

Das Gesundheitssystem in der Pandemiekrise

Weiterhin sind die Infektionszahlen in Deutschland trotz begonnener Impfkampagne hoch und die Ärztinnen und Ärzte sowie das Pflegepersonal in den Arztpraxen und Krankenhäusern arbeiten am Limit. Die Zahl der Toten steigt. Das Pandemiegeschehen entwickelt sich dynamisch und unabsehbar. Ebenso unabsehbar sind die Auswirkungen der bisher ergriffenen politischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. Sichtbar geworden sind hingegen Struktur-, Organisations- und Finanzierungsprobleme des deutschen Gesundheitssystems. Ebenfalls sichtbar wurde die ausgesprochen handlungsfähige Arbeit der professionellen Akteure in den Praxen, Kliniken, Forschungslaboren und Planungsorganisationen.

Die Belastungen der Covid-19 Pandemie treffen alle Staaten der Welt. Bereits zum gegenwärtigen Zeitpunkt zeichnet sich jedoch ab, dass die Krise die Bevölkerungen der ärmeren Staaten Afrikas, Asiens und Südamerikas in einem brutaleren Ausmaß treffen wird als jene der entwickelten kapitalistischen Zentren. Zum ersten Mal seit der asiatischen Finanzkrise 1997 nimmt die weltweite extreme Armut wieder zu. Die UN geht von 150 Mio. zusätzlichen Menschen in extremer Armut aus (weniger als 1,90 \$ pro Tag – vgl. UN 2020). In vielen dieser Staaten offenbart die Pandemie lange schwelende Lücken in der gesundheitlichen Versorgung. Und in allen Staaten zeichnet sich ab, dass die gesundheitliche Krise neben der sozioökonomischen Ungleichheit auch die bisherige gesundheitliche Ungleichheit noch verschärfen wird. Nur schleppend gingen bisher europäische Koordinierungsmaßnahmen voran, etwa bei der Einigung auf gemeinsame Teststrategien oder Isolationszeiten. Die Europäische Kommission räumte noch im November ein, der Mangel an Kohärenz und Koordinierung bei der Bekämpfung der Pandemie sei weiterhin hinderlich (SZ, 12.11.2020). Immerhin wurden erste Elemente einer „Europäischen Gesundheitsunion“ entwickelt – die EU-Mitgliedsstaaten sollen verpflichtet werden, verlässliche, vollständige und vergleichbare Daten zur Gesundheit zu liefern, aus denen den EU-Staaten Handlungsempfehlungen für Maßnahmen gegeben werden sollen. Diese werden auch zukünftig nicht bindend sein – Gesundheitspolitik bleibt auch in der Pandemie nationalstaatliches Politikfeld der einzelnen Mitgliedsstaaten der EU.

Bereits weit vor der gegenwärtigen Krise hatte sich ein epidemiologischer Optimismus auch in den kapitalistischen Zentren weitgehend verflüchtigt. „Die Epidemien und Pandemien seit der Jahrtausendwende „(...) transformierten die Krisenhaftigkeit der Globalisierung in sinnlich erfahrbare Körperängste.“ (Biess 2020) Faktisch war in den USA, Japan und Deutschland bereits 2019 erstmals keine Steigerung der durchschnittlichen Lebenserwartung zu registrieren (WHO 2019f.). Eine Tatsache, deren Ursachen multifaktoriell in der Zunahme der Mortalität gesellschaftsbezogener Erkrankungen vermutet wird – insbesondere in

dem Anstieg von Erkrankungen, die auf die verschränkten Belastungen des Arbeitssystems, der Psyche und des Lebensstils zurückgeführt werden können.

Begriff Gesundheitssystem

Das Virus traf vor einem Jahr auf ganz unterschiedlich finanzierte, organisierte und regulierte Gesundheitssysteme. Viele bisher zu registrierende Differenzierungen in der Morbidität und Mortalität von Covid-19 zwischen den Staaten lassen sich auch auf die finanzielle Ausstattung, die spezifische Ausprägung des Versorgungssystems und den Inklusionsgrad der Bevölkerung in das Gesundheitssystem zurückführen.

Gesundheitssysteme in einem engeren Begriffssinn sind historische Fundstücke und soziales Verhältnis. Verschiedene Funktionen des Staates sowie eine Anzahl von Korporationen, Verbänden und zivilgesellschaftlichen Institutionen zielen darauf ab, Aufgaben der gesundheitlichen Versorgung und ihrer Organisation wahrzunehmen. In Deutschland wurde das Bismarck'sche Modell sozialstaatlicher Sicherungssysteme als eine der Antworten auf die sozialen und politischen Herausforderungen der Industrialisierung und der Arbeiterbewegung initiiert. Gesundheitssysteme im engeren Begriffsinne entstanden im Verlauf des späten 19. und in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts in allen modernen Wohlfahrtsstaaten. Aber in jeder nationalstaatlichen Konstellation ergaben sich mehr oder weniger umkämpfte eigene Systemantworten auf die sozialpolitischen Fragen. Neben die Systeme der aus Beiträgen der Versicherten und der Unternehmen finanzierten Sozialversicherungen Westeuropas traten die staatlichen, zumeist steuerfinanzierten Systeme Großbritanniens und einiger nordeuropäischer Wohlfahrtsstaaten mit unterschiedlicher genereller gesellschaftspolitischer Ausrichtung. Selbst den – wenigen – modernen Gesundheitssystemen, die auf die vorwiegend private Absicherung sozialer und gesundheitlicher Risiken setzten, war ein Merkmal allen modernen Gesundheitssysteme gemein: Die zunehmende Aktivität des Staates zur rechtlichen Absicherung, Organisation und Steuerung der sozialen Sicherungssysteme. Die sozialpolitische Bändigung und Abmilderung gravierender Risiken kapitalistischer Gesellschaften war Ausgangspunkt wie langfristiges Resultat gesellschaftlich vermittelter Kämpfe. Die wohlfahrtsstaatlichen Kernelemente des deutschen Gesundheitssystems sind dabei von bemerkenswerter Kontinuität gewesen: Der eingeschlagene Pfad eines vorwiegend über die Gesetzliche Krankenversicherung finanzierten Gesundheitssystems mit starken korporatistischen Regulierungsformen überdauerte bisher alle gravierenden ökonomischen und politischen Krisen. Die bisherige Robustheit einer Finanzierung aus den Löhnen und Gehältern der Beschäftigten sowie den Beiträgen der Unternehmen mitsamt den damit verbundenen Variationsmöglichkeiten der Kalkulation und Zusammensetzung des Beitragssatzes ist ein Grund dafür. Ein anderer Grund ist sicher die Anpassungs- und Transformationsfähigkeit der Steuerungsmechanismen und der steuernden Organisationen. Diese zeigte sich auch in dieser Periode eines rigiden Staatsinterventionismus in die Selbstverwaltung und das Gesundheitswesen.

Krankenkassen in der Pandemiekrise

Zwar hatte die letzte große Krise vor der gegenwärtigen Pandemiekrise, die Finanzkrise von 2008, eines der bisherigen Systemmerkmale des deutschen Gesundheitssystems um die Gewissheit seiner ökonomischen Zukunftsfähigkeit gebracht – die Private Krankenversicherung mit Substitutionsfunktion. Das Budget des Gesundheitsfonds und damit der Gesetzlichen Krankenversicherung war durch die Erhöhungen des Beitragssatzes auf mittlerweile paritätisch finanzierte 14,5 Prozent plus variable Zusatzbeiträge hingegen finanzierbar. 2016 bis 2018 verzeichneten die gesetzlichen Kassen jeweils Überschüsse. Ihre Finanzreserven stiegen auf über 19 Mrd. Euro an. Erst 2019 verzeichneten die Kassen – erstmals seit 2015 – wieder ein Defizit, da zwar eine stabile Konjunktur eine Einnahmesteigerung um 3,8 Prozent bedingte, die Gesundheitsausgaben jedoch um 5,2 Prozent anstiegen. Die Pandemie bedingte nur scheinbar paradoxerweise in der ersten Jahreshälfte 2020 geringere Leistungsausgaben der GKV – eine Vielzahl von Operationen und Behandlungen wurde zugunsten der Freihaltung von Versorgungskapazitäten verschoben. Der Schätzerkreis der GKV geht für 2020 von Einnahmen in Höhe von 239,6 Mrd. Euro aus – dies sind zur einen Hälfte die Beiträge aus Löhnen und Gehältern der gesetzlich Versicherten sowie zur anderen Hälfte die Beiträge der Unternehmen – abzüglich 14,5 Mrd. Steuerzuschuss und 3,5 Mrd. Euro ergänzendem Bundeszuschuss. Die Ausgaben des Jahres 2020 werden bei etwa 258 Mrd. Euro rangieren. Viele der Kosten der Pandemiebekämpfung wurden 2020 von der GKV finanziert – z. B.: die PCR-Tests für Reiserückkehrer im Sommer, die Kosten für die (nicht ausreichenden) Schutzausrüstungen u.a. Die Mehrausgaben der GKV und insbesondere die Finanzierung versicherungsfremder Leistungen wurden aufgrund des Handlungsdrucks kaum politisch diskutiert. Insgesamt bezifferten die Krankenkassen die GKV-Ausgaben für die Pandemie 2020 auf zehn Milliarden Euro (GKV-Spitzenverband, 04.12.2020). Für 2021 erwarten das Gesundheitsministerium und der GKV-Spitzenverband Einnahmen in Höhe von 255 Mrd. Euro und Ausgaben in Höhe von ca. 276 Mrd. Euro. Dabei ist allerdings nicht einkalkuliert, inwiefern sich 2021 die Einnahmebasis verändern wird. Diese Differenz soll nach dem Ende November verabschiedeten Gesundheitsversorgungs- und Pflegeverbesserungsgesetz (GPVG) durch eine Erhöhung des Bundeszuschusses um fünf Milliarden Euro auf insgesamt 19,5 Milliarden Euro für den Steuerzuschuss zum Gesundheitsfonds ausgeglichen werden. Zudem werden die Reserven der GKV aus den Jahren der Überdeckung zur Finanzierung der Pandemie herangezogen: Acht Milliarden Euro sollen dafür seitens der finanzstarken Kassen der GKV gezahlt werden. Drei Milliarden Euro werden durch Zusatzbeiträge aufgebracht (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, H. 49, 04.12.2020). Die nächsten Jahre werden wegen der pandemiebedingten Auswirkungen auf der Einnahme- wie auf der Ausgabenseite für die GKV ohne Frage herausfordernd. Hier zeichnen sich harte Verteilungskämpfe ab.

Die starke Ausgabendynamik bestand jedoch bereits vor der Krise. Sie wird durch diese noch einmal intensiviert. Hinter dem „äußeren Stoß“ der Pandemiekrise zeichnen sich zudem seit Jahren die Herausforderungen der demografi-

schen und der epidemiologischen Transition ab: Je nach demographischem Zukunftsszenario langfristig stagnierender oder sinkender Geburtenraten sowie einer mit höherer Krankheitslast und Pflegebedürftigkeit einhergehenden Entwicklung wird die Finanzierung des derzeitigen lohn- und gehaltsbasierten gesetzlichen Kassensystems mit seinem gegenwärtigen Leistungs- und Ausgaben-niveau von der Einnahmeseite aus problematisch. Potentiell sinkt die Zahl der zukünftigen Nettobeitragszahlenden, die mehr in das System einzahlen, als sie an Leistungen erhalten. Und potentiell steigt die Zahl der Nettoempfänger, die als große Alterskohorten in den Ruhestand wechseln. Der tradierte Antwortmechanismus auf weniger umfängliche, temporär ähnliche Herausforderungen innerhalb der Logik des konservativen Sozialversicherungssystems war bisher die Erhöhung des Beitragssatzes sowie die Kürzung gesundheitlicher Leistungen. Die Opposition erscheint gegenwärtig zu schwach, so dass die große Koalition innerhalb dieser Logik verharren wird. Welche Koalition auch immer nach den Bundestagswahlen im Herbst zustande kommen wird – sie wird wiederum Beitrags erhöhungen zu Lasten der abhängig Beschäftigten favorisieren. Der Arbeitgeberverband Gesamtmetall argumentiert in seinen Vorschlägen für die zweite und dritte Phase der Corona-Krise bereits gegen die Parität der Beiträge in der GKV. Zudem wird die Rücknahme der Mitbestimmung beim Arbeits- und Gesundheitsschutz gefordert (Gesamtmetall 2020).

Es drohen gravierendere Erhöhungen des Beitragssatzes und – je nach Wahlergebnis – drastischere sozialpolitische Einschnitte. Bereits dieses Jahr verdoppeln sich die Zusatzbeiträge durchschnittlich. Steigende Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit und Beitragsstundungen resultieren in geringeren Beitragseinnahmen für den Gesundheitsfonds. Es erscheint derzeit jedoch unwahrscheinlich, dass die Krise den Anstoß zu Alternativen des tradierten Finanzierungssystems bieten wird. Zwar boten in der Vergangenheit Krisen und gesellschaftspolitische Herausforderungen im internationalen Maßstab den Anlass für die Neuausrichtung von Gesundheitssystemen – auch den Modus ihrer grundsätzlichen Finanzierung reformierend. Nicht unwahrscheinlich, dass die Pandemie in einigen Staaten Katalysator für derartige Neuausrichtungen sein kann. Das potentiell relativ flexible System der Finanzierung der GKV und des Gesundheitsfonds wird in seiner pfadabhängigen Ausrichtung jedoch tendenziell eher weiterhin den Mustern des konservativen Wohlfahrtsstaatsmodells folgen. Der Gesundheitsfonds lässt einigen Spielraum für variable Reduktionen des Arbeitgeberanteils und der möglichen (Wieder-) Abkehr von der paritätischen Finanzierung der Beiträge oder der Zusatzbeiträge. Er lässt ebenso Spielraum für Erhöhungen des Arbeitnehmeranteils oder Steigerungen der staatlich-steuerlichen Zuweisungen. Politische Mehrheiten für fortschrittlichere Alternativen wie die Bürgerversicherung oder eine Steuerfinanzierung zeichnen sich gegenwärtig aber nicht ab. Immerhin: Reaktionäre Kopfpauschalenmodelle oder marktgängigere Varianten der Finanzierung erscheinen derzeit noch weniger politisch durchsetzbar als vor der Krise.

Die Private Krankenversicherung mit ihren einkommensunabhängigen Prämien erscheint von der Krise zwar ökonomisch, aber politisch weniger getroffen zu

sein. Ökonomisch fallen die niedrigeren Verzinsungen des Kapitals der PKV seit vielen Jahren stärker ins Gewicht als die Corona-bedingten Mehrausgaben 2020. Diese lagen knapp über einer Mrd. Euro (PKV Verband 2020). Der Verband der PKV setzt in seiner Lobbyarbeit verstärkt auf die Betonung der „gesamtgesellschaftlichen Aufgabe bei der Bewältigung der Pandemie“. Ein Einbezug der Mitglieder der PKV – Selbständige, Beamte sowie Lohn- oder Gehaltsbeziehende oberhalb der Pflichtversicherungsgrenze von gegenwärtigen 5.362,50 Euro brutto in eine umverteilend wirkende Bürgerversicherung nach dem Solidarprinzip wäre indes ein größerer gesamtgesellschaftlicher Beitrag der PKV – nach ihrer Auflösung. Die PKV ist schließlich keine Organisation, die politisch mit einem öffentlichen Auftrag verbunden ist. Ihr Nutzen beschränkt sich auf den Nutzen ihrer jeweiligen Profiteure bei den Anbietern selbst. Die Leistungserbringer – insbesondere die niedergelassenen Ärzte – profitieren von den seitens der PKV eingeräumten höheren Abrechnungssätzen. Ihre Mitglieder registrieren die von den Leistungsanbietern teuer erkauften Privilegien der schnelleren Terminvergabe und der kürzeren Wartezeit.

Ambulanter Sektor

Der ambulante Sektor der niedergelassenen Ärzte in Deutschland war gerade zu Beginn der Pandemie stark in Anspruch genommen – sechs von sieben Coronapatienten wurden in den Praxen versorgt. Die Arztpraxen bildeten so gewissermaßen einen Schutzwall für die Krankenhäuser, die sich auf die Versorgung der schweren Fälle konzentrieren konnten. Die Arztpraxen erlitten Organisations- und Einnahmeprobleme, da chronisch Kranke weiterhin versorgt und gleichzeitig vor Ansteckung geschützt werden mussten. Sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor wurden mit dem Covid-19-Krankenhausesentlastungsgesetz schnelle Ausgleichszahlungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser durch die Krankenkassen beschlossen. Im ambulanten Bereich leisten die Kassenärztlichen Vereinigungen Ausgleichszahlungen, wenn sich das Gesamthonorar des Arztes infolge der Pandemie um 10 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal reduziert.

Die Krankenhäuser bekamen in der ersten Phase der Pandemie 2020 eine Pauschale von 560 Euro pro Bett, das wegen einer Verschiebung elektiver, also nicht unmittelbar zeitkritischer Leistungen nicht belegt werden konnte. Erste Studien legen nahe, dass Gesundheitssysteme mit Schwerpunkt in der ambulanten Versorgungsstruktur bisher besser durch die Pandemie kamen als Länder, in denen schnellere Wege in die stationäre Versorgung führten (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, H. 41, 09.10.2020). Die frühen Tests in ambulanten Praxen und Testzentren anstelle in Krankenhäusern und die längere ambulante Behandlung einer großen Zahl von Patienten scheinen bisher für bessere Ergebnisse bei der Zahl der Krankenhauseinweisungen, Intensivbehandlungen sowie der Zahl der Verstorbenen in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern geführt zu haben. Der weit überwiegende Anteil von Coronapatienten wurde ambulant versorgt, wodurch eine Überlastung der Krankenhäuser in der ersten und zweiten Welle der Pandemie bisher verhindert werden konnte. Geht es um die Weiterentwicklung des ambulanten Bereiches, so zeitigt die Coronakrise bisher leider

wenige neue Anstöße. Weiterhin besteht die große Herausforderung, eine ausreichende flächendeckende hausärztliche Versorgung zu organisieren. Die Vorhaltung einer doppelten Facharztstruktur ambulant und stationär sowie die ausgesprochen starke sektorale Trennung der beiden großen Bereiche der Leistungserbringung harren seit längerem einer grundsätzlichen Umgestaltung.

Die Krise in den Krankenhäusern

Der im Gesundheitssystem am stärksten von der Krise betroffene Bereich war bisher der Krankenhaussektor. Seit Beginn der Pandemie ist fraglich, ob und wie die Kapazitäten insbesondere in der Versorgung mit Beatmungsplätzen und Intensivbetten inklusive des erforderlichen Fachpersonals den Herausforderungen gewachsen sein werden. In der ersten Phase der Pandemie, zwischen Januar und Ende Mai 2020 wurden im Durchschnitt weniger als zwei Prozent der gesamten Krankenhausbetten in Deutschland und vier Prozent der Intensivbetten für die Versorgung von Covid-19-Patienten benötigt (Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, H. 43, 23.10.2020). In der zweiten Phase der Pandemie Mitte Januar 2021 waren bundesweit bereits über 90 Prozent der verfügbaren Low-Care-Intensivbetten und knapp 70 Prozent der High-Care-Intensivbetten belegt (DIVI Intensivregister, Stand 15. 01. 2021). Bis Januar 2021 kam es indes noch nicht zu der in vielen Staaten eingetretenen dramatischen Situation, dass Rationierungsentscheidungen über medizinische Leistungen aus Kapazitätsmangel getroffen werden mussten. Die gesundheitspolitisch unmittelbar entscheidende Frage der Kapazitäten bleibt offen. Daneben trat die ebenso dramatische Frage der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten im Krankenhaus und deren Vergütung. Auch die Tatsache des seit Jahren anhaltenden eklatanten Fachkräftemangels und des fehlenden Nachwuchses rückte in den Fokus der Öffentlichkeit. Über Vorhaltungen, Kapazitäten, die Notfallversorgung sowie über die Finanzierung der Krankenhausleistungen wird zukünftig grundlegend politisch zu diskutieren sein.

Möglicherweise lag in der im internationalen Maßstab hohen Anzahl von Krankenhausbetten in Deutschland zusammen mit der ebenfalls im internationalen Maßstab recht hohen Arztdichte im ambulanten Bereich ein Schlüssel zur stationären Handlungsfähigkeit. Die Zahl und die Verteilung der Betten erlaubten bisher einen relativ schnellen Wechsel zwischen der Freigabe von Versorgungskapazitäten, der Wiederannäherung an einen Normalbetrieb und zurück zur Krisenorganisation. So verzeichneten die Krankenhäuser im März und April 2020 einen Fallzahlrückgang von bis zu 39 Prozent gegenüber dem Vorjahreszeitraum, der insbesondere durch den Aufschub planbarer, nicht dringlicher Eingriffe, aber auch durch den starken Rückgang von Fallzahlen bei Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems gekennzeichnet war. Ab Mai 2020 kam es wieder zu einer Steigerung der Fallzahlen (WIdO 2020). Erste Analysen zeigen, dass die Versorgung von Covid-19-Patienten anfänglich relativ unkoordiniert erfolgte und sich auf eine eher geringe Zahl größerer Kliniken beschränkte. 70 Prozent der Corona-Patienten wurden in 25 Prozent der Krankenhäuser versorgt (GKV Spitzenverband 2020). Diese Entwicklung scheint dem Trend einer zunehmenden Spezialisierung und Zentralisierung der Versorgungsstrukturen im stationä-

ren Bereich zu folgen. Handelten viele Krankenhäuser in der ersten Phase der Pandemie im Frühjahr 2020 weitgehend ohne koordinierte behördliche Steuerung, entwickelten sich in vielen Bundesländern im weiteren Verlauf des Jahres Planungsstäbe und Netzwerke zur Gewährleistung eines besser koordinierten Vorgehens, zur Steuerung von Bettenkapazitäten und zur Kommunikation neuen medizinischen Wissens. Oftmals waren auch der ambulante Bereich der niedergelassenen Ärzte, die Gesundheitsämter sowie die Krankenhaus-Apotheken Teile dieser Netzwerke und Koordinierungsstäbe. In vielen Kliniken konnten in kurzer Zeit neue Hygiene-, Wege- und Testsysteme etabliert werden. Der rasche Aufbau intensivmedizinischer und infektiologischer Kapazitäten und sein schrittweiser Abbau im Spätsommer und Herbst 2020 erzeugten in entsprechenden Krankenhäusern die Erfahrung, dieses Krisenversorgungssystem im Winter 2020/21 schnell wieder installieren zu können. Um den Preis einer dramatischen Belastung der Beschäftigten arbeitete eine Vielzahl der Krankenhäuser im Winter in einer der Pandemie dynamisch angepassten Organisationsstruktur. Lehren aus der Pandemie für die einzelne Krankenhausorganisation, die potentiell in einen späteren Regelbetrieb übernommen werden, betreffen das Intensivkapazitäts-Management, das Patientenfluss-Management und das Informations- und Daten-Management (Vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 118, Heft 1-2, 11.01.2021).

Krankenhausfinanzierung in der Krise

Vor der Krise verbanden viele, nicht nur neoliberale Fachexperten aus Politik und Wissenschaft die Kritik an der hohen Zahl der Krankenhäuser und der vorgehaltenen Betten in Deutschland mit Vorschlägen für eine leistungsfähigere und gleichzeitig weniger ausgabenbrächtige Krankenhauslandschaft. Seit Jahren wurde diskutiert, dass ein Abbau von Kapazitäten sowohl eine Reduktion der GKV-Ausgaben als auch eine Verbesserung der ausgetrockneten Personalsituation bei Ärzten und Pflegenden bewirken könne. Der Anteil der pro Jahr getätigten Ausgaben der GKV für die Krankenhäuser in Höhe von 80,34 Mrd. Euro war mit 33,5 Prozent tatsächlich der größte Einzeltitel des GKV-Haushalts 2019. Auch für die Private Krankenversicherung fielen hier die höchsten sektoralen Ausgabenblöcke an. Das Finanzierungsvolumen des stationären Bereichs entwickelt sich seit Jahren kontinuierlich. Grund dafür sind Altersstruktureffekte, das quantitativ wie qualitativ gesteigerte medizinische Leistungsangebot in den Krankenhäusern sowie eine Verlagerung von Fällen in den stationären Sektor. Die primäre Rolle der Krankenhäuser in der Versorgung auch in der Corona-Pandemie ergibt sich nicht nur daraus, dass sie als kontinuierliche Präsenzorganisationen die größte Bandbreite an Gesundheitsleistungen im Rahmen von Diagnostik, Therapie und Pflege vorhalten. Sie erbringen zudem den größten Anteil an der akuten Notfallversorgung. Mit einer zwar sinkenden, aber international hohen Zahl vorgehaltener Betten – 8,13 stationäre Akutbetten pro 1.000 Einwohner (nur Japan, Russland und Südkorea halten mehr Betten vor) – und einer relativ hohen Anzahl vieler kleiner und mittelgroßer sowie weniger großer Krankenhäuser stellt sich die Versorgungsstruktur ausgesprochen heterogen dar (OECD 2020). Hinzu kommt die historisch gewachsene Trägerpluralität:

Ein stetig sinkender Anteil öffentlicher Krankenhäuser in der Hand der Kommune oder der Bundesländer wird von einem ebenfalls abnehmenden Anteil freigemeinnütziger Häuser mit konfessioneller oder sozialverbandlicher Trägerschaft flankiert. Seit Jahren steigt hingegen die Zahl privater Kliniken – ein politisch ebenso gewollter wie umstrittener und hochgradig problematischer Strukturwandel der Trägerschaft. Weiterhin halten allerdings die öffentlichen Häuser insgesamt mehr Betten vor als die privaten Träger. Zum Geschäftsmodell des privaten Krankenhauses gehört seit geraumer Zeit schließlich die Fokussierung in der Gesundheitsversorgung auf das, was wirtschaftlich profitabel ist.

Die Gesamtzahl der Häuser wurde in den vergangenen zehn Jahren von rund 2.400 auf 1.925 reduziert. Während die Zahl der Betten im selben Zeitraum um knapp unter 2 Prozent abnahm, stieg die Zahl der Fälle jedoch um zirka 11 Prozent (DKG 2020). Hinzu kommt eine Senkung der Verweildauer der Patienten um fast 14 Prozent auf durchschnittliche 7,2 Tage im letzten Jahrzehnt, während die Bettenauslastung nur minimal anstieg (77,1 Prozent 2018).

Eine geringere Zahl an Betten bei gestiegenen Fallzahlen und sinkender Verweildauer schlug sich bereits vor der Pandemie in einer enormen Leistungsverdichtung für die Beschäftigten nieder, die durch die Corona-Krise nochmals drastisch gesteigert wurde. Hinzu kam die besonders hohe Infektionsrate unter Ärzten und Pflegekräften.

Arbeits- und Entlohnungsbedingungen

Das Krankenhaus ist ein wichtiger Faktor für Beschäftigung; 1.241.736 Mio. Vollkräfte arbeiten dort. Diese Zahl differenziert sich in die verschiedenen Berufsgruppen: 164.636 Ärztinnen und Ärzte, 331.370 Pflegekräfte und 745.730 Beschäftigte der nichtärztlichen und nichtpflegerischen Bereiche. Während der Organisationsgrad der Ärzte im Marburger Bund durchschnittlich zwischen 70 und 80 Prozent beträgt, differiert derjenige der Pflegekräfte bei ver.di zwischen 10 und 80 Prozent. Durchschnittlich wird er mit 15 bis 25 Prozent angegeben. Die Trennung der Tarifgemeinschaft 2015 war ein entscheidender Wendepunkt für die Verhandlungsfähigkeit der Krankenhausbeschäftigten. Der Marburger Bund konnte für das ärztliche Personal Tarifverhandlungen führen, deren Ergebnisse den Krankenhausärzten kontinuierliche Tarifverbesserungen auf relativ hohem Niveau des Einkommens bei vergleichsweise flexiblen Regulierungen der Arbeitszeit einbrachten (vgl. Marburger Bund 2020, Eckpunkte Tarifeinigung im Geltungsbereich des TV-Ärzte). Für die Pflegekräfte wurden die Mindestlöhne ab Juli 2020 erhöht – sie betragen nunmehr für Pflegekräfte mit ein- bis zweijähriger Berufsausbildung 13,20 Euro pro Stunde. Das Monatsgrundentgelt bei einer 40-Stundenwoche liegt so bei 2.296,00 Euro. In den öffentlichen Häusern werden die Pflegekräfte nach dem TVÖD entlohnt, viele private und freigemeinnützige Krankenhäuser oszillieren in ihrer Lohngestaltung um diese für den öffentlichen Dienst verhandelte Marge. Im Oktober 2020 wurden Gehaltssteigerungen von 8,7 Prozent und in der Spitze für Intensivpflegekräfte von 10 Prozent ausgehandelt. Hinzu traten Pflegezulagen und Einmalzahlungen. Bereits vor der Pandemiekrise wurden per Gesetz Personaluntergrenzen für

pflegesensible Bereiche eingeführt, die ab 2021 in Kraft traten. Allerdings wurden sie im Zuge der Krise direkt ausgesetzt, da auch ohne die Personaluntergrenzen die verfügbare Anzahl an Fachpflegepersonal zu gering war. Die öffentliche Aufmerksamkeit für die Arbeit der Ärzte und der Pflege in allen Sektoren des Gesundheitswesens hat durch mediale Verstärkung sicherlich zu einer Sensibilisierung für die harten Arbeitsbedingungen und den im Durchschnitt allzu niedrigen Arbeitslohn, für die Komplexität und Intensität der Arbeit der Beschäftigten im Gesundheitswesen geführt. Die Verbesserung der Arbeitsverhältnisse und das Durchsetzen höherer Löhne und modernerer Arbeitszeitregelungen hängen jedoch an den zukünftigen Kräfteverhältnissen zwischen Beschäftigten, der Politik ihrer Interessenvertretungen und den Verbänden der jeweiligen Arbeitgeber.

Qualitätsorientierte staatliche Planung statt Fallpauschalen

Die Finanzierung der Krankenhäuser erfolgt dual. Den überwiegenden Anteil ihrer Finanzierung, die Vergütung der laufenden Kosten der Behandlung von Patienten, rechnen die Kliniken über das Vergütungsinstrumentarium der Fallpauschalen in Form der Diagnosis Related Groups (DRG's) mit den Gesetzlichen und den Privaten Krankenversicherungen ab. Ein vergleichsweise geringerer Anteil der Finanzierung erfolgt über öffentliche Investitionszahlungen der Bundesländer. Beide Formen der Finanzierung sind seit langem umstritten. Zum einen, weil alle Krankenhausträger unter einem hohen Kostendruck leiden. Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser wird von ihrer Mehrheit negativ eingeschätzt (DKG 2020, Krankenhaus-Barometer 2020). Die aus der Perspektive der Träger mangelnde Rentabilität, die seit Jahren in zu niedrigem Maßstab getätigten Investitionen, ein erschöpfter Arbeitsmarkt und die restringierende Finanzierungsform Fallpauschalen führten in der Vergangenheit zu Krankenhausschließungen und Privatisierungen zuvor meist öffentlicher Krankenhäuser. Den Fallpauschalen ist immanent, dass nur tatsächlich erbrachte Leistungen im Krankenhaus vergütet werden und nicht die Vorhaltekosten für Personal und Infrastruktur. Diese Tatsache wird in der Pandemiekrise als markttheoretisch unterfütterter, politisch gewollter Konstruktionsfehler offensichtlich. Eine der wesentlichen Funktionen von Krankenhäusern für das Gemeinwohl ist die Notfallversorgung. Krankenhäuser müssen für die Querfinanzierung ihrer Vorhaltekosten eine bestimmte Anzahl von möglichst planbaren Behandlungen erbringen, für die sie nach dem Fallpauschalenkatalog einen möglichst hohen Preis erzielen können. Der von der Selbstverwaltung – Kassen- und Krankenhausträgerverbände – jährlich anhand der Bilanzen der Kalkulationskrankenhäuser kalkulierte, ausgehandelte und im Fallpauschalenkatalog ausgelobte Preis für den einzelnen Leistungskomplex ist für jedes Krankenhaus in Deutschland derselbe. Die arbeitsorganisatorischen und medizinisch-pflegerischen Methoden der Erbringung dieser Leistung differieren jedoch. Daher befinden sich die Häuser permanent in einer Art Yardstick-Competition., einem Wettbewerb um den Preis. Jede Klinik versucht, neben den nicht planbaren Leistungen wie der Notfallversorgung möglichst viele mit einem hohen Preis verbundene, in eine oder

mehrere Fallpauschalen zusammengefasste Haupt- und Nebendiagnosen behandeln und abrechnen zu können. Dabei profitieren die einzelne Station, die einzelne Abteilung und letztlich die ganze Klinik von denjenigen Leistungen, die sie mit einem möglichst niedrigen Kostenaufwand im Verhältnis zum mit der Fallpauschale gezahlten Preis erbringen können. Für die Rentabilität eines Krankenhauses im DRG-System sind also der Personalaufwand, die Organisation der medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen sowie die Vorhaltungskosten auf der einen Seite, die Zahl und die Preisstruktur der behandelten Fälle auf der anderen Seite entscheidend. Mit dem Preis der Fallpauschale verknüpft ist der Zeitkorridor für die Entlassung des Patienten. Zu kurze und zu lange Verweildauer wirkt sich negativ auf die Vergütung aus. Für die Kliniken und die dort Beschäftigten sind daher die Widersprüche zwischen einem rationalisierten Personaleinsatz und einer kostensenkenden Arbeitsorganisation einerseits und einer dem modernen Stand der Medizin und Pflege sowie ihrer berufsethischen Ansprüche entsprechenden Behandlung von Patienten andererseits auszutarieren. Hinzu tritt auch in Krankenhäusern der Effekt der economies of scale; auf eine oder mehrere Leistungen spezialisierte Kliniken erzielen Skaleneffekte. Dies ist einer der Gründe dafür, warum eine große spezialisierte Endoklinik z.B. eine Knie-OP oftmals besser und profitabler erbringen kann als ein kleines oder mittleres Haus, welches das orthopädische und chirurgische Leistungsspektrum unspezialisiert vorhält. Umgekehrt können Häuser Nachteile im Wettbewerb um den hohen Preis haben, die Leistungen vorhalten (müssen), die selten nachgefragt werden.

Eingeführt unter der rot-grünen Koalition, um für die GKV das Leistungs- und Abrechnungsspektrum transparenter zu machen und die Kosten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zu senken und zu begrenzen und dafür die Leistungserbringer in die Pflicht zu nehmen, haben die Fallpauschalen zu einer verschärften Konkurrenz unter den Krankenhäusern, zu Privatisierungen und zu einer erheblichen Leistungsausweitung in der stationären Versorgung geführt. Zudem wurde in den Jahren nach ihrer Einführung im Pflegedienst massiv Personal abgebaut, um Kosten einzusparen. Der eklatante Mangel an qualifiziertem Pflegepersonal, der in der gegenwärtigen Situation dramatische Herausforderungen für die Versorgung der Patienten erzeugte, geht auch auf die Anreizstruktur des Vergütungssystems zurück (vgl. Simon 2020). Allerdings scheint die Krise die Chancen für eine Reform des DRG-Systems bzw. dessen Abschaffung zu befördern. Zumindest wird so kritisch wie lange nicht von vielen Organisationen im Gesundheitssystem eine Reform gefordert. Die gesetzlichen Krankenkassen sowie die Deutsche Krankenhausgesellschaft sind als zentrale Akteure der Selbstverwaltung im Krankenhaussektor noch grundsätzlich Befürworter des Fallpauschalensystems – bei aller unterschiedlichen, interessengeleiteten Kritik im Einzelnen. Der GKV-Spitzenverband hält aktuell an einer leistungsorientierten Krankenhausvergütung fest und schlägt deren Weiterentwicklung vor: Vorhaltekosten, an Versorgungsstufen orientierte Vergütungsformen und die Abbildung der pflegerischen Leistungen sollten stärker berücksichtigt werden (GKV Positionen 2020). Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG),

der Verband der Krankenhausträger in der Selbstverwaltung, tritt für grundsätzlich höhere Vergütungssummen u.a. für die Berücksichtigung regionaler und struktureller Unterschiede sowie die realistische Abbildung der Krankenhausleistungen in den DRG's ein. Gegenwärtig mehren sich auch die Stimmen innerhalb der DKG gegen die institutionalisierte Konkurrenz der Krankenhäuser (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 117, H. 39, 25.09.2020). Auch in den verschiedenen Berufsgruppen und ihren Interessenvertretungen nahm die grundsätzliche Kritik am Fallpauschalensystem in der Krise deutlich zu. Der Marburger Bund votiert für die Ablösung des Systems durch ein kombiniertes Vergütungssystem aus krankenhausindividuellen Personalausgaben- und Vorhaltekosten sowie der Abrechnung landeseinheitlicher pauschalisierter Sach- und Betriebskosten. Personalkosten der direkten Patientenversorgung würden so durch die Krankenkassen finanziert (Marburger Bund, Krankenhauskonzept der Zukunft, in: Marburger Bund Zeitung Nr. 14, 2. Oktober 2020). Schon 2017 forderte indes der 120. Deutsche Ärztetag den Einstieg in den Ausstieg aus dem DRG-System. Auch ver.di fordert ein Aussetzen der DRG-Finanzierung in der Krise und einen dauerhaften Ersatz durch eine bedarfsorientierte Finanzierung. ver.di sieht die Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen als einen ersten Schritt aus dem DRG-System (SZ 12.11.2020). In den politischen Parteien, die letztlich über die Krankenhausfinanzierung entscheiden, zeichnet sich zumindest der Wille zu einer Reform des DRG-Systems ab. Die Befürworter einer Reform scheinen sich darüber einig zu sein, dass die Krankenhäuser zukünftig einen Sockelbetrag erhalten, der ihre Vorhaltekosten abdeckt. Im Zwielflicht der Krise und unter öffentlichem Druck könnte dieser Reformwille jedoch auch eine Nebelkerze sein, die mit der Bundestagswahl 2021 erlischt. Umso wichtiger sind die Aktivitäten von Ärzten, Pflegekräften und einer linken Opposition, auf die eklatanten Fehlanreize des Fallpauschalensystems lokal, regional und zentral hinzuweisen. Eine Reform kann eine Übergangsforderung sein, letztlich gehört das Finanzierungsinstrument Fallpauschalen jedoch zugunsten einer die Qualität erhöhenden sowie die fortschrittliche Entwicklung der Medizin und der Pflege stärkenden Finanzierung abgeschafft.

Reform der Krankenhausstruktur?

An die zukünftige Verantwortung der Länder und des Bundes für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen appellieren gegenwärtig viele Akteure. Im Krisendiskurs wird die „Systemrelevanz“ der Krankenhäuser betont. Und in der Tat – durch den gesetzlich definierten Versorgungsauftrag sind Krankenhäuser Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge. In der Versorgungswirklichkeit spiegeln die Sicherstellungsaufträge und die Finanzierung der Investitionsmittel in den Bundesländern diese Tatsache. In jedem Bundesland erfolgt seitens der Ministerien eine Landeskrankenhausplanung unter Einbezug einer Vielfalt von Akteuren der Politik und der Selbstverwaltung. Nur ist die bestehende Krankenhausstruktur kein Produkt staatlicher Planung, weder auf föderaler denn auf zentralistischer Basis. Die bestehende Struktur ist nicht bedarfsorientiert entstanden, sondern ein historisch gewachsenes Produkt föderaler, regio-

naler und kommunaler Besonderheiten von Struktur, Verwaltung, Markt und Politik. Ein Resultat ist die Unterversorgung in ländlichen Regionen und die stetig gewachsene Überversorgung in Ballungsgebieten und Städten. Es entstand zudem ein problematischer Krankenhausmarkt durch einen jahrzehntelangen Verteilungskampf zwischen den Anbietern ambulanter Leistungen und dem Krankenhaus. Zwar hat der Gesetzgeber hier regulierend mit dem Versuch der Reform der Notfallversorgung eingegriffen. Die zuvor getroffenen Regulierungen des Verhältnisses von ambulanten und stationären Leistungen wie der Integrierten Versorgung, der medizinischen Versorgungszentren und der ambulanten Behandlung im Krankenhaus haben jedoch ihre gewünschte Wirkung bisher nicht erzielt.

Gerade in der gegenwärtigen Situation, in der die Bedeutung einer öffentlichen Bedarfsdeckung gesundheitsbezogener Leistungen sensibilisierter wahrgenommen wird, könnte das Bewusstsein für die Notwendigkeit sowohl einer Struktur- als auch einer Finanzierungsreform des stationären Sektors steigen. Nicht nur radikal reformistische Akteure aus dem engeren Bereich des Gesundheitswesens stellen sich gegenwärtig die Frage, wie die Strukturen der Gesundheitsversorgung essenziell zu verändern wären. Welches Leistungsvolumen muss unter Berücksichtigung der möglichen Entwicklung der Bevölkerungsstruktur und der Szenarien des medizinischen und epidemiologischen Fortschritts prospektiv von den Krankenhäusern mindestens vorgehalten werden? In welcher Struktur von großen, mittleren und kleinen Kliniken mit jeweils unterschiedlichen Versorgungsstufen müssten die Häuser dieses Leistungsvolumen vorhalten? Wo wären möglicherweise zentralistische Megakliniken wie in Dänemark angebracht, wo wären kleinere Satelliten-Krankenhäuser in der Fläche sinnvoller? Solche theoretischen Fragen können sicherlich nur auf der Grundlage der bestehenden Krankenhausstruktur beantwortet werden. Sie böten den öffentlichen und den politischen Akteuren sowie der Selbstverwaltung jedoch Entscheidungsgrundlagen jenseits der Marktkräfte für eine öffentlich vermittelbare Planung sowie den rationaleren Einsatz von Kassenbeiträgen, Investitions- und Fördermitteln. Statt weiterer Defizitschließungen und Privatisierungen könnte eine Umstrukturierung der Kapazitäten mit möglichen Strukturschließungen erfolgen (Busse 2020). Hierbei stellen sich neben der Reform der Finanzierung auch Fragen der Trägerschaft von Krankenhäusern. Müssten nicht auch in Deutschland bestimmte, ausgewählte Bereiche nur von staatlichen Trägern betrieben werden? Sollte man ihnen nicht Krankenhäuser an die Seite stellen, die sehr viel stärker als jetzt in ihre jeweiligen Kommunen eingebunden sind? Die Krise könnte insbesondere im Krankenhausbereich den langsamen Umbruch beschleunigen. Ob dieser zukünftig stärker staatsinterventionistisch reguliert wird, ob er mit mehr oder weniger Delegation an die Selbstverwaltung einhergeht oder ob er sich eher marktinduziert vollzieht, ist eine politisch offene Frage. Für ein zukünftiges modernes demokratisches Gesundheitswesen bestehen Ansatzpunkte für die Konkurrenz kommunaler und regionaler gesundheitsbezogener Vernetzungen samt eigener digitaler Lösungen gegen die globale Marktmacht einer Gesundheit des Kapitals. Unter Einbezug zu stärkender Gesundheitsämter und der GKV könnten Ak-

teure des Gesundheitswesens auf Prävention, Gesundheitsförderung und epidemiologische Risikoabschätzung im regionalen Rahmen abzielende Konzepte, Strategien und Projekte entwerfen. Auf der Basis des bestehenden Gesundheitssystems könnten Übergangsideen für ein vorwiegend öffentliches, inkludierendes und egalitäres Versorgungssystem samt vollständig solidarischer Finanzierung in Form einer Bürgerversicherung entstehen. Je mehr Themen der Gesundheit und des Körpers in den Fokus der Öffentlichkeit rücken, desto mehr besteht möglicherweise die Chance, auch das Öffentliche der Gesundheit und die Notwendigkeit des öffentlichen Schutzes des Körpers herauszustellen. Die Einsicht, dass Gesundheit kein individuelles Gut ist, sondern von anderen abhängt, übersteht möglicherweise die zweite und dritte Welle der Pandemie. Allzu optimistisch lediglich auf die Einsicht politischer Akteure in der Krisensituation zu setzen, hieße jedoch, die sich abzeichnenden harten Verteilungskämpfe in einem zukünftig weiterhin von Pandemien bedrohten Gesundheitssystem in einer globalisierten Welt zu unterschätzen. Aus der Krise zu lernen heißt für das deutsche Gesundheitssystem, die Planung epidemiologisch notwendiger Kapazitäten sowohl für den Regel- als auch für den Krisenbetrieb an den Bedürfnissen und Bedarfen der Bürger auszurichten. Hierfür ist eine öffentliche Regulierung vonnöten, die profitorientierten Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen zurückdrängt.

Literatur

- Biess 2020: Biess, Frank, Corona-Angst und die Geschichte der Bundesrepublik, in: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 35-37/2020
- Busse 2020: Busse, Thomas, Das Krankenhaus als systemrelevantes Unternehmen, in: *Weiterdenken, Recht an der Schnittstelle zur Medizin*, S. 309-319, München 2020
- Deutsches Ärzteblatt, Jg. 2020/2021
- DKG 2020: Deutsche Krankenhausgesellschaft, www.dkg.de
- GKV 2020: GKV-Spitzenverband, www.gkv-spitzenverband.de
- GKV-Positionen 2020: GKV-Positionen zur Krankenhausversorgung, Corona verstärkt den Reformdruck, 02.12.2020
- Gesamtmetall 2020: Arbeitgeberverband Gesamtmetall, Wiederhochfahren und Wiederherstellen, Vorschläge für die 2. und 3. Phase der Corona-Krise, 2020
- Krankenhaus-Barometer 2020: Deutsches Krankenhaus Institut (Hg.), *Krankenhaus-Barometer 2020*
- OECD 2020: *OECD Health Statistics 2020*
- PKV-Verband 2020: Verband der Privaten Krankenversicherung, www.pkv.de
- Simon 2020: Simon, Michael, Das DRG-Fallpauschalensystem für Krankenhäuser, Kritische Bestandsaufnahme und Eckpunkte für eine Reform der Krankenhausfinanzierung jenseits des DRG-Systems, Working Paper der HBS-Forschungsförderung Nr. 196, November 2020
- UN 2020: United Nations, *Global Humanitarian Overview 2020*