

Cornelia Heintze
Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad:
Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität
und Transparenz

Bedeutung der Gesundheits- und Pflegebranche für Wertschöpfung und Beschäftigung

Die Gesundheits- und Pflegewirtschaft ist Deutschlands größte Wirtschaftsbranche. Um ihre volkswirtschaftliche Bedeutung zu erfassen, werden im Rahmen der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung (GGR) die Bereiche des im engeren Sinne Gesundheitswesens, die in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes und den auf Gesundheit bezogenen Statistiken des Statistischen Bundesamtes erfasst sind (Krankenhäuser, ambulante und stationäre Pflegedienste, Rettungsdienste usw.) mit den in der amtlichen Wirtschaftsstatistik erfassten Markt-bereichen (Pharmaindustrie, Medizintechnik usw.) zusammengeführt. Dieses noch relativ neue Satellitenverfahren ermöglicht es, die Gesundheitsbranche als eigenständigen Bereich der Volkswirtschaft abzubilden und so in einen Vergleich mit anderen Branchen zu bringen. Nach der GGR-Darstellung hat sich der Anteil der Gesundheits- und Pflegebranche an der gesamten Bruttowertschöpfung von 10,7 Prozent im Jahr 2006 auf 11,9 Prozent im Jahr 2017 erhöht (Bundeswirtschaftsministerium 2018; Abb. 14, S. 31 und Abb. 18, S. 40).

Das Bundeswirtschaftsministerium sieht in der Veränderung der Blickrichtung weg von den Kosten, hin zur Wertschöpfung einen Paradigmenwechsel. Früher sei die Gesundheitsversorgung wegen der hohen Kosten „*schnell als Behinderung der Entwicklungsmöglichkeiten für die Gesamtwirtschaft gesehen*“ worden, jetzt erfahre das Gesundheitswesen als „*wirtschaftlicher Wachstumsmarkt*“ erhöhte Aufmerksamkeit (a.a.O., S. 5f.). Diese Argumentation hat eine Schlagsseite. Die ab 1992 erfolgte Umsetzung neoliberaler Strategien der Vermarktlichung wurde nämlich just mit dem Argument begründet, nur so könnten die Kosten durch wettbewerbsinduzierte Prozesse der Effizienzsteigerung gering gehalten und damit die Finanzierbarkeit guter medizinischer Leistungen auf Dauer gesichert werden. Die bisherige Politik der Kostendämpfung sei gescheitert und müsse daher aufgegeben werden, hieß es. Mit der neuen Politik allerdings wurde das Ziel einer Kostengeringshaltung durch mehr Effizienz dann noch weniger erreicht. Die Gruppe Alternative Wirtschaftspolitik hat sich in ihrem MEMORANDUM 2018 mit dieser Entwicklung beschäftigt. Unter dem Regime diskretionärer Kostendämpfung bewegten sich die gesamten Gesundheitsausgaben von Anfang der 80er Jahre bis 1989/90 (alte Bundesrepublik) in einem Korridor von 8,5 bis 9 Prozent des BIP; in dem ab Mitte der 90er Jahre durch Wettbewerb und Gewinnlogik geprägten Rahmen sind sie auf aktuell (2017) 11,3 Prozent des BIP gestiegen (OECD Health Statistics 2019). Nach der Schweiz und Frankreich hat Deutschland damit in Europa das drittteuerste Gesundheitssystem. (Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Finanzierungssystemen [hlth_sha11_hf]; Update 15.07.2019). Das proklamierte Ziel der Kostengeringshaltung konnte mit der an Markt und Wettbewerb orientierten Politik eindeutig nicht erreicht werden. Statt das Scheitern einzu-

räumen, erfolgt nun eine Umdeutung durch Betrachtung nicht mehr der Kosten, sondern der korrespondierenden, zuvor ignorierten Wertschöpfung.

Dem Anspruch nach geht es bei der gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung darum zu erfassen, was das Gesamtsystem für die Verbesserung, Erhaltung und Bewahrung der Gesundheit der Bevölkerung leistet und mit welchen Effekten für Wertschöpfung, Beschäftigung und Export dies verbunden ist. Nur letzteres kann der Tendenz nach eingelöst werden. Das Konzept zielt auf die Erfassung des „*ökonomische(r)n Fußabdruckes des Gesundheitswesens*“. Vieles davon ist lange bekannt. So unterliegt die Nachfrage nach öffentlichen Gütern keinen konjunkturellen Schwankungen, was, wie das BWM nun anerkennt, in Zeiten wirtschaftlicher Einbrüche stabilisierend wirkt. Der Multiplikatoreffekt von Ausgaben in der Gesundheitswirtschaft auf die Gesamtwirtschaft wird mit 0,77 angegeben. Einschließlich induzierter Wertschöpfungen war der Gesundheitsbranche nach der BWM-Darstellung 2017 damit eine Bruttowertschöpfung von 618 Mrd. € (19,7 % des BIP) zuzurechnen.

Die hohe volkswirtschaftliche Bedeutung zeigt sich auch in der anhaltenden Beschäftigungsdynamik. Von den im Jahr 2017 44,3 Mio. Erwerbstätigen, entfallen 7,3 Mio. Erwerbstätige direkt und 4,1 Mio. Erwerbstätige indirekt auf die Gesundheitsbranche; zusammen 11,4 Mio. resp. 25,7 Prozent (a.a.O. Abb. 20, S. 42). Die hier vorgenommene weite Abgrenzung berücksichtigt auch die auf Gesundheitsthemen bezogenen Bereiche verschiedener anderen Branchen vom Medien- und Verlagswesen über den Tourismus bis zu den Ökozweigen des Einzelhandels. Die enger zugeschnittenen Rechenwerke liefern deutlich geringere Beschäftigtenzahlen. Auch hier jedoch sind Beschäftigungszuwächse zu verzeichnen. Hinter der insgesamt positiven Beschäftigungsentwicklung stehen jedoch strukturelle Veränderungen, die je nach statistischem Rechenwerk unterschiedlich scharf zutage treten. In der VGR ist das Gesundheitswesen Teil des Wirtschaftszweiges Q (Gesundheits- und Sozialwesen). Er unterteilt sich in die 2 großen Bereiche: „Gesundheitswesen“ und „Heime + Sozialwesen“. In beiden Bereichen sind die Erwerbstätigenzahlen stark gestiegen, bei Heimen und im Sozialwesen jedoch stärker als beim Gesundheitswesen. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die VGR das Gesundheitswesen sehr selektiv auf die Gesundheitsdienstleister eingrenzt und die stationäre Langzeitpflege unter „Heime und Sozialwesen“ fasst. Für Aussagen zum Gesundheitspersonal ist die VGR daher keine geeignete Datengrundlage. Die Gesundheitspersonalrechnung des Statistischen Bundesamtes bietet demgegenüber mit einem breiteren Ansatz eine geeignete Grundlage für die Erfassung des mit der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung befassten Personals. Einbezogen sind hier auch die Langzeitpflege (ambulant, teilstationär und stationär) sowie die Vorleistungsindustrien, die in der VGR unter das Verarbeitende Gewerbe fallen (Pharmazeutische Industrie, Herstellung von Medizinprodukten). Konsequenz der unterschiedlichen Abgrenzungen: Nach VGR weist das Gesundheitswesen 2015 nur 3,1 Mio. Erwerbstätige auf, nach der Statistik zum Personal des Gesundheitswesens aber 5,4 Mio. (2017: 5,6 Mio.).

Lücken weist die amtliche Statistik bei der Erfassung der Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und seines Personals auf. Die Bezeichnung „Öffentlicher Gesundheitsdienst“ (ÖGD) steht in Ländern mit einem steuerfinanzierten staatlichen Gesundheitssystem für das System insgesamt, in Ländern mit Pflichtversicherungen und Selbstverwaltung wie

Deutschland für die dritte Säule nach ambulanter und stationärer Versorgung. Diese dritte Säule ist zweigeteilt. Auf der einen Seite finden sich die obersten Gesundheitsbehörden im Geschäftsbereich der Gesundheitsministerien.¹ Sie nehmen Aufgaben in den Bereichen von Gesundheitsschutz, Gesundheitsaufklärung, Monitoring, Forschung sowie bei der Veterinär- und Lebensmittelaufsicht wahr. Auf der anderen Seite steht der kommunale öffentliche Gesundheitsdienst der Gesundheitsämter, die operativ tätig sind, indem sie neben beratenden und überwachenden Aufgaben auch solche der Prävention und Gesundheitsfürsorge wahrnehmen. In der amtlichen Statistik wird dieser Bereich nur noch als Residualgröße erfasst. Es existiert keine Statistik zu den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit Ausweis des dort beschäftigten Personals.

Tabelle: Personal in den Einrichtungen des Gesundheitswesens nach Zahl und Vollkräften im Zeitraum 2000 bis 2017

	Erwerbstätige in Tsd.					Vollkräfte in Tsd.			
	2000	2005	2012	2015	2017	2012	2015	2016	2017
Insgesamt	4.026	4.373	5.062	5.380	5.579	3.700	3.912	3.975	4.038
Dar. Frauen	2.986	3.277	3.834	4.079	4.226	2.662	2.825	2.873	2.918
Gesundheitsschutz/Öff. Gesundheitsdienst	40	39	36	36	37	31	31	31	31
Ambulante Versorgung	1.566	1.761	2.061	2.204	2.288	1.366	1.456	1.482	1.506
Arzt- und Zahnarztpraxen	870	944	995	1.026	1.047	667	686	690	695
Ambulante Pflegedienste	185	211	294	344	378	198	233	247	260
Stationäre Versorgung	1.579	1.620	1.814	1.911	1.988	1.391	1.460	1.483	1.514
Krankenhäuser	1.021	992	1.069	1.113	1.155	839	869	882	896
Vorsorge + REHA	115	111	117	119	121	91	91	91	92
Stationäre Pflegedienste	443	517	628	679	712	461	500	510	526
Rettungsdienste, Sonstige Einrichtungen	458	533	642	690	721	483	510	518	527
Vorleistungsindustrien	383	421	509	539	545	429	455	460	460

Quellen: (1) Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend; (2) Genesis-Datenbank: Gesundheitspersonal (Vollzeitäquivalente): Deutschland, Jahre, Einrichtungen, Geschlecht, Berufe im Gesundheitswesen

Bei der Interpretation der in der obigen Tabelle aufgeführten Daten ist diese Unschärfe zu berücksichtigen. Die Tabelle liefert für den Zeitraum von 2000 bis 2017 einen Überblick zur

¹ Folgende Institute gehören zum Geschäftsbereich des Bundesgesundheitsministeriums: Robert-Koch-Institut (RKI), Paul-Ehrlich-Institut (PEI - Bundesinstitut für Impfstoffe und biomedizinische Arzneimittel), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

Personalentwicklung. Nach Köpfen verdoppelten sich die Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten von 2000 bis 2017; in den stationären Diensten fiel der Zuwachs mit 60 Prozent ebenfalls beachtlich aus. Binnen der 5 Jahre von 2012 bis 2017 stieg die Beschäftigtenzahl nach Köpfen und auch nach Vollzeitäquivalenten in den ambulanten Diensten um rd. 30 Prozent, in den stationären Pflegediensten immerhin noch um knapp 10 Prozent. Am zweitstärksten nahm die Beschäftigung in Rettungsdiensten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen zu gefolgt von der Vorleistungsindustrie. In den Krankenhäusern war die Beschäftigung bis 2005 rückläufig; in der nachfolgenden Dekade wurde beim Gesamtpersonal dann wieder ein Zubau realisiert. Der wieder verbesserten Gesamtbeschäftigung in den Krankenhäusern steht beim ÖGD ein dauerhafter Personalabbau gegenüber. Er betrifft die im Geschäftsbereich der Gesundheitsministerien angesiedelten Behörden kaum oder gar nicht.² Es sind vorrangig die Gesundheitsämter, die Opfer der kommunalen Sparpolitik wurden. Dies seit Mitte der 90er Jahren. Nicht überall, aber in vielen Städten und Landkreisen erfolgte beim Öffentlichen Gesundheitsdienst ein regelrechter Kahlschlag, der aber kaum Beachtung fand. In der amtlichen Statistik kommen die Gesundheitsämter schon seit mehr als 20 Jahren nicht mehr vor.

Personell ausgedünnt und in die Unsichtbarkeit getrieben: Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Die Coronapandemie, die im März 2020 Deutschland erreichte, hat der Bevölkerung die Bedeutung eines gut funktionierenden Öffentlichen Gesundheitsdienstes schlagartig vor Augen geführt. Der Fokus richtet sich dabei allerdings ausschließlich auf die traditionelle Kernaufgabe des Seuchen- und Infektionsschutzes. Das Aufgabenfeld des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) der Länder und Kommunen ist jedoch viel weiter gespannt. Es unterteilt sich in vier große Bereiche:

- **Infektionsschutz:** Der ÖGD soll verhindern, dass sich übertragbare Krankheiten in der Bevölkerung ausbreiten. Dazu dient zum einen der Impfschutz. Bei neu auftretenden Epidemien stehen die Gesundheitsämter an vorderster Front, um den Erreger wirksam zu bekämpfen und Infektionsketten durch Nachverfolgung zu unterbrechen.
- **Gesundheitsfürsorge:** Hierunter fallen die Aufgaben des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes (KJGD), des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes (KJpD), der Zahnärztliche Dienst, die Behindertenbetreuung und Angebote von Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie. Individualmedizinische Ansätze werden dabei mit gruppenbezogenen Ansätzen kombiniert.
- **Gesundheitsvorsorge:** Gesundheitsämter bieten gesundheitliche Aufklärung und Leistungen der Gesundheitserziehung und –beratung an. Ziel ist die Förderung eines gesunden Lebensstils durch gesunde Ernährung, ausreichend Sport und den Verzicht auf den Konsum gefährlicher Drogen resp. die Geringhaltung des Konsums von alkoholischen Getränken. Der Gesundheitszustand der Bevölkerung wird erfasst und in Gesundheitsberichten dokumentiert.
- **Gesundheitsüberwachung, Arbeitsschutz und Umweltmedizin:** Gesundheitsämter sind eingebunden in die Überwachung der Einhaltung gesetzlicher Vorschriften zur Hygiene, zum Umwelt- und Arbeitsschutz sowie in die Entwicklung der Planung von Maßnahmen zur Reduktion gesundheitsgefährdender Belastungen.

² Diesen Schluss legen die Institute nahe, die ihre Tätigkeit in Jahresberichten dokumentieren mit Angaben auch zum Mitarbeiterstand.

Im Rahmen der neoliberalen Transformation des Gesundheitswesens in eine Gesundheitswirtschaft geriet der kommunal verankerte Öffentliche Gesundheitsdienst immer mehr ins Abseits und in die Unsichtbarkeit. Aus der Perspektive „*Gesundheitswirtschaft*“ nämlich interessiert die individuelle Gesundheitsnachfrage. Je mehr Arzneimittel – rezeptpflichtige oder rezeptfreie – Menschen konsumieren, umso besser für den Umsatz, damit Gewinn der Pharmaindustrie. Je mehr Diagnostik betrieben wird, umso besser für die Industrie, die die dafür benötigten Gerätschaften und Materialien herstellt und für die zwischenzeitlich überwiegend privaten Labore. Die Frage nach dem gesundheitlichen Nutzen für den Einzelnen und die Bevölkerung tritt in den Hintergrund und das generierte Wachstum von gewinnträchtiger Wirtschaftstätigkeit in den Vordergrund. In der Konsequenz dann schwindet das Bewusstsein dafür, dass die kollektive Herangehensweise der individuellen Herangehensweise teilweise überlegen ist. Ein ÖGD, der auch operativ tätig ist, erscheint geradezu als entbehrlich.

Es ist angesichts dieser Fehlentwicklung bitter nötig, in Erinnerung zu rufen, welches Potential in gruppenbezogenen Maßnahmen der Prävention und Prophylaxe steckt. Beispielhaft anführen will ich die „*Zahngesundheitsprophylaxe*“ gemäß § 21 SGDB V. Die Jugendzahnpflegedienste der Gesundheitsämter nämlich haben erheblichen Anteil an der Beförderung naturgesunder Zähne bei Kindern und Jugendlichen. Siehe dazu den Kasten. Die Erfolgsgeschichte der Zurückdrängung von Karies zeigt, wie wichtig es ist, individuelle und kollektive Ansätze der Vermeidung von Erkrankungen zu kombinieren und welche Rolle Gesundheitsämter dabei spielen. Ihre Rolle nur auf Überwachung, Aufsicht und den Seuchenschutz zu reduzieren, wäre also grundfalsch. Es geht ganz zentral auch um Aufgaben bei der Prävention und Gesundheitsfürsorge sowie beim Ausgleich gesundheitlicher Benachteiligungen bestimmter Bevölkerungsgruppen. Unter letztere fallen auch schwer pflegebedürftige HeimbewohnerInnen. Ihre Gebisse sind teilweise in einem desolaten Zustand, was auch ihre Gesamtgesundheit negativ tangiert. Angemessene Versorgung bei niedergelassenen Zahnärzten ist hier häufig gar nicht mehr möglich. Bei der Reduktion bestehender Versorgungslücken könnten Gesundheitsämter eine wichtige Rolle spielen.

Im Rahmen des Aufbaus einer Gesundheitsberichterstattung wurde vom Statistischen Bundesamt 1998 erstmals ein Gesundheitsbericht für Deutschland vorgelegt. Er beinhaltet (Kapitel 6.2. und 7.2) auch eine Bestandsaufnahme zum ÖGD mit Datenbasis von 1995. Letztmalig also gibt es für 1995 bundesweite Daten. Sie zeigen ein regional sehr durchwachsenes Bild. Im Bundesdurchschnitt betrug die Dichte der Vollärzte (ohne Zahnärzte) 4,6 auf 100.000 Einwohner mit einer Spannweite von unter 3 in den meisten westlichen Bundesländern bis zu über 7 in Berlin. Anders als die ambulante oder stationäre Versorgung präsentierten sich die Gesundheitsämter multidisziplinär. Dahinter steht, dass Gesundheitsämter die Vielfalt ihrer Aufgaben nur qualifiziert wahrnehmen können, wenn sehr unterschiedliche Berufsgruppen zusammen arbeiten. Ärzte mit unterschiedlichen Schwerpunkten (Kinderheilkunde, Epidemiologie, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin...), Zahnärzte, HelferInnen, Gesundheitsingenieure, Sozialarbeiter, Desinfektoren, Psychologen, Soziologen, Pädagogen, Apotheker, medizinisch-technische AssistentInnen und Verwaltungspersonal sind zu nennen. Ohne Berücksichtigung des Verwaltungspersonals stellten die Ärzte und Sozialarbeiter 1995 je einen Anteil von 20 Prozent; rd. 10 Prozent entfielen auf Zahnärzte und HelferInnen und ein gutes Viertel auf die verschiedenen anderen Berufe (ohne Verwaltungskräfte).

Jugendzahnpflegedienst der Gesundheitsämter

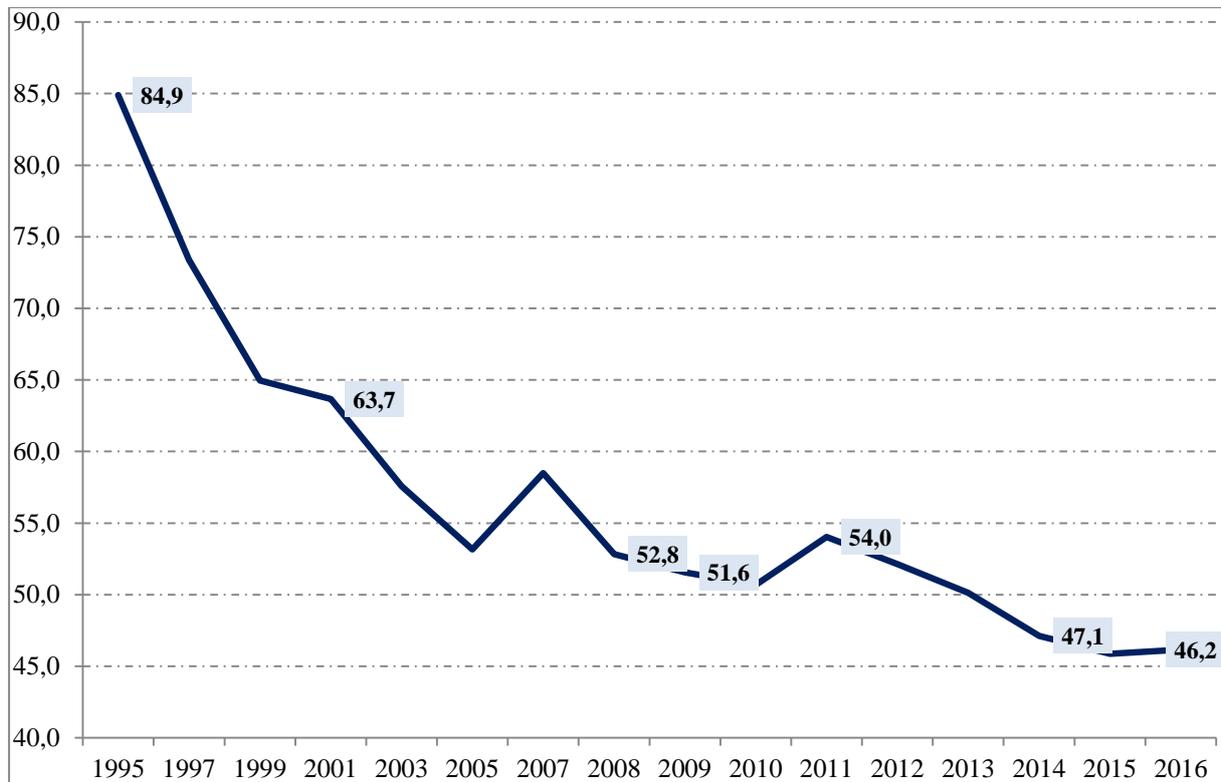
Welches Potential in gruppenbezogenen Prophylaxemaßnahmen steckt, lehrt das Beispiel der „Zahngesundheitsprophylaxe“ gemäß § 21 SGB V. Karies ist eine chronische, durch Bakterien verursachte Zahnerkrankung. Mit regelmäßigem und richtigem Zähneputzen sowie der Meidung stark zuckerhaltiger Ernährung lässt sie sich vermeiden, zumindest aber so eingrenzen, dass nur wenige Zähne betroffen sind. Die Kulturtechnik des Zähneputzens kann von Kindern in unterschiedlicher Weise erlernt werden. Der individuelle Ansatz besteht darin, dass dem Kind bei einem Zahnarztbesuch demonstriert wird, wie die Zähne richtig zu putzen sind. Anschließend übernehmen es die Eltern, darauf zu achten, dass das Kind die Zähne sowohl regelmäßig wie auch richtig putzt. Diesem individuellen Ansatz steht die Philosophie der Gruppenprophylaxe gegenüber. Da sich Kinder und Jugendliche stark am Verhalten in ihrer Peergruppe orientieren, wird das richtige Zähneputzen in KITAS und Grundschulen spielerisch unter Anleitung des zahnpflegerischen Dienstes der Gesundheitsämter eingeübt mit Beratung auch der Eltern und dann in die KITA-Routine als fester Bestandteil des täglichen Handlungsprogramms eingebaut. Studien zeigen, dass die Gruppenprophylaxe dem rein individuellen Ansatz überlegen ist.³ Dies betrifft die Regelmäßigkeit, mit der die Zähne geputzt werden; sie fällt insbesondere bei Kindern aus sozial benachteiligten Familien höher aus. Und es betrifft das richtige Zähneputzen, denn Kinder, die in der Gruppe das Zähneputzen spielerisch lernen, motivieren und kontrollieren sich anschließend wechselseitig. Fehlerhaftes Zähneputzen spielt im Ergebnis eine geringere Rolle.

Wissenschaftlich betrachtet erweist sich die Kombination von Gruppen- und Individualprophylaxe als die beste Methode zur Förderung naturgesunder Zähne in der Bevölkerung. Im Wege des Prophylaxe-Ausbaus konnten bei der Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen demgemäß erhebliche Fortschritte erzielt werden. Gebräuchlichster Indikator für die Evaluation der Zahngesundheit ist der DMFT-Index. Er beinhaltet die Anzahl kariöser, fehlender und/oder restaurierter Zähne. Die WHO hatte in den 80er Jahren als Ziel für das Jahr 2000 einen DMFT-Wert von unter 2 vorgegeben. Abgesehen von Griechenland haben alle hochentwickelten Industrieländer dieses Ziel nicht nur erreicht, sondern kamen Anfang der Nuller Jahre teilweise sogar auf Werte von unter 1. Am erfolgreichsten waren die Niederlande, das Vereinigte Königreich, Dänemark, Schweden und die Schweiz. In diesen fünf Ländern wurde bereits in den 90er Jahre ein DMFT-Wert von unter 1 erreicht (vgl. Heintze 2006, Tab. 1).

Längst konnte Deutschland zu diesen Ländern aufschließen. Fünf repräsentative Studien zur Mundgesundheit dokumentieren den erzielten Erfolg. Beim Start Ende der 80er Jahre hatten nur 12,4 Prozent der 12-Jährigen ein kariesfreies Gebiss, 2005 waren 70,1 Prozent (Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie 2016, S. 37). Die Kariesprävalenz ging gemessen am DMFT-Indikator binnen 2 Dekaden von 2,4 (1994) auf 0,5 (2014) zurück. Das ist im internationalen Vergleich ein Spitzenwert. Der Erfolg freilich ist durch das Voranschreiten sozialer Segregation in der Gesamtgesellschaft gefährdet, weil sich damit auch bei der Kariesbetroffenheit eine zunehmende Polarisierung herausbildet (a.a.O., S. 232f.). Sie hat sich mit jeder nachfolgenden Untersuchung verschärft; die Streuung hinter dem sehr guten Durchschnittswert wurde größer. Gleichwohl aber war die Zahngesundheit bei Jugendlichen mit einem niedrigen Sozialstatus 2014 besser als die von Jugendlichen mit hohem Sozialstatus 1994. Auch die Risikogruppen – rd. ein Viertel der Kinder sind hier zu verorten - profitieren also von den Prophylaxemaßnahmen. Um den Erfolg zu sichern, dürfen diese nicht zurückgebaut werden. Schnell nämlich steigt dann die Kariesbetroffenheit in der Gesamtbevölkerung wieder an. In den Niederlande und Österreich zeigt sich ein solcher Trendbruch bereits.

³ Näheres siehe bei Heintze 2006.

Abbildung 1: Personeller Niedergang des Öffentlichen Gesundheitsdienstes am Beispiel von Berlin: Entwicklung der Beschäftigtenzahl pro 100.000 Einwohner 1995 bis 2016



Einbezogen sind die Beschäftigten insgesamt jeweils zum 31.12. d. J.

Quellen: 1) Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) des Referates I A der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, Tabellen „Personal in den Gesundheitsämtern in Berlin nach Geschlecht, Berufsgruppen und Beschäftigungsumfang“ (Stand: 31.12.), fortlaufend; 2) Destatis, Bevölkerungsfortschreibung nach Bundesländern (Stand: 31.12.): <https://www.regionalstatistik.de/genesis/online/data>

Gemessen an den gesundheitlichen Herausforderungen, die aus der Alterung der Gesellschaft, der Integration von Menschen mit Migrationshintergrund, der Zunahme sozialer Spaltung und dem gehäuftem Auftreten von Epidemien resultieren, wäre eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes geboten gewesen. Erfolgt ist demgegenüber eine immer weiter vorangetriebene finanzielle und personelle Auszehrung. Durch die Verweigerung statistischer Erfassung wurde sie zugleich hinter einer Kulisse des Nichtwissens versteckt. Allein von 2000 bis 2014 sank die Beschäftigtenzahl des ÖGD insgesamt von 39 Tsd. auf 29. Tsd. (Quelle: Destatis: Gesundheit – Personal, Fachserie 12 Reihe 7.3.2, fortlaufend). Ab 2012 dann kam es auf niedrigem Niveau zu einer Stabilisierung der Beschäftigung bei 31 Tsd. rechnerischen Vollzeitkräften (siehe die Tabelle). Von einer Konzentration des Personalabbaus auf die Gesundheitsämter ist auszugehen. Nach Verbandsangaben⁴ wurde ca. ein Drittel des Personals der Gesundheitsämter während der letzten 20 Jahre abgebaut. Diese Angabe allerdings bezieht sich nur auf die Ärzte und Ärztinnen. Wie dargestellt und 1995 auch realisiert, sind Gesund-

⁴ Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BVÖGD: <https://www.bvoegd.de/> und Bundesverband der Zahnärztinnen und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG: <https://bzoeg.de/bundesverband/>)

heitsämter aufgrund der Vielfalt ihrer Aufgaben jedoch multidisziplinär aufgestellt. Daten, die nicht nur für einzelne Zeitpunkte den Personalstand wiedergeben, sondern eine Betrachtung im Zeitablauf ermöglichen, sind mir nur aus Berlin bekannt. Sie dokumentieren ein Trauerspiel der besonderen Art, denn 1995 verfügte der ÖGD von Berlin über die bundesweit beste Personalausstattung (Quelle: Statistisches Bundesamt 1998). Annähernd 3 Tsd. Beschäftigte (2.947) gab es damals in den Gesundheitsämtern. Bis 2016 wurde das Personal um 44 Prozent abgebaut auf nach Köpfen noch 1.650 Beschäftigte resp. 1.445 rechnerische Vollzeitkräfte. *Abbildung 1* stellt für den Zeitraum vom 31.12.1995 bis zum 31.12.2016 dar, wie der Niedergang in Phasen erfolgte. Gab es 1995 85 Beschäftigte auf 100.000 Einwohner, waren es 20 Jahre später nur noch 45,9. Obwohl das LAGESO, wo der öffentliche Gesundheitsdienst angesiedelt ist, im Zuge der Flüchtlingskrise regelrecht kollabierte und bundesweit zum Symbol für Staatsversagen wurde, erwuchs daraus keine systematische Stärkung des ÖGD. Das maßgebende Gesetz (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst i. d. F. vom 17.06.2016) enthält zwar eine lange Liste von Aufgaben, die Aufgabenwahrnehmung aber erfolgt „nach Maßgabe der mit dem Haushaltsplan zur Verfügung gestellten Mittel“ (Abs. 4), ergo nach Kassenlage. Sowohl der Stellenplan des Haushalts wie auch die LAGESO-Geschäftsberichte enthalten zur Mitarbeiterentwicklung gar keine Angaben (mehr). Das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (SenGPG) liefert allerdings differenzierte Daten zur Personalentwicklung nach Bezirken, Berufen und Beschäftigungsumfang. Sie weisen für Ende 2016 gegenüber dem Tiefstand von 2015 eine marginale Personalverstärkung aus. Aufgrund eines Senatsbeschlusses von 2009 werden in Vollzeitäquivalenten die Abweichungen zwischen Soll-Personalstärke und tatsächlicher Stellenbesetzung dargestellt. Kein Bereich erreichte 2017 – aktuellere Daten sind nicht verfügbar - seine Soll-Personalstärke auch nur annähernd. In fast alle Fachbereichen des ÖGD liegt die Personalstärke um mehr als 10 Prozent unter dem, was als Soll definiert ist; in Einzelbereichen beträgt die Lücke sogar mehr als 50 Prozent. Von einer nachhaltigen Stärkung des ÖGD unter der amtierenden Koalition aus SPD, Linkspartei und Grünen ist nichts zu sehen.

In der aktuellen Corona-Krise konnte ein Kollaps der Gesundheitsämter nur durch die Anwerbung freiwillig Tätiger (Medizinstudenten, vor allem) und die Abordnung von Kräften aus anderen Bereichen des öffentlichen Dienstes verhindert werden. Auch wurden sämtliche regelhaft anstehenden Aufgaben weitgehend eingestellt. Für verschiedene Bevölkerungsgruppen, die auf die Gesundheitsdienste des ÖDG angewiesen sind, sind die Ämter in der Konsequenz kaum noch erreichbar. Die DienstEinstellung betrifft auch die oben angesprochenen zahnmedizinischen Dienste. Nach Pressemitteilung des entsprechenden Verbandes sind derzeit alle Zahnärztinnen und Zahnärzte, Prophylaxe-Assistentinnen und die sonstigen Mitarbeiter der Zahnärztlichen Dienste der Gesundheitsämter eingebunden in die Aufgaben der Pandemiebewältigung. Dies während der zurückliegenden Wochen häufig mit 10- bis 12-stündigem Arbeitstag. Wären die Gesundheitsämter gut aufgestellt, sähe dies anders aus.

Personal der pflegerischen Versorgung: Ausstattung weit unter Bedarf

Anders als beim ÖGD ist bei der ambulanten und stationären Langzeitpflege ein Beschäftigungswachstum zu registrieren. Vordergründig ist der Zuwachs an Pflege-Beschäftigung be-

achtlich. Mit Blick auf die starke Zunahme der Zahl von Menschen, die sozialrechtlich als Pflegebedürftige anerkannt sind – 2013: 2,63 Mio.; 2018: 3,92 Mio. - ergibt sich freilich ein anderes Bild. Um keine Versorgungsengpässe zu riskieren, hätte die Altenpflege schon vor Jahren aufgewertet und die Ausbildung massiv hochgefahren werden müssen. Nichts davon ist passiert. Es gibt einige Verbesserungen wie die Abschaffung des Schulgeldes im Rahmen der Umsetzung der Ausbildungsreform ab 2020 und einige Weichenstellungen für eine zukünftig leicht bessere Bezahlung. So hat sich die Pflegekommission am 28. Januar 2020 auf höhere Mindestlöhne für die Beschäftigten in der Altenpflege geeinigt. Die Einigung sieht auch vor, dass die ostdeutschen Mindestlöhne sukzessive auf das Westniveau angehoben werden. Zum 1. September 2021 sollen dann einheitlich 12,00 € pro Stunde gezahlt werden gegenüber 11,60 € in den westlichen und 11,20 € in den östlichen Bundesländern je zum 1.7.2020. Neu hinzu kommt ab 1. Juli 2021 ein Mindestlohn für Altenpflegefachkräfte. Dies trägt der Erwartung Rechnung, dass den Bemühungen um einen Flächentarifvertrag, der sich annähernd auf dem Niveau des TVöD bewegt, vermutlich auch 2020 kein Erfolg beschieden sein wird. Verständigt hat sich die Kommission auf einen niedrigen Mindestlohn von lediglich 15 € pro Stunde (BMAS, PM 29. Januar 2020: „Hubertus Heil: *Neue Mindestlöhne in der Pflege sind erster wichtiger Schritt*“). Dies liegt weit unter dem Niveau des TVöD und schont die kommerziellen Pflegedienstleister; deren auf Lohndumping basierende Geschäftsmodelle sind nicht tangiert. Im Ergebnis bleibt die Altenpflege in der Niedriglohnfalle gefangen.

Nicht nur wegen der niedrigen Löhne, sondern wegen der Arbeitsbedingungen insgesamt ist Realität der Langzeitpflege von einer anhaltenden Negativspirale geprägt. Weil die Personalausstattung hinter dem zurückbleibt, was erforderlich wäre, um auch nur überwiegend den Kriterien fachlich guter Pflege zu entsprechen, geraten AltenpflegerInnen in einen zermürbenden Dauerkonflikt zwischen dem fachlich Gebotenen und dem unter den gegebenen Umständen gerade noch Möglichen. Die individuellen Reaktionen differieren. Einige verlassen den Beruf temporär oder auf Dauer; andere reduzieren ihre Arbeitszeit in der Hoffnung, so den Belastungen besser standzuhalten oder weichen in die Leiharbeit aus, weil sie als Externe ihren Arbeitszeitsatz besser mitgestalten können. Bei den Verbliebenen steigt in der Konsequenz die Belastung, damit die Anfälligkeit für Krankheiten. Hohe Krankenstände jedoch führen in einen Teufelskreis wachsender Ausfälle, damit steigender Personalfuktuation, was sich bei personenbezogenen Diensten negativ auf die Qualität auswirkt. Dass die Bezahlung der Qualifikation, Belastung und Verantwortung pflegerischer Arbeit vielfach nicht gerecht wird, kommt erschwerend hinzu. Die Zusammenhänge wurden in den Sondererfassungen zur Pflege des DGB-Index „Gute-Arbeit“ wiederholt belegt. So im Index von 2008, dann 2012 und erneut im September 2018. Hinweise auf eine Verbesserung der Lage liefern die Selbsteinschätzungen nicht: Die Beschäftigten werten ihre Arbeitsbedingungen im Jahr 2018 sogar noch negativer als eine Dekade zuvor. Entsprechend ist der Arbeitsmarkt für Altenpflegefachkräfte bundesweit leergefegt. Kamen 2013 auf 100 offene Stellen 38 BewerberInnen, waren es 2018 nur noch 19 (IAB, Bundesagentur für Arbeit 2019, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Berichte Arbeitsmarkt, Mai 2019).

An Ankündigungen, die Pflege aufwerten zu wollen, herrscht seitens der Regierungspolitik kein Mangel. Gleichwohl wuchs die Kluft zwischen dem, was nötig wäre und der Pflegerealität. Mit aktionistischer Gesetzgebungstätigkeit und der Flucht in kurzatmige Projekte und

Kampagnen versucht die Politik zu verdecken, dass es am Willen zu wirksamem Handeln fehlt. Dies vor allem aus Finanzierungsgründen. Gäbe es in der Langzeitpflege eine fachgerechte Personalausstattung und würden flächendeckend Tariflöhne in Anlehnung an die nur rd. 5 Prozent der Beschäftigten, die unter den TVöD fallen, gezahlt und öffentlich refinanziert, entstünde ein finanzieller Mehrbedarf im zweistelligen Milliardenbereich. Zur Finanzierung müssten entweder die Beitragssätze zur Pflegeversicherung und/oder Steuern angehoben werden; auch der Rückgriff auf die hohen Rücklagen der privaten Pflegeversicherung ist als zusätzliches Finanzierungsinstrument denkbar (vgl. Rothgang/Domhoff 2019). Vor diesen Finanzierungsfragen jedoch drückt sich die herrschende Regierungspolitik mit einer Politik der Als-ob-Aufwertung. Nach Pflgelöhneverbesserungsgesetz (BT-Drs. 19/13395; vom Bundesrat am 8.11.2019 angenommen) immerhin soll nun versucht werden, über eine Änderung des Arbeitnehmer-Entsendegesetzes (§ 7a AEntG) einen noch auszuhandelnden Tarifvertrag für allgemein verbindlich zu erklären. Mit einem in der zweiten Jahreshälfte 2019 gegründeten Bundesverband Altenpflege – er repräsentiert nur einen Teil der Träger – hat Verdi die Aushandlung eines Tarifvertrages gestartet; Ausgang offen.

Unterdessen wurde und wird die Personallücke immer größer. Eigentlich hätten schon vor Jahren die Ausbildungszahlen massiv gesteigert werden müssen. Dagegen steht jedoch die geringe Attraktivität des Berufs und ein fragmentiertes Ausbildungssystem mit überwiegend privaten Schulen. Diese Struktur erinnert eher an das 19. Jahrhundert als an ein Land, das vorgibt, Bildungsrepublik sein zu wollen und wo nach Grundgesetz *„das gesamte Schulwesen“* *„unter der Aufsicht des Staates“* steht (Art. 7 I). Kaum verwunderlich sind die Ausbildungszahlen teilweise sogar rückläufig. So in Sachsen-Anhalt, wo einerseits Plätze für Pflegebedürftige fehlen und andererseits die Zahl der PflegeschülerInnen gesunken ist (Schuljahr 2010/11: 4394; Schuljahr 2018/19: 3720; LVZ 14.01.2020, S. 9). Der letztjährige Pflege-Report der AOK (Jacobs et al. 2019) sieht bei reiner Trendfortschreibung bis 2050 einen Zusatzbedarf von 379,4 Tsd. Vollkräfte (a.a.O. S. 15). Schon bei regionaler Angleichung der Personalausstattung erhöht sich der Mehrbedarf bis 2030 um 60.000 Vollzeitkräfte. Die Weichen müssten kurzfristig in Richtung der Rekrutierung von mehr Personal für die Langzeitpflege umgestellt werden. Ansonsten werde man *„innerhalb weniger Jahre mit erheblichen Versorgungsengpässen konfrontiert sein.“* (a.a.O., S. 20). Der RWI-Ratingreport 2020 kalkuliert den Bedarf an zusätzlichen Vollzeitkräften bis 2040 auf 184 bis 396 Tsd. in der stationären Versorgung und auf 107 Tsd. bis 209 Tsd. in der ambulanten Pflege.

Der Mythos vom weltbesten Gesundheitssystem: Wachsende Kluft zwischen hochtrabendem Selbstbild und der Realität gesundheitlicher Versorgung

„Service provision in Germany is highly fragmented and uncoordinated. Fragmentation exists between primary and specialist care because of absence of a gatekeeping system and information is often lost because there is no system of electronic health records (...). Moreover, different organisation and financing rules mean that there is a strong separation between hospitals and ambulatory care. Incentives to enhance cross-sector collaboration remain weak” (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b: 12)

Nach dem Selbstbild ärztlicher Standesvertreter, der PKV wie auch zahlreicher GesundheitspolitikerInnen hat Deutschland ein Gesundheitssystem, um das es weltweit beneidet wird. „*Deutschland hat das beste Gesundheitssystem der Welt*“, erklärte Prof Dr. Frank Ulrich Montgomery, seit April 2019 Präsident des Weltärzteverbandes, zum Auftakt der Hauptversammlung des Hartmannbundes Mitte November 2019 in Berlin. Begründung: Der Zugang zur Versorgung sei einfach, die Wartezeiten kurz und jeder habe Anspruch auf Versorgung. (PM vom 12.11.2019: <https://www.zm-online.de/news/politik/deutschland-hat-das-beste-gesundheitssystem-der-welt>).

Internationale Vergleichsstudien liefern andere Bewertungen. Aus der Perspektive der europäischen Beobachtungsstelle für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik ist das deutsche System – siehe das einleitende Zitat – durch erhebliche Strukturmängel geprägt. Auch der „Euro Health Consumer Index“ (EHCI) bescheinigt dem deutschen Gesundheitssystem lediglich eine befriedigende bis gute, aber keine überragende Leistungsfähigkeit. Der Index wird seit 2005 vom Health Consumer Power House (HCP) herausgegeben. Verglichen werden 35 Länder entlang von sechs Subdisziplinen, die sich in 46 Einzelindikatoren gliedern. Ziel ist das Aufzeigen von Schwächen und Stärken. Nur eingeschränkt wird der Index diesem Anspruch gerecht. Zum einen, weil wichtige Bereiche wie die Langzeitpflege und die Digitalisierung außen vor bleiben; zum zweiten, weil die methodische Grundausrichtung Systeme mit hohem Grad an Vermarktlichung begünstigt. Dem neoliberalen Ansatz entsprechend, dominiert bei dem, was der Index abbildet, die Perspektive von Patienten als „Gesundheitskonsumenten“, was dem deutschen System entgegenkommt, unterhält Deutschland traditionell doch *„the most restriction-free and consumer-oriented healthcare system in Europe, with patients allowed to seek almost any type of care they wish wherever they want it“* (EHCI 2018, S. 12). Dieser nur vordergründigen Stärke stehen jedoch Schwächen bei der Reichweite von Gesundheitsdiensten, der Geringhaltung von Gesundheitsungleichheit und der Präventionsorientierung gegenüber. Da sich die Schwachstellen verfestigt haben, während anderen Ländern eine Zurückdrängung gelang, fiel Deutschland im Ländervergleich zurück. Beim EHCI von 2009 erreichte es noch Rang 6, beim 2019 publizierten EHCI18 nur noch Rang 12. Waren es abgesehen von den Niederlanden und Schweden zunächst vorrangig kleine Länder (Schweiz, Luxemburg, Dänemark, Island, Norwegen), die bessere Bewertungen erzielten, schneiden jetzt auch mittelgroße Länder wie Belgien und Frankreich besser ab. Dieses Muster bestätigt sich auch bei der letzten weltweiten Vergleichsstudie zur Erfassung der Versorgungsergebnisse bei 33 häufigen Krankheiten. Die 2018 im Lancet publizierte Studie mit Datenbasis von 2016

sieht Island und Norwegen auf den Plätzen 1 und 2 gefolgt von den Niederlanden. Von den europäischen Ländern mit mehr als 10 Mio. Einwohnern finden sich 3 im Spitzenfeld der TOP TEN (Niederlande, Schweden, Italien) und auch Belgien schneidet besser ab als Deutschland, das nur Rang 18 erreicht (Vgl. Lozano 2018, Abb. 3, S. 8).

Hohe Kosten, geringe Effektivität und Effizienz: Was steckt dahinter?

Zwischen den Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP resp. dem Beitrag der Gesundheitsbranche zur Bruttowertschöpfung und dem, was ein Gesundheitssystem für die Gesundheit der Bevölkerung tatsächlich leistet, besteht keine direkte und schon gar keine lineare Beziehung. Die USA unterhalten das weltweit teuerste Gesundheitssystem – die Gesundheitsausgaben belaufen sich auf rd. 17 Prozent des BIP – erzielen damit aber Ergebnisse, die weit schlechter ausfallen als die des Vereinigten Königreichs, wo die Gesundheitsausgaben in Prozent des BIP nur rd. 9 Prozent betragen. Unter den vom Commonwealth Fund bei seinen Untersuchungen einbezogenen Ländern (7 Vergleichsländer in 2010, 11 Vergleichsländer in 2014) landen die USA regelmäßig auf dem letzten Platz (vgl. Commonwealth Fund 2007, 2010, 2014). Das US-System folgt auf Ganze gesehen einer Marktlogik mit Einzelbereichen, die öffentlich geplant und gestaltet sind (große Teile des Krankenhaussektors fallen hierunter), das UK-System folgt auf Ganze gesehen einer staatlichen Planungslogik mit Einzelbereichen, die marktwirtschaftlich organisiert sind und einer Tendenz zur Unterfinanzierung. Die konträre Verortung – hier überwiegend private Eigentumsstrukturen, dort überwiegend staatliche Eigentumsstrukturen - sowie die Art der Steuerung machen für die Ergebnisse einen zentralen Unterschied. Ob der Anteil der Gesundheitsausgaben am BIP bei 10 oder 17 Prozent liegt, sagt dagegen wenig aus über die damit erzielten Wirkungen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Unter der Betrachtungsperspektive „*Effektiver Ressourceneinsatz*“ schneidet innereuropäisch Finnland am besten ab. Die Outcome-Ergebnisse sind besser als in Deutschland obwohl die Gesamtausgaben für Gesundheit um fast 2 BIP-Prozentpunkte niedriger liegen. Für Deutschland hält der nüchterne Blick auf die Befunde internationaler Vergleichsstudien unangenehme Wahrheiten parat. Gut bis sehr gut schneidet das deutsche System bei der Reichweite der von den Krankenkassen übernommenen Leistungen, bei der Akut- und Notfallversorgung und den Wahlrechten der Patienten ab. Diese Stärken machen das System robust, was sich in Krisensituationen wie aktuell der Coronapandemie auszahlt. Deutliche Defizite gibt es dagegen bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Mehrfacherkrankungen und dauerhaftem Pflegebedarf, bei der Vermeidung überflüssiger Operationen und der Geringhaltung vermeidbarer Komplikationen im Falle einer Krankenhausbehandlung sowie bei der Aufwertung der Pflege (vgl. zu letzterem WHO 2019). Auch bei der Digitalisierung hängt Deutschland weit zurück. Ein großes Problem, dem gleichwohl wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird, stellt die stark gewachsene Gesundheitsungleichheit dar (siehe Lampert/Kroll 2014, Lampert/Hoebel 2018). Auch in anderen Ländern, Skandinavien eingeschlossen, wuchs die Gesundheitsungleichheit. In Deutschland allerdings wuchs sie besonders stark. Zwischenzeitlich differiert die mittlere Lebenserwartung zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe bei Frauen um 8,4 und bei Männern um 10,8 Jahre (RKI 2015, S. 150; BT-Drs. 18/11523). Wie stark die soziale Unwucht zwischen den Rentenbeziehern mit Jahrgang 1926

bis 1928 und denen der Jahrgänge 1947 bis 1949 gewachsen ist, zeigen Haan et al. 2017. Last, but not least lassen auch die Patientenrechte zu wünschen übrig. Von „sehr gut“ (Wahlrechte) bis mangelhaft (Patientenrechte bei Schadensfällen) gibt es je nach Wahl der Betrachtungsperspektive unterschiedliche Befunde. Die ärztlichen Standesvertreter tendieren dazu, die Facetten, wo gute Ergebnisse erzielt werden, besonders herauszustellen und die Schattenseiten auszublenden oder in geneigter Weise umzudeuten. Um die Güte eines Gesundheitssystems angemessen zu erfassen, müssen jedoch unterschiedliche Bewertungsebenen berücksichtigt und die Leistungsfähigkeit in einen Bezug gebracht werden zu den zukünftigen Herausforderungen. Eine wesentliche Dimension betrifft die bei unterschiedlichen Krankheiten erzielten Versorgungsergebnisse einschließlich der Vermeidung und dem Umgang mit Komplikationen. Nicht minder wichtig ist der gleiche Zugang unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen zu Leistungen der Prävention und der Versorgung im akuten Krankheitsfall wie auch bei dauerhaftem Pflegebedarf. Eine dritte Ebene betrifft die Relation zwischen dem Outcome, den damit zusammenhängenden Kosten und ihrer Finanzierung. Auch die Qualität der Arbeitsbedingungen von Gesundheitsdienstleistern ist zu berücksichtigen, wirkt sie doch zurück auf die Versorgungsergebnisse. Eine gute Personalausstattung und gute Arbeitsbedingungen begünstigen die gute Versorgung der Patienten; et vice versa.

Überversorgung, Unterversorgung, Fehlversorgung und keine Transparenz: Die Fehlsteuerung hat viele Facetten

In den Ländern mit Systemtyp „öffentlicher Gesundheitsdienst“ ist es die Aufgabe des Staates, die verschiedenen Aufgabenfelder der Gesundheitsversorgung von der primären Versorgung bis zur Langzeitpflege organisatorisch so auszuprägen, dass ein in sich kohärentes, für zukünftige Herausforderungen gut gewappnetes Gesamtsystem entsteht. Die staatlichen Systeme sind nach dem Zweiten Weltkrieg, teilweise sogar erst ab Ende der 70er Jahre (Portugal 1979, Italien 1980; Spanien ab den 80er Jahren) entstanden, während Deutschland - mit einer gewissen Ausnahme beim Krankenhauswesen - bis heute an der Tradition eines selbstverwalteten Gesundheitssystems festhält, das durch die Beleihung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) mit einem Quasi-Monopol der ambulanten Versorgung über den Korporatismus anderer Länder mit Sozialversicherungssystem weit hinausgeht. Diese Selbstverwaltung allerdings (siehe den Kasten) stößt zunehmend an ihre Grenzen – Stichworte sind das Fehlen von Ärzten im ländlichen Raum, die Krise rd. um die Notfallversorgung, die häufigen Fälle von Abrechnungsbetrug und anderes mehr. Zugleich wird sie überformt und korrumpiert durch Marktöffnungen und die Etablierung einer marktorientierten Wettbewerbslogik. Das Ergebnis ist ein komplex-verworrenes, hochgradig inkohärentes und in weiten Teilen ineffizientes System, bei dem die konträren Interessen einer Vielzahl von Akteuren ein höheres Gewicht haben als der Patientenbedarf. Von einem integrierten Gesamtsystem, bei dem Finanzierung, Leistungserbringung und Steuerung in der Orientierung an guten Outcome-Ergebnissen für die gesamte Bevölkerung ineinandergreifen, ist Deutschland weit entfernt.

Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen: Prinzip und Realität

Im Gegensatz zu nicht wenigen anderen hochentwickelten Ländern wie Großbritannien und Kanada aus dem angelsächsischen Raum, den nordisch-skandinavischen Ländern und einer Reihe südeuropäischer Länder wie Italien, Spanien und Portugal wird die gesundheitliche und pflegerische Versorgung in Deutschland nicht von staatlichen resp. kommunalen Einrichtungen gewährleistet, sondern es gilt das Prinzip der Selbstverwaltung. In der Theorie liegt hier eine in besonderer Weise demokratische Form der Selbstorganisation vor, die steuerungstheoretisch zwischen Markt und Staat angesiedelt ist. Die Politik gibt den gesetzlichen Rahmen vor; die Verantwortung für die Ausfüllung dieses Rahmens und die Sicherung der Versorgungsqualität liegt bei den Organen der Selbstverwaltung. Der Staat hat sie entsprechend delegiert und sich weitgehend nur die Wahrnehmung einer Aufsichtsfunktion vorbehalten. Versagt die korporatistische Selbstverwaltung jedoch, so fällt die Letztverantwortung wieder dem Staat zu. Gleiches gilt bei landesweiten Epidemien.

Das Prinzip der Selbstverwaltung prägt alle Zweige der Sozialversicherung. Funktions- und Leistungsfähigkeit von Selbstverwaltungen hängen jedoch an Voraussetzungen, die nicht überall erfüllt werden. Als zentral sind zu nennen: überschaubare Zahl von Akteuren, gleichgerichtete Grundinteressen; ausgewogene Machtverteilung. Beim Alterssicherungssystem liegen diese Voraussetzungen vor. Akteure sind hier die Rentenversicherungen als öffentlich-rechtliche Körperschaften, in deren Selbstverwaltungsorganen auf Basis von Sozialwahlen Versicherte, Rentner und Arbeitgeber vertreten sind. Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) ist regional in 16 Rentenversicherungsträger gegliedert mit der Deutsche Rentenversicherung Bund als Dach. Wettbewerb untereinander um Versicherte gibt es bei der DRV nicht. Unter diesen Strukturbedingungen funktioniert Selbstverwaltung und ist ausweislich geringer Verwaltungskosten – sie beliefen sich 2017 auf nur 1,2 Prozent der Gesamtaufwendungen (Geschäftsbericht 2018, S. 27) - auch effizient.

Bei der Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitssystem stellen sich die Gegebenheiten anders dar. Es gibt finanzierungs- und leistungsseitig eine Vielzahl von Akteuren. Mit Stand 1.1.2020 sind es finanzierungsseitig 105 Gesetzliche Krankenkassen, die sich in 6 Kassenarten gliedern (§ 4, SGB V). In diesen mehr als 100 Kassen, die untereinander im Wettbewerb stehen, sind rd. 88 Prozent der Bevölkerung versichert (Stand Ende 2019: https://www.vdek.com/presse/daten/b_versicherte.html). Die Dachorganisation ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Die Kontrastfolie liefert Österreich. Es gibt dort kein duales System aus gesetzlichen und privaten Vollversicherungen. Auch hat Österreich in den 90er Jahren, anders als Deutschland, kein Kassenwahlrecht eingeführt, sondern an den Gebietsmonopolen festgehalten, bei denen sich bis Ende 2019 neben den abhängig Beschäftigten auch gut verdienende Selbstständige versichern mussten. Zum 1.1.2020 erfolgte eine Zusammenführung der bisherigen Gebietsmonopole zur Gesundheitskasse Österreich, in der nun rd. 85 Prozent der Bevölkerung Mitglied sind. Für rd. 15 Prozent der Bevölkerung, insbesondere die Beamten, gibt es zwar noch Sondersysteme; auch deren Zahl wurde jedoch reduziert. Demgegenüber stehen die Kassen in Deutschland untereinander im Wettbewerb. Private und gesetzliche Kassen buhlen um junge kinderlose Mitglieder mit guter Gesundheit; sie bringen viel und kosten wenig. Zwischen den gesetzlichen Kassen wiederum differiert die Risikostruktur der Mitglieder. Bemühungen um die Optimierung des Risikoprofils sind die Folge. Wo dies nicht gelingt, zielt das Interesse auf die Akquirierung möglichst hoher finanzieller Ausgleichsmittel aus dem Risikostrukturfonds. Nicht die Erhaltung und Wiedergewinnung der Patientengesundheit steht bei diesem Wettbewerb und den nachgeschalteten Verschiebebahnhöfen im Mittelpunkt, sondern die Erweiterung, zumindest aber Sicherung der eigenen Marktposition.

Leistungsseitig sind die Gegebenheiten nicht weniger verworren. Den Kassen stehen hier als Vertragspartner und Gegenspieler **1**) je 17 berufsständische Organisationen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte – sie bilden die Dachverbände der Kassenärztlichen und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KBV und KZBV) – sowie **2**) die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. gegenüber. Nicht einmal innerhalb der Verbände werden gleiche Grundinteressen verfolgt. In den berufsständischen Organisationen der Ärzte bekämpfen sich Haus- und Fachärzte; im privaten Verein der Deutschen Krankenhausgesellschaft haben mit dem Voranschreiten der Privatisierung von Kliniken die kommerziellen Interessen an Gewicht gewonnen. Im Gegenzug hat der Staat nicht in allen, aber in einigen Bundesländern und Regionen Kontrolle und Handlungsfähigkeit soweit eingebüßt, dass er seiner Letztverantwortung im Bedarfsfalle kaum mehr gerecht werden kann.

Das höchste Gremium der Selbstverwaltung, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA), bleibt von den Machtkämpfen nicht unberührt. Dies zeigt die jüngste Entwicklung. Träger des GBA sind die Spitzenverbände der Selbstverwaltung. Sie stellen im Beschlussgremium je 5 Mitglieder (KVen: 3; DKG: 2; GKV: 5). Hinzu kommen drei unabhängige Mitglieder und mit beratender Stimme 5 VertreterInnen von akkreditierten Patientenverbänden. Die unabhängigen Mitglieder werden auf Vorschlag der Spitzenverbände berufen, sofern der Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages der Berufung nicht widerspricht, was bei begründetem Zweifel an deren Unabhängigkeit und Unparteilichkeit mit Zwei-Drittel-Mehrheit möglich ist (§ 91 II SGB V). Erstmals in der Geschichte des GBA ist dies im Jahre 2017 erfolgt. Die dem Ausschuss unterbreiteten Vorschläge stellten eine solche Provokation dar, dass die Ablehnung einstimmig erfolgte.⁵ Im zweiten Anlauf dann kam es zur Berufung von zwei Medizinerinnen.

Die im Gesundheitssystem zu beklagenden Fehlentwicklungen – einige sind im Text angesprochen – stellen der Selbstverwaltung kein gutes Zeugnis aus. Statt weiter hehre Prinzipien zu beschwören, ohne zu prüfen, ob deren Funktionsvoraussetzungen im Gesundheitssystem überhaupt erfüllt sind, ist es Zeit für eine nüchterne Bestandsaufnahme. Sie darf staatliches Handeln nicht ausnehmen, Auf der einen Seite hält die herrschende Politik das Bekenntnis zum Prinzip der Selbstverwaltung und korporatistischen Steuerung hoch; auf der anderen Seite unterminiert sie durch die Entfesselung des Geistes von Markt und Wettbewerb eine der wesentlichen Funktionsvoraussetzungen korporatistischer Steuerung. Auf das Scheitern der Selbstverwaltung hat sie erkennbar keine schlüssige Antwort, sondern belässt es bei den ihr abgezwungenen punktuellen Interventionen.

Im MEMORANDUM 2018 haben wir ausgeführt, wie finanzierungs- und leistungsseitig Teilsysteme mit je unterschiedlicher Logik sowohl neben-, wie gegeneinander stehen (S. 140ff.). Dies abgesehen vom System der Langzeitpflege mit langer Traditionslinie, die weit ins 19. Jahrhundert zurückreicht. Auch die extreme Arztzentrierung und Hierarchisierung der Gesundheitsberufe mit ausbleibender Aufwertung der pflegerischen und therapeutischen Berufe hat eine lange, zu Teilen unrühmliche Tradition. So verdanken die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) ihr Entstehen der Notverordnung des Reichspräsidenten vom 8. Dezember 1931. Unter nationalsozialistischer Herrschaft wurde die damit begründete enorme Machtstel-

⁵ Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) hatte mit Lars Lindemann (Hauptgeschäftsführer des Spitzenverbandes der Fachärzte und früherer FDP-Bundestagsabgeordneter) einen aggressiven Lobbyisten auf dem Tablett; dafür sollte die Fachärztin für Gynäkologie, Frau Dr. Klakow-Franck, die das Amt seit 2012 bekleidete, weichen. Die Kassenseite präsentierte mit Uwe Deh einen ehemaligen Vorstand des AOK-Bundesverbandes, der dort nach internen Machtkämpfen abgetreten war.

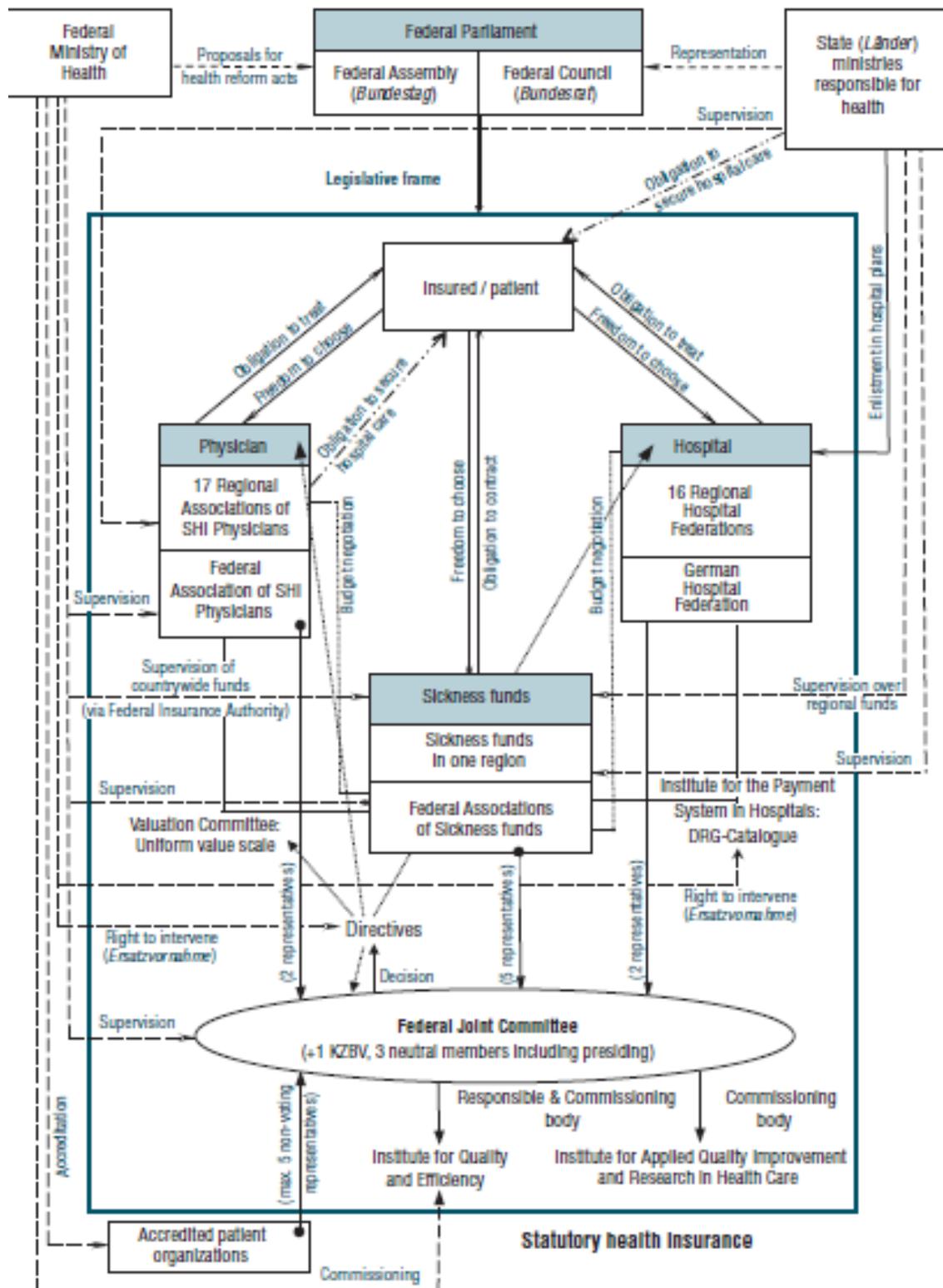
lung durch die Zuweisung eines Monopols für die ambulante ärztliche Versorgung und steuerrechtliche Begünstigungen zementiert. Die über lange Zeit sehr strikten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wurden zwischenzeitlich zwar aufgegeben. Integrierte Versorgungskonzepte sind nicht nur möglich, sondern politisch erwünscht. In der Versorgungspraxis jedoch kann von einer dem Patientenwohl verpflichteten Durchsetzung auf breiter Front keine Rede sein. Struktur und Aufgaben der KVen blieben in der alten Bundesrepublik im Kern unverändert. In der DDR waren sie suspendiert, wurden nach dem Beitritt zur BRD aber wieder errichtet. Zwar wurden mit GKV-Modernisierungsgesetz (GMG), das zum 1. Januar 2005 in Kraft trat, durch Verringerung der KV-Zahl und Änderungen bei der Leitungsstruktur Anpassungen vorgenommen, die grundsätzliche Stellung im Gefüge der Selbstverwaltung tangiert dies aber nicht.

Für Versorgungskonzepte, die auf Multidisziplinarität und berufsübergreifender Kooperation gründen, erwachsen daraus hohe Hürden. *Abbildung 2* macht die Komplexität des Kernsystems deutlich, ist jedoch insoweit noch stark vereinfacht als der wichtige Bereich der Langzeitpflege ebenso fehlt wie die teilweise sehr gut funktionierenden Sonderbereiche, wo Finanzierung und Leistungserbringung aus einer Hand erfolgen. Die Eigenkliniken der Berufsgenossenschaften fallen darunter; sie heben sich positiv vom Gesamtsystem ab. Mit der Langzeit- resp. Altenpflege hat sich die AG Alternative Wirtschaftspolitik in ihren Memoranden von 2014 und 2018 beschäftigt. Herausgearbeitet wurde, dass die Einrichtung der Pflegeversicherung einem Akt der Marktschaffung gleichkam mit Deckelung der öffentlichen Refinanzierung der von den Marktteilnehmern erbrachten Einzelleistungen. Das Pflegemarkt-Geschehen wird bis heute nicht durch ein öffentliches Case-Management reguliert.

Für Renditejäger hat die Privatisierung der Langzeitpflege gute Möglichkeiten der Absaugung öffentlicher Finanzierungsmittel geschaffen bei gleichzeitiger Umwandlung der Altenpflegebranche in ein Beschäftigungsfeld mit geringer Tarifbindung und stark verbreiteter Niedriglohnbeschäftigung. Anders als in den Niederlanden, wo die direkte öffentliche Refinanzierung auf Non-Profit-Leistungserbringer beschränkt ist und die Fragmentierung der Leistungserbringung zum 1.1.2015 durch die Übertragung der Gesamtzuständigkeit auf die Kommunen zurückgedrängt wurde (vgl. Memorandum 2019, S. 284ff.), hält die herrschende Politik in Deutschland unbeirrt an der Beschränkung des Staates auf eine nur subsidiäre Rolle fest. Dass die im SGB XI und in den Heimgesetzen der Länder normierten Qualitätsversprechen damit keine Chance auf flächendeckende Durchsetzung haben und der Altenpflegenotstand auf Dauer gestellt wird, ist einkalkuliert. Zynischerweise versehen mit der Erwartung einer Substitution von nicht gesicherter professioneller Pflege durch privat organisierte Angehörigenpflege, gerne auch über graue Pflegemärkte, zu denen in Deutschland absichtsvoll keine Daten erhoben und deren Regulierung auch wegen des gezielten Wegschauens immer noch nicht auf der politischen Agenda steht.

Abbildung 2:

Organizational relationships of the key actors in the German health care system, 2014



Source: Based on Busse & Riesberg, 2004.
 Note: KZBV: Federal Association of SHI Dentists.

Quelle: Busse, R./Blümel, M. (2014), Abb. 2.2, S. 18.

Digitalisierung als Lehrstück

Zu den Grundpfeilern der deutschen Gesundheitspolitik gehört der Glaube, dass Wettbewerb überall, ergo auch bei Gütern des öffentlichen Bedarfs, segensreich wirkt. *„Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden“*, heißt es auf der Internetseite des BGM (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/wettbewerb-gesundheitswesen.html>; Abruf 12.01.2020). Die Empirie lehrt das Gegenteil. Die höchste Effektivität und Kosteneffizienz erreichen im internationalen Vergleich nicht die Länder mit Wettbewerbsorientierung, sondern die Länder mit öffentlichen Gesundheitsdiensten und langfristig angelegten staatlichen Planungen der Angebotsentwicklung wie auch der Sicherung des Personalnachwuchses. Dort auch gelingt es, bei Innovationen, die der Patientenversorgung zugutekommen, eine Vorreiterrolle einzunehmen mit dann auch zügiger flächendeckender Umsetzung. Deutschland dagegen findet sich bei zukunftssträchtigen Innovationen meist in der Rolle des Nachzüglers, scheitert an der flächendeckenden Umsetzung oder gerät auf Abwege, die kommerzielle Interessen bedienen, für die Patientenversorgung aber eher schädlich sind. Prävention, Organspende, Digitalisierung, integrierte Versorgung sind einige der Stichworte.

Digitalisierung mit Patientenmehrwert in Dänemark

Die Herausforderung, Digitalisierung im Gesundheitssystem so zu gestalten, dass sie für die Patienten und Patientinnen über ein Mehr an Qualität, Vernetzung und Transparenz von Nutzen ist, liefert eines der Lehrstücke. In Ländern mit öffentlichem Gesundheitssystem ist die Digitalisierung schon recht weit fortgeschritten. Zugleich wurde hier bei allen Einschränkungen, die es im Detail geben mag, auch der Nachweis erbracht, dass politische Gestaltung zukunftsgerichtet so möglich ist, dass die Patienten und die Leistungserbringer gleichermaßen davon profitieren. In Dänemark etwa sind die Gesundheitsdaten nahezu aller EinwohnerInnen für einen Zeitraum von gut 40 Jahren elektronisch erfasst. Bei Erkrankungen kann darauf umgehend zurückgegriffen werden. Teure Doppeluntersuchungen werden vermieden und eventuelle Arzneimittel-Unverträglichkeiten liegen offen zutage, sofern sie in der Vergangenheit bereits einmal beobachtet wurden. Dies erspart den Patienten die damit einhergehenden Risiken und dem Gesundheitssystem Ressourcen, steigert also gleichermaßen die Effektivität, mit der Gesundheitsziele erreicht werden wie auch die Effizienz des öffentlichen Ressourceneinsatzes.

Am Beispiel der Vermeidung von Fehlmedikationen lässt sich der Vorteil zentraler Erfassung von Arzneimittelunverträglichkeiten darlegen. Fehlmedikationen entstehen insbesondere dort, wo Menschen aufgrund von Mehrfacherkrankungen verschiedene Medikamente nebeneinander einnehmen. Häufig sind diese nicht aufeinander abgestimmt, weil die Behandlungsleitlinien der medizinischen Fachgesellschaften nur die Einzelerkrankung im Blick haben. Dort,

wo Mehrfacherkrankungen vorliegen, müsste ein Abwägungsprozess durchgeführt werden, was aber Wissen über die Interaktion verschiedener Arzneimittel voraussetzt. Vielfach geht dies schon deshalb ins Leere, weil Arzneimittel von verschiedenen Fachärzten parallel verordnet werden, ohne sie aufeinander abzustimmen. Dazu wären individuelle Medikationspläne gemäß § 31a SGB V nötig, deren Umsetzung jedoch seit Jahren nicht vorankommt. Die Relevanz des Problems verdeutlichen die Arzneimittelreports der Barmer Krankenkasse. Von den Barmer-Versicherten erhielten im Jahr 2016 44,6 Prozent Verordnungen von drei und mehr Arzneimitteln; bei den Versicherten im Alter von 75 Jahren und älter waren es sogar 85,5 Prozent. Bei sieben von zehn Versicherten im Alter ab 75 Jahren lagen sogar 5 und mehr verschiedene Verordnungen vor (Arzneimittelreport 2017, Tab. 1.31 und 1.32, S. 91f.). Da die Zahl älterer Menschen wächst, wächst die Zahl derjenigen, die aufgrund der gleichzeitigen Einnahme verschiedener Medikamente einem erhöhten Risiko schwerer Arzneimittelkomplikationen ausgesetzt sind. Nach einer im Deutschen Ärzteblatt 2016 publizierten Studie (Moßhammer et al. 2016) kommt es in Deutschland bei etwa 42 Prozent der über 65-Jährigen zur sogenannten Polypharmazie, also zum Vorliegen von 5 und mehr Medikamentenverordnungen gleichzeitig. Tendenz steigend. Bei rd. einem Viertel dieser Patienten liegt eine potenziell inadäquate Medikamentenverordnung vor. Das kann so schwere Komplikationen nach sich ziehen, dass es zu Krankenhauseinweisungen kommt. Nach Schätzung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) beruhen bis zu 10 Prozent aller Krankenhausaufnahmen auf unerwünschten Arzneimittelereignissen, von denen etwa ein Fünftel vermeidbare Medikationsfehler darstellen (WHO 2009, 2015).

Auch für Deutschland deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass Medikationsfehler in relevantem Umfang zu vermeidbarer Morbidität und Mortalität führen. Aufgrund nicht existenter Meldepflichten und Monitoringstrukturen liegen zum Umfang des Problems aber keine belastbaren Daten vor. Die Bundesregierung (BT-Drs. 19/849 v. 21.02.2018, S. 2) geht davon aus, dass jährlich rund 5 Prozent aller Krankenhauseinweisungen resp. rd. 250.000 Krankenhauseinweisungen auf Fehlmedikationen zurückzuführen sind.⁶ Gewisse Rückschlüsse legen die Daten zu den Pro-Kopf-Ausgaben für rezeptpflichtige und rezeptfreie Arzneimittel nahe. Diese Ausgaben sind in Deutschland im europäischen Vergleich⁷ sehr hoch und während der zurückliegenden Dekade auch stark gestiegen. In der EU verzeichnet Deutschland mit im Jahr 2017 fast 639 € je EW, darunter 561 € je EW für rezeptpflichtige Arzneimittel die höchsten Arzneimittelausgaben. Es folgen Luxemburg, Belgien und Irland. In Dänemark sind die Ausgaben für rezeptpflichtige Arzneimittel nicht halb so hoch (215 €/EW) und zugleich gesunken; um 17,6 Prozent seit 2010 verglichen mit einem Anstieg um 21,5 Prozent in Deutschland. Auch die Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel liegen in Dänemark leicht unter dem deutschen Niveau, während bei vielen Ländern hohe Ausgaben für rezeptfreie Arzneimittel auf ein großes Ausmaß von Selbstmedikation hinweisen. Da die Dänen nicht gesünder sind als die Deutschen und auch der Anteil älterer Menschen nicht wesentlich geringer ist als in Deutschland deutet die enorme Diskrepanz bei den Ausgaben darauf hin, dass Arzneimittel in Dänemark preisgünstiger sind und zielgerichteter zum Einsatz kommen. Die digitale Erfas-

⁶ Antwort der Bundesregierung vom 21.02.2018 auf eine Kleine Anfrage der FDP-Bundestagsfraktion.

⁷ Eurostat, Gesundheitsausgaben nach Funktionen [hlth_sha11_hc]; Update vom 24.02.2020.

sung aller Verordnungen und eventuell aufgetretener Negativwirkungen liefert dafür das Fundament. Technisch fußt die in Dänemark realisierte elektronische Vernetzung auf einer Infrastruktur, die sich im gemeinsamen Eigentum von Gesundheitsministerium, Regionen und Kommunen (MedCom) befindet. Das darauf basierende Patientenportal „Sundhed.dk“ genießt in der Bevölkerung ein hohes Vertrauen. Es ist seit 2003 im Einsatz und erreicht zwischenzeitlich einen Deckungsgrad von annähernd 100 Prozent. Konkret bedeutet dies, dass diagnostische Befunde zu 100 Prozent elektronisch übermittelt werden und alle Hausärzte elektronische Patientenakten führen. Nahezu alle Rezepte werden den Apotheken elektronisch übermittelt usw. Wenn Patienten zu einer bestimmten Krankheit etwas wissen wollen, finden sie den aktuellen Wissenstand ebenfalls über die Plattform.

Deutschland liefert dazu die Kontrastfolie. An der ihr gesetzlich übertragenen Aufgabe, bis zum 1. Januar 2006 eine elektronische Gesundheitskarte mit digitalen Anwendungsmöglichkeiten zum Start zu bringen, ist die Selbstverwaltung kläglich gescheitert. Dies in voller Absicht, denn die Ärztekammern und Kassenärztliche Bundesvereinigung sollten ein Instrument entwickeln, das sie im Grunde ablehnen. Gerne wird dafür der Datenschutz ins Feld geführt. Unstreitig ist richtig, dass es bezogen auf Datenschutz unterschiedliche Kulturen gibt. In den skandinavischen Ländern gilt im Verhältnis von BürgerInnen und Staat ein Maximum an Transparenz. Dies in beide Richtungen: Auf der einen Seite stehen die gläsernen EinwohnerInnen, über die in öffentlichen Registern eine Vielzahl von Daten gesammelt, ausgewertet und vernetzt werden. Für die staatliche Planung sind diese Daten unverzichtbar und für die BürgerInnen hat die Datenerfassung über die Einwohnernummer, die jedem Einwohner zugewiesen ist, den Vorteil, dass öffentliche Leistungen nicht hoch-bürokratisch beantragt werden müssen. Auf der anderen Seite steht die gläserne Verwaltung, die mit der Herausgabe von Daten sehr großzügig ist.

Die Abwägung zwischen öffentlichen und privaten Interessen ist in Skandinavien eine andere als in Deutschland. Beispiel Lebensmittelkontrolle. In Dänemark gibt es seit 2001 ein Smileysystem. Geschäfte und Restaurants müssen den jeweils letzten Prüfbericht so im Eingang platzieren, dass KundInnen ihn bereits von draußen sehen; außerdem sind die Berichte online abrufbar (<https://www.findsmiley.dk/english/Pages/Frontpage.aspx>). Dass schlechte Ergebnisse zum Verlust von Kunden führen können, ist eingespeist. Umgekehrt ist es den Betrieben erlaubt, mit guten Kontrollergebnissen zu werben. Wer gestern noch am Pranger stand, für den kann dies Ansporn sein, sich in Richtung zukünftig guter Kontrollergebnisse zu verbessern. Letztlich nutzt die Transparenz so nicht nur den VerbraucherInnen, sondern auch den ehrbaren Betrieben. Nach einem Bericht von Silke Bigalke und Katrin Langhans in der Süddeutschen Zeitung vom 27.06. 2017 stieg der Anteil von Unternehmen, die einen glücklichen Smiley erhielten. Das System wirkt also. Zugleich ist die Akzeptanz hoch: Nach anfänglicher Skepsis halten zwischenzeitlich annähernd 9 von 10 Betrieben das System für eine gute Idee; bei den VerbraucherInnen umgekehrt sind es nach Befragungen rd. 90 Prozent, die dem System vertrauen. Obwohl die Vorteile von Smiley hinlänglich belegt sind, gibt es in Deutschland noch in keinem einzigen Bundesland ein vergleichbares System. Die Gegner argumentieren mit der in Artikel 12 I GG niedergelegten Berufsfreiheit, die es verbiete, Unternehmen individuell an den Pranger zu stellen. Das Unternehmensinteresse an Geheimhaltung hat einen höheren Stellenwert als die staatlich organisierte Schaffung von Transparenz.

Woran Deutschland scheitert und warum es Österreich besser macht

Vor dem Hintergrund dieser unterschiedlichen Kulturen ist es in Deutschland relativ leicht, die Digitalisierung von Gesundheitsdaten mit Verweis auf Datenschutz zu behindern. Widersprüche werden dabei gerne ignoriert. So haben regelmäßige Smartphone-Nutzer - nach der Bitkom-Studie von 2019 geht es um 81 Prozent der EinwohnerInnen ab 14 Jahren (PM des Digitalverbandes Bitkom vom 12.02.2019) - auf ihrem Gerät meist zahlreiche Apps installiert, für deren Nutzung sie mit dem Abgreifen ihrer Daten, die dann für kommerzielle Zwecke genutzt werden, bezahlen. Bequemlichkeit geht hier dem Datenschutz vor. Eine Infrastruktur aufzubauen und vorzuhalten, die die flächendeckende Digitalisierung und Zusammenführung der im Prozess der gesundheitlichen Versorgung anfallenden Daten ermöglicht, würde das „*Recht auf informationelle Selbstbestimmung*“ auch gar nicht aushebeln. Die Entscheidung nämlich, was an Gesundheitsdaten wo und wie verfügbar gestellt wird, bleibt bei den Patienten und Patientinnen. Treffen können sie diese Entscheidung aber nur bei Vorliegen einer guten Infrastruktur. Kommt diese nicht zustande, sind die Patienten und Patientinnen, die die Möglichkeiten gerne nützen würden, die Leidtragenden.

Zur Erklärung, warum Deutschland bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen so schwer vorankommt, reichen Datenschutzbedenken gleichwohl nicht aus. Ein weiterer Grund besteht im Hochhalten des Prinzips der Selbststeuerung des Gesundheitssystems durch die Spitzenverbände von Kassen und Ärzten. An der Gematik GmbH (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH), die im Januar 2005 von den Spitzenverbänden mit dem gesetzlichen Auftrag gegründet wurde, die Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und ihrer Infrastruktur in Deutschland voranzutreiben, zu koordinieren und die Interoperabilität der beteiligten Komponenten sicherzustellen, waren die GKV sowie die Verbände der Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker zu je 50 Prozent beteiligt. So gelang es den Ärztevereinigungen, die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte, die ihrem Namen gerecht wird, zu verhindern. „*Man hat bereits eine Milliarde Euro für die Entwicklung der Gesundheitskarte ausgegeben. Der Großteil davon ist weg. Durch diverse Machenschaften ist sehr viel Geld der Versicherten versenkt worden*“, kritisierte Karl-Josef Laumann (CDU), Patientenbeauftragter der Bundesregierung im Herbst 2015 (zit nach HAZ vom 23.10.2015). Erst nach weiteren Jahren und der nutzlosen Versenkung weiterer Millionenbeträge, zog das Gesundheitsministerium 2019 die Sache insoweit an sich, als der Bund, vertreten durch das Gesundheitsministerium, nunmehr 51 Prozent der Gesellschaftsanteile hält und der weiteren Blockade von Entscheidungen dadurch begegnet wird, dass diese nun mit einfacher Mehrheit getroffen werden. Die Änderungen sind Teil des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG), das am 11. Mai 2019 in Kraft trat (BGBl. I, 2019, Nr. 18, S. 646). Nachdem seit 2015 lediglich eine Karte im Einsatz ist, die den Inhaber resp. die Inhaberin als Leistungsberechtigten ausweist, sind die Krankenkassen nun verpflichtet, ihren Mitgliedern bis zum 1.1.2021 elektronische Patientenakten zur Verfügung zu stellen. Nach BGM (Mitteilung vom 9.10.2019) waren bis August 2019 107.000 Arzt- und Zahnarztpraxen an die Telematik-Infrastruktur (TI) angeschlossen; Apotheken und Krankenhäuser sollen folgen. Auf dieser Basis dann soll die elektronische Patientenakte endlich kommen. Mit einer einheitlichen Akte ist dabei aber nicht zu rechnen. Gegliedert nach Krankenkassen – derzeit (1.1.2020) gibt es 105 gesetzliche und 42 private Krankenkassen -, wird es verschie-

dene Systeme geben: Die Technikerkrankenkasse hat mit IBM zusammen die elektronische Gesundheitsakte "TK-Safe" gestartet, die AOK will ab 2020 ein Digitales AOK-Gesundheitsnetzwerk von der Informationstechnischen Servicestelle der gesetzlichen Krankenversicherung (ITSG GmbH) betreiben lassen, DAK und Betriebskrankenkassen bieten mit der Vivy-App fürs Smartphone eine Möglichkeit zur Abspeicherung persönlicher Gesundheitsdaten. Statt eines übergreifenden Systems also sind diverse Einzelsysteme am Entstehen, Schnittstellenprobleme ergo vorprogrammiert.

Aus der internationalen Vergleichsperspektive mutet es lächerlich an, wenn die derzeitige Koalition aus CDU/CSU und SPD auf Seite 35 ihres Koalitionsvertrags vom 7.2.2018 für die laufende Legislaturperiode das Ziel ausgibt: „*Deutschland soll zum Vorreiter bei der Einführung digitaler Innovationen in das Gesundheitssystem werden.*“ So wie die Gesundheitspolitik von Bund und Ländern aufgestellt ist, gibt es dafür nicht die Spur einer Chance. Mehr noch: Es steht in Zweifel, ob das deutsche Gesundheitssystem in der Lage sein wird, seinen Entwicklungsrückstand gegenüber den skandinavischen Ländern, anderen Ländern mit staatlichem Gesundheitssystem und auch einigen Ländern mit Sozialversicherungssystem überhaupt abzubauen. Innereuropäisch sind Estland und die skandinavischen Länder Vorreiter. In Skandinavien erfolgt die Entwicklung und Lieferung von E-Health-Lösungen über staatliche Gesellschaften, die abgesehen von Schweden zentral verankert sind. Die darauf aufbauenden öffentlichen Gesundheitsportale werden von der Bevölkerung rege genutzt; die monatlichen Besuchszahlen bewegen sich zwischen 1 bis 1,5 Millionen in Dänemark und Norwegen und rd. 8 Mio. in Schweden.

Wie weit Deutschland selbst gegenüber Ländern wie Spanien und Portugal zurückhängt, macht eine Ende 2018 publizierte Studie der Bertelsmann Stiftung deutlich. Im Rahmen des Projekt „SmartHealthSystems“ wurden entlang von 34 Indikatoren für 17 OECD-Länder nationale Vergleichsstudien erstellt (Bertelsmann Stiftung 2018; die Länder-Berichte sind verfügbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/der-digitale-patient/projektthemen/smarthealthsystems/>). Unter den 17 OECD-Ländern finden sich Länder mit staatlichem oder überwiegend staatlichem Gesundheitssystem (Dänemark, Schweden, Kanada, England, Italien, Portugal, Spanien), Länder mit Sozialversicherungssystem (Belgien, Deutschland, Estland, Frankreich, Niederlande, Österreich, Schweiz) und Länder mit Mischsystemen (Australien, Israel, Polen). Das Spitzenfeld belegen Estland, Kanada, Dänemark, Israel und Spanien mit je mehr als 71 Punkten, gefolgt von England, Schweden und Portugal. Gute Ergebnisse erzielen dahinter auch die Niederlande, Österreich und Australien, wobei Australien – von dort hat Deutschland das DRG-System übernommen – in der Gesundheitspolitik zwischen staatlich und privat hin und her schwankt, die Digitalisierung aber strikt staatlich organisiert. Auch Italien und Belgien werden mit befriedigenden Ergebnissen noch dem unteren Mittelfeld zugeordnet. Die Schlusslichtgruppe setzt sich aus der Schweiz, Frankreich, Deutschland und Polen zusammen. Die Länder dieser Gruppe erreichen nur zwischen 28,5 (Polen) und 40,6 Punkten (Schweiz), wobei Deutschland mit 30 Punkten und dem vorletzten Platz kaum besser als Polen abschneidet.

Nach der Bertelsmann-Studie (2018, S. 344ff.) erklärt sich der Digitalisierungsgrad eines Landes aus dem Zusammenwirken zahlreicher Faktoren. Als hemmend wurde neben einem

stark ausgeprägten Datenschutz und einer korporatistischen Steuerung durch Selbstverwaltungsorgane auch das Fehlen verbindlicher Standards bei gleichzeitig schwachem politischem Management identifiziert. Staatliche Gesundheitsdienste wirken befördernd, da es hier leichter ist, die verschiedenen Akteure in eine Gesamtstrategie einzubinden; die Gefahr, dass sich Koalitionen aus Vetospielern bilden, ist aber auch bei Sozialversicherungssystemen mit Einheitsversicherung weit schwächer ausgeprägt als in Sozialversicherungssystemen mit hohem Selbstverwaltungsgrad. Der in Deutschland gerne bemühte Verweis auf die föderalen Strukturen fällt als Erklärung demgegenüber weitgehend aus. Entgegen der Erwartung zeigte sich bei den 17 Einzelstudien nämlich, dass Länder mit föderalen Strukturen resp. regional organisiertem Gesundheitssystem gegenüber Ländern mit zentralistisch organisiertem Gesundheitssystem sogar im Vorteil waren wegen der Möglichkeit, Projekte zunächst regional zum Erfolg zu führen, ehe sie dann im nationalen Maßstab zur Umsetzung kommen. Das sehr gute Abschneiden von Kanada und das ordentliche Abschneiden von Österreich fügen sich hier ein. In beiden Fällen liegen föderale Bundesstaaten vor, einmal mit steuerfinanziertem öffentlichem Gesundheitsdienst (Kanada) und dann mit beitragsfinanziertem Sozialversicherungssystem (Österreich). Für das bessere Abschneiden von Österreich liefern zwei Faktoren die Haupterklärung: Einmal die klare Führungsrolle, die die Gesundheitsministerien anders als in Deutschland einnehmen; dann das Fehlen eines Quasi-Monopols von Kassenärzten für die ambulante Versorgung. Der Grad an Verbändeselbstverwaltung ist dadurch in Österreich wie im übrigen auch in den anderen Ländern mit Sozialversicherungssystem weit schwächer ausgeprägt und die Rolle von Staat und Krankenkassen im Gegenzug stärker. Bei der Digitalisierung zeigt sich dies darin, dass schon 2010 ein Nationales Gesundheitsportal in der Trägerschaft des Bundesgesundheitsministeriums (<https://www.gesundheit.gv.at/>) eingerichtet wurde mit im Jahr 2019 11,8 Mio. Nutzern (Unique User nach Redaktionsauskunft vom 15.01.2020). Das Portal bietet über einen Wegweiser Orientierung bei Beschwerden, hilft über ein Navigationssystem bei der Suche nach Spitälern und Pflegeheimen, bietet lexikalische Informationen und anderes mehr. Integriert ist der Zugang zum System der elektronischen Gesundheitskarte ELSA, die schrittweise eingeführt wird. Auf private Akteure hat sich Österreich bei der Entwicklung seines eHealth-Systems nicht verlassen. Unternehmenszweck der ELGA-GmbH (<https://www.elga.gv.at/elga-die-elektronische-gesundheitsakte/>) ist die *„nicht auf Gewinn gerichtete Erbringung von im Allgemeininteresse liegenden Serviceleistungen auf dem Gebiet der Daseinsvorsorge im Bereich von e-Health zur Einführung und Implementierung der elektronischen Gesundheitsakte ELGA.“* Eigentümer des 2009 gegründeten Unternehmens sind Bund, Länder und Sozialversicherung. Als erstes wurden öffentliche Spitälern und Pflegeeinrichtungen an das System angeschlossen; private Dienstleister folgen Schritt für Schritt, wobei der Datenaustausch sowohl organisationsübergreifend wie auch innerhalb und zwischen mehreren ELGA-Bereichen (Spitalsverbund, Ärztenetzwerk etc.) erfolgt. Eine Ausnahme bildet die ELGA-Funktion e-Medikation. Alle von Ärzten verordneten bzw. von Apotheken abgegebenen Medikamente sowie wechselwirkungsrelevante, nicht-rezeptpflichtige Arzneimittel werden verschlüsselt in einer zentralen Datenbank erfasst. Oben habe ich das Problem zunehmender Fehlmedikation angerissen. Mit der Schaffung einer zentralen Datenbank über die Abgabe von rezeptpflichtigen wie rezeptfreien Arzneimitteln schafft Österreich eine Basis für die Reduktion von Fehlmedikationen und damit für mehr Patienten-

sicherheit. Auf's Ganze gesehen handelt es sich bei ELGA um ein föderal verteiltes System, das sowohl auf zentralen (auf gemeinsame Nutzung ausgerichteten) als auch auf dezentralen Komponenten beruht. Alle Komponenten starten von den Bundesländern aus; beispielsweise erfolgte der Start der ELGA-Funktion eMedikation 2018 in Voralberg.

Das österreichische Beispiel zeigt, was bei entsprechendem politischem Willen auch in Ländern mit Sozialversicherungssystem möglich ist, ergo auch in Deutschland hätte funktionieren können. Stattdessen existiert hier noch nicht einmal für allgemeine Gesundheitsinformationen ein öffentliches Portal. Hierin spiegelt sich das Ineinandergreifen von Selbstverwaltung und Vermarktlichung. Bei stark vermarktlichten Gesundheitssystemen gibt es folgende Beobachtung: „*An array of private commercial initiatives has sprung up, as for example the physician rating websites in Germany (jameda.de), the Netherlands (independ.nl) and Austria (docfinder.at). Because of private, profit-oriented sponsorship, users have to accept – more or less health-related - advertisement (...).*” (OECD/European Observatory 2019a, S. 339) Ein öffentliches Gegengewicht zu schaffen, ist extrem wichtig. Bisher gibt es in Deutschland bezogen auf die Krankenhauspflege nur diverse (2015: 18) öffentlich regulierte Berichtsinstitutionen, etwa von Seiten mehrerer Krankenkassen und des GBA (ebd.) und daneben einen Wildwuchs von Gesundheitsportalen und Ärztebewertungswebseiten, die primär einem kommerziellen Interesse folgen. Statt durch valide Informationen Orientierung in einem schon von seiner Struktur her hochgradig fragmentierten Gesundheitssystem zu bieten, stiftet die Fülle des Informationsangebotes noch zusätzlich Verwirrung.

Politische Gestaltung der Krankenhauslandschaft contra kalte Strukturbereinigung über Marktprozesse

Anders als die Altenpflege ist das Krankenhauswesen zwar als Bereich der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeprägt mit weitgehender Vollfinanzierung der Patientenversorgung. Wie im MEMORANDUM 2018 (S. 142ff.) ausgeführt, haben neoliberale Strukturreformen jedoch auch in diesem Sektor des Gesundheitssystems den Geist von Markt und Wettbewerb zur Entfaltung gebracht. Die versprochene Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei zugleich besserer Qualität trat nicht ein. Verändert hat sich der Umgang mit Patienten. An die Stelle der Frage: Was braucht Frau oder Herr Müller? traten schleichend Fragen der Art: Welche Erlöse lassen sich mit Herrn oder Frau Müller erwirtschaften? Wie und woher gewinnen wir lukrative Patienten und wie halten wir die Zahl von Patienten, die geschäftlich wenig bis nichts bringen, klein. Fehlanreize gab es auch vor der Vermarktlichung mit Abrechnung damals über Tagessätze; z. B. den Fehlanreiz, Patienten länger als medizinisch-pflegerisch geboten, im Krankenhaus zu behalten. Die neuen Fehlanreize haben jedoch eine andere Qualität. Sie führen systematisch weg von einer Medizin und Pflege, bei der das Patientenwohl im Mittelpunkt steht. Es hat lange gedauert, ehe Ärzte dagegen vernehmbar ihre Stimme erhoben. Im September 2019 endlich wandten sich 215 Ärzte im STERN mit einem Appell an die breite Öffentlichkeit. Es ist ein Aufbegehren gegen die Ökonomisierung der Krankenhausmedizin, für die sie vor allem das Fallpauschalensystem verantwortlich machen: „*Das Fallpauschalensystem, nach dem Diagnose und Therapie von Krankheiten bezahlt werden, bietet viele Anreize, um mit überflüssigem Aktionismus Rendite zum Schaden von Patientinnen und Patienten zu*

erwirtschaften. Es belohnt alle Eingriffe, bei denen viel Technik über berechenbar kurze Zeiträume zum Einsatz kommt – Herzkatheter-Untersuchungen, Rückenoperationen, invasive Beatmungen auf Intensivstationen und vieles mehr. Es bestraft den sparsamen Einsatz von invasiven Maßnahmen. Es bestraft Ärztinnen und Ärzte, die abwarten, beobachten und nachdenken, bevor sie handeln. Es bestraft auch Krankenhäuser. (...) So kann gute Medizin nicht funktionieren.“ (Ärzte-Appell vom September 2019)

Auch in anderen Ländern existieren DRG-Systeme. Insoweit liegt ein international anerkanntes System vor, dem jedoch nicht alle Länder mit hochentwickelten Gesundheitssystemen folgen. Bei den Ländern mit DRG-System wiederum muss die Art der Ausprägung und des Einsatzes berücksichtigt werden. Teilweise wird darüber nur ein bestimmter Prozentsatz der erbrachten Leistungen abgerechnet, zum Beispiel die Fälle, wo Patienten sich in steuerfinanzierten Systemen wie dem dänischen in einem Krankenhaus behandeln lassen, das außerhalb der eigenen Region liegt, was interregionale Kostenerstattungen notwendig macht. Oder die DRG's werden weniger für Abrechnungszwecke als für Zwecke von Controlling und Berichtswesen eingesetzt, wie z.B. in Finnland. Das in Deutschland etablierte DRG-System ist anders ausgerichtet und bietet schon aufgrund seiner Kleinteiligkeit - 2019 enthielt der DRG-Katalog 1.318 DRG's mit 40.000 Prozeduren - reichlich Potential für Strategien der Erlösoptimierung. Um Qualität geht es dabei nur sekundär. Diese kann auch im Unterlassen nicht zielführender Interventionen bestehen. Über- und Fehl-Therapierungen werden in Deutschland aber nicht sanktioniert und aufgrund mangelhafter Qualitätsorientierung auch nicht systematisch erfasst. Sanktioniert werden rote Zahlen. Das Entgeltsystem der Fallpauschalen (DRG) liefert dafür das Instrumentarium, indem es Gewinnerzielung **1**) durch Mengenausweitung bei den Interventionen, die besonders hoch vergütet werden und **2**) durch Einsparungen zu Lasten guter pflegerischer Versorgung begünstigt. Konsequenterweise gingen die OP-Zahlen in einem Ausmaß, das sich medizinischer Erklärung entzieht, nach oben (vgl. Bäuml et al. 2016 und Eurostat: In Krankenhäusern durchgeführte chirurgische Eingriffe und Verfahren nach ICD-9-CM [hlth_co_proc2]; Update 15.10.2019) und die Krankenhausbehandlungsfälle stiegen von 15,9 Mio. (1995) auf 19,5 Mio. (2016). Pflegerisches Personal wurde trotzdem nicht zugebaut, sondern abgebaut: minus 52,3 Tsd. Pflegevollkräfte im Zeitraum von 1995 bis 2007.

Zwar wurde die massive personelle Unterbesetzung danach gestoppt und durch Neueinstellungen von Pflegepersonal abgemildert. Zu welchen Maßnahmen die Politik dabei griff, angefangen beim Pflegestellen-Förderprogramm von 2009 (Baustein im Krankenhausreformgesetz – KHRG 2009) über die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom Oktober 2018 bis zum Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG9), das zum 1.1.2019 in Kraft trat, haben wir im MEMORANDUM 2019 dargestellt (vgl. S. 286ff.). Alle Maßnahmen erfolgten aus der Not heraus im Modus einer kleinteilig an den Symptomen ansetzenden Reparaturpolitik. Potential, die Negativspirale zu durchbrechen, kann ihnen nicht zugesprochen werden. Zwar gab es in der Krankenhauspflege 2017 30,2 Tsd. Vollkräfte mehr als eine Dekade zuvor. Da parallel jedoch die Patientenfallzahlen um 2,3 Mio. gestiegen sind, kamen auf jede Pflegevollkraft 2017 rechnerisch immer noch weit mehr Patientenfälle als zum Start des Personalabbaus 1995 und auch mehr als 2007 (1995: 45,4; 2007: 57,6; 2017: 59,2) (Quelle: Destatis, Fachserie 12, Reihe 6.1). Zu berücksichtigen ist, dass sich die durchschnittliche Krankenhausverweildauer

stationärer Patienten von 14,2 Tagen (1995) über 10,1 Tage (2007) auf 8,9 Tage (2017) deutlich vermindert hat (Eurostat: Krankenhausentlassungen und Länge des Krankenhausaufenthalts für stationäre und Heilbehandlung [hlth_co_dischls]; Update 26.08.2019). Andererseits jedoch stieg der Pflegeaufwand pro Patientenfall, einmal wegen der zeitlichen Verdichtung und dann wegen der Verschiebung der Patientenstruktur hin zu höheren Anteilen multimorbider und dementer Patienten mit intensivem Pflegebedarf. Wie sich diese gegenläufigen Effekte zueinander verhalten, ist schwer zu sagen. Eines gleichwohl hat die Einführung von Mindest-Personalstärken geleistet: Sie hat offen gelegt, welcher Notstand beim Pflegepersonal tatsächlich gegeben ist. Folge: Eine Reihe von Kliniken sahen sich 2019 mit der Notwendigkeit konfrontiert, Abteilungen temporär schließen zu müssen und Behandlungen nicht durchführen zu können, da das aus Gründen der Patientensicherheit im Minimum vorzuhaltende Personal nicht verfügbar war und aufgrund von Schwierigkeiten bei der Besetzung offener Stellen auch nicht zeitnah beschafft werden konnte.

Kalte Strukturbereinigung durch den Markt

Mit dem Anfang der 90er Jahre eingeleiteten Paradigmenwechsel weg von Krankenhäusern als Teil der öffentlichen Daseinsvorsorge und hin zu einem System, wo mit den an Patienten vollzogenen medizinischen Interventionen Profite erwirtschaftet werden dürfen und sollen, verband sich seitens der herrschenden Politik die Erwartung einer kalten Strukturbereinigung durch die Hintertür. Kalkül: Krankenhäuser, die beim Spiel der Erlösoptimierung den Kürzeren ziehen, werden vom Markt ausscheiden, es sei denn ihre Eigentümer decken die Defizite. Da angesichts kommunaler Finanznot – die Steuersenkungspolitik leistete dazu einen Beitrag – nicht zuletzt Städte und Landkreise dazu immer weniger in der Lage sein würden, sinke die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten, ohne dass die Politik direkt eingreifen müsse. Der Markt würde es richten. Tatsächlich wurde die Krankenhauslandschaft in Richtung einer starken Gewichtszunahme der kommerziellen Trägerfraktion umgepflügt. Die Zahl der Krankenhäuser und der Krankenhausbetten ist dabei zurückgegangen. Dies aber nicht über das schon vorher gegebene Maß hinaus. Der Rückgang bei der Zahl der Krankenhäuser erfolgte schon ab den 70er Jahren und bei den Krankenhausbetten ab den 80er Jahren. In den 15 Jahren von 1970 bis 1985 sank die Zahl der Krankenhäuser in der alten Bundesrepublik um 489 von 3.587 auf 3.098 Häuser, in den 20 Jahren von 1996 bis 2016 um geringere 318 von 2.269 auf 1.915 Häuser. Schon lange also gibt es einen Prozess der Konzentration von Krankenhausbehandlungen auf eine geringere Anzahl von Häusern. Der intendierten kalten Strukturbereinigung durch die Kräfte eines Quasi-Marktes war insoweit zumindest bislang kein durchgreifender Erfolg beschieden: weder im Sinne einer Konzentration der Versorgung auf große Häuser noch im Sinne einer arbeitsteiligen Spezialisierung. Es gibt heute weniger Krankenhäuser mit mehr als 500 Betten als Anfang bis Mitte der 90er Jahre (1991: 327; 1995: 275; 2016: 273) und gleichzeitig mehr Kleinstkrankenhäuser mit weniger als 100 Betten (1991: 647; 1995: 627; 2016: 670).

Mit Blick auf diesen Befund wird der Druck in Richtung des Marktausscheidens von Krankenhäusern nun gleichermaßen ökonomisch wie politisch erhöht. Dass der **ökonomische Druck** gestiegen ist, machen die Zahlen des jährlich erscheinenden Krankenhaus-Barometers deutlich. 2009 noch erzielten 68 Prozent der Krankenhäuser einen Jahresüberschuss und nur

21 Prozent einen Jahresfehlbetrag. 2018 konnte nur noch jedes zweite Krankenhaus (51,1%) einen Überschuss ausweisen und der Anteil von Krankenhäusern mit Fehlbetrag lag mit 40,2 Prozent fast doppelt so hoch wie 2009, wobei zwischen großen und kleinen Häusern eine ausgeprägte Spannweite besteht: 43,5 Prozent der Krankenhäuser mit 100 bis 299 Betten zeichnen einen Fehlbetrag gegenüber einem Drittel der Krankenhäuser ab 600 Betten (Krankenhausbarometer 2019, S. 6). Es sind trotzdem eher die kleinen Häuser mit 50 bis 299 Betten als die großen Häuser, die für 2020 eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Situation erwarten (kleine Krankenhäuser: 21,8 Prozent; große Krankenhäuser: 6,8 Prozent; ebd., S. 11). Andererseits jedoch fällt es kleineren Krankenhäusern besonders schwer, ihre betriebswirtschaftlichen Kosten aus den Erlösen der DRG-Fallpauschalen zu finanzieren. Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) verschärfen das Problem. So gibt es für bestimmte Operationen auf Grundlage von § 136b I SGB V nun Vorgaben zur jährlichen Mindestzahl derartiger Eingriffe (vgl. GBA 2019). Sie werden ab 2020 scharf gestellt, so dass die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser erbrachte Leistungen, bei denen sie die vorgegebenen Mindestmengen nicht erreichen, in der Regel nicht mehr vergütet bekommen. Da sich die Vorgaben aber nicht auf Ärzte, sondern auf Häuser beziehen, große Häuser aber deutlich mehr Ärzte vorhalten, die bestimmte Eingriffe vornehmen, ergibt sich eine systematische Benachteiligung kleiner Häuser. Rutschen Kliniken ins Minus, können sie zukünftig leichter geschlossen werden. Es greifen hier die GBA-Vorgaben, ab wann eine Gefährdung der flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung gegeben ist. Auch Fahrtzeiten von mehr als 30 Minuten bis zum nächst gelegenen Krankenhaus sind nach BGA-Beschlusslage nun zumutbar.

Politischer Druck wird aufgebaut durch Studien mit großem Medienecho, die die Botschaft verbreiten, nur durch die Abwicklung eines großen Teils der vorhandenen Krankenhäuser, im Besonderen der kleinen Häuser, könne die Qualität der Krankenhausbehandlung steigen und der Pflegenotstand behoben werden, weil sich die vorhandenen Kräfte dann auf weniger Häuser verteilen und so wirtschaftlicher eingesetzt werden können. Unter der Überschrift *„Eine bessere Versorgung ist nur mit halb so vielen Kliniken möglich“*, machte dementsprechend 2019 die Bertelsmann Stiftung öffentlich Furore. Zielpunkt der vom Berliner Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) durchgeführten Studie (Bertelsmann Stiftung 2019) sind maximal 600 verglichen mit heute rd. 1.400 Akut-Krankenhäuser. Durch die starke Verringerung der Klinikanzahl, so das Versprechen, verbessere sich die Qualität der Patientenversorgung und bestehende Engpässe bei Ärzten und Pflegepersonal würden gemildert. Die vielen kleinen Häuser verfügten oft weder über die nötige Ausstattung noch Erfahrung, um lebensbedrohliche Notfälle wie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall angemessen zu behandeln. Viele Komplikationen und Todesfälle ließen sich durch eine Konzentration auf möglichst weniger als 600 Krankenhäuser vermeiden. Ebenso gingen damit eine bessere Ausstattung, eine höhere Spezialisierung und Expertise sowie eine bessere Betreuung durch Fachärzte und Pflegekräfte einher. Was dies konkret bedeuten würde, versucht die Studie anhand betriebswirtschaftlicher Kalkulationen für den Großraum Köln/Leverkusen durchzuspielen. Statt aktuell 38 Akutkrankenhäuser brauche man in dieser Region tatsächlich nur 14 Häuser, ohne dass die Patienten im Durchschnitt viel längere Fahrzeiten in Kauf nehmen müssten. Die Bündelung von medizinischem Personal und Gerät würde zu einer höheren Versorgungsquali-

tät in den verbleibenden Häusern beitragen, vor allem in der Notfallversorgung und bei planbaren Operationen.

Diejenigen, die für die gezielte Abwicklung von Krankenhäusern plädieren, verweisen gerne auf Dänemark. So explizit die Leopoldina-Akademie der Wissenschaften, die 2016 vorrechnete, dass es in Deutschland bei Übertragung der dänischen Krankenhausedichte nur noch 320 Krankenhäuser geben würde (Hacker 2016, S. 9). In der Tat, Dänemark verfügt über eine stark zentralisierte Krankenhaus-Landschaft. Unter dem Motto „Rethinking hospitals“ wird sie seit 2007 in großem Stil unter Einsatz erheblicher öffentlicher Mittel umgebaut und modernisiert (vgl. Heintze 2019). Statt Krankenhäuser über Mechanismen der ökonomischen Strangulierung ins Aus zu treiben, wird die Landschaft der stationären, teilstationären und nachstationären Gesundheitsversorgung politisch neu gestaltet. Dies ist ein Prozess nicht nur des Abbaus, sondern vorab des Aufbaus. Aufgebaut werden große Klinikkomplexe mit vorge-schalteten Gesundheitszentren und nachgeschalteten Patientenhotels. Hotels, wo Patienten nach ihrer Entlassung aus der Klinik noch für einige Zeit umsorgt werden, sind im skandinavischen Raum als Brückenglied zwischen stationärer und ambulanter Versorgung bereits weit verbreitet, in Deutschland aber eher eine Rarität. Wenn es im dänischen System also gelingt, mit vergleichsweise wenigen Häusern eine gute Krankenhausversorgung sicherzustellen, muss das Gesamtsystem in den Blick genommen werden. Dänemark lehrt, was grundsätzlich möglich ist. Ob dies auch im deutschen System gelingen könnte, ist damit nicht gesagt. Das dänische System ist weniger hoch-komplex als hoch-integriert mit dem Staat (Zentralregie-rung, Regionen, Kommunen) als zentralem Akteur. Fast alle Krankenhäuser befinden sich im Eigentum der Regionen; private Häuser spielen nur eine ergänzende Rolle, z.B. als Flexibili-tätspuffer für die öffentlichen Häuser. In Deutschland sind die Gegebenheiten komplett ande-re mit einem Durcheinander von Akteuren, die in je unterschiedliche Interessenstrukturen eingebunden sind und einem Staat, der zunehmend nur noch eine Wächter-, aber keine Füh-rungsrolle übernimmt. Jede Trägerfraktion kämpft um lukrative Patienten, die zum eigenen wirtschaftlichen Erfolg einen Beitrag leisten.

Kleine Krankenhäuser sind für die Grundversorgung wichtig

Gewiss, die deutsche Krankenhauslandschaft befindet sich im Umbruch. Umbruch ist aber etwas anderes als Umgestaltung. Die Umgestaltung, die in Dänemark schon länger im Gange ist mit einem öffentlichen Investitionsbudget von 6,5 Mrd. €, was umgerechnet auf die Ein-wohnerzahl von Deutschland ein Budget von rd. 90 Mrd. € ergäbe, ist ein politisch gesteuerter Prozess, bei dem Ziele des Gemeinwohls und der Effizienz öffentlicher Leistungserbringung im Mittelpunkt stehen. Die Veränderung der deutschen Krankenhauslandschaft folgt demge-genüber grosso modo nicht der Ratio politischer Planung, sondern dem Aufeinandertreffen von korporatistischer Selbstverwaltungslogik, ökonomischen Fehlanreizen (Wettbewerb und Fallpauschalensystem, vor allem) und dem örtlichem Widerstand der Bevölkerung gegen be-absichtigte Schließungen ihres Krankenhauses. Die Ausrichtung am Allgemeinwohl spielt bei diesen Prozessen eine untergeordnete Rolle. Bis Mitte der 90er Jahre gab es eine starke, in den meisten Bundesländern führende Rolle der öffentlichen Trägerfamilie aus Landeskran-kenhäusern, UNI-Kliniken und kommunalen Kliniken, die über den Zangengriff aus DRG-Regime und unzureichender Investitionsfinanzierung der Länder aber zu Getriebenen wurden,

während private Konzerne ihre Machtposition so stark ausbauen konnten, dass sie zunehmend auch den ambulanten Bereich aufrollen. Fresenius liefert dafür ein Beispiel. Der Konzern vertreibt als Fresenius Medical Care Dialyse-Produkte, deren Absatz er in den USA auch durch eigene Dialyse-Kliniken sicherstellt. In Deutschland ist er über die Tochter Helios Eigentümer von 88 Akut-Kliniken, darunter auch solche der Maximalversorgung, und von REHA-Kliniken; rd. 200 Medizinische Versorgungszentren, Arztpraxen und Pflegeheime kommen dazu. Nach Konzern-Marketing steht die Gesundheit im Mittelpunkt, tatsächlich aber steht im Mittelpunkt, Rahmenbedingungen zu sichern und zu befördern, unter denen sich weiteres Unternehmens- und Gewinnwachstum auf dem deutschen Gesundheitsmarkt und auch in den anderen Ländern realisieren lässt, wo die Regierungen ihre Gesundheitsversorgung für privates Kapital geöffnet haben. Dänemark gehört nicht dazu.

Als Referenzfolie für die Frage, wie viele Krankenhäuser benötigt werden, eignet sich mit Blick auf den ordnungspolitischen Rahmen die Schweiz weit besser. Sie gehört zum gleichen Grundtyp wie Deutschland mit ebenfalls starker Arztzentrierung, fragmentierten Strukturen und einer Vielzahl von Krankenhausträgern. Zugleich jedoch schneidet sie bei internationalen Vergleichen deutlich besser ab als Deutschland – Platz 1 z.B. beim EHCI18 (a.a.O., S 9) - mit auch einer besseren Personalausstattung in der Pflege und einem Mehr an öffentlicher Planung bei allerdings noch höheren Gesundheitsausgaben als in Deutschland. Nach den Maßstäben der Schweiz müsste es in Deutschland nicht weniger, sondern mehr Krankenhäuser geben. Die aktuellst verfügbaren Daten stammen von Ende 2018 und beziehen sich auf das Jahr 2017 (Quelle: Bundesamt für Statistik, Krankenhausstatistik). Danach gibt es in der Schweiz 281 Spitäler, darunter 44 Kliniken der Zentrumsversorgung und 58 Kliniken der Grundversorgung. Dazu kommen Spezialkliniken (REHA, Psychiatrie und anderes). Da Deutschland 2017 fast 10mal so viele Einwohner zählte wie die Schweiz (DE: 82,79 Mio; CH: 8,48 Mio.) liegt die Klinikdichte in Deutschland deutlich niedriger als in der Schweiz.

Würden in Deutschland Krankenhäuser der Tendenz nach in dem Umfang geschlossen, wie von der Bertelsmann Stiftung nahegelegt, wäre mitnichten gesichert, dass es die richtigen trifft. Eher steht zu befürchten, dass das Gegenteil eintritt, weil unter den gegebenen Strukturen und den Anreizmechanismen des DRG-Preissystems von einer massiven Konzentration auf wenige Häuser vorrangig private Klinikkonzerne profitieren dürften. Gewiss ist richtig, dass kleine Häuser nicht die technische Ausstattung und Expertise großer Kliniken vorhalten können. Treten bei schwierigen Operationen Komplikationen auf, ergeben sich für Patienten erhöhte Risiken, nicht angemessen behandelt zu werden. Wie die Studie eines Forscherteams um Prof. Wiegering (Wiegering 2020) für Darmkrebsoperationen zeigt, ist zwar das Auftreten von Komplikationen nicht signifikant erhöht. Dass die Sterberate in Kliniken mit weniger als 10 Eingriffen pro Jahr gleichwohl doppelt so hoch ist wie in großen Kliniken (mindestens 50 Eingriffe pro Jahr) hängt an der fehlenden Infrastruktur, um postoperativ Komplikationen in den Griff zu bekommen. Auch für Brustkrebsoperationen ist aufgrund einer vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgenommenen Auswertung der Studienlage belegt, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Leistungsmenge und der Qualität des Behandlungsergebnisses gibt. In Krankenhäusern mit höheren Fallzahlen und bei Ärzteteams, die viele Brustkrebs-Operationen durchführen, sind **1)** die Überlebenschancen insgesamt höher und es kommt **2)** seltener vor, dass an der operierten Brust weitere

Eingriffe notwendig werden (PM des IQWiG vom 10.02.2020: „*Brustkrebs-Operationen: Bessere Ergebnisse bei höheren Fallzahlen*“). Diese und andere Untersuchungen liefern Argumente für die Konzentration komplexer Operationen an spezialisierten Zentren oder großen Kliniken mit der erforderlichen Ausstattung.

Auch wenn es für die Nicht-Vornahme schwieriger Operationen in kleinen Kliniken gute Gründe gibt, ein zwingendes Argument zur Schließung dieser Kliniken erwächst daraus nicht. Das Gros der Patienten, die in Kliniken auflaufen, benötigt keine hochtechnisierte Infrastruktur und Spezialexpertise. Häufig begeben sich Menschen mit Beschwerden ins Krankenhaus, die entweder gar keiner Behandlung bedürfen oder auch ambulant behandelt werden könnten. Das mögen Kreislaufstörungen, ein Durchfall oder eine Bronchitis sein. Einerseits kommt es so zu einer Fehlnutzung der Krankenhausinfrastruktur. Andererseits jedoch mag es sich hier vielfach um alleinstehende Patienten handeln, deren Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht gesichert ist. Im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel wird dieses Problem noch zunehmen. Erforderlich sind dazu neue Ansätze, z.B. Patientenhotels, die Medizin auf Hausarztniveau mit guter Pflege und Betreuung kombinieren.

Derzeit überbrückt das Krankenhaus der Grundversorgung diese Strukturdefizite, ohne dafür eine angemessene Vergütung zu erhalten. Bei leichteren Erkrankungen zudem kann es von Vorteil sein, wenn keine teure Technik, die ausgelastet werden soll, zur Verfügung steht. Es gibt nämlich nicht nur das Risiko, bei schweren operativen Eingriffen aufgrund von Unterausstattung das Nötige nicht tun zu können, sondern umgekehrt auch das Risiko, aus dem ökonomischen Zwang zur umfänglichen Auslastung teurer technischer Infrastrukturen heraus, Prozeduren zu vollziehen, die über die DRG's gut vergütet werden, dem Patienten aber mehr schaden als nutzen. Bezogen auf diese Kehrseite gibt es viele Einzelbeobachtungen, aber kaum systematische Forschung. Zum Gesamtbild gehören aber beide Seiten, was erwarten lässt, dass kleine Häuser dort, wo keine Hochleistungsmedizin geboten ist, auch Vorteile haben. Einerseits kommt es so zu einer Fehlnutzung der Krankenhausinfrastruktur. Andererseits jedoch mag es sich vielfach um alleinstehende Patienten handeln, deren Versorgung in der eigenen Häuslichkeit nicht gesichert ist.

Ein Weiteres, was bei all diesen Betrachtungen außen vor bleibt, kommt hinzu: Die Krankenhausinfrastruktur ist Teil der kritischen Infrastruktur eines Landes. Sie rein an Effizienzgesichtspunkten auszurichten, wäre fahrlässig. Epidemien und Pandemien bringen das System dann schnell an seine Belastungsgrenze bis hin zum Kollaps, weil die verfügbaren Kapazitäten nicht genügend Puffer beinhalten und durch Mobilisierung von Reserven auch nicht schnell auf das nötige Niveau gebracht werden können. Das Ende 2019 in China (Provinz Hubei) ausgebrochene neuartige Coronavirus Corona-Virus Sars-CoV-2 konnte sich, begünstigt durch den erreichten Grad an Globalisierung, rasch zu einer Pandemie auswachsen, deren Epizentrum bei der Erstellung dieses Textes in Europa (Italien) lag. Ob und wie das deutsche Krankenhauswesen die außergewöhnliche Belastung bewältigt, war zum Zeitpunkt der Drucklegung des MEMORANDUMS 2020 der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik eine offene Frage. Gegenüber Italien gab es einen Vorlauf von rd. zwei Wochen, der für die Mobilisierung zusätzlicher Intensivbetten, Gerätschaften, Gebrauchsmaterialien und von zusätzlichem Personal genutzt werden konnte und auch genutzt wurde. Das Unglück von Italien

(Norditalien) war insoweit das Glück, das Deutschland hatte. Mit ersten Einschätzungen zum Zusammenhang von „Coronakrise und Gesundheitsversorgung“ beschäftigt sich mein gleichnamiger Beitrag von Ende April 2020 (vgl. Heintze 2020). Herausgearbeitet wird darin, dass hinter der in Deutschland hohen Kapazität an verfügbaren Intensivbetten – zumindest während der ersten Pandemiewelle standen sie dann überwiegend leer – bei näherer Analyse eine perverse Fehlentwicklung steht, die mit Qualität wenig zu tun hat. Durch die Coronabrille gesehen wurde die hohe Zahl an Intensivbetten umgehend als Ausweis der besonderen Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitssystems missdeutet.

Fazit: Dass die Krankenhauslandschaft einer Neuordnung bedarf, ist unstrittig; dies einem Prozess der kalten Strukturbereinigung über den Quasi-Markt zu überantworten, jedoch zynisch. Gute Ergebnisse sind so nicht zu erwarten. Dazu bedarf es öffentlicher Planung unter Einbezug auch einer Verzahnung mit der ambulanten Versorgung. Kleinstkrankenhäuser könnten dabei als Krankenhäuser verschwinden, als Gesundheitszentren mit einigen wenigen Betten für stationäre Versorgungen aber neu entstehen; Kleinkrankenhäuser die Grundversorgung abdecken usw. In den dünn besiedelten Teilen des ländlichen Raumes könnten sie zum Rückgrat der Versorgung werden.

Neubildung des Gesundheitssystems vom Patientenwohl aus mit Krankenhäusern als Kristallisationspunkten – eine Mission impossible?

Die Politik steht vor folgender Grundsatzentscheidung: Will sie die Entwicklung des deutschen Gesundheitssystems weiterhin den Kräften von Marktwettbewerb und Selbstverwaltung überlassen oder ist sie zur demokratisch legitimierten politischen Gestaltung eines Transformationsprozesses hin zu einem integrierten, auf Qualität und Effektivität hin ausgerichteten System der guten Gesundheitsversorgung für alle bereit. Die Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik hält Letzteres für geboten. Das bedeutet mehr Staat und mehr staatliche Planung. Grundlegend ist die aus dem internationalen Vergleich gewonnene Erkenntnis, dass es ohne eine langfristig angelegte politische Gesamtstrategie, die die Übernahme öffentlicher Verantwortung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems massiv stärkt, nicht gelingen kann, die Gesundheitsversorgung so zu organisieren, dass das Patientenwohl im Mittelpunkt steht und die Herausforderungen einer alternden Gesellschaft mit immer mehr chronisch kranken und langfristig pflegebedürftigen Menschen gut bewältigt werden.

Zu glauben, dass über den tradierten Pfad mit noch mehr von der Medizin, die schon bisher versagt hat, plötzlich Kurs genommen werden könnte auf die Realisierung der Qualitätsversprechen, die in den Sozialgesetzbüchern V, XI und XII niedergelegt sind, war, ist und bleibt reines Wunschdenken. Schon die Art, wie im etablierten System wichtige Daten nicht aus einer übergreifenden Perspektive heraus erhoben und öffentlich zugänglich gemacht werden, sondern es dem Belieben, damit der partikularen Interessenlage der Einzelakteure überlassen wird, welche der bei ihnen anfallenden Daten sie wie verfügbar machen und welche nicht, verhindert, dass die Politik das für die Übernahme einer aktiv gestaltenden Rolle erforderliche Wissen überhaupt an die Hand bekommt. Gestaltung aber braucht valide und systematisch aufbereitete Daten, die einheitlichen Kriterien folgen und Licht bringen in die Verästelungen des fragmentierten Systems. Dass es daran fehlt, wird vom European Observatory on Health

Systems and Policies zu Recht kritisiert: (...) *the fragmented structure of the system, with its plurality of payers and providers, leads to fragmented databases that make a comprehensive assessment of health system performance difficult. Several monitoring mechanisms and registers focus on different aspects of the system of single diseases, but they are either initiated or carried out by individual stakeholders. The multitude of initiatives and coexisting programmes suffer from a lack of systematic evaluation, involvement of all sectors, and overall formulation of goals.*” (OECD/EU 2019b, S. 21)

Zwar ist anzuerkennen, dass die Bundesgesundheitspolitik unter ihrem derzeitigen Minister Jens Spahn (CDU) wiederholt Bereitschaft gezeigt hat, dort aktiv einzugreifen, wo die Selbstverwaltung den ihr übertragenen Aufgaben nicht gerecht wird. Die jahrelange Selbstblockade rd. um das Projekt einer elektronischen Gesundheitskarte, bei dem Milliarden € an öffentlichen Geldern nutzlos versenkt wurden, ist eines der Beispiele. Ein anderes die Nicht-Sicherung pflegerischer Mindestausstattungen im Krankenhaussektor. Die Eingriffe allerdings sind 1) punktueller Natur und greifen 2) in der Sache zu kurz. Durchweg gingen ihnen Jahre des Abwartens, der Aussendung hilfloser Appelle und dann der Drohung mit gleichfalls nicht zielführenden Sanktionen voraus. All dies immer getragen vom Festhalten am Prinzip des nur subsidiär handelnden Staates, der erst eingreift, wenn das Kind in den Brunnen gefallen ist, um dann mit viel Aktionismus Feuerwehr zu spielen und Heftpflaster zu verteilen. 49 Gesetze und Verordnungen (dar. 27 Gesetze) wurden in der 18. Legislaturperiode unter dem Gesundheitsminister Gröhe (CDU) verabschiedet. Unter Jens Spahn hat das BGM binnen 20 Monaten 20 Gesetze auf den Weg gebracht, in jedem Monat also im Schnitt ein neues Gesetz. Diese gegenüber seinem Vorgänger nochmals erheblich gesteigerte Quantität fügt sich jedoch nicht in eine Gesamtstrategie der aktiven Gestaltung und Verantwortungsübernahme, sondern bleibt dem Modus kurzatmiger Reparaturpolitik verhaftet. Das jüngste Produkt aus der Gesetzesproduktion des BGM macht dies nur allzu deutlich. Es bezweckt die Eindämmung der Leiharbeit im Krankenhaus, indem die Kosten zukünftig nur noch bis zur Höhe des Tariflohns und Vermittlungsprovisionen gar nicht mehr öffentlich refinanziert werden (MDK-Reformgesetz). Dass sich Leiharbeit im Bereich der Krankenhäuser wie auch der Altenpflegeheime immer mehr ausbreiten konnte, ist jedoch ein Ergebnis just der politischen Weichenstellungen in Richtung wachsender Kommerzialisierung, die dann auf dem Rücken des Pflegepersonals ausgetragen wurden. Um dem betrieblichen Druck zu entgehen und den eigenen Arbeitseinsatz besser planen zu können, wechselten in den zurückliegenden Jahren immer mehr Pflegekräfte zu Leih- und Zeitarbeitsfirmen, die mit akzeptablen Lohnangeboten Abwerbung betreiben. Das funktioniert, weil der Fachkräftemangel die Stellenbesetzungsprobleme von Einrichtungen so verschärft hat, dass sich diese häufig vor die Entscheidung gestellt sehen, Patienten resp. Pflegebedürftige wegen fehlender Mindeststellenbesetzung abweisen zu müssen oder die höheren Kosten des Rückgriffs auf Leiharbeitsfirmen zu tragen. Mittlerweile allerdings bedroht in einigen Häusern die so entstandene hohe Personalfluktuationsrate nun ihrerseits die Sicherheit der Patienten. Deshalb nun der Eingriff des Staates.

Die AG Alternative Wirtschaftspolitik hat in ihren Memoranden 2018 und 2019 für den Bereich der Alten- und Krankenhauspflege deutlich gemacht, dass substantielle Verbesserungen über eine Politik des Kleinklein im Rahmen etablierter Regeln und Strukturen nicht zu erreichen sind. Die vorgetragene Forderung nach einem Masterplan, der verschiedene Politikmo-

dule – Behebung des Gehaltsrückstandes der Altenpflege, massiver Ausbau zusätzlicher Ausbildungskapazitäten, Durchsetzung einer an Soll-Werten ausgerichteten Personalbemessung – zusammenführt, bleibt unverändert aktuell. Eine dem Allgemeinwohl verpflichtete gesundheitspolitische Gesamtstrategie verlangt jedoch weit mehr. Auf der normativen Ebene wird gerne proklamiert, dass Gesundheit keine Ware sein dürfe. Die in Deutschland wirksamen Strukturen, Leitprinzipien und die fragmentierte Art der Steuerung führen jedoch mit zwingender Logik dazu, dass Gesundheit immer mehr zur Ware wird. Eine transformatorische Strategie, die auf Richtungsänderung zielt, ist längst überfällig und müsste sinnvollerweise dort anknüpfen, wo die öffentliche Verantwortung noch am stärksten ausgeprägt ist. Das sind die Gesundheitsämter und der Krankenhaussektor. Für die Gestaltung der Krankenhauslandschaft tragen die Bundesländer die Verantwortung, machen daraus aber viel zu wenig. Statt die kalte Strukturbereinigung durch Markt und Wettbewerb weiter wirken zu lassen, sollte die Krankenhausplanung zu einer Leistungsplanung mit Eingriffsrechten auch in die Trägerfraktionen ausgebaut und mit der Planung der ambulanten Versorgung und den Aufgaben personell gestärkter Gesundheitsämter verzahnt werden. Hierüber könnten Krankenhauslandschaften dann perspektivisch so neu geordnet werden, dass kleine Häuser in medizinische Versorgungszentren überführt würden, die überwiegend ambulant behandeln, in gewissem Umfang allerdings auch stationäre Kapazitäten vorhalten. Essentiell als Wegweiser sind dafür weniger betriebswirtschaftliche Fingerübungen und Fahrzeitbetrachtungen, wie sie die Bertelsmann-Studie vornimmt, als Krankheiten und ihre Verteilung in der regional ansässigen Bevölkerung. Die Frage wäre: Welche Strukturen an ambulanter, teilstationärer und stationärer Versorgung sind erforderlich, um unter Einschluss von Prävention und Rehabilitation die Infrastruktur des Gesundheitswesens arbeitsteilig so auszurichten, dass sie flächendeckend leistungsfähig und für unterschiedliche Herausforderungen gut gewappnet ist. Derzeit gibt es dafür noch nicht einmal eine belastbare Datenbasis. Die von den KVen organisierte ambulante Versorgung ist statistisch höchst unzureichend erschlossen, woran sich kurz- und mittelfristig angesichts der erfolgreichen Verhinderung einer elektronischen Gesundheitskarte, die ihren Namen verdient, auch wenig ändern dürfte. Kristallisationspunkt für systemische Veränderungen, die dann auch in den ambulanten Bereich ausstrahlen, kann nur die Krankenhausplanung sein. Dazu aber bedürfte es eines ausgeprägten Gestaltungswillens. Selbst in ländlichen Modellregionen, wo die Kassenärztlichen Vereinigungen an ihrem Sicherstellungsauftrag guter ambulanter Versorgung schon seit geraumer Zeit scheitern – die Debatte um die Einführung einer Landarztquoten spiegelt das Problem - .ist davon wenig zu sehen. Ein System des guten Gesundheitsschutzes und der guten Gesundheitsversorgung für alle, gerät so zur „Mission impossible“. Dass es anders ginge, lehrt der internationale Vergleich. Er liefert Erkenntnisse zu den Erfolgsfaktoren, die in Deutschland jedoch solange nicht fruchtbar gemacht werden können, wie es schon am Mut zu einer ehrlichen Bestandsaufnahme fehlt.

Literatur

- Albrecht, Bernhard (2019): Ärzte-Appell: 215 Ärzte fordern im STERN „Mensch vor Profit“, in: DER STERN Nr. 37 v. 5.9.2019, S. 24 – 35 (Zit. als Ärzte-Appell 2019)
- Antwort der Bundesregierung auf die Kl. Anfrage der Abgeordneten Birgit Wöllert, Sabine Zimmermann, Katja Kipping, weiterer Abgeordneter und der Fraktion Die Linke zu Folgen von Armut und sozialer Ungleichheit für die Gesundheit, 15.03.2017, BT-Drs. 18/11523.
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2018): MEMORANDUM 2018. Preis der „schwarzen Null 2: Verteilungskonflikte und Versorgungslücken, Köln
- Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik (2019): MEMORANDUM 2019. Klimakollaps, Wohnungsnot, kriselnde EU – Alternativen der Wirtschaftspolitik, Köln
- Barmer GEK (Hg.) (2017): Arzneimittelreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Bd. 3 (hrsg. von Daniel Grandt und Ingrid Schubert),
- Bäuml M, Kifmann M, Krämer J, Schreyögg J (2016): Bandscheibenoperationen – Patientenerfahrungen, Indikationsqualität und Notfallkodierung. In: Böcken J, Braun B, Meierjürgen R. Gesundheitsmonitor 2016. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK. Verlag Bertelsmann Stiftung, S. 187-195.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018): SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich (Autoren: Thiel, Rainer, Deimel, Lucas et. al), Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen: PDF-Datei über die Webseite der Stiftung (<https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zukunftsaehige-krankenhausversorgung/>)
- Bundesagentur für Arbeit (2018): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, in: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2018, Nürnberg.
- Bundesagentur für Arbeit (2019): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, in: Blickpunkt Arbeitsmarkt, Mai 2019: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf>.
- Bundeswirtschaftsministerium (2018): Gesundheitswirtschaft. Fakten & Zahlen, Handbuch zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, Berlin.
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hg.) (2018)³: Krankenhaus statt Fabrik. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal.³
- Busse, Reinhard/Blümel, Miriam (2014): Germany. Health System Review, in: Health Systems in Transition, Vol 16 No. 2 (European Observatory on Health Systems and Policies).
- Deutsches Krankenhausinstitut e.V. (Hg.) (2007 bis 2019): Krankenhaus Barometer, Düsseldorf: www.dki.de:

- DGB (2018): Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage (Sonderauswertung DGB-Index „Gute Arbeit“, September 2018).
- Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA) (2019): Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Spezifikation für die Mindestmengenregelungen vom 20. Juni 2019: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3820/2019-06-20_Mm-R_Spezifikation-Mindestmengenregelungen.pdf.
- Gerlinger, Thomas (2002): Vom korporatistischen zum wettbewerblichen Ordnungsmodell? Über Kontinuität und Wandel politischer Steuerung im Gesundheitswesen, in : Gellner, Winand/Schön, Markus (Hg.): Paradigmenwechsel in der Gesundheitspolitik?, Baden-Baden, S. 123.151.
- Haan, Peter/Kemptoner, Daniel/Lüthen, Holger (2017): The Raising Longevity Gap by Lifetime Earnings – Distributional Implications for the Pension System, DIW Discussion Paper 1698, Oktober.
- Hacker, Jörg (Hg.) (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft, Diskussionspapier Nr. 7 von Oktober 2016 der Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften), Zit. als Leopoldina-Studie.
- Health Consumer Powerhouse (2016ff.): Euro Health Consumer Index 2015ff., Report: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- Heintze, Cornelia (2006): Zahnpflege als Kulturtechnik unter dem Einfluss zunehmender sozialer Desintegration - Entwicklungstendenz und Überlegungen zur Erreichbarkeit benachteiligter Bevölkerungsgruppen im Rahmen von Gruppenprophylaxe, in: prophylaxe impuls 10. Jg. (2006), H.1, S. 13 - 24.
- Heintze, Cornelia (2019): Vorbild Skandinavien. Öffentliche Gesundheitsdienste sichern gute Patientenversorgung, in: Dr. med. Mabuse, 44. Jg., Nr. 242, November/Dezember 2019, S. 51 – 54.
- Heintze, Cornelia (2020): Coronakrise und Gesundheitsversorgung, in: Sozialismus.de, 47. Jg. (2020), H. 5, S. 2 – 6 (Langfassung als Online-Publikation unter: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656350.coronakrise-und-gesundheitsversorgung.html>).
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.) (2019): Pflege-Report 2019. Mehr Personal in der Langfristpflege – aber woher?, Berlin: Springer (zit. als AOK Pflege-Report 2019).
- Jordan, A. Rainer/Micheelis (2016): Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V), hg. vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln (Zit. als Mundgesundheitsstudie)
- Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD vom 7.2.2018: Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land: https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2018.pdf (8.2.2018).
- Lampert, Thomas/Hoebel, Jens (2018): Soziale Ungleichheit und Gesundheit im höheren Lebensalter, in: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 12-2018, S. 1-9.

- Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric (2014): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung, RKI: GBE kompakt: Zahlen und Trends aus der Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin.
- Lozano, Rafael (Hg.) (2018): Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016, in The Lancet May 23, 2018 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2))
- Moßhammer, Dirk/Haumann, Hannah/Mörrike, Klaus/Joos,Stefanie (2016): Polypharmazie – Tendenz steigend, Folgen schwer kalkulierbar, in: Dtsch Arztebl Int 2016; 113: 627-33; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0627.
- Mutual Information System on Social Protection in the Member States of the EU (MISSOC) (2019): <https://www.missoc.org/missoc-information/missoc-vergleichende-tabellen-datenbank/?lang=de> (Stand: 1.7.2019).
- OECD (Hg.) (2019): OECD Health Statistics 2019: <https://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a): Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies (hg. Von Busse, Reinhard, Klazings, Niek, Panteli, Dimitra und Quentin, Wilm), OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b): Germany. Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019c): Denmark. Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
- Pflegepersonalstärkungsgesetz II vom 21.Dezember 2015, BGBl. I S. 2424.
- Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung (PpUGV) vom 5. Oktober 2018, BGBl. I, Nr. 34, 10.10.2018, S. 1632
- Robert Koch-Institut (RKI) (Hg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis, Berlin.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2019): Die Pflegebürgerversicherung als Vollversicherung. Beitrags- und Verteilungseffekte bei Umwandlung der Pflegeversicherung in eine Bürgerversicherung mit Vollversicherung, Working-paper Nr. 150 der Hans-Böckler-Stiftung: www.boeckler.de
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009: Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten.
- Schoemaker, Heidi/Woolf, Stephan: Increases in Midlife Mortality a Major Contributor to Decreasing Life Expectancy in U.S. von Stephen Woolf und Heidi Schoemaker ist am 26. November 2019 in der Zeitschrift "JAMA" (2019;322(20):1996-2016)

- Seibert, Holger/Carstensen, Jeanette/Wiethölter, Doris (2018): Entgelte von Pflegekräften – weiterhin große Unterschiede zwischen Berufen und Regionen, in: IAB-Forum 16. Januar 2018 (<https://www.iab-forum.de/entgelte-von-pflegekraeften-weiterhin-grosse-unterschiede-zwischen-berufen-und-regionen/?pdf=6353>; 3.2.18).
- SGB V (Fünftes Buch des Sozialgesetzbuches – Gesetzliche Krankenversicherung), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789).
- SGB XI (Elfte Buch des Sozialgesetzbuches – Soziale Pflegeversicherung), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 17. Dezember 2018 (BGBl. I S. 2587)
- SGB XII (Zwölftes Buch des Sozialgesetzbuches – Sozialhilfe), zuletzt geändert durch Artikel 2 des Gesetzes vom 10. Juli 2018 (BGBl. I S. 1117).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018): Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser 2017; Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019a), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fachserie 18, Reihe 1.1, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019b), Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Inlandsproduktrechnung, Lange Reihe ab 1970, Fachserie 18, Reihe 1.5, korr. Vom 30.09.2019: <https://www.destatis.de/DE/Service/Bibliothek/fachserienliste-artikel.html>
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019c): Pflegestatistik 2017. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse, Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt, Statistische Jahrbücher der Bundesrepublik Deutschland 1969 bis 1990, Wiesbaden.
- The Commonwealth Fund (Hg.) (2007): Mirror, Mirror on the Wall: An International Update on the Comparative Performance of American Health Care (Autoren: Davis, Karen/Schoen, Cathy/ Stremikis/Kristof et al.), New York.
- The Commonwealth Fund (Hg.) (2010, 2014): Mirror, Mirror on the Wall. How the Performance of the U.S. Health Care System compares Internationally (Autoren: Davis, Karen/Schoen, Cathy/ Stremikis/Kristof et al.), New York: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2014_jun_1755_davis_mirror_mirror_2014.pdf.
- WHO (2009, 2015): Patient Safety Research 2009, WHO/IER/PSP/2009.10: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70145/1/WHO_IER_PSP_2009.10_eng.pdf. Zuletzt geprüft: 22. Mai 2015.
- WHO (Hg.) (2019): Strengthening health systems through nursing – Evidence from 14 European countries (Rafferty, Anne Marie et al.), Health Policy Series No. 52, p. 51.
- Wiegering, Armin et al. (2020): Nationwide in-hospital mortality rate following rectum resection for rectal cancer according to annual hospital volume in Germany, BJS Open, 10. Januar 2020, <https://doi.org/10.1002/bjs5.50254>.