

Kampffeld Gesundheitswesen

Was ist los mit dem bundesdeutschen Gesundheitswesen? Welches sind seine Defizite und inneren Widersprüche, wo liegen die Ursachen für die in der Corona-Krise in aller Deutlichkeit zu Tage getretenen Fehlkonstruktionen, die zu Personalmangel und hochgradiger Belastung der Beschäftigten, zu Rendite- und Rentabilitätsdruck führen, die den Interessen der Patient*innen und der Beschäftigten entgegenstehen? Und was muss getan werden, um dem zu begegnen? Die Redaktion hat eine Reihe von ExpertInnen aus ganz unterschiedlichen Bereichen gebeten, hierzu ihre Sicht in knapper Form darzulegen: *Ellen Ost*, Fachkrankenschwester am Universitätsklinikum Jena; *Hartmut Reiners*, langjähriger Referatsleiter in den Gesundheitsministerien von NRW und Brandenburg; *Nadja Rakowitz*, Gesundheitswissenschaftlerin und Geschäftsführerin des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte; *Hans-Jürgen Urban*, *Christoph Ehlscheid* und *Katharina Grabietz* vom Vorstand der IG Metall; *Achim Kessler*, Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE im Bundestag. (Red.)

Ellen Ost (Universitätsklinikum Jena, UKJ)

Kämpfe im Krankenhaus: Tarifvertrag Entlastung

Kurz vor den Landtagswahlen 2019 in Thüringen haben wir es geschafft, der Tarifvertrag Entlastung für das Universitätsklinikum Jena (UKJ) wurde unterzeichnet!

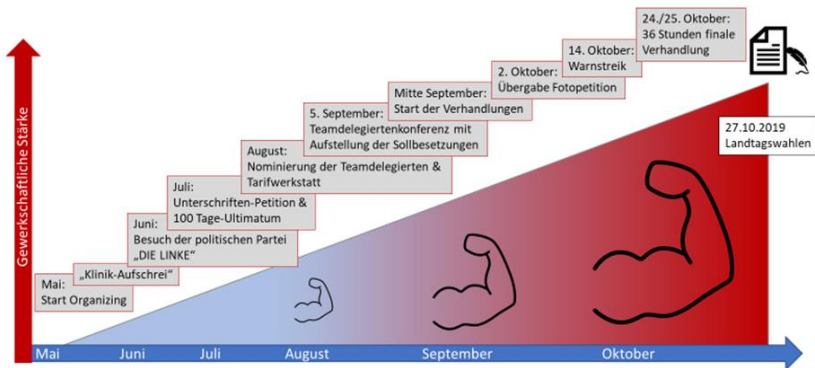
Seit 1984 bin ich im Gesundheitssystem tätig. Ich habe den Klinikbetrieb zu DDR-Zeiten miterlebt, dann kam die Wende und seit 2003 die DRGs oder Fallpauschalen. Plötzlich bekamen Krankenhäuser eine feste Pauschale für die Behandlung ihrer Patient*innen, aber eben nur eine Pauschale, welche sehr oft nicht den Aufwand für die Behandlung der jeweiligen Krankheiten deckt. Das Krankenhaus kann Verluste machen, wenn die Kosten zu hoch sind. Es gibt dem gegenüber aber auch sehr lukrative Behandlungen, welche vergleichsweise viel Geld einbringen. Krankenhäuser durften Gewinne machen, wurden privatisiert und durften Dividenden an ihre Aktionäre ausbezahlen. Der Staat, der die Infrastruktur finanzieren soll, zieht sich aus dieser Verpflichtung immer weiter zurück. Krankenhäuser müssen also diese Kosten zum großen Teil auch selbst stemmen. Das Krankenhaus fängt an zu sparen und das hat es vor allem am nichtärztlichen Gesundheitspersonal getan, besonders bei Physiotherapeut*innen, Diätassistent*innen, Mitarbeiter*innen in der Küche, Kolleg*innen aus dem Labor oder in den Funktionsabteilungen und den Pflegekräften. Es wurden in diesen Bereichen massiv Stellen abgebaut. Ganze Bereiche sind outgesourct worden, mit gravierenden Folgen. Outsourcing drängt die Beschäftigten in prekäre Arbeitsverhältnisse ohne Tarifbindung, mit schlechten Arbeitsbedingungen und niedrigen Löhnen. Dieser Stellenabbau wirkt sich direkt auf die

Arbeitsbedingungen im Krankenhaus aus, hat aber auch Folgen für die Patient*innen. So musste eine Pflegekraft immer mehr Patient*innen betreuen und hatte immer weniger Zeit für sie. Zeit spielt aber in der Pflege eine zentrale Rolle! Nur mit ausreichend Zeit ist eine qualitativ hochwertige Pflege möglich und ich brauche auch Zeit, um Hygienerichtlinien vorschriftsmäßig einhalten zu können. Genügend Zeit bedeutet weniger Stress für die Gesundheitsarbeiter*innen. Sich zu überlegen, welche pflegerische Tätigkeit ich verkürze oder ganz weglassen muss, macht hohen psychischen Druck, denn meine Arbeit an Patient*innen so auszuführen, wie ich es einmal gelernt habe, ist ein Anspruch an mich selbst, den ich all die Jahre nie verloren habe. Nicht zu vergessen ist der enorme Zeitdruck, von einem/r Patient*in zur anderen hetzen zu müssen, zu entscheiden, welchem Notruf folge ich als erstes und dann vielleicht doch die falsche Entscheidung getroffen zu haben und ja keine Aufgabe zu vergessen. Immer wieder kam es zu kritischen Situationen, weil eine Pflegekraft 13 und mehr Patient*innen betreuen musste. Zum Vergleich: eine Pflegekraft in Großbritannien betreut durchschnittlich 8,6 Patient*innen, in den Niederlanden sind es 7 und in Norwegen sind es 5,4 Patient*innen.

Viel zu lange habe ich die Arbeitsbedingungen hingenommen und bin nicht aktiv geworden. Dass es bei uns am Klinikum eine kleine Gruppe von Gewerkschafter*innen gab, wusste ich nicht.

Von der Politik in Berlin konnte ich nicht auf Hilfe hoffen. Seit Jahren werden die Mahnungen aus dem Gesundheitsbereich über zum Teil katastrophale Zustände in den Krankenhäusern überhört. Meine Kolleg*innen und ich mussten selbst aktiv werden.

Aktionsplan der Kampagne in Jena 2019



Im Mai 2019 begann unsere Kampagne mit einem Klinikumsaufschrei, der an den Klinikvorstand und die Landespolitik überreicht wurde. Hier wurde die Situation aus Sicht der Gesundheitsarbeiter*innen beschrieben. Als Ergebnis davon hat die Landtagsfraktion der Partei DIE LINKE ihre Sitzung nach Jena ver-

legt und sich drei Stunden aus verschiedenen Bereichen die Situation der Kolleg*innen und über die Patientengefährdungen durch den Personalmangel berichten lassen. In diesem Moment sind die Pflegekräfte selbst auf die politische Bühne getreten und haben die Politik mit der Realität konfrontiert. Politiker*innen haben zum ersten Mal verstanden, was eigentlich in den Krankenhäusern jeden Tag abgeht und ihre Unterstützung danach zugesichert.

Um am Klinikum gewerkschaftliche Strukturen aufzubauen, ver.di Mitglieder zu gewinnen und eine Mehrheit der Kolleg*innen in die Aktionen einzubinden und die Kampagne zu unterstützen, wurden wir von ver.di-Organizer*innen begleitet und unterstützt. Gemeinsam mit vier Organizer*innen und dem zuständigen ver.di-Gewerkschaftssekretär, die mit uns Stärketests und Aktionen entwickelten, konnten wir den Druck auf den Arbeitgeber und die Politik immer weiter erhöhen.

Am 3. Juli haben wir dem Klinikvorstand und der Landespolitik ein 100-tägiges Ultimatum gestellt und „Jenas letzte Gefährdungsanzeige“ als Unterschriftenpetition übergeben. Gefährdungsanzeigen können von einzelnen Pflegekräften oder von Teams an den Arbeitgeber gestellt werden, um auf eine Gefährdungssituation für Patient*innen oder Beschäftigte hinzuweisen. Das Ultimatum stellte die Politik und die Klinikleitung vor die Entscheidung: Entweder ihr unterschreibt einen Tarifvertrag für mehr Personal, oder wir werden zwei Wochen vor den Landtagswahlen in einen unbefristeten Streik treten! In jedem Bereich wurden Teamdelegierte gewählt, und diese haben mit ihren Teams die Forderungen, zum Beispiel die Pflegekraft-Patientenratio, für die Verhandlungen aufgestellt. Insgesamt wurden über 120 Delegierte gewählt. Die Teamdelegierten waren während der Verhandlungen in einem Nebenraum, und die Tarifkommission hat alle Entscheidungen mit ihnen beraten und abgestimmt.

Vor der 2. Verhandlungsrunde wurde dem Klinikvorstand eine Fotopetition überreicht, um den Druck noch einmal zu erhöhen. Der Vorstand ist noch immer davon ausgegangen, dass hinter der Forderung nach mehr Personal keine Mehrheit steht. Sich mit einem Foto auf einem Plakat abbilden zu lassen, war dann doch noch einmal etwas anderes. Eine Unterschrift gibt man doch schneller.

Am 14. Oktober – zwei Wochen vor den Landtagswahlen – haben wir einen Warnstreik durchgeführt mit einer letzten Warnung an die Politik. Jede Station wurde am Vormittag besucht. Viele Kolleg*innen haben Notdienst verrichtet, konnten ihr Streikrecht nicht ausüben, wurden aber auch befragt, ob sie streikbereit wären, wenn wir in einen unbefristeten Streik gehen müssten. Das Medieninteresse war groß und am Nachmittag kam es noch einmal zu einem Treffen mit Politiker*innen der Landesregierung. Ein letztes Mal haben wir hinter verschlossenen Türen die eindrucklichsten Geschichten aus dem Klinikalltag berichtet, welche zu Patientengefährdungen geführt haben. Vor dieser Drohkulisse gab es eine Kabinettsitzung, in der das UKJ Thema war. Es wurden Gelder bewilligt, es fanden Hygienekontrollen statt und die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes wurde überprüft. Der Klinikvorstand musste letztendlich den Tarifvertrag Entlastung mit uns abschließen. Dieser regelt genau, wie viele Patient*innen

von einer Pflegekraft betreut werden dürfen und das für jeden Tag und jede Schicht. Azubis und Praktikant*innen dürfen nicht mehr auf die Regelbesetzung angerechnet werden, kein Nachtdienst alleine und jeder OP-Saal muss mit zwei OP-Pflegekräften und einer Anästhesie Pflegekraft besetzt sein. Für Arbeiten in Überlastung gibt es einen Punkt, so auch für das Einspringen aus dem Frei. Habe ich sechs Punkte bekommen, erhalte ich eine bezahlte Freischicht. Der Tarifvertrag hat eine Laufzeit von drei Jahren mit Nachwirkung.

Heute wissen wir: Damit war der Konflikt nicht beendet. Die Umsetzung muss überwacht werden, es gibt immer wieder Auslegungsfragen oder Dienste werden falsch hinterlegt. Dann arbeiten Kolleg*innen in Überlastung und bekommen aber ihren Belastungspunkt nicht. Wichtig war auch die Transparenz. Jeder sollte genau prüfen können, wann er einen Punkt generiert hat, das war anfangs ein großes Problem. Auf meiner Station habe ich gemeinsam mit 12 Kolleg*innen für mehr Personal gekämpft. Heute sind wir 18 examinierte Pflegekräfte!

Im März 2020 war klar, Corona wird ein Problem für Krankenhäuser werden. Genau zu dieser Zeit trafen sich Kolleg*innen, die im ver.di Koordinierungskreis am UKJ aktiv sind, zu einem Wochenendseminar. Wir wollten ein Mitgliedertreffen vorbereiten; zu diesem Treffen sollte der Tarifvertrag Entlastung Thema sein. Auf Grund der Situation entschieden wir uns, einen offenen Brief an den Klinikumsvorstand und die Landespolitik zu verfassen. Es gab nicht genug Schutzkleidung für die Kolleg*innen, so wurden die Mund-Nasen-Masken zugeteilt, und eine Maske mussten acht Stunden getragen werden. Das Pflegepersonal wurde in keine Entscheidungen des Krisenstabs einbezogen. In unseren Augen war das nicht vertretbar, denn die Kolleg*innen sind seit Jahren diejenigen, welche die Stationen am Laufen halten. Sie sind die Expert*innen und ihnen ist es zu verdanken, dass das ganze System noch nicht zusammengebrochen ist.

Wie wichtig ausreichend Personal und gute Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern, aber auch in Pflegeheimen sind, zeigt die Corona Pandemie sehr deutlich. Für unsere Intensivstationen ist eine 1:2 Pflegekraft-Patienten-Ratio mit dem Arbeitgeber vereinbart. Bevor die Kolleg*innen das Patientenzimmer betreten, müssen sie ihre persönliche Schutzausrüstung anlegen, das braucht Zeit und besonders beim Ablegen dieser ist es wichtig, nach einer bestimmten Reihenfolge vorzugehen, um sich nicht selbst anzustecken. Je mehr Patient*innen von einer Pflegekraft betreut werden müssen, desto größer ist der Stress und vor allem der Zeitdruck. Ein Fehler kann fatale Folgen haben – für einen selbst, für die eigene Familie, für die Kolleg*innen und für das persönliche Umfeld.

Die Gesundheitsarbeiter*innen sind eine sehr große Berufsgruppe und haben eine große Macht, wenn die Mehrheit sich in der Gewerkschaft zusammenschließt. Unser Kampf an der Uniklinik in Jena zeigt, was wir für ein unglaubliches Potenzial haben, die Politik und die Klinikleitungen zu zwingen, die Arbeitsbedingungen sowie die Patientenversorgung zu verbessern und die Gesundheitsberufe finanziell aufzuwerten. Dafür werde ich auch in Zukunft kämpfen.

*Hartmut Reiners**

Dauerbaustellen der Gesundheitspolitik

In der Gesundheitspolitik gibt es seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, eine Reihe von Dauerbaustellen, die sich auf Reparaturarbeiten beschränken, wo Grundsanierungen erforderlich wären. In der hier gebotenen Kürze können nur vier Schwerpunkte angerissen werden. Weitere Themen wären der Öffentliche Gesundheitsdienst und die Prävention, die Aus- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen sowie deren Kooperation.

Versorgungsstrukturen

Im deutschen Gesundheitswesen gibt es ein Nebeneinander von Über- und Unter-versorgung. Besonders auffällig ist diese Paradoxie bei den Krankenhäusern, deren Zahl und Bettenkapazitäten eigentlich überdimensioniert sind. Darin liegt auch eine der Ursachen des Mangels an Pflegekräften. Deren Zahl ist bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland im internationalen Vergleich überdurchschnittlich hoch, aber bezogen auf die Zahl der stationär versorgten Patientinnen und Patienten niedrig. Von denen hätten nach Angaben der OECD im Jahr 2017 fünf Millionen ambulant behandelt werden können. Das hängt auch mit Lücken in der ambulanten Notfallversorgung zusammen, die zunehmend den Krankenhäusern aufgebürdet wird. Zudem gibt es bei uns eine relativ hohe Zahl von Überweisungen von einer Klinik in eine andere, weil es zu viele Häuser mit einer unzureichenden Ausstattung für kompliziertere Behandlungsfälle gibt.

Die Wurzel dieser Fehllokationen liegt in der strikten Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung. Die Entwicklung in der Medizin sowie die Dominanz von chronischen Krankheiten erfordern integrierte Versorgungsketten, denen die getrennte Verantwortung für die Sicherstellung der Versorgung und unterschiedliche Vergütungssysteme für Krankenhäuser und Arztpraxen gegenüberstehen. Für die ambulante Versorgung sind die Krankenkassenverbände und die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zuständig. Die Krankenhausplanung ist Sache der Länder. Eine Abstimmung findet allenfalls informell statt. Der Knackpunkt ist das Monopol der KVen in der ambulanten Versorgung, Krankenhäuser können sich nur in eng begrenzten Bereichen ohne deren Zustimmung an der ambulanten Versorgung beteiligen.

Seit Ende der 1990er hat es mehrere Anläufe zur stärkeren Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung gegeben. Sie haben zu einigen regionalen Initiativen geführt, aber zu keinen flächendeckenden regionalen Versorgungsmodellen. Das Sozialgesetzbuch V eröffnet zwar vielfältige Möglichkeiten zur Kooperation und Integration ambulanter und stationärer Einrichtungen, aber die sind von der Bereitschaft der Akteure zur Zusammenarbeit abhängig. Es sind „Kann“-

* Der Verf. war über zwanzig Jahre Referatsleiter in den Gesundheitsministerien von NRW und Brandenburg (Red.).

oder „Soll“-Bestimmungen, aber keine verbindlichen Regeln zur Kooperation von Arztpraxen und Krankenhäusern. Zudem sind Leistungen wie ambulantes Operieren und ambulante Behandlungen in der hochspezialisierten Versorgung etwa in der Onkologie für die Krankenhäuser in der Regel finanziell nicht attraktiv und gehen an den betriebswirtschaftlichen Bedingungen der Krankenhäuser vorbei. So manches regionale Kooperationsmodell von Arztpraxen und Krankenhäusern ist daran gescheitert. Ohne eine Aufhebung des Monopols der KVen in der ambulanten Versorgung wird sich daran nichts ändern.

Krankenhausfinanzierung

Das duale Finanzierungssystem der Krankenhäuser ist gescheitert. Es sieht vor, dass die Länder die Investitionskosten der Plankrankenhäuser tragen, während die von den Krankenversicherungen gezahlten Vergütungen die laufenden Betriebskosten decken sollen. In den vergangenen zwanzig Jahren haben die Länder ihre Fördermittel für die Krankenhäuser halbiert mit der Folge eines großen Investitionsstaus. Mittlerweile finanzieren die Krankenhäuser die Hälfte ihrer Investitionen aus den DRG-Fallpauschalen der Krankenkassen, die dafür nicht kalkuliert sind. Das geht zu Lasten der Stellen für Funktionsdienste und Pflegekräfte. Während die Zahl der in Krankenhäusern arbeitenden Ärztinnen und Ärzte sich seit 1998 um über fünfzig Prozent erhöht hat, ist die Zahl der Pflegekräfte um fünf Prozent gesunken. Die jetzt beschlossene Ausgliederung der Pflegekosten aus den DRGs und die Anhebungen ihrer Gehälter werden das Problem etwas lindern, aber nicht wirklich lösen können.

Die Krankenhausfinanzierung muss grundlegend reformiert werden. Das betriebswirtschaftlich unsinnige duale System von Investitions- und Betriebskostenfinanzierung sollte durch ein monistisches Vergütungssystem ersetzt werden. Die so neu zu bildenden DRGs sollten auf ihren ursprünglichen Zweck zurückgeführt werden, als Kalkulationsgrundlage für Klinikbudgets zu dienen. Diese sollten in den regionalen Verhandlungen mit den Krankenkassen prospektiv festgelegt werden. Das gegenwärtige DRG-System hat als Preissystem mit fast 2000 Positionen eine disfunktionale Dynamik entwickelt und zu Fehlanreizen geführt, die vor allem zu Lasten der Grundversorgung und der Abteilungen mit hohem Personalaufwand gehen, zum Beispiel in der Pädiatrie. Ein Zurück zu den tagesgleichen Pflegesätzen ist keine tragfähige Alternative. Sie würde nur einen Austausch von Fehlanreizen bringen, aber kein leistungsgerechtes Vergütungssystem.

Ärztliche Vergütungen

Das duale System der Vergütungen in der ambulanten Versorgung mit der Gebührenordnung Ärzte (GOÄ) für Privatrechnungen und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der kassenärztlichen Versorgung hat keine ökonomisch-rationale Grundlage. Es führt zu medizinisch nicht begründbaren Einkommensunterschieden unter den und auch innerhalb der ärztlichen Fachdisziplinen. In technisch aufwändigen Gebieten wie der Kardiologie, Radiologie oder der operierenden Augenmedizin erzielen die Arztpraxen doppelt so hohe Überschüsse wie in der Allge-

meinmedizin oder der fachärztlichen Grundversorgung (Pädiatrie, Gynäkologie, konservative Augenmedizin). Diese Diskrepanzen sind Ausdruck von Machtverhältnissen innerhalb der Ärzteschaft und nicht von Leistungsunterschieden.

Die von der Bundesregierung eingesetzte Kommission zur Reform der ärztlichen Vergütung konnte Ende 2019 keine Ergebnisse präsentieren, die diese ungerechtfertigten Unterschiede beseitigen würden. Die Kommission hat sich um eine entscheidende Frage herumgedrückt: Wie kann eine einheitliche Grundlage für die Kalkulation ärztlicher Leistungen in allen Versorgungsbereichen aussehen? Der kalkulatorische Arztlohn muss eine einheitliche Grundlage bekommen, um zu einer leistungsgerechten Vergütungsordnung in allen Versorgungsbereichen zu kommen. Orientierungsmarken könnten die in den Krankenhäusern geltenden Tarifverträge für Ärztinnen und Ärzte sein, die bereits jetzt für die Kalkulation der Gebührenordnungspositionen des EBM in der kassenärztlichen Versorgung verwendet werden.

Einheitliches Krankenversicherungssystem

Deutschland leistet sich ein in Europa einmaliges duales System von gesetzlicher und privater Krankenversicherung (GKV, PKV). In allen anderen Ländern beschränkt sich das Geschäftsmodell der PKV auf Ergänzungen zu den Leistungen der öffentlichen Versorgungssysteme. Das Nebeneinander von PKV und GKV in der Vollversicherung lässt sich ökonomisch nicht begründen, wie sogar der Wirtschafts-Sachverständigenrat in seinem Jahresgutachten 2004 feststellte. Die PKV bietet gegenüber der GKV keine besseren Leistungen. In den Krankenhäusern zahlt die PKV die gleichen Fallpauschalen wie die GKV. Der Privatpatientenstatus ist dort von Zusatzversicherungen abhängig, die auch über sechs Millionen GKV-Mitglieder haben. Sie decken eine komfortablere Unterbringung und die Chefarztbehandlung ab, bieten aber keine bessere medizinische Versorgung. In der ambulanten Versorgung sind die Ausgaben der PKV pro Fall bei gleichen Leistungen mehr als doppelt so hoch wie in der GKV. Das gilt auch für die Verwaltungskosten, die in der PKV bei zwölf Prozent der Ausgaben liegen, in der GKV bei knapp sechs Prozent. Alles in allem ist die PKV eine Verschwendung volkswirtschaftlicher Ressourcen. Hätten wir ein einheitliches Krankenversicherungssystem, könnten die Beitragssätze der GKV je nach Ausgestaltung der Beitragsbemessungsgrenze um bis 3,5 Prozentpunkte gesenkt werden.

Grundsätzlich hat der Gesetzgeber für die Gestaltung eines einheitlichen Krankenversicherungssystems einen breiten Spielraum. Das Bundesverfassungsgericht hat in verschiedenen Urteilen klargestellt, dass sowohl die Festlegung einer allgemeinen Krankenversicherungspflicht als auch dessen Ausgestaltung nach dem Solidaritätsprinzip verfassungskonform sind. Es wäre demnach kein verfassungsrechtliches Problem, Beamte aus dem Beihilfesystem mit hälftiger Absicherung durch die PKV Schritt für Schritt in die GKV zu überführen. Ungeklärt sind hingegen die Eigentumsverhältnisse bei den Rückstellungen der PKV zur Absicherung der mit dem Alter wachsenden Behandlungskosten, die 2019 insgesamt 275 Milliarden Euro betragen. Deren Mitnahme bei einem Wechsel von Versicherten von der PKV zur GKV ist gegenwärtig nicht möglich und bedarf einer gesetzlichen Regelung.

Nadja Rakowitz (Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte, vdää)

Große Herausforderungen in der Gesundheitspolitik

In der Corona Pandemie zeigt sich wie unter einem Brennglas, was passiert, wenn man die stationäre Versorgung kapitalistisch durchökonomisiert und mit einem Konkurrenzmechanismus und einem (Fest-)Preissystem wie den G-DRG versieht: Vorgehaltene, also zunächst einmal leere Betten werden nicht finanziert; Kooperation der Krankenhäuser (KH) bei der Versorgung von einer plötzlichen großen Anzahl von Patient*innen steht in Widerspruch zur Konkurrenz; Transparenz über die reale Zahl der Intensivbetten und anderer Strukturen gibt es nicht, denn die gehören zum „Geschäftsgeheimnis“; große Lager für Schutzausrüstungen für den Pandemienotfall gibt es nicht, denn Lagerkosten sind dem neoliberalen Ökonomen ein Dorn im Auge; genügend Pflegepersonal für eine bedarfsgerechte Pflege gibt es nicht, weil der Abbau, also die Einsparung von Pflegekräften, eine der zentralen Stellschrauben im Konkurrenzkampf ist und weil das alles dazu geführt hat, dass dieser Beruf immer unattraktiver wird.

Die Umstellung auf Pandemie-, also Krisenmodus rief mehrfach die Idee auf den Plan, die DRG-Finanzierung auszusetzen und – zumindest für das letzte und dieses Jahr – wieder zu einem Selbstkostendeckungsprinzip zurückzukehren. Was die Not sogar dem Chef der Deutschen Krankengesellschaft (DKG) förmlich aufdrängt, schlägt das Bündnis KH statt Fabrik schon seit Langem vor – und mit ihm der vdää, ver.di, attac, die LINKE (zum Teil auch gegen den Rat als links geltender Gesundheitswissenschaftler*innen oder -ökonom*innen, wie zum Beispiel Hartmut Reiners, der als Folge davon „Freiheitsberaubung“ durch zu lange Verweildauern sieht, vgl. Sozialismus, Nr. 7/8 2020): Selbstkostendeckung ist das einzig sinnvolle Prinzip der Finanzierung der Daseinsvorsorge. Es müsste so geregelt sein, dass dieser Sektor auch für die private Industrie nicht mehr interessant ist, weil es Gewinne verbietet.

Beide Herausforderungen für die Zukunft, die Reform der Finanzierung der KH wie auch eine Wiederaneignung der Planung durch die Politik, nehmen seit letztem Jahr die Neoliberalen ebenfalls an. Sie verfolgen allerdings immer noch dasselbe Ziel, jetzt nur mit anderen Mitteln. Immer noch geht es der Politik und ihren Berater*innen um eine für sinnvoll und kostengünstiger gehaltene Zentralisierung der Krankenhauslandschaft. Dabei werden die Schließung kleiner Krankenhäuser auf dem Land und entsprechend weite Anfahrtswege für die Patient*innen in Kauf genommen. Uns geht es dagegen darum, eine bedarfsgerechte Versorgungsstruktur zu gestalten und kontinuierlich weiterzuentwickeln. Dazu ist ein wissenschaftlich fundierter und erfahrungsbasierter Planungsprozess unter öffentlicher Verantwortung notwendig. Dies erfordert eine politische Diskussion und demokratische Kontrolle. Dabei ist insbesondere eine Partizipation der Betroffenen (Versicherte, Patient*innen, nicht-ärztliche und ärztliche Leistungserbringer*innen, Krankenkassen, Gewerkschaften, staatliche Institutionen) unverzichtbar.

Dabei dürfen wir genauso wenig wie die Neoliberalen stehenbleiben bei der aktu-

ell gültigen und so unsinnigen Sektorenabgrenzung im deutschen Gesundheitswesen. Eine Planung bedarfsgerechter Strukturen ist nur sinnvoll, wenn sie die medizinische Versorgung nicht in ambulant, stationär etc. einteilt. Zumal sich die ärztliche Selbstverwaltung im ambulanten Sektor als unfähig erwiesen hat, die ambulanten Strukturen so zu planen, dass bei jährlich wachsenden Arztzahlen die Verteilung dieser Ärzt*innen so erfolgt, dass die Versorgung flächendeckend sichergestellt ist, in der Provinz wie der Stadt, in armen wie in reichen Stadtvierteln oder Gegenden. Ein Grund dafür ist sicher die schon immer vom vdää kritisierte Organisation des ambulanten Sektors durch Ärzt*innen mit Kleinunternehmerstatus, die allzu oft Freiberuflichkeit verwechseln mit „freiem Unternehmertum“. Dass dies problematisch ist, zeigte sich jetzt wieder mit der Corona-Pandemie. Viele Allgemeinmediziner*innen verweigerten z.B. schlichtweg Patient*innen mit Corona-Symptomen den Zutritt zur Praxis und verwiesen sie an spezielle „Corona-Praxen“. Die KV hat sich in der ersten Welle weggeduckt und nicht ernsthaft darum gekümmert, wie der Sicherstellungsauftrag in dieser Situation erfüllt werden konnte. Sie hat als verantwortlicher Akteur versagt. In der Perspektive auf eine bedarfsgerechte, auch präventiv ausgerichtete und soziale Determinanten von Gesundheit berücksichtigende Primärversorgung (in öffentlicher Hand) sehen wir hier also einen enormen Reformbedarf.

Dies auch deshalb, weil die alten Kleinunternehmerstrukturen hier unter dem Druck einer größeren Ökonomisierung stehen, die von privaten Krankenhauskonzernen, großen Investoren, Private Equity Gesellschaften etc. ausgeht. Im Bereich der – von ihrer Idee her janusköpfigen – Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), in denen Ärzt*innen einerseits endlich als Angestellte arbeiten könnten, die andererseits aber von Anbeginn das Potential hatten, die weitere Kapitalisierung der ambulanten Versorgung zu fördern, gibt es – spätestens seit man 2018 ermöglicht hat, auch nur eine Fachrichtung in einem MVZ zuzulassen – erste Übernahmen in medizinischen Facharzt-Bereichen wie Zahnmedizin, Augenheilkunde, Radiologie. Es werden dort neue Unternehmensketten aufgebaut, bei denen zentrale Funktionen, z.B. Rechnungswesen, Einkauf und Qualifizierung, den dezentralen Betriebsstandorten bereitgestellt werden. Seitdem sind dort einige kapitalkräftige, fondsbasierte Private Equity-Gesellschaften aus den europäischen Nachbarländern und aus den Vereinigten Staaten aktiv. Das heißt, wir erleben gerade den Beginn einer großen polit-ökonomischen Umstrukturierung des ambulanten Sektors vom Kleinunternehmertum hin zu kapitalistischen Konzernen. Während aber Krankenhauskonzerne mit ihren MVZ immerhin meist noch regionale Versorgungsstrukturen im Blick haben bzw. haben müssen, interessiert dies Privat-Equity Fonds nicht, ihnen geht es nur um Profite. Das hat Konsequenzen für die Strukturen wie für die Beschäftigten und Patient*innen.

Dieser Prozess ist gerade erst in seinen Anfängen, aber wenn er nicht bald gestoppt wird, wird es immer schwerer werden, diesen Sektor einmal gemeinwohlorientiert und demokratisch umzugestalten. Es war und ist schon schwer genug, gegen die Interessen der Kleinunternehmer Politik zu machen, das große Kapital wird es nicht leichter machen. Allerdings könnten wir hier die Kleinunternehmer eventuell auf unsere Seite ziehen, denn die Mehrheit der Ärzteschaft

– so scheint es mir – will nicht im Auftrag des großen Kapitals arbeiten. Während viele von diesen allerdings am liebsten den status quo erhielten oder zu ihren Gunsten ausbauen, wollen wir den ambulanten Sektor umbauen in eine Primärversorgungsstruktur, in der viele Gesundheitsprofessionelle und andere auf Augenhöhe zusammenarbeiten.

Die dritte große Herausforderung der nächsten Jahre wird die Finanzierung des Gesundheitswesens sein. Unsere griechischen Freunde haben es uns immer prophezeit: Die Bestie (der Austeritätspolitik) wird auch zu Euch kommen. Mir scheint, dass es bald so weit sein wird: Nachdem in der Folge von Corona gigantische Schulden gemacht wurden, ist in den nächsten Jahren eine beinharte Austeritätspolitik zu erwarten, die gerade vor den sozialstaatlichen Einrichtungen nicht Halt machen wird. Sicher wird das Gesundheitswesen unter starken finanziellen Druck geraten. Deshalb, aber auch weil die gesetzlichen Krankenkassen in den letzten Jahrzehnten als solidarische Institutionen immer weiter ausgehöhlt und zu unternehmensähnlichen Gebilden umgebaut wurden (Konkurrenz unter den Kassen, Wahltarife, Insolvenzrecht, Kartellrecht ...), ist es nach der Einschätzung des vdaä dringend notwendig, endlich eine konsequente solidarische Bürger*innenversicherung einzuführen, zu der folgende Momente gehören müssen:

- Die gesamte Wohnbevölkerung ist in der solidarischen Bürger*innenversicherung versichert, PKV wird abgeschafft, Personen ohne Einkünfte sind beitragsfrei versichert;
- Verbeitragung aller Einkommen und aller Einkommensarten, Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze;
- paritätische Finanzierung durch Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen;
- Abschaffung von Zuzahlungen und Zusatzbeiträgen;
- einheitlicher Leistungskatalog mit allen medizinisch notwendigen Leistungen.

Mit der Einführung einer solidarischen Krankenversicherung ohne Beitragsbemessungsgrenze und der Integration der ausschließlich privat Versicherten in diese könnte der Reichtum in dieser Gesellschaft angemessen und gerecht zur Finanzierung des Gesundheitswesens herangezogen werden. Der Beitragssatz würde zumindest für jene Einkommen sinken, die bislang unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze lagen.

Auch die Pflegeversicherung soll bei dieser Gelegenheit zu einer *solidarischen* Pflegeversicherung ausgebaut werden, die den gleichen Prinzipien unterliegt wie die Krankenversicherung. Alleine das würde die Verhältnisse in der Altenpflege aber noch nicht qualitativ angemessen verbessern, so lange dieser Sektor zu großen Teilen privatisiert ist. Auch die Altenpflege ist Teil der Daseinsvorsorge und müsste privaten Profitinteressen entzogen werden. Dass dies in einem kapitalistischen Land in der EU sehr wohl möglich ist, zeigt das Beispiel Dänemarks.

Ein weiteres Thema ist sowohl ein eigenständiges als auch ein Querschnittsthema für alle Bereiche: Armut und Gesundheit. Das Vorhandensein gesundheitlicher Ungleichheiten, also von Unterschieden, die *vermeidbar*, *unnötig* und *ungerecht* sind, bedeutet immer auch, dass ein Teil der Gesamtkrankheitslast und der vor-

zeitigen Sterblichkeit in einer Gesellschaft verhinderbar wäre. International zeigen uns die Erfahrungen, dass eine wirkliche Veränderung dieses Verhältnisses nur bei gleichzeitigen Aktionen auf unterschiedlichen Ebenen zu erzielen ist. Dabei werden politische Veränderungen, die zu einer Reduzierung sozialer Ungleichheiten führen könnten, immer noch oft vernachlässigt. Die medizinischen Berufe sind hier in einer besonderen Verantwortung. Zum einen müssen sie die Lebensverhältnisse ihrer Patient*innen in die Planung der v.a. primärmedizinischen Versorgung integrieren und Möglichkeiten der konkreten sozialen und psychologischen Interventionen auf der individuellen Ebene schaffen. Das reicht aber nicht. Es ist daher die Aufgabe kritischer Mediziner*innen, sich auch für politische und ökonomische Veränderungen einzusetzen, die zu sozialer Gerechtigkeit und einer Verbesserung der Lebensbedingungen der sozial und gesundheitlich Benachteiligten beitragen. Das ist sicher das dickste Brett ...

*Hans-Jürgen Urban / Christoph Ehlscheid / Katharina Grabietz
(IG Metall)*

Gesundheitssystem im Stresstest

Die durch das SARS-CoV-2-Virus ausgelöste Pandemie stellt eine historische Herausforderung für Gesundheitspolitik und Gesundheitssysteme weltweit dar. Ein Ende ist nicht absehbar und eine wirtschaftliche, soziale und gesundheitspolitische Bilanz wäre verfrüht. Auch internationale Vergleiche der vorgeblichen Stärken und Schwächen der nationalen Anti-Corona-Strategien und der jeweiligen Gesundheitssysteme stehen auf schwacher Grundlage. Zu unterschiedlich sind die Ausgangsbedingungen bezüglich relevanter Faktoren wie Bevölkerungsdichte, demografische Struktur und Anzahl der Risikogruppen oder auch hinsichtlich der klimatischen Voraussetzungen.

Bezogen auf die deutschen Verhältnisse kann jedoch bereits festgestellt werden, dass ein selbstzufriedenes Schulterklopfen nach dem Motto „unser Gesundheitssystem hat die Pandemie bislang gut gemeistert“ alles andere als gerechtfertigt wäre. Zwar kollabierte das Gesundheitssystem bislang nicht und ein versorgungspolitischer Notstand im Bereich der Intensivmedizin, wie er im Frühjahr des letzten Jahres in Norditalien offenkundig war, blieb hierzulande bisher aus. Ein Umstand, der vor allem dem über die Belastungsgrenzen hinausgehenden Engagement von Pflegekräften, Ärzt*innen und Mitarbeiter*innen der Gesundheitsämter zu verdanken ist.

Gleichwohl hat der Corona-Stresstest auch in Deutschland eklatante Defizite in Gesundheitspolitik und Gesundheitssystem zu Tage gefördert: Fehlende Pflegekräfte, überforderte Gesundheitsämter, Engpässe bei Intensivbetten, Beatmungsgeräten, Schutzmasken oder Desinfektionsmitteln sind Stichworte, die auf Strukturprobleme verweisen. Ursachen und Lösungsszenarien weisen weit über den gesundheitspolitischen Notfall der Pandemie hinaus.

Nach der Corona-Krise ist vor der Reform

Diese Defizitanalyse sollte Anlass genug sein, die seit Jahrzehnten bekannten Strukturprobleme anzugehen und eine reformpolitische Erneuerung der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems voranzutreiben. Folgenden Aspekten sollte dabei besondere Aufmerksamkeit zukommen:

1. „Health in all Policies“: Gesundheitsziele als gesamtgesellschaftliche Aufgabe

Pandemieverlauf und ergriffene Eindämmungsmaßnahmen unterstreichen eine Erkenntnis, die in Gesundheitswissenschaft und -politik mit dem Public Health-Ansatz verbunden ist. Demnach muss eine auf die Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Gesamtbevölkerung ausgerichtete Politik über eine bestmögliche, bedarfsgerechte medizinische Versorgung im Krankheitsfall hinaus als ressortübergreifende, ganzheitliche Querschnittsaufgabe der Gesundheitsförderung und -prävention konzipiert werden.¹ Auch im Pandemie-Fall bedeutet das, dass das Spektrum der Präventionsmaßnahmen von der Aufklärung über wichtige Verhaltensregeln (hier das bekannte „AHA-plus-L“-Konzept) über Formen der Arbeits- und Technikgestaltung in Fabrikhallen und Büros bis hin zur Schließung von Teilbereichen des öffentlichen Lebens reichen kann, respektive reichen muss. Auch wenn es sich bei einer Pandemie um eine Ausnahmesituation handelt, bietet die aktuelle Corona-Krise Anlass genug, das Konzept der „Health in all Policies“² und das damit verbundene Leitbild einer gesundheitsbasierten Interventionspolitik in Erinnerung zu rufen. Das schließt die Erkenntnis ein, dass Gesundheitspolitik sich nicht auf das Dreieck zwischen Hausarzt, Krankenhaus und Krankenkasse reduzieren darf, sondern vor allem auf Gesundheitsprävention in allen gesellschaftlichen Bereichen fokussiert sein muss.

2. Massiver Handlungsbedarf im Setting Betrieb

Unter den gesellschaftlichen Settings, denen der Public Health-Ansatz eine besondere Bedeutung zumisst, nimmt die Arbeitswelt noch einmal eine Sonderstellung ein. Der Anspruch auf gesundheitspolitische Interventionen, die sich an den systemischen Gesundheitsrisiken kapitalistischer Lohnarbeit orientieren, gehört zum Selbstverständnis dieses Ansatzes. Daher stößt er sich geradezu zwangsläufig an der weitgehenden und eklatanten Vernachlässigung der Betriebe und Verwaltungen als potenziellem Infektionssetting in der offiziellen Pandemiebekämpfung. Auch in Corona-Zeiten sollte die erhebliche Lücke, die zwischen der üblichen Präventionspolitik in den meisten Betrieben und den öffentlichen Management-Erzählungen klafft, Ansatzpunkt einer umfassenden und systematischen Gesundheitsförderungspolitik sein.³ Der Skandal in der

¹ Vgl. Rolf Rosenbrock und Thomas Gerlinger, Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, Bern 2014.

² WHO 2014, Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action – https://bit.ly/3bTdcDt_

³ Vgl. Befunde zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gewerkschaftlichen Strategien in:

Fleischwirtschaft, der nicht nur eine Verletzung verbindlicher Hygienestandards, sondern eine umfassende Missachtung der Menschenwürde der Beschäftigten offenkundig macht, sollte nicht ohne politische Konsequenzen in Vergessenheit geraten. Arbeitsforschung und -wissenschaft belegen in unzähligen Studien, dass die gesundheitsgefährdenden Belastungen in der Arbeitswelt immer weiter steigen. Eine längst überfällige Präventionsoffensive müsste die gravierenden Umsetzungsdefizite bei den Gefährdungsbeurteilungen angehen, Regelungslücken im Arbeitsschutz schließen (Stichwort: psychische Belastungen) und die staatliche Arbeitsschutzaufsicht ausbauen. Die Festlegung einer Mindestbesichtigungsquote⁴ ist ein erster Schritt. Auf diesen Maßnahmen sollte eine Infektionsschutz-Politik aufsetzen, die die Systeme des betrieblichen und außerbetrieblichen Arbeitsschutzes dort ergänzt und radikalisiert, wo das Coronavirus besondere Risikolagen erzeugt.

3. Raus aus der Ökonomisierungslogik

Eine an offensiven und vor allem präventiven Gesundheitszielen orientierte Politik kann nur gelingen, wenn ein starker Sozialstaat über ausreichende Finanzmittel und ausgebaute sozialstaatliche Institutionen verfügt. Sie müssen eine solche aus Gesundheitszielen abgeleitete Interventionspolitik tragen. Eine Sozialpolitik, die in der austeritätspolitischen Philosophie der „Schwarzen Null“ eingeschnürt ist und auf Privatisierung und Wettbewerbsorientierung setzt, kann dem nicht gerecht werden. Wer unter diesem politisch erzeugten Spardiktat die Arbeitsschutz-Aufsichtsbehörden der Länder ausdünnert oder seit Jahren die Zahl der Ärzt*innen in den Gesundheitsämtern zusammenstreicht, reduziert nicht nur die politischen Kontrollkapazitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Die Folge ist, dass die Unternehmen Arbeitsschutzvorschriften schlicht ignorieren und die dringend notwendige Nachverfolgung von Infektionsketten im Pandemiefall schnell an ihre Grenzen stößt. Und im Gesundheitssystem verweisen Pflegenotstand und fehlende Intensivkapazitäten, Überversorgung bei gewinnträchtigen medizinischen Leistungen und Unterversorgung bei „betriebswirtschaftlich weniger attraktiven“ auf eine jahrzehntelange Ökonomisierungs- und Privatisierungspolitik, die das Kosten- und Renditedenken bei Leistungsanbietern befeuert und zu Fehlsteuerungen und Fehlallokationen geführt hat. Wer die Überversorgung bei Wirbelkörperoperationen oder die Unterversorgung bei der pflegerischen und palliativmedizinischen Betreuung schwerkranker Menschen überwinden will, muss sich endlich auf den Weg machen und ernsthaft an der Einführung neuer, bedarfs- und verteilungsgerechter Steuerungsformen im Gesundheitssektor arbeiten.⁵

Christoph Schmitz und Hans-Jürgen Urban (Hrsg.), Demokratie in der Arbeit. Eine vergessene Dimension in der Arbeitspolitik? Jahrbuch Gute Arbeit 2021, Frankfurt/M. 2021.

⁴ Durch Einführung einer Mindestbesichtigungsquote im Arbeitsschutzgesetz soll schrittweise eine deutliche Steigerung bei den Betriebsbesichtigungen erreicht werden. Diese Neuregelung im Rahmen des Arbeitsschutzkontrollgesetzes sind seit 1.1.2021 in Kraft: <https://bit.ly/2M217Rv>.

⁵ Vgl. zur Über-, Unter- und Fehlversorgung und neuen Formen der bedarfsgerechten Steuerung:

4. Für ein solidarisches Finanzierungsmodell der gesetzlichen Krankenversicherung

Zur Bekämpfung der drohenden ökonomischen Folgen der Pandemie wurden Finanzsummen mobilisiert, die noch vor wenigen Monaten geradezu undenkbar waren. Dennoch könnte in den kommenden Jahren die Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem sozial- und gesundheitspolitischen Schlüsselproblem werden. Bereits für 2021 zeichnet sich nach Prognosen des GKV-Schätzerkreises⁶ eine Deckungslücke zwischen Einnahmen des Gesundheitsfonds und erwarteten Ausgaben der Krankenkassen von rund 16 Mrd. Euro ab. Mit dem Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) soll die Finanzierungslücke durch die temporäre Anhebung des Bundeszuschusses (5 Mrd.) und eine Vermögensübertragung aus den Finanzreserven der Krankenkassen (8 Mrd.), also aus Mitteln der Beitragszahler, geschlossen werden. Zudem steigt der durchschnittliche Zusatzbeitragssatz im Jahr 2021 von 1,1 Prozent um 0,2 Prozentpunkte auf 1,3 Prozent.

Doch durch diese Maßnahmen dürfte sich die Finanzierungslücke nicht schließen lassen. Die Finanzbasis des GKV-Systems bleibt prekär. Dabei geht der überwiegende Teil der Kostensteigerung nicht auf pandemiebedingte Zusatzausgaben zurück. Er ist Resultat einer teuren und in Teilen gesundheitspolitisch fragwürdigen Gesetzgebung, die für Leistungserbringer (Ärzte, Krankenhäuser usw.) mehr Geld bedeutet, ohne eine bessere Versorgung sicherzustellen. Diese Gesetze werden auch in den nächsten Jahren zu erhöhten Kosten führen. Ein Rückgriff auf die nun aufgebrauchten Finanzreserven des GKV-Systems wird dann jedoch nicht mehr möglich sein.

Die gesteigerte öffentliche Aufmerksamkeit für den Wert eines nachhaltig finanzierten Gesundheitssystems sollte genutzt werden, eine grundlegende Reform des Finanzierungsmodells der gesetzlichen Krankenversicherung einzuleiten. Argumente dafür, dass der Dualismus zwischen privater und gesetzlicher Krankenversicherung verteilungspolitisch ungerecht ist, zeigen sich einmal mehr: Die gesetzlich Versicherten finanzieren Leistungen, die auch Privatversicherte nutzen. Milliarden schwere Extraausgaben im Gesundheitssystem infolge der Pandemie werden im Wesentlichen von gesetzlich Versicherten getragen oder vorfinanziert.⁷ Zu Gute kommen sie aber auch Privatversicherten. Aber

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2001 u. 2018 – <https://bit.ly/39JOHG5>. Zum System der Krankenhausfinanzierung vgl. Jürgen Wasem, Systeme der Krankenhausfinanzierung, in Jürgen Klauber et al. (Hrsg.), Krankenhaus-Report 2020, <https://bit.ly/2MHnOuu>; Dietrich et al., Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems, Berlin/Heidelberg 2019.

⁶ Gemäß § 220 Abs. 2 SGB V schätzt der beim Bundesamt für Soziale Sicherung gebildete Schätzerkreis jedes Jahr bis zum 15. Oktober für das jeweilige Jahr und das Folgejahr die Höhe der voraussichtlichen beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der Krankenkassen, die Höhe der voraussichtlichen jährlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds und der voraussichtlichen jährlichen Ausgaben der Krankenkassen sowie die voraussichtliche Zahl der Versicherten und Mitglieder der Krankenkassen. Zu den Schätzungen für 2020/21: <https://bit.ly/3qHozTf>.

⁷ Beispiele hierfür sind die Covid-19-Testungen für Reiserückkehrer, der zusätzliche Bedarf an Schutzausrüstung für medizinisches Personal, die Finanzierung der zusätzlichen Intensivbetten

auch aus versorgungspolitischer Perspektive erweist sich die Trennung als kontraproduktiv: Ohne das schnelle und vor allem einheitliche Handeln der Institutionen der Selbstverwaltung wären die notwendigen Maßnahmen zur Anpassung der Versorgungsstrukturen an die Pandemiebedingungen nicht möglich gewesen. Privat Krankenversicherte profitieren von diesem „Umbau“, ohne dass die private Versicherungswirtschaft hierzu einen angemessenen Beitrag geleistet hätte.⁸ Die private Krankenversicherung ist in der Rolle des „versorgungspolitischen Trittbrettfahrers“. Das alles spricht für das Ende der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung und die Einführung einer Bürgerversicherung in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, in die alle einzahlen.

Ausblick

Ein umfassendes Reformprogramm müsste selbstredend eine Vielzahl von weiteren Problemen aufgreifen und Lösungsvorschläge adressieren: Mittlerweile sollte allen klar sein, dass sich auf Dauer eine hochwertige Versorgung nicht auf einem System aufbauen lässt, das den Pflegekräften eine angemessene Entlohnung, humane Arbeitsbedingungen und eine ausreichende soziale Absicherung im Alter verweigert. Und dass der gesundheitspolitische „Corona-Nationalismus“ in die Irre führt und eine Internationalisierung der Gesundheitspolitik unerlässlich ist, ist mehr als offensichtlich.

*Achim Kessler (MdB Die Linke)**

Gesundheitswesen – Systemwechsel ist überfällig

Die Covid-19-Pandemie hat die Widersprüche unseres Gesundheitssystems offen hervortreten lassen. Denn die jahrzehntelange Ausrichtung auf Wettbewerb und Profit verträgt sich nicht mit dem Anspruch einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung. Der anhaltende Kostendruck steht den Interessen sowohl von Patientinnen und Patienten als auch Beschäftigten entgegen. Dies wurde zu Beginn der Pandemie besonders an der nicht erfolgten Bevorratung von Kapazitäten für Ausnahme- und Krisensituationen deutlich. Weder gab es ausreichend medizinische Schutzausrüstung und Atemmasken noch Intensivbetten und entspre-

oder die Schutzschirme für medizinische Leistungserbringer zur Aufrechterhaltung der Versorgungsstruktur. Vgl. dazu Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage Bündnis 90/Die Grünen, Bundestagsdrucksache 19/22311; <https://bit.ly/39xIrRV>.

⁸ Teil dieses Corona-bedingten „Umbaus“ sind eine ganze Reihe untergesetzlicher Regelungen, die durch den gemeinsamen Bundesausschuss und den GKV-Spitzenverband getroffen wurden. Dazu gehören etwa die Sonderregelung zur telefonischen Feststellung der Arbeitsunfähigkeit, zu Krankentransportfahrten von COVID-19-Positiven, Erleichterung zur Durchführung ärztlicher Sprechstunden per digitaler Videokommunikation etc.

* Der Verf. ist Gesundheitspolitischer Sprecher der Fraktion DIE LINKE. im Bundestag, Obmann im Ausschuss für Gesundheit, Mitglied im Unterausschuss für Globale Gesundheit (Red.).

chend geschultes Personal. Im Frühjahr und Sommer 2020 sah es kurzzeitig so aus, als könne aufgrund der herausgehobenen Relevanz, die ein funktionierendes Gesundheitssystem für die erfolgreiche Pandemiebekämpfung hat, ein tatsächliches Umdenken auch auf Seiten der Bundesregierung stattfinden. Dieses Zeitfenster ist jedoch, zumindest was die unmittelbaren, im Schnellverfahren erlassenen Bevölkerungsschutzgesetze und Verordnungen anbelangt, vorerst ungenutzt verstrichen. Einer grundlegenden solidarischen Umgestaltung unseres Gesundheitssystems werden in den kommenden Jahren noch weitere Steine in den Weg gelegt werden.

Denn die Verteilungskämpfe werden sich zuspitzen, auch wenn noch nicht klar ist, wie die aktuelle Rezession weiter verlaufen wird. Die zur Pandemiebewältigung gewählten Mittel bremsen wünschenswerte Transformationsprozesse aus, die eine nachhaltige sozialökologische Wende einleiten könnten, und zwar zugunsten marktradikaler Lösungen. Insgesamt befindet sich die gesellschaftliche Linke, was den Erhalt der öffentlichen Daseinsvorsorge im Gesundheitssystem anbelangt, in einem Abwehrkampf. Das heißt, Versorgungsengpässe werden zu großen Teilen in andere Bereiche verlagert oder weitergereicht und unentgeltlich aufgefangen, wie sich vor allem an der Belastung pflegender Angehöriger durch ‚blutige‘ Entlassungen in den Krankenhäusern zeigt. Privatisierungen schreiten nicht nur voran, sondern werden durch die Krise zum Teil sogar begünstigt.

Die finanzielle Stabilität des Krankenversicherungssystems ist gefährdet. Rund 16 Milliarden wird laut Berechnungen das Finanzierungsloch in der Gesetzlichen Krankenversicherung allein im Jahr 2021 betragen. Der Bund wird allerdings nur einmalig fünf Milliarden aus Steuermitteln beisteuern. Für den Rest werden die Beitragszahlerinnen und Beitragszahler zur Kasse gebeten: Drei Milliarden werden durch eine Erhöhung der Zusatzbeiträge hereingeholt, acht Milliarden Euro aus den Rücklagen der einzelnen Krankenkassen entnommen. Pandemiebekämpfung aber ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Sie muss vollständig aus Steuermitteln finanziert werden. Das Corona-Virus ist zudem mitnichten der einzige Kostenfaktor: Große Teile von Gesundheitsminister Spahns Reformen belasten die gesetzliche Krankenversicherung finanziell, ohne eine tatsächlich nachweisbare qualitative Verbesserung der Versorgung zu erwirken. So das Digitale-Versorgung-Gesetz, in dem geregelt wird, dass digitale Gesundheitsleistungen ohne nachweisbaren Nutzen in die Versorgung aufgenommen und über die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden können. Insbesondere an der Digitalisierung zeigt sich, dass die Pandemie günstige Bedingungen geschaffen hat, um die Implementation digitaler Anwendungen im Gesundheitswesen zu forcieren und auch die Hürde für den staatlichen wie auch privatwirtschaftlichen Zugriff auf sensible Gesundheitsdaten zu senken. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen und Abstandsregeln hat sich ein Teil des Behandlungsgeschehens in den digitalen Raum verlagert, somit tritt eine weitreichende Normalisierung ihrer Nutzung ein, ohne dass überhaupt eine kritische öffentliche Debatte um die Eigentumsrechte digitaler Infrastrukturen und Datenmengen geführt worden wäre.

Trotz aller Lippenbekenntnisse der Anerkennung zur plötzlich „neu“ entdeckten Systemrelevanz der Arbeit von Pflegekräften haben sich auch der Pflegenotstand

und die Belastungen für die Beschäftigten in der Pandemie weiterhin verschärft. Über die Zahlung einer einmaligen Corona-Prämie hinaus, die dann noch nicht einmal allen Pflege- und Servicekräften zustand, wurden keine Weichen gestellt, es in Zukunft besser zu machen. Die tatsächliche finanzielle Aufwertung von Sorgearbeit und bessere Arbeitsbedingungen in der Pflege wurden nicht angegangen. Zwar ist die geplante Einführung des Krankenhauszukunftsfonds zu begrüßen. Denn es ist schon lange überfällig, dass sich der Bund am Abbau des Investitionsstaus in den Krankenhäusern beteiligt und dabei auch für die Länder Anreize geschaffen werden, ihre Investitionen zu erhöhen. Allerdings wird das Problem des Investitionsstaus von inzwischen über 50 Milliarden Euro nicht mit einer einmaligen Beteiligung des Bundes behoben. Die Profitlogik des Fallpauschalensystems ist der hauptsächliche Grund dafür, dass Pflege- und Dienstleistungskräfte immer weiter abgebaut wurden und medizinische Behandlungen am Gewinn ausgerichtet werden. Eine weitreichende Kritik an den Fallpauschalen wurde in den letzten Jahren gemeinsam von Beschäftigten, Gewerkschaften und über außerparlamentarische gesundheitspolitische Bündnisarbeit und öffentlichkeitswirksam vorgebracht. Und spätestens mit der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz besteht ein reales Möglichkeitsfenster dafür, endlich eine bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung einzuführen und die gescheiterten Fallpauschalen endgültig zu beerdigen. Strategisch wäre dies ein wichtiger Ansatzpunkt, um die Profitlogik in der Gesundheitsversorgung zu durchbrechen und solidarische Gegenmodelle im Patienteninteresse zu etablieren. Außerdem müssen wir uns dafür einsetzen, das Nebeneinander von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung zu beenden. Es braucht eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung, in die alle Versicherten nach ihren finanziellen Möglichkeiten einzahlen. Mit der Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze und Einbeziehung von Kapitaleinkünften ist es möglich, Beitragssteigerungen und Leistungskürzungen zu verhindern und auch reiche Menschen endlich angemessen an den Kosten der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Nur so kann vermieden werden, dass die Kosten der Krise in Form von Beitragssteigerungen oder Leistungsstreichungen auf die geringen und mittleren Einkommen abgewälzt werden.