debattenbeiträge für den Blog zu verfassen.

Allgemeine Hinweise zum Verfassen von Beiträgen finden sich hier: https://care-revolution.org/wp-content/uploads/2016/09/Autor_innenhinweise-CareRevolutionBlog.pdf

¹⁶ Lohnenswert etwa: <http://www.oekosoz.org/wp-content/uploads/2020/04/Corona-Kapital-Krise.pdf>

¹⁷ <https://www.zeitschrift-luxemburg.de/abc-revolutionaere-realpolitik/>