

Gesundheitspolitik nach Corona

Kurswechsel dringend erforderlich

Von Harald Weinberg MdB

Für die einen hat die Corona-Pandemie die Probleme unseres Gesundheitswesens „wie unter einem Brennglas“ offenbart. Die anderen verweisen darauf, wie gut Deutschland im internationalen Vergleich die Krise gemeistert habe (womit allerdings bestenfalls die erste Welle gemeint sein kann) und dass dies der Stärke des deutschen Gesundheitssystems zu verdanken sei. Es wird nicht verwundern, dass ich eher der ersten These zugeneigt bin. Wobei an der zweiten These insofern etwas dran ist, als die Entwicklung hin zu einem neoliberalen Umbau des Gesundheitssektors zu mehr Markt- und Profitsteuerung sicher auch in Deutschland stattgefunden hat, jedoch im Gegensatz zu den Ländern Südeuropas nicht durch das Schuldenregime der Troika¹⁷ brutal durchgeknüppelt worden ist, sondern sich gleichsam „organisch“ entwickeln konnte. Insofern traf die Pandemie hierzulande auf ein Gesundheitssystem, das sich mitten in oder vor einem neuen Schub eines Strukturwandels in Richtung mehr Konzentration und mehr Kommerzialisierung befand. Zu erinnern sind an die Studien von Leopoldina und Bertelsmann, die beide einer drastischen Reduzierung der Zahl der Krankenhäuser das Wort redeten. Zu erinnern ist auch an das zunehmende und unselige Wirken von Private Equity Fonds im ambulanten Sektor und in der Altenpflege.

Aber der internationale Vergleich zeigt auch, dass es durch konsequentes und frühzeitiges Eindämmen der Infektionen mittels Lockdown sogar Ländern wie Griechenland oder Portugal, deren Gesundheitssysteme durch die Austeritätsdiktate der EU in einem eher schlechten Zustand sind, gelungen ist, die Auswirkungen der Pandemie fern zu halten von einer

Überforderung. Es scheint, dass die Frage der konsequenten Eindämmung noch weit vor der Stärke des Gesundheitssystems den Unterschied macht.

Systemrelevanz?

Im Zusammenhang mit der Pandemie ist häufig von „Systemrelevanz“ die Rede gewesen. Dieser Begriff erscheint mir eher ungeeignet zu sein, um den Sachverhalt, um den es hier geht, präzise zu beschreiben. Es geht ja nicht um die Relevanz für das kapitalistische System, in dem wir leben und das hauptverantwortlich ist für die Probleme, die sich zum Beispiel im Gesundheitswesen offenbaren. Vielmehr geht es darum, dass es sich um öffentliche Güter handelt, die zum Wohle aller zur Verfügung stehen (sollten). Und ein herausragendes öffentliches Gut ist die Gesundheitsversorgung. Statt „systemrelevante Bereiche und Berufe“ sollte man besser von „gemeinwohlrelevante Bereiche und Berufe“ sprechen.

Und das ist die wichtige Lektion, die wir aus der ersten Phase der Corona-Pandemie lernen können: Um das öffentliche Gut Gesundheitsversorgung ist es nicht so gut bestellt.

Im Rahmen einer Gefährdungsanalyse¹⁸ wurde eine solche Pandemie bereits 2012 hypothetisch durchgespielt. Ich kann mich noch gut daran erinnern, diese Studie mit Vertretern des Katastrophenschutzes durchgesprochen zu haben. Ihre Bedenken waren vor allem auf zwei Punkte gerichtet:

1. Die Ökonomisierung im Gesundheitsbereich führe dazu, dass Kosten für Vorhaltungen nicht mehr refinanziert würden. Als direkte Folge würden diese Vorhaltungen von Krankenhausbetten,

¹⁷Mit Troika wurde und wird die Europäische Zentralbank, der Internationale Währungsfonds und die Europäische Kommission bezeichnet. Die Troika bzw. ihre Repräsentanten verhandelten mit Mitgliedsländern der Eurozone über Kreditprogramme und wirkten als Kontrollinstanz des Europäischen Stabilitätsmechanismus. Dabei

setzte sie in den verschuldeten Staaten weitreichende Kürzungen u.a. im Gesundheitswesen durch.

¹⁸

<https://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/120/1712051.pdf> (Aufruf am 18.5.2020)

Schutzausrüstungen, Ausrüstungen zur Bewältigung von Großereignissen usw. schlichtweg nicht mehr stattfinden oder extrem zurückgefahren. Die „Just-in-time“-Mentalität, die mehr und mehr im Gesundheitsbereich um sich greife, vertrage sich nicht mit dem Vorsorgeprinzip des Katastrophenschutzes. Zudem würden wichtige Ausrüstungsgüter und Schutzmaterialien inzwischen in Fernost produziert. Im Falle einer internationalen Pandemie wären Lieferengpässe und eine entsprechende Knappheit zu befürchten.

2. Die personelle und sachliche Ausstattung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) sei nach jahrelangen Kürzungsrunden soweit dezimiert, dass er kaum mehr seine normalen Aufgaben bewältigen könne. Im Falle einer Epidemie von nationaler Tragweite würden seine Kapazitätsgrenzen schnell erreicht werden. Dem ÖGD und den Gesundheitsämtern käme jedoch in einer solchen Situation eine Schlüsselstellung zu.

Beide Bedenken waren mehr als berechtigt, wie wir gerade schmerzhaft erfahren. Und es zeugt von einem beträchtlichen politischen Versagen, dass nach dieser aufschlussreichen Gefährdungsanalyse 2012 keine Kurskorrekturen in der Gesundheitspolitik folgten. Im Gegenteil: Der eingeschlagene Weg in Richtung Markt und Wettbewerb wurde konsequent weiter verfolgt, wie das Beispiel des Krankenhausstrukturgesetzes von 2015 zeigt.

Nun könnte man die Hoffnung haben, dass die Koalition zumindest aus den Erschütterungen der jüngsten Zeit lernen würde. Die Lernkurve ist ziemlich flach und auf recht enge Bereiche beschränkt: Es sollen die Lieferketten für Medizinprodukte und Arzneimittel besser gesichert werden; es soll ein Teil der Produktion wieder nach Europa zurückgeholt werden; der ÖGD soll finanziell und personell gestärkt werden. Aber schon der Vorschlag meiner Kollegin Hilde Mattheis von der SPD nach Etablierung eines bundesweiten ÖGD¹⁹ wurde eine Absage erteilt. Und

Georg Nüßlein lässt als Fraktionsvize der Union in einer Rede am 15. Mai 2020 im Bundestag²⁰ keinen Zweifel aufkommen, dass für ihn der Markt das beste Steuerungsinstrument sei, um den Pflegenotstand im Krankenhaus und in der Altenpflege zu begegnen. Minister Spahn lässt sich mit dem 2. Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Ermächtigung erteilen, per Verordnungen seiner Datensammelleidenschaft weiter nachzugehen, und zwar unter Missachtung der schweren Bedenken des Bundesdatenschutzbeauftragten²¹. Es ist eben nicht wahr, dass angesichts der Krise die Interessengegensätze weg sind. Die Interessen bestimmter Kreise werden nur anders artikuliert, um sie durchzusetzen.

Gemeinwohlinteresse stärker betonen

Aber die Lage erfordert es, stärker das Gemeinwohlinteresse zu betonen. Das schafft wiederum Chancen für die Kräfte, die es damit schon seit Jahren sehr ernst meinen. Meine Fraktion DIE LINKE will die Chance nutzen, um ihre Vorstellungen in der Gesundheits- und Pflegepolitik komprimiert und zugespitzt in die Diskussion einzubringen. Eckpunkte sind dabei:

- Neuausrichtung der WHO inklusive einer neuen Finanzierungsbasis unabhängig von privaten Geldgebern. Wir brauchen eine globale Koordination von Gesundheitspolitik.
- Unabhängig von Geldbeutel und Herkunft gleiche Chancen für alle Menschen auf eine bedarfsgerechte und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung
- Erhebliche Stärkung des ÖGD inklusive einer besseren Koordinierung auf der Bundesebene.
- Umsetzung des Ansatzes „Health in all Policies“ in der Gesetzgebung und der Verwaltungspraxis der Exekutive. Jedes Gesetzge-

¹⁹ <https://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.vorstoss-aus-der-spd-bund-soll-beim-gesundheitsdienst-staerker-mitreden.5d280695-412d-4cf9-ab82-bc24775081c9.html?reduced=true> (Aufruf am 18.5.2020)

²⁰ <https://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19158.pdf#P.19577> (Aufruf am 18.5.2020)
²¹ https://www.bfdi.bund.de/DE/Datenschutz/Datenschutz-Corona/Allgemeines/Allgemeines_node.html (Aufruf am 18.5.2020)

bungsverfahren muss auf seine Auswirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerung und insbesondere auf gesundheitliche Ungleichheit bewertet werden.

- Gesundheitspolitik muss mehr denn je präventiv und gesundheitsfördernd ausgerichtet sein. Dazu gehört auch eine aufsuchende und quartiers-/regionsbezogene Gesundheitsförderung.
- Zur Finanzierung brauchen wir eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung („Bürgerversicherung“)
- Die Bedarfsplanung braucht eine Neuausrichtung und dabei auch eine gemeinsame Planung für ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung.
- Privat-Equity-Fonds und andere Private Investoren, die nur auf Gewinn orientiert sind, müssen zurück gedrängt werden. Öffentliche und/oder genossenschaftliche regionale Gesundheitszentren sollen gestärkt werden.
- Ersetzung der DRGs (Diagnoseorientierte Fallpauschalen) in den Krankenhäusern durch eine bedarfsorientierte, kostendeckende und bürokratiearme Finanzierung ohne Gewinnausschüttungen an Aktionäre/Eigentümer.
- Gesetzliche und bedarfsgerechte Personalbemessung für alle Berufsgruppen im Krankenhaus und in der Altenpflege.
- Besondere Datenschutzstandards für sensible personenbezogene Gesundheitsdaten und für digitale Anwendungen.

- Forschung und Entwicklung von Arzneimitteln und Impfstoffen als öffentliche Aufgabe, wobei die geistigen Eigentumsrechte ebenfalls in öffentlicher Hand bleiben.
- Höhere Löhne und bessere Arbeitsbedingungen in der Altenpflege.
- Deckelung der Eigenanteile bei den Kosten für die stationäre Altenpflege.
- Steuerfinanzierte Lohnersatzleistung für pflegende Angehörige.
- Zurückdrängen der privaten Investoren in der stationären Altenpflege und schrittweise Rekommunalisierung.

Das sind nur die wichtigsten Eckpunkte unserer Reformagenda für die Gesundheits- und Pflegepolitik nach Corona. Die Chancen sind jetzt vorhanden, in der Bevölkerung für einen solchen Kurswechsel Gehör zu finden. Wir wollen sie nutzen!



Foto: Weinberg
Harald Weinberg MdB