

# Als die Corona-Krise kam, war die Versorgungskrise schon da

## Infrastrukturdefizite im deutschen Gesundheitswesen

Hans-Jürgen Bieling und Andrea Futterer

### 1. Einleitung: Soziale Infrastrukturen als „kritische“ Infrastrukturen<sup>1</sup>

Die öffentliche Aufmerksamkeit richtete sich in den letzten Jahren vermehrt auf Fragen, die die infrastrukturpolitische Gestaltung von Ökonomie und Gesellschaft betreffen. Dies ist wenig verwunderlich, wird der Modus der gesellschaftlichen Entwicklung durch die Ausrichtung und Operationsweise der öffentlichen Infrastruktur doch maßgeblich bestimmt. Gleichwohl tat sich die gesellschafts- und herrschaftskritisch orientierte Wissenschaft lange schwer, sich mit der Relevanz und prägenden Kraft infrastruktureller Arrangements zu befassen. Möglicherweise lag dies mit daran, dass die Karriere des Begriffs „Infrastruktur“ in den 1950er Jahren zunächst einen militärischen Beiklang hatte und sehr stark mit dem Aufbau operativer Verteidigungsstrukturen der NATO verbunden war. Doch nicht nur dies. Herrschaftskritische Perspektiven fanden lange keinen rechten Zugriff auf das Thema, da die zuweilen eher technokratisch anmutende Diskussion über Infrastrukturen häufig sehr stark auf Funktionalität und soziale Integration ausgerichtet war.

Diese Wahrnehmung änderte sich jedoch in dem Maße, wie sich – bedingt durch knappe öffentliche Kassen und die Prozesse der Liberalisierung und Privatisierung – das Angebot und die Qualität öffentlicher Infrastrukturen zu verändern begannen. Versorgungsdefizite brachten zum einen zu Bewusstsein, dass – jenseits aller Funktionalität – Infrastrukturen oft eine wichtige Voraussetzung für Prozesse der sozialen Teilhabe und demokratischen Partizipation darstellen (Foundational Economy Collective 2019); zum anderen wurde erkennbar, dass Infrastrukturen nicht einfach gegeben sind. Sie müssen vielmehr materiell hergestellt werden, wobei die Bedingungen der materiellen Her- und Bereitstellung – unter Beteiligung des Staates und gesellschaftlicher Organisationen – politisch immer wieder neu ausgehandelt werden (Bieling/Möhring-Hesse 2020).

Oft werden die Anforderungen an den Umfang und die Qualität von Infrastrukturen allerdings nicht oder nur unzureichend erfüllt. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn gravierende Störungen – eine defizitäre Wartung, Naturkatastrophen, Sabotage-Akte, ökonomische Krisen oder zuletzt die COVID-19-Pandemie – ihre Operationsweise und Nutzung erschweren oder unmöglich machen. Wenn immer dies geschieht, ja noch früher: wenn sich in der Gesellschaft der Eindruck verallgemeinert, dass gravierende Störungen wahrscheinlich werden, also ein Kontrollverlust droht, der die Fortsetzung etablierter sozialer Routinen verunmöglicht, werden Infrastrukturen als „kritisch“ wahrgenommen (Folkers 2014). Die vermehrte Rede von „kritischen“ Infrastrukturen korrespondiert in diesem Sinne mit dem gehäuften Auftreten von Krisen unterschiedlicher Art. Sie erstreckt sich – vor dem Hintergrund der COVID-19-Pandemie ist dies wenig

überraschend – zuletzt auch auf die Organisation des Gesundheitswesens: auf die Bereiche der klinischen und auch ambulanten Versorgung. Auch diese Bereiche sind in den vergangenen Monaten vermehrt als kritisch wahrgenommen und diskutiert worden.

Wir wollen dieser Wahrnehmung nachfolgend keineswegs widersprechen, zugleich jedoch aufzeigen, dass die Gründe hierfür nicht nur in der COVID-19-Pandemie zu suchen sind. Die prekäre gesundheitliche Daseinsvorsorge hat vielmehr eine Vorgeschichte. In Deutschland verweist diese zum einen auf die Modi der markt- und wettbewerbsorientierten Reformagenda der 1990er und 2000er Jahre, zum anderen aber ebenso auf die Beständigkeit und Beharrungskraft eines vermachteten und höchst selektiv operierenden Systems der neokorporatistischen Selbstregulierung. Um diese besser verstehen und einordnen zu können, ist es hilfreich, sich zuvor des politisch umkämpften Charakters öffentlicher Infrastrukturen zu vergewissern.

## 2. Infrastrukturkonflikte im Gewährleistungsstaat

Infrastrukturen gelten gemeinhin als grundlegend für die Reproduktion der Gesellschaft. Dies signalisiert bereits der Begriff. Er setzt sich aus den beiden lateinischen Wörtern „infra“ (unterhalb) und „structura“ (Zusammenführung) zusammen und bezieht sich auf die Verbindung, Verknüpfung oder Vernetzung unterschiedlicher gesellschaftlicher Handlungsräume. Unter Nutzung von Infrastrukturen sichern sich Menschen ihre materielle, soziale und kommunikative oder kulturelle Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Infrastrukturen fungieren insofern als „Lebensadern unserer Gesellschaft“ (van Laak 2018) und beinhalten Potenziale einer „tiefen“ Vergesellschaftung.

Wie sich diese Potenziale einer „tiefen“ Vergesellschaftung genau entwickeln, welchen sozialen Charakter Infrastrukturen genau entfalten, ist nicht allein durch ihre physische Beschaffenheit bestimmt. Die Operationsweise von Infrastrukturen, auch der Arrangements der gesundheitlichen Daseinsvorsorge, wird immer auch durch rechtliche Vorgaben und Verfahren, also spezifische regulative Normen und Standards – diese reichen von technischen Normen der Kompatibilität über soziale und ökologische Vorgaben bis hin zu Bedarfsplanungsdaten – geprägt. Erst in der Verbindung beider Aspekte, der physischen Materialität und der regulativen Vorgaben, ermöglichen Infrastrukturen Formen einer spezifisch praktizierten „Konnektivität“. Wie diese Konnektivität genau aussieht, wie sie sich im Laufe der Zeit wandelt, ist allerdings nicht allein angebotsseitig definiert. Auch die Nutzer\*innen leisten durch ihre Sichtweise, ihre Gewohnheiten und Praktiken der Nutzung einen aktiven Beitrag zu den Formen einer infrastrukturell basierten Konnektivität.

Politökonomisch sind öffentliche Infrastrukturen erstens insofern interessant und aufschlussreich, als sie – mit David Harvey (2001) betrachtet – wichtige Erscheinungsformen eines „spatio-temporal fix“ sind und dem Prozess der kapitalistischen Vergesellschaftung eine besondere Ausprägung geben. Infrastrukturen tragen dazu bei, diesem Prozess eine relativ dauerhafte „strukturierte Kohärenz“ (Jessop 2006: 162) zu verleihen; und sie tun dies – ganz im Sinne der Doppelbedeutung des englischen Wortens „to fix“ – auf zweierlei Art und Weise: Zum einen werden durch sie die Prozesse der kapitalistischen Entwicklung räumlich und zeitlich fixiert, also stofflich verankert oder eingebet-

tet; und zum anderen sorgen – vor allem in Krisenphasen – die monetären Aspekte dieser Verankerung oder Einbettung dafür, die instabile kapitalistische Verwertung zu reparieren, etwa durch zusätzliche infrastrukturelle Investitionen und die damit verbundene Stimulierung der Ökonomie.

Zweitens sind Infrastrukturen politökonomisch auch deswegen bedeutsam, weil ihre Operationsweise eng mit dem jeweils besonderen gesellschaftlichen Entwicklungsmodell verknüpft ist. Diese Verknüpfung ergibt sich allgemein daraus, dass Infrastrukturen zumeist auf Dauer angelegt, also relativ langlebig sind. Antworten auf die Frage „In welcher Gesellschaft wollen wir leben?“ kommen nicht umhin, Vorstellungen über den sozialen und ökologischen Gehalt und Charakter öffentlicher Infrastrukturen zu entwickeln. Nicht selten werden auf die Frage konkurrierende Antworten gegeben, die konkurrierende Interessen und Gestaltungslogiken zum Ausdruck bringen. In den unterschiedlichen infrastrukturpolitischen Handlungsfeldern lassen sich vor allem vier solcher Interessenlagen oder Gestaltungslogiken identifizieren: erstens – die Konzeption des „spatio-temporal fix“ weist in diese Richtung – eine kapitalistische Gestaltungslogik, die die Bereitstellung und Nutzung öffentlicher Infrastrukturen unter dem Aspekt der Profiterzeugung und -realisierung konzipiert; zweitens eine sozialintegrative oder sozialistische Gestaltungslogik, die Infrastrukturen einer demokratischen Kontrolle unterwirft und in erster Linie als Medium einer aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben betrachtet; drittens eine ökologische Gestaltungslogik, die auch die energetische und klimatische Bilanz der gesellschaftlichen Konnektivität zu optimieren bestrebt ist; und viertens eine geoökonomische, mitunter auch geopolitische Gestaltungslogik, die Infrastrukturen so einzurichten versucht, dass sie die politische und ökonomische Kontrolle naher wie entlegener Territorien ermöglichen.

Die angeführten Interessenlagen und Gestaltungslogiken unterstreichen, dass Infrastrukturen nicht einfach gegeben sind, sondern gesellschaftlich – materiell, politisch und diskursiv – produziert werden müssen; und dass dieser Produktionsprozess vielfach umkämpft ist. Dies gilt auch für den Bereich der gesundheitlichen Daseinsvorsorge. Auch hier lassen sich konkurrierende Gestaltungslogiken identifizieren, wobei die geoökonomischen und geopolitischen Erwägungen – wenngleich sich auch im Gesundheitsbereich größere Konzerne herausgebildet haben und zuweilen die Verfügung über Masken, Impfstoffe und Pflegekräfte problematisiert wird – eine eher nachgeordnete Rolle spielen, und auch ökologische Aspekte noch weitgehend als nebensächlich erscheinen. Die zentrale Konfliktlinie verläuft demzufolge zwischen kapitalistischen Verwertungsinteressen – begrenzten Sozialabgaben, eine effiziente Organisation der Dienste und Möglichkeiten der Profiterzeugung im Gesundheitssystem selbst – auf der einen Seite und den Ansprüchen der Patient\*innen und Beschäftigten an eine umfassende und flächendeckende, durch Formen der demokratischen Partizipation organisierte medizinische Versorgung auf hohem Niveau auf der anderen Seite.

Die konfliktiven Gestaltungslogiken reflektieren sich auch in der spezifischen Operationsweise des Staates. Dieser wird von unterschiedlichen Interessengruppen in Anspruch genommen, erhebt aber auch selbst den Anspruch, eine sowohl effiziente und profitgenerierende als auch hochwertige und flächendeckende Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Diese Gewährleistung erfolgt aber nur punktuell direkt: etwa in Gestalt öffentlicher Krankenhäuser oder der universitären Ausbildung des medizinischen Personals. Sie basiert ansonsten vor allem auf der Kooperation mit und zwischen nicht-

staatlichen Akteuren, die unter staatlicher Aufsicht und auf der Grundlage einer staatlichen Finanzierung relativ eigenständig die Kriterien, Modi und Organisationsformen der gesundheitlichen Daseinsvorsorge spezifizieren. Die staatliche Gewährleistungsverantwortung im Gesundheitswesen stützt sich materiell und prozedural in diesem Sinne auf ein System der neokorporatistischen Selbstregulierung, dessen Operationsweise sich bislang reproduziert, wenngleich die Versorgungsdefizite seit den 1990er Jahren anwachsen.

### 3. Prekäre Daseinsvorsorge

In der COVID-19-Pandemie galt das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Diskurs lange Zeit als besonders belastbar. In der Tat sind die Hospitations- und Mortalitätsraten von Corona-Patient\*innen in Deutschland geringer als in anderen nord-europäischen Ländern (Ritchie et al. 2021). Allerdings ist dies nicht singulär auf die Kapazitäten des deutschen Gesundheitswesens oder seine Strukturen, sondern eine verspätete Betroffenheit und, damit verbunden, eine vorteilhafte Informiertheit zurückzuführen: Das Virus breitete sich auf dem europäischen Kontinent zunächst in Norditalien – Stichwort: Bergamo – aus, und die Infektionszahlen stiegen erst in Südfrankreich und in spanischen Großstädten an, bevor sich die Bürger\*innen in Deutschland infizierten. Entgegen dem Anschein eines krisenfesten deutschen Gesundheitswesens offenbarte die Pandemie letztlich auch in Deutschland strukturelle Versorgungsmängel. Diese prägen schon länger den gesundheitspolitischen Diskurs. So spitzt sich der pflegerische und ärztliche Personalmangel zu, indessen sich mit Blick auf die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung das Narrativ der Kostenexplosion im Gesundheitswesen reproduziert. In der Folge sollen Effizienzsteigerungen, Qualitätssicherung und Wettbewerbsmechanismen die Versorgung sichern. In den vergangenen dreißig Jahren entstand auf diese Weise ein Gesundheitsmarkt, der die stationären und ambulanten Strukturen und Akteure auf Kosteneffizienz zu trimmen versucht.

#### 3.1 Die Vermarktlichung der stationären Gesundheitsversorgung

Seit dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972 teilen sich die Bundesländer die Krankenhausfinanzierung mit den gesetzlichen Krankenkassen: Im Sinne der dualen Krankenhausfinanzierung werden die Investitionskosten von den Bundesländern und die laufenden Betriebskosten von den Krankenkassen getragen. Das KHG sieht eine Präsenz von Krankenhäusern in der Fläche somit als öffentliche Aufgabe an. Jedes Haus hat einen Anspruch auf öffentliche Investitionsgelder, sobald es in den Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes aufgenommen worden ist. Die duale Krankenhausfinanzierung ist durchaus umstritten und wurde wiederholt reformiert. Bis Anfang der 1990er Jahre wurden Klinikleistungen mit den Krankenkassen auf der Grundlage tagesgleicher Pflegesätze für den Aufenthalt von Patient\*innen abgerechnet. Es galt das Kostendeckungsprinzip: Die Häuser hatten einen Anspruch darauf, die individuellen Selbstkosten vollständig aus öffentlichen Fördergeldern und Pflegesätzen zu beziehen. Es bestand demnach ein Anreiz, Patient\*innen länger zu versorgen als es medizinisch-pflegerisch notwendig war. Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) von 1992 schaffte das Selbstkos-

tendeckungsprinzip ab und führte einen Mix aus Fallpauschalen, Sonderentgelten und Basis- oder Abteilungspflegesätzen ein. Schritt für Schritt sollte die Finanzierung leistungsgerechter gestaltet werden: Nicht mehr der Aufenthalt an sich, sondern die konkreten medizinischen Leistungen wurden relevant. Zudem wurde die gesetzlich verbindliche Personalbemessung aufgelöst. Nicht-medizinische Serviceleistungen wurden ausgegliedert und tarifliche Arbeitsstandards ausgehöhlt.

Die zentralste Veränderung der letzten Dekaden markiert der Übergang zum Fallpauschalensystem im Zuge des Fallpauschalengesetzes von 2002. Der bisherige Mix wurde durch sogenannte *Diagnosis Related Groups* (DRG) abgelöst. Diverse Regelungen, Normierungen und Anpassungen führten zu einheitlichen Landesbasisfallwerten ab 2009. Die zwischen den Krankenkassen und Klinikträgern jährlich ausgehandelten Krankenhausbudgets beruhen fortan auf der Leistungsmenge der jeweiligen Kliniken. Diese orientieren sich wiederum am Versorgungsauftrag der einzelnen Häuser, der im Krankenhausplan des jeweiligen Bundeslandes festgelegt ist. Kurzum: Krankenhäuser werden nicht mehr nach realen Kosten, sondern leistungsgerecht – so zumindest das politisch formulierte Ziel (kritisch: Simon 2019) – nach modellierten Durchschnittskosten vergütet. Die Fallpauschalen und der öffentliche Investitionsstau haben einen disziplinierenden Charakter für die Krankenhausträger und die Gesundheitsschaffenden in den Kliniken. Finanzielle Anreize und Kalküle spielen für die Leitung von Krankenhäusern und auch für die Versorgung eine zunehmend gewichtige Rolle. Der Anreiz steigt, die Liegedauer von Patient\*innen im Rahmen der Fallgrenzen – in der Regel also kurz – zu halten und lukrative Eingriffe durchzuführen (Braun et al. 2010: 239).

Der Erfolg des Fallpauschalensystems wird kontrovers diskutiert: Einerseits konnten Verweildauern reduziert und damit Ressourcen gespart werden, andererseits verweisen diverse Studien auf die negativen Auswirkungen für die Träger (Kostendruck, Kosten für Controlling und Rechtschutz), das Personal (kurzfristige Einsparungen, Arbeitsverdichtung), Patient\*innen (Zuwendung und nicht-medizinisch inzierte Maßnahmen) und Angehörige (frühzeitige Entlassungen) (u.a. Dieterich et al. 2019). Insbesondere im verstärkten Personalabbau im Pflegebereich bestätigten sich mit dem Fallpauschalensystem verbundene Befürchtungen aus anderen Ländern. Es wurden in Summe mehr Pflegestellen abgebaut als aufgrund der in den 1990er-Jahren eingeführten Budgetregelungen notwendig gewesen wären, und es wurden mehr Ärzt\*innen eingestellt als es die Arbeitszeitregelungen notwendig machten. Das kostete Geld, das im Pflegebereich eingespart wurde. Der Behandlungsbedarf einer alternden Gesellschaft verschärft diesen Umstand.

Ähnlich wie beim Stellenabbau verhält es sich auch bei der Privatisierung von Krankenhäusern. Bereits vor den DRGs wurde privatisiert, allerdings ermöglichte das verbindliche Fallpauschalensystem Profite in neuen Dimensionen zu erwirtschaften. So wuchs das Interesse privater Akteure, in der stationären Versorgung tätig zu werden. Der neoliberale Zeitgeist versprach strukturschwachen Kommunen mit der Privatisierung ein geeignetes Instrument zur Kosteneinsparung und Qualitätsverbesserung (Gerlinger 2021b: 11). Zwar ist die Krankenhauslandschaft auch heute noch von öffentlichen und gemeinnützigen Trägern geprägt, allerdings ist der Anteil privatwirtschaftlicher Träger zwischen 1991 und 2019 von 14,8 auf 37,8 Prozent angewachsen. In diesem Zeitraum sank der Anteil öffentlich getragener Häuser von 46 auf 28,5 Prozent, der der freigemeinnützigen Träger sank nur geringfügig von 39,1 auf 33,7 Prozent. Insgesamt

reduzierte sich die Bettenzahl von rund 665.000 auf knapp 494.000, wobei sich annähernd die Hälfte der Betten in bettenstarken öffentlichen Kliniken befindet (Statistisches Bundesamt 2021). Die Übernahmestrategie privater Träger verspricht immense Investitionen und Restrukturierungsprogramme, zielt aber auf die Realisierung von Renditen. Nicht wenige Häuser geraten aufgrund der zu leistenden Kredittilgung und Gewinnabfuhr unter einen immensen Kostendruck. Die Versorgungsfunktion der – häufig spezialisierten – privaten Einrichtungen tritt hierbei in den Hintergrund. Zudem beeinträchtigen diese Häuser die Kalkulationsbasis öffentlicher Kliniken. Diese müssen aufgrund ihres umfassenden Versorgungsauftrags im Rahmen der Daseinsvorsorge nach wie vor umfängliche Leistungen erbringen.

### 3.2. Der Einzug des Wettbewerbs in die ambulante Versorgung

Ähnlich wie im stationären Sektor wirkten sich die Gesundheitsreformen der vergangenen Dekaden auf die Regulierungsstrukturen, Akteure und Versorgungsformen in der ambulanten Versorgung aus. Die Kostendämpfungspolitik brachte im Rahmen der einnahmeorientierten Ausgabenpolitik vor allem Leistungskürzungen, Vergütungsbudgets und die Einführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen mit sich. Dennoch musste die vom Bundestag eingesetzte Enquete-Kommission 1987 feststellen, dass die ordnungspolitischen Instrumente nicht in der Lage waren, eine ausreichende und qualitativ hochwertige Versorgung sicherzustellen. Die Anreize für die Ärzteschaft, zusätzliche Leistungen bereitzustellen, konterkarierten die Ziele der Kostendämpfungspolitik.

Da die Kostendämpfungspolitik nicht zu den gewünschten Ergebnissen führte, erfuhr sie mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 eine wettbewerbliche Akzentuierung. Dieses Gesetz sah *erstens* Änderungen in der Bedarfsplanung vor, führte *zweitens* die freie Kassenwahl ein und reformierte *drittens* das ambulant ärztliche Vergütungssystem. Die novellierte Bedarfsplanungsrichtlinie überarbeitete die Arzt-Patienten-Verhältniszahlen und Planungsbereiche und wertete die hausärztliche Versorgung auf. Die freie Kassenwahl entledigte die Sozialversicherer ihrer Bestandsgrundlage und führte zu einer Konkurrenz unter den Krankenkassen. Für große Unzufriedenheit seitens der Ärzteschaft sorgte der „Ausgabendeckel“ auf Honorare. Fortan waren der Gesamtvergütung feste Grenzen gesetzt, insbesondere ihre verbindliche Orientierung an der Grundlohnsumme kam einer Budgetierung der Honorarstrukturen gleich. Das Kollektivvertragssystem wurde sukzessive aufgeweicht und in den späten 1990er Jahren durch Struktur- und Selektivverträge ergänzt. Hinzu kamen Vorstöße, wie das Bonusprogramm für die hausärztliche Versorgung oder die Einschreibung der sogenannten Integrierten Versorgung in das Fünfte Sozialgesetzbuch. Gemein ist den genannten Steuerungselementen, dass sie Anreize für die einzelnen Akteure setzten, sich an der Ausgabenbegrenzung im Gesundheitswesen zu beteiligen. Die Reformen bewirkten jedoch vor allem die Erosion vormals gemeinsamer Interessengrundlagen und partiell auch der Interessenvermittlung: Nach Einführung der Budgetierung bestand für die Ärzteschaft kein Anreiz mehr, den Leistungskatalog auszuweiten. Vielmehr stieg ihr Interesse daran, außerbudgetäre Leistungen einzuführen. Auch auf Kassenseite verkomplizierte sich die Interessenlage: Die öffentliche Reputation fußte weiterhin auf der Summe qualitativer, abrechenbarer Leistungen. Zugleich kamen diese den Kassen nunmehr teuer zu stehen.

Gegenüber den Versicherten bewirkten die Leistungskürzungen einen Rechtfertigungsdruck, zumal der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zunahm.

Unter dem Eindruck des demographischen Wandels gewannen im ambulanten Sektor Fragen der Unterversorgung an Gewicht. In strukturschwachen Regionen erschweren die veränderte Altersstruktur der Vertragsärzt\*innen, der sich wandelnde Anspruch des Nachwuchses an sein Arbeits- und Lebensumfeld und das über die Feminisierung der Medizin sinkende Arbeitszeitvolumen die Nachbesetzung bürokratisch intensiver und finanziell riskanter Einzelpraxen. Der Gesetzgeber versucht den sich abzeichnenden Versorgungsdefiziten durch verbindliche Strukturangebote (Hausarztzentrierte Versorgung, Medizinische Versorgungszentren), raumwirksame Instrumente (Gesundheitsregionen und -konferenzen), finanzielle Anreize (Stipendien) und ausbildungsseitige Organisationsreformen (Wegfall von Altersgrenzen und Ermöglichung von Zweigpraxen) entgegenzutreten. Durch all diese Aktivitäten verbessert sich in den betroffenen Regionen die Versorgungslage zumeist aber nur partiell, so dass diese hinter den Ansprüchen der Bevölkerung zurück bleibt.

Zugleich drängen immer mehr private Akteure in die ambulante Versorgung. Mit dem Modernisierungsgesetz von 2004 wurden Medizinische Versorgungszentren (MVZ) für die ambulante Versorgung zugelassen. Sie ähneln Arztpraxen, ermöglichen aber Anstellungsverhältnisse im Feld ambulanter medizinischer Versorgung, das traditionell von selbstständig praktizierenden Vertragsärzten geprägt ist. Zudem bieten die MVZs in Zeiten wachsender Nachbesetzungsschwierigkeiten attraktive Preise für Arztpraxen und locken mit der Übernahme und Zentralisierung bürokratischer Abrechnungsaufgaben. Was die MVZ-Trägerschaft betrifft, so sind allerdings Investoren, die allein Kapitalinteressen verfolgen, ausgeschlossen. So bleibt privaten Anlegern oft nur der Umweg, Krankenhäuser zu kaufen. Erste Studien illustrieren, wie seit 2017 internationale Finanzinvestoren vermehrt Gesundheitseinrichtungen übernehmen, unter ihnen auch MVZ. Aktuell führt dies im fachärztlichen Bereich zu ersten Kettenbildungen (Scheuplein/Bůžek 2021), die die Wahlfreiheit der Patient\*innen bedeutend einschränken. Schließlich stehen „reguläre“ Praxen in Konkurrenz zu sogenannten Investoren-MVZ (iMVZ), die zudem viele privat zu zahlende individuelle Gesundheitsleistungen anbieten.<sup>2</sup>

#### **4. COVID-19-Pandemie: neue Sensibilisierung und Zuspitzung der Versorgungskrise**

Die COVID-19-Pandemie hat die besonderen Leistungen der Gesundheitsschaffenden auf den Intensivstationen, in den Pflegeheimen, den Gesundheitsämtern und Praxen sichtbar gemacht. In der Folge wurden Ärzt\*innen und Pflegekräfte als „systemrelevant“ bezeichnet und – wenn auch nur für kurze Zeit – von den Balkonen der Republik beklatscht. Die Bilder und Berichte der „Helden der Pandemie“ verdeutlichen allerdings auch: Ein teilprivatisiertes, gewinnorientiertes Gesundheitssystem garantiert keine gute medizinische Versorgung aller. Trotz der erstaunlichen Flexibilität der gemeinsamen Selbstverwaltung unter Pandemiebedingungen, ist das deutsche Gesundheitswesen weiterhin von Interessenkonflikten gekennzeichnet. Diese betreffen die Arbeit im Gesundheitswesen, die Organisation einer flächendeckenden Krankenversorgung und die Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die politischen Entschei-

dungen, sektoralen Aushandlungsprozesse und Diskurse der vergangenen anderthalb Jahre illustrieren die Bewährungsprobe, vor die die Pandemie den Wohlfahrtsstaat stellt. Ermächtigt durch das zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung (Bundesgesetzblatt Teil I 2020 Nr. 23 vom 22.5.2020) beschloss die Bundesregierung früh einen ersten Lockdown, der eine Überlastung des Gesundheitssystems verhindern konnte. Fortan wurde der Rahmen für die Organisation, Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung durch die Verordnungen des Bundesgesundheitsministeriums definiert. Die eingeleiteten, erweiterten Aufgaben der GKV wurden vornehmlich über Beitragsmittel finanziert.

Die Entscheidung, den Regelbetrieb der Krankenhäuser herunterzufahren und planbare Operationen auf unbestimmte Zeit zu verschieben und einzelne Qualitätsprüfungen auszusetzen, entlastete die stationären Kapazitäten zunächst. Das Krankenhausentlastungsgesetz (Bundesgesetzblatt Teil I 2020 Nr. 14 vom 27.03.2020) konzentrierte sich auf die Aufstockung der Intensivkapazitäten (Förderung über Boni) und leitete die überfällige Ausstattung medizinischer Einrichtungen mit der notwendigen Schutzausrüstung ein. Die Kennzahl der „freien Betten“ gewann so an Relevanz für die Bewertung der Pandemie. Der Fokus der Debatte verlagerte sich: Vor der Pandemie richtete sich die Diskussion über die Zukunft der stationären Versorgung auf Fragen der Ressourceneffizienz. Zwei häufig zitierte Studien empfahlen eine massive Reduktion der Krankenhäuser in Deutschland (Bertelsmann Stiftung 2019). Die Schließung von Einrichtungen würde zu „adäquaten Patienten-Pflegepersonal-Zahlen führen und damit sowohl die Versorgungsqualität deutlich erhöhen als auch Überbelastungen beim medizinischen Personal reduzieren“ (Leopoldina 2016: 14). Unter Pandemiebedingungen hingegen drehte sich die Debatte. Thematisiert wurde fortan die Personalnot im Pflegebereich. Um einer drohenden Unterversorgung entgegenzuwirken, wurden Gesundheitsschaffende aus unterschiedlichen medizinischen Bereichen für den Einsatz auf den Intensivstationen rekrutiert. Zudem berieten die Akteure der gemeinsamen Selbstverwaltung bereits im März 2020 über die Ausgestaltung eines Rettungsschirms. Ziel war es, die Versorgungsstrukturen trotz verringerter Patient\*innenzahlen und den damit verbundenen Umsatzeinbußen zu stabilisieren. Beinahe alle an der Versorgung beteiligten Einrichtungen und Akteure – Krankenhäuser, Ärzt\*innen, Kur- und Rehaeinrichtungen, Heil- und Hilfsmittelerbringer und Apotheken – erhielten Umsatzgarantien oder eine großzügige finanzielle Unterstützung. Die Leistungserbringer bauten indes unbürokratisch digitalisierte Leistungsangebote aus. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), das höchste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung auf Bundesebene, erließ hierzu einen umfangreichen Katalog an Ausnahme- und Sonderregelungen.

Dies ist insofern beachtlich, als die Digitalisierung der Versorgung (Bogumil-Uçan/Klenk 2021) und allgemeine Versorgungs- und Vergütungsfragen vor der Pandemie immer wieder an den Interessenkonflikten zwischen den verbandlich organisierten Akteuren, z.B. denen der Ärzt\*innen und der Kassen, wie auch innerhalb der jeweiligen Verbände (Klenk 2018) gescheitert waren. So konnten im ambulanten Bereich kaum regionale Versorgungsmodelle oder Verträge im Bereich der Integrierten Versorgung realisiert werden. Neben Hürden im Fünften Sozialgesetzbuch liegen die Gründe hierfür im Kassenwettbewerb. Dieser führt nicht zu dem angestrebten Qualitätswettbewerb zwischen den Versorgungsformen, sondern dazu, dass die Versicherten sich an den kassenindividuellen Zusatzbeiträgen orientieren. Die Liberalisierung des Vertragsrechts

hat das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen kaum angetastet. Vielmehr erhöhen investitionsintensive Vorstöße der Krankenkassen den Druck auf die Beitragsätze und bergen die Gefahr, dass Versicherte abwandern.

Oft wird übersehen, dass durch die Übernahme von Behandlungen durch die niedergelassenen Ärzt\*innen die Überlastung der Kliniken abgewehrt wurde. Zugleich brachte der Mehraufwand des Testens, der Kommunikation, der Aufklärung und der Durchführung des Impfens sowie die Effekte einer fehlenden Schutzausrüstung viele Ärzt\*innen und das Praxispersonal jedoch an ihre Grenzen. Nicht nur entfielen zahlreiche Routine-Untersuchungen, auch die Zeit für Arzt-Patienten-Gespräche wurde häufig knapp.

Jenseits der stationären und ambulaten Überlastung rückten die Gesundheitsämter – offiziell: der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) – in den organisatorischen Mittelpunkt der Pandemiebekämpfung. Zu ihren Aufgaben zählen die Gesundheitsberichterstattung, die klassische Eingriffsverwaltung (Bekämpfung von Infektionskrankheiten) und auch die Suchtberatung und spezifische ärztliche und psychiatrische Dienste. Die Pandemie offenbarte rasch die personell und materiell unzureichende Ausstattung des ÖGD. Die Gesundheitsämter waren oft noch auf Fax-Geräte angewiesen, verfügten also über keine adäquate Hard- und Software, was die Kontaktverfolgung und die zeitnahe Weitergabe von Informationen erschwerte. Die große Koalition beschloss in diesem Zusammenhang, 4 Mrd. Euro in die „zeitgemäße Ausstattung“ der Gesundheitsämter zu investieren, ohne hierbei allerdings die Bearbeitung notwendiger, pandemie-ferner Aufgaben zu berücksichtigen.

Die expansiven Maßnahmen der GKV zeugen sicherlich von einer stabilen und grundsätzlich flexiblen Sozialversicherungsstruktur (Klemm/Knieps 2020). Allerdings fordern sie auch ihren Tribut. 5 Mrd. Euro an Bundeszuschüssen und die abgeschmolzenen Rücklagen der GKV machen deutlich: Den Sozialstaat gibt es nicht umsonst. Gleichzeitig sind die Akteure der Gesundheitspolitik bestrebt, ihren Zuständigkeitsbereich zu verteidigen oder sogar auszuweiten. So fordern die Länder mehr gesundheitspolitische Kompetenzen, obgleich sie – der Bund finanziert die Digitalisierung der Kliniken und des ÖGD – maßgeblich für den fortbestehenden Investitionsstau verantwortlich sind. Aber auch der Bund verhält sich nicht besser. So hielt Bundesgesundheitsminister Spahn (CDU) an den kostenintensiven Fallpauschalen und den hierauf bezogenen Controlling- und Rechtsabteilungen bis zum Schluss fest.<sup>3</sup> Die widerstreitenden Interessen in der Krankenhausfinanzierung bleiben bestehen: Kommunen argumentieren weiterhin für den Erhalt auch kleiner, ländlicher Häuser, um eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, während die Länder ihren Investitionspflichten nicht nachkommen und Krankenkassen Überkapazitäten aufgrund der Folgekosten ablehnen. Die Pflegepersonalkosten wurden bereits vor der Pandemie aus den Fallpauschalen herausgenommen. Zudem wurden in einigen Abteilungen Personaluntergrenzen getestet. Als aufschlussreiche Erfahrungswerte können sie in die weitere Entwicklung des bundesweiten Instruments zur Personalbemessung einfließen (Bundesgesetzblatt Teil 1 2020 Nr. 14 vom 27.03.2020, S. 2773).

Während in der Pflege erste Erfolge zu verzeichnen sind, die maßgeblich auf Proteste zurückgehen (Latz/Weinberg 2021), bleibt die zukünftige Finanzierung der GKV offen. Bereits vor der Pandemie zeichnete sich 2019 ein Fehlbetrag von 1,9 Mrd. € ab. Angesichts umfangreicher Rücklagen (20. Mrd. €) schien diese Entwicklung über-

schaubar. Mittlerweile sind die Reserven jedoch aufgebraucht. Die Krankenkassen kalkulieren für 2021 und 2022 mit einem Defizit von 16 und 17 Mrd. € (Hermann et al. 2021). Eine solidarische Finanzierung im Rahmen einer Bürger\*innenversicherung könnte einen Ausweg bieten. Rothgang und Dömhoff (2017: 44f.) stellen in diesem Zusammenhang fest, „dass mit den drei Elementen des vergrößerten Versichertenkreises, der Verbreiterung der Bemessungsgrundlage sowie der Erhöhung bzw. Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze eine deutliche Verringerung des Beitragssatzes einhergeht, aus dem eine finanzielle Entlastung für einen Großteil der Bevölkerung resultiert.“ Aktuell fordern jedoch diverse Kassenvorstände eine Steuerfinanzierung der GKV. Zudem diskutierte die ehemalige Bundesregierung noch vor Kurzem eine „Sozialbremse“, also ein Einfrieren der Sozialabgaben bei maximal 40 Prozent der Bruttolöhne. Aus Versichertenperspektive ist daher eine Erhöhung der Zusatzbeiträge und die Streichung von medizinischen Leistungen wahrscheinlich.

## 5. Fazit und Ausblick

In der COVID-19-Pandemie hat sich die prekäre Daseinsvorsorge im Gesundheitssystem nochmals zugespitzt. Zwar wurden zusätzliche finanzielle Ressourcen bereitgestellt und diese Ressourcen zumeist flexibel und pragmatisch eingesetzt, ohne die Mehrbelastungen durch die Pandemie jedoch auffangen zu können. Entsprechend werden die alten Versorgungsdefizite durch neue überlagert. Dies ist nicht so zu interpretieren, dass die Infrastruktur kollabiert ist. Noch immer ist grundsätzlich die Möglichkeit gegeben, im Bedarfsfall gesundheitliche Infrastrukturdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, also an einer essenziellen Form des gesellschaftlichen Lebens teilzuhaben. Aber die Formen der – durch das Gesundheitssystem gestützten – Konnektivität präsentieren sich zunehmend als nicht-inklusiv. Viele der Gesundheitsschaffenden sind überlastet, viele Patient\*innen – ältere Menschen, Menschen, die ihre Operationen verschieben mussten, chronisch oder psychisch Erkrankte – unterversorgt und sehen sich an den Rand gedrängt.

Wie dargelegt greift es zu kurz, die Gründe für diese Entwicklung allein in dem exogenen Faktor der Pandemie zu sehen. Sie sind in erster Linie in der Operationsweise des Gesundheitssystems selbst angelegt. Dieses kämpft als öffentliche Infrastruktur mit einem Grundproblem der meisten Infrastrukturen: Die zu erbringenden Leistungen sind an substanzielle Investitionen – Gebäude, medizinische Geräte, die Ausbildung von Ärzt\*innen und Pflegepersonal – gebunden und damit auf Dauer, häufig auf Jahrzehnte hin angelegt. Ein kurzfristiges Umsteuern ist vor dem Hintergrund der zwischenzeitlich hegemonialen Markt- und Wettbewerbsorientierung alles andere als leicht zu bewerkstelligen. Dies gilt umso mehr, als neben der materiellen Infrastruktur sich auch deren politisch-institutionelle und regulative Gestaltung oder sogar Steuerung als eher „träge“ erweist. Noch immer wird die Infrastruktur durch Formen einer Selbstverwaltung und neokorporatistische Aushandlungsprozesse geprägt, die stark vermachtet sind und den Interessen der Beschäftigten und Patient\*innen nur unzureichend Rechnung tragen. So ist bislang kein Paradigmenwechsel in Richtung sozialintegrativer Gestaltungskonzepte erkennbar, wenngleich in der Pandemie einige Elemente der Wettbewerbssteuerung zurückgedrängt und durch stärkere regulative Vorgaben ersetzt worden sind.

Trotz aller Kontinuitäten, wäre es jedoch verfehlt, die jüngere und aktuelle Gesundheitspolitik als „business as usual“ zu interpretieren. Die Pandemie hat durchaus ihre Spuren hinterlassen und die gesellschaftlichen Interessenkonflikte stimuliert: etwa zwischen den politischen Entscheidungsträgern und der pharmazeutischen Industrie, zwischen Krankenkassen und Ärzt\*innen, zwischen den Leitungen und den Beschäftigten in den Kliniken oder zwischen unterschiedlichen Patient\*innengruppen. Vor allem aber wirkt die Pandemie nach: Sie hat *erstens* zu einer erheblichen Mehrbelastung des klinischen Pflegepersonals geführt, das in den nun folgenden Tarifrunden eine entsprechende Honorierung verlangt (Ver.di 2021: 3). *Zweitens* hat die Pandemie zahlreiche Mehrausgaben generiert, deren Finanzierung nicht hinreichend gedeckt ist, so dass sich entsprechende Verteilungskonflikte ankündigen. Und *drittens* sind in ihr die Defizite in der stationären und ambulanten Versorgung offengelegt worden, die nun einer Korrektur bedürften. Eine solche Korrektur praktisch einzuleiten und umzusetzen, also eine gesundheitspolitische Infrastruktur mit einer inklusiven Konnektivität zu schaffen, ist – wie erörtert – allerdings nicht leicht. Sicherlich sind Initiativen zu entwickeln, die innerhalb der bestehenden Strukturen die Elemente einer bedarfsorientierten Versorgung stärken. Um eine solche Bedarfsorientierung auf Dauer zu stellen, ist die Operationsweise des Gesundheitssystems – etwa in Form der Konzepte einer Bürger\*innenversicherung – letztlich aber auch auf eine veränderte materielle und politisch-institutionelle Grundlage zu stellen.

## Anmerkungen

- 1 Dieser Beitrag entstand im Kontext des BMBF-Projekts „Gemeinwohl-relevante öffentliche Güter. Die politische Organisation von Infrastrukturaufgaben im Gewährleistungsstaat“ (<https://www.infrastruktur-gewaehrleisten.de>).
- 2 Die iMVZ werden überwiegend von Private Equity Gesellschaften betrieben. Neben deren Interesse an der Wertsteigerung und dem möglichst schnellen Weiterverkauf sind insbesondere die Gewinnabflüsse aus privaten Zusatzleistungen kritisch einzuordnen. Erste Studien weisen auf Steuerumgehungen und Gewinnabflüsse aus dem deutschen Gesundheitssystem hin, sofern an den Übernahmen beteiligte Fonds ihren rechtlichen Sitz in einem Offshore-Finanzzentrum haben.
- 3 Die Koalitionäre der neuen Ampelregierung einigen sich im Koalitionsvertrag auf eine Reform der Krankenhausplanung und -finanzierung. Sie soll von einer Regierungskommission vorbereitet und im Rahmen eines Bund-Länder-Pakts auf den Weg gebracht werden. Einen Eckpunkt stellt die Finanzierung der Häuser nach Versorgungsstufen (Primär-, Grund-, Regel-, Maximalversorgung, Uniklinika) durch ein „differenziertes System erlösunabhängiger Vorhaltepauschalen“ (SPD/Bündnis 90/Die Grünen/PDF 2021: 86) dar.

## Literatur

- Bertelsmann Stiftung (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/themen/aktuelle-meldungen/2019/juli/eine-bessere-versorgung-ist-nur-mit-halb-so-vielen-kliniken-moeglich/>, 9.11.2021.
- Bieling, Hans-Jürgen/Möhring-Hesse, Matthias (2020): Den Staat in die Pflicht nehmen: Staatliche Gewährleistung der öffentlichen Infrastruktur. In: *Politikum* 6(3), 10–17.
- Bogumil-Uçan, Simon/Klenk, Tanja (2021): Varieties of health care digitalization: Comparing advocacy coalitions in Austria and Germany. In: *Review of Policy Research* 38 (4), 478–503.
- Braun, Bernhard/Buhr, Petra/Klinke, Sebastian/Müller, Rolf/Rosenbrock, Rolf (2010): Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzähler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. Bern.

- Dieterich, Anja/Braun, Bernhard/Gerlinger, Thomas/Simon, Michael (2019): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer.
- Folkers, Andreas (2014): „Kritische Infrastruktur“. In: Marquardt, Nadine/Schreiber, Verena (Hg.): Ortsregister. Ein Glossar zu Räumen der Gegenwart, Bielefeld: transcript, 154–159.
- Foundational Economy Collective (2019): Die Ökonomie des Alltagslebens. Für eine neue Infrastrukturpolitik, Berlin: Suhrkamp.
- Gerlinger, Thomas (2021a): Gesundheitspolitik zwischen Markt und Staat. Ökonomisierung – Privatisierung – Re-Regulierung. In: Zeitschrift für Marxistische Erneuerung 32(125), 48–62.
- Gerlinger, Thomas (2021b): Krankenhäuser in Deutschland. Strukturen – Probleme – Reformen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 71(30-31), 9–16.
- Harvey, David (2001): Globalization and the “Spatial Fix”. In: geographische revue 3(1), 23–30.
- Hermann, Christopher/Knieps, Franz/Reiners, Hartmut (2021): Schwerpunkte einer Gesundheitspolitik für die neue Wahlperiode. In: Gesundheit- und Sozialpolitik 75(4-5), 6–11.
- Jessop, Bob (2006): Spatial fixes, temporal fixes and spatio-temporal fixes. In Gregory, Derek/Castree, Noel (Hg.): David Harvey: A Critical Reader, Oxford: Blackwell, 142–166.
- Klemm, Anne-Kathrin/Knieps, Franz (2020) Unter dem Corona-Brennglas: Erste Lehren aus der Pandemie. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 74(4-5), 67–73.
- Klenk, Tanja (2018): Interessenlagen und Interessenpolitik im Gesundheitssektor. In: Spier, Tim/ Strünck, Christoph (Hg.): Ärzteverbände und Ihre Mitglieder. Zwischen Einfluss- und Mitgliederlogik. Wiesbaden: Springer, 19–46.
- Latza, Jan/Weinberg, Harald (2021): Pflegenotstand, Ökonomisierung und Widerstand – Klassenkämpfe in der Krankenpflege. In: Zeitschrift für Marxistische Erneuerung 32(125), 63–75.
- Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaft (2016): Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem. [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/Leo\\_Diskussion\\_Medizin\\_und\\_Oekonomie\\_2016.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/Leo_Diskussion_Medizin_und_Oekonomie_2016.pdf), 9.11.2021.
- Ritchie, Hannah et al. (2021): Germany: Coronavirus Pandemic Profile. <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/germany>, 13.12.2021.
- Rothgang, Heinz/Domhoff, Dominik (2017): Beitragssatzeffekte und Verteilungswirkungen der Einführung einer „Solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung“. Bremen: Universität Bremen.
- Scheuplein, Christoph/Bůžek, Richard (2021): Private-Equity-geführte Praxis-Ketten in der vertragsärztlichen ambulanten Patientenversorgung in Bayern. In: Gesundheits- und Sozialpolitik 75(2), 36–44.
- Simon, Michael (2019): Das deutsche DRG-System: Weder Erfolgsgeschichte noch leistungsgerecht. In: Dieterich et al. (Hg.): Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer, 295–324.
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021): Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025. Berlin.
- Statistisches Bundesamt (2021): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1, Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Van Laak (2018): Alles im Fluss. Die Lebensadern unserer Gesellschaft, Frankfurt a.M.: Fischer Verlag.
- Ver.di (2021): Kämpfen für Entlastung in Berlin und Potsdam. In: drei 78, 3.