

Sozial- und Gesundheitspolitik: Lernen aus Erfahrungen

Das deutsche Gesundheitswesen im Lichte der Corona-Krise

Von Felix Welti

Die COVID-19-Pandemie fordert das deutsche Gesundheitswesen nicht nur in der nun herrschenden unmittelbaren Krisensituation, sie wird auch Auswirkungen auf das Danach haben. Deshalb wird zu fragen sein, welche Komponenten, Strukturen und politischen Maßgaben sich bewährt und wo sich an anderer Stelle Schwachstellen offenbart haben.

I. Einführung

Gesundheitspolitik und Gesundheitsrecht werden durch einschneidende Ereignisse wie Seuchen auf den Prüfstand gestellt und in der weiteren Entwicklung geprägt. Beispiele sind die Typhus- und Cholera-Epidemien des 19. Jahrhunderts und ihr Einfluss auf die Entwicklung von Prävention und Gesundheitswesen.

Rudolf Virchow erforschte um 1848 die Ursachen des Hungertyphus in Schlesien und im Spessart¹ und begründete die Medizin als soziale Wissenschaft. An der Bewältigung der letzten großen Cholera-Epidemie in Hamburg 1892 war wesentlich die in den betroffenen Arbeitervierteln handlungsfähige SPD beteiligt, die bis dahin von jeglicher Beteiligung an den öffentlichen Angelegenheiten ausgeschlossen war. Robert Koch musste für die Erkenntnis kämpfen, dass Cholera durch übertragbare Erreger ausgelöst wird und durch verhaltens- und verhältnisbezogene Interventionen bekämpft werden kann. Er war danach wesentlich an der Erarbeitung des Reichsseuchengesetzes beteiligt, des Vor-Vorläufers des Infektionsschutzgesetzes. Richard J. Evans hat in »Tod in Hamburg«² eindrücklich den sozialen, medizinischen und politischen Kontext dieser letzten großen Cholera-Epidemie in Deutschland beschrieben, bei der Migrations- und Handelsströme, politische Vertuschung aus Geschäftsinteressen und unhygienische Lebensbedingungen der Arbeiterschaft eine wichtige Rolle spielten. In Folge der Seuche rückten die soziale Ungleichheit, die Wohnverhältnisse, die allgemeine Wasser- und Abwasserversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen neu in den Blick.

Lorenz von Stein, Theoretiker der Sozialreformen des 19. Jahrhunderts, schrieb schon vorher: »Erst gegen Ende des vorigen Jahrhunderts« – das 18. Jahrhundert – »wird der Gedanke lebendig, daß die Basis der Gesundheit in den elementaren Verhältnissen liegt und daß der Schwerpunkt des

Gesundheitswesens statt in der Polizei und der Heilung der bereits vorhandenen Krankheiten vielmehr in der Pflege der Bedingungen für die Erhaltung der Gesundheit liege. Dieser Gedanke kommt zum Durchbruche durch die Cholera, die in dieser Beziehung ein Segen für Europa geworden ist.»³

Mitten in der Pandemie beherrschen aber damals wie heute ordnungsrechtliche und medizinische Fragen die politische und fachliche Diskussion. Für sozial- und gesundheitspolitische Schlüsse aus der Corona-Krise ist es noch zu früh. Politik und (vergleichende) Forschung werden erst zu Ergebnissen kommen können, wenn die schlimmste Gefahr gebannt ist. Mit der Reflexion und Strukturierung der Probleme muss aber begonnen werden. Manches spricht dafür, dass auch nach der Überwindung von COVID-19 das Risiko von Pandemien – auch im Zusammenhang mit internationaler Mobilität und Arzneimittelresistenzen – und von ökologisch bedingten Naturkatastrophen dauerhaft auf der politischen Tagesordnung bleibt. Davon gehen auch Bundesregierung und Gesetzgeber aus: Nach § 4 Abs. 1a IfSchG wird das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) dem Bundestag spätestens zum 31. März 2021 einen Bericht vorlegen, der Erkenntnisse aus der Epidemie und Vorschläge zur Stärkung des Robert-Koch-Instituts sowie gegebenenfalls zusätzlicher Behörden beinhalten soll (vgl. BT-Drs. 19/18111, 19).

II. Zur Reichweite von Gesundheitspolitik

Bei Seuchenbekämpfung wird deutlich, dass Krankheitsprävention nur zum kleineren Teil die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen ist. Zu einem größeren Teil betrifft sie die Voraussetzungen von Verhalten und Verhältnissen. Dazu gehören Demokratie und sozialer Rechtsstaat. Sie verhindern schnelle und verbindliche Entscheidungen nicht, sondern sollen die Risiken von Willkür, Fehlentscheidungen und der Dominanz politischer und wirtschaftlicher Einzelinteressen verkleinern. Ob und wo dies gegenwärtig gelingt und wo sich aus laufendem Krisenmanagement autoritäre Versuchungen entwickeln, ist aufmerksam zu beobachten.⁴

Der Sozialstaat soll die Gewähr bieten, dass Gesundheit als soziales Menschenrecht – verbürgt in Art. 12 des

1 Rudolf Virchow, Die Noth im Spessart – eine medicinisch-geographisch-historische Skizze, 1852

2 Richard Evans: Tod in Hamburg – Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830–1910, Reinbek 1990. Es ist zu hoffen, dass das Buch bald wieder aufgelegt wird.

3 Lorenz von Stein, Handbuch der Verwaltungslehre und des Verwaltungsrechts, 1. Aufl. 1870/2010, 82/72

4 für die tagesaktuelle Diskussion: www.verfassungsblog.de

Internationalen Pakts für soziale, wirtschaftliche und kulturelle Rechte – allen bestmöglich erreichbar ist. Ob Gesundheitspolitik menschenrechtlich ausgerichtet ist und bleibt, lässt sich daran sehen, ob und wie in der Diskussion über Ziele und Strategien der Seuchenbekämpfung das ungleiche Risiko von älteren und jüngeren, gesundheitlich beeinträchtigten und nichtbeeinträchtigten Menschen und die Gefährdungen an Arbeitsplätzen und in beengten Wohnverhältnissen gewichtet und behandelt werden. Hier sind durchaus Unterschiede zwischen Staaten, Politiken und Philosophien zu erkennen. Die Formel von der bestmöglichen Gesundheit verweist jedenfalls darauf, dass es Aufgabe von Gesundheitspolitik ist, die besten Möglichkeiten herbeizuführen.

Prävention ist auch das Vorhalten eines Gesundheits- und Sozialwesens, das auf plötzliche aber vorhersehbare Ereignisse⁵ wie eine Pandemie bestmöglich eingerichtet ist. Das kann marktwirtschaftliche Organisation nach Angebot und Nachfrage nicht leisten. Es fordert planmäßige Vorsorge für die Wechselfälle des Daseins nicht nur der Einzelnen, sondern auch der Gesellschaft als Ganzer. Vorsorge für einen plötzlichen hohen Bedarf an Gesundheitsleistungen und sozialer Unterstützung ist in den letzten Jahrzehnten vor allem im Zusammenhang mit Kriegen und Naturkatastrophen thematisiert worden. Die Inanspruchnahme von Streitkräften und Katastrophenschutz in vielen Ländern zeigen das aktuell.

III. Verantwortlichkeiten

Sozial- und gesundheitspolitische Fragen im Zusammenhang mit der Corona-Krise lassen sich an Hand der Zuordnung von Verantwortlichkeiten betrachten. Der internationale Vergleich lässt vermuten, dass es dabei nicht eine einzige, sondern verschiedene funktionale Ausgestaltungen gibt. Wichtig ist jedoch eine innere Schlüssigkeit und am Ende die Bewährung in der Praxis.

1. Information und Koordination

Noch die Bekämpfung der Cholera-Epidemie von 1892 litt daran, dass die Verbreitung von Seuchen durch übertragbare Erreger medizinisch und politisch umstritten war. Auch heute ist die Bekämpfung einer neuen Krankheit Handeln unter Unwissen und Unsicherheit. Umso wichtiger sind organisierte Schnittstellen zwischen medizinischer und epidemiologischer Erkenntnis und Politik auf allen Ebenen, die koordinieren und entscheiden müssen. Wichtig ist dabei, dass Wissenschaft, praktische Medizin und Politik ihren jeweiligen Funktionslogiken folgen und sich zugleich eng austauschen können.

Auf der globalen Ebene ist wiederum die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als relevanter Akteur in den Blick gerückt. Ohne politische Macht kann sie vor allem durch Aktivität und Glaubwürdigkeit wirken. Ein hoher Grad an privater (Ko-)Finanzierung und enge Kontakte zur globalen pharmazeutischen Industrie haben letztere durchaus beeinträchtigt. Ebenso ist aber auch in dieser Krise deutlich

geworden, dass die WHO auf ihre Mitgliedstaaten Rücksicht nehmen muss.

Deutlich geworden ist von Beginn der Corona-Krise an, dass ein eng verflochtener Raum wie die Europäische Union starker Gesundheitsinstitutionen bedarf. Das Europäische Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) in Stockholm ist aber nicht hinreichend ausgestattet, obwohl Art. 168 Abs. 1 AEUV der Union ein ergänzendes Mandat für die Beobachtung, frühzeitige Meldung und Bekämpfung schwerwiegender grenzüberschreitender Gesundheitsgefahren gibt.

In der Bundesrepublik Deutschland hat das nach § 4 IfSG mandatierte Robert-Koch-Institut entsprechende Aufgaben einschließlich der Vernetzung und Koordination zwischen internationalen Organisationen, Bund, Ländern, Krankenkassen, Unfallversicherung, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Krankenhäusern.

In Ländern und Kommunen sind die Gesundheitsbehörden und Gesundheitsämter selbst die Schnittstelle von Fachlichkeit und Politik. Auch in ihnen bedarf es institutioneller und berufsrechtlich gesicherter Distanz zwischen beiden Funktionen. Die Liste gesundheitspolitischer Fehleinschätzungen auf Grund mangelnden Abstands zu kommunalen Partikularinteressen ist lang. Sie reicht vom Hamburger Hafenerbetrieb 1892 bis zum Skiliftbetrieb in Ischgl 2020.

Schon seit langem wird beklagt, dass die Gesundheitsämter in Ländern und Kommunen für ihre Aufgaben selbst außerhalb von Krisenzeiten nicht hinreichend ausgestattet sind. Sie müssten das Bindeglied zwischen globalen und nationalen Informationen und Handlungsanweisungen zur Kenntnis regionaler und lokaler Gefährdungs- und Versorgungsstrukturen sein. Dazu müssten sie gerade in der Krise personelle Ressourcen mit medizinischer, gesundheitswissenschaftlicher und pflegerischer Kompetenz vorhalten. Außerhalb der Krise könnten diese Personen mit Sicherheit nützliche Aufgaben in Begutachtung, Prävention und Krisenvorsorge erfüllen. So könnte mit den Verantwortlichen vor Ort ausgewertet werden, dass auch infektionsmedizinische Empfehlungen und Anweisungen infrastrukturelle Voraussetzungen haben, etwa die flächendeckende Verfügbarkeit hygienischer Toiletten und Waschräume im öffentlichen Raum und in Verkehrsmitteln, in Betrieben und Schulen.

Wenn einer der Schlüsse aus der Corona-Krise eine bessere Ausstattung der Gesundheitsämter in Ländern und Kommunen sein sollte, wird man auch über eine neue institutionelle Struktur nachdenken. Denkbar wäre, die exekutiven Funktionen in Ministerien und Ämtern zu belassen, die (sozial-)medizinische, pflegerische und gesundheitswissenschaftliche Kompetenz für alle öffentlichen Einrichtungen aber in einem unabhängigen öffentlich-rechtlichen Dienst zu bündeln, in dem auch der – neuerdings bereits verselbständigte – Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) aufgehen könnte, will man überhaupt hinreichend Fachpersonal finden. Wichtig wäre, dass gerade

5 vgl. die Risikoanalyse »Pandemie durch Virus Modi-SARS«, BT-Drs. 17/12051 vom 3. 1. 2013

die fachliche Ausstattung keine Frage der kommunalen Finanzlage mehr wäre, sondern einheitlich hohen und gesichert finanzierten Standards folgte. Die aktuellen Finanzierungsmodi kommunaler Sozial- und Gesundheitspolitik bewirken, dass Ressourcen primär dorthin fließen, wo individuelle bundes- und landesrechtliche Ansprüche zu erfüllen sind, während die Standards für nötige Infrastrukturen nach Finanzlage und Prioritäten von den Ländern vage gehalten werden, um der landesverfassungsrechtlichen Konnexität zu entgehen, und in den Kommunen nach Finanzlage gedehnt und gesenkt werden können.

Im Übrigen müssen die staatlichen Maßnahmen und offiziellen Annahmen stets der wissenschaftlichen und öffentlichen Kritik ausgesetzt bleiben. Fehlende Aufklärung und Unfreiheit fördern Fehlentscheidungen, Gerüchte und Panik. Die Pest-Epidemien des Mittelalters⁶ und selbst noch die Cholera im 19. Jahrhundert waren geprägt von gefährlichen und ablenkenden Schuldzuweisungen an Fremde und Juden. Es wäre ein großer Fortschritt, wenn diese Komponente (»chinesischer Virus«) bei der globalen Bekämpfung von COVID-19 dauerhaft zurückgedrängt bliebe.

2. Ordnungsrecht der Prävention

COVID-19 hat die Nationalstaaten und ihre Untergliederungen als (einzige) Akteure ordnungsrechtlicher Prävention nachhaltig in Erinnerung gebracht. Doch wurde zugleich deutlich, wie ineffizient, vielleicht auch kontraproduktiv wechselseitige Schließungen von Staatsgrenzen in einer ökonomisch globalisierten Welt sind. Viren und ihre Eindämmung orientieren sich nicht an Staatsgrenzen. Es mag notwendig sein, örtliche Freizügigkeiten zum Infektionsschutz einzuschränken. Wenn man sich dazu primär und einseitig der Staatsgrenzen bedient, weil sie nun mal da sind, wirkt das hilflos. Das EU-Recht und das Völkerrecht sollten eher um handhabbare und rechtsstaatliche Regelungen für zwischenstaatlich abzustimmende Reisebeschränkungen ergänzt werden.

Innerhalb Deutschlands zeigt sich bisher – unabhängig von der aktuellen oder retrospektiven Bewertung der getroffenen Maßnahmen –, dass der kooperative Föderalismus funktioniert. Der gesundheitliche Ausnahmezustand auf der Basis der bundesrechtlichen Generalklausel in § 28 IfSG wurde nicht bundeszentral verordnet, sondern durch überwiegend abgestimmte Landesverordnungen und Allgemeinverfügungen der Kommunen. Damit sind mehr Personen und Meinungen in die Entscheidung über die Maßnahmen und ihre Aufrechterhaltung eingebunden. Das ist ein Vorteil, auch wenn man – möglicherweise ja auch berechnete – Differenzen innerhalb Deutschlands in Kauf nehmen muss. Solange nicht auf engem Raum sich ausschließende Strategien verfolgt werden, ist der »Flickenteppich« weniger gefährlich als die einsame (Fehl-) Entscheidung.

Insofern sollte die in der Krise begonnene Ausweitung von Bundeskompetenzen im Infektionsschutz bei epidemischen

Lagen von nationaler Tragweite (§ 5 IfSG) bei deren Außerkrafttreten 2021 (Art. 7, BT-Drs. 19/18111, 18) sorgfältig evaluiert werden. Die ordnungsrechtlichen Kompetenzen (§ 28 IfSG) sollten föderal bleiben – vielleicht mit Ausnahme derjenigen, die den freien Reiseverkehr im Bundesgebiet betreffen. Gerne und hilfreich betätigen könnte sich der Bund zukünftig in der Vereinheitlichung der materiellen Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die auch Voraussetzung für das Funktionieren ordnungsrechtlicher Maßnahmen ist.

3. Leistungsrecht der Prävention

Die Corona-Krise zeigte eine erhebliche Unsicherheit und Uneinheitlichkeit in Deutschland bei der Verantwortlichkeit für die zunächst einzige zur Verfügung stehende spezifische Gesundheitsleistung: den Test. Da sein Ergebnis jedenfalls (und oft auch hauptsächlich) der Steuerung ordnungsrechtlicher und statistischer Maßnahmen dient, konnte es naheliegen, die Verantwortung beim jeweiligen Gesundheitsamt zu sehen. Andererseits ist der Test eine Leistung der ambulanten Krankenbehandlung an Menschen, die – jedenfalls mit Symptomen – zunächst einmal die hausärztliche Versorgung aufsuchen. Dort allerdings waren Tests und Schutzkleidung oft nicht verfügbar. Die Gesamtverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen führte dann zu deren Verantwortlichkeit, rasch eigene Testzentren aufzubauen und die Versorgung über die bislang vielen Menschen nicht bekannte Telefonnummer 116 117 zu steuern. Der Eindruck unklarer Verantwortlichkeiten zwischen Gesundheitsamt, Hausarzt, KBV-Ambulanz und der für viele Menschen mental präsenteren Notfallambulanzen der Krankenhäuser hat sicherlich zumindest in der Anfangszeit zu Reibungsverlusten geführt und sollte in der Nachbereitung diskutiert werden. Immerhin ist die 116 117 durch Sars-CoV-2 in der Bevölkerung deutlich bekannter geworden – wenn auch oft konnotiert mit Geschichten über sehr lange Wartezeiten.

Es zeigt sich, dass im deutschen Gesundheitswesen Klärungsbedarf besteht, wo bevölkerungsbezogene Interventionen wie Tests und Impfungen im Versorgungssystem anzusiedeln sind. Das gerade erst in Kraft getretene Masernschutzgesetz hat das Impfrecht geöffnet (§§ 20i, 132e, 132j SGB V), so dass Masern- oder Grippeimpfungen nun durch alle Ärzte und auch in Apotheken erfolgen können (BT-Drs 19/13452, 2, 34; BT-Drs. 19/15164, 60). Ob das – bessere Materialausstattung vorausgesetzt – auch der Weg für künftige Pandemien wäre oder ob es einer Zuordnung zumindest der Federführung für Impf- und Testinterventionen bedarf, z. B. an die Gesundheitsämter, wird zu klären sein. Dabei wird deutlich, was auch bei anderen bevölkerungsbezogenen Präventionsleistungen gilt: Sie sind letztlich fremd in einem System, das auf individuellen Versicherungsleistungen aufbaut. Bei einer Masern-Impfung oder einem Sars-CoV-2-Test geht es nicht primär um individuelle Leistungsansprüche, sondern darum, dass möglichst viele Personen eine Leistung möglichst schnell bekommen, egal ob gesetzlich, privat oder nicht versichert, In- oder Ausländer. In Deutschland ist das Versorgungs-

⁶ vgl. dazu Klaus Bergdolt: Der Schwarze Tod in Europa – Die große Pest und das Ende des Mittelalters, 4. A., München 2017

system um die gesetzliche Krankenversicherung herum aufgebaut. Das Diktum »versicherungsfremd« einerseits und das Veto der Länder und Kommunen gegen Regelungen, die sie Geld kosten, andererseits, haben manche sinnvolle Reform in diesem System verlangsamt. Es wäre gut, wenn die Krise Auslöser für eine klare und praktikable Präventionsverantwortlichkeit würde, wie sie das Präventionsgesetz von 2015 nicht erreicht hat. Es zeigt sich, dass Prävention eine zu ernste Sache ist, um sie weiter als Marketing-Instrument im Kassenwettbewerb misszuverstehen. Braucht man eine Impfung, sollte sie nicht von der Kassensatzung abhängen (§ 20 i Abs. 2 SGB V).

4. Leistungsvorsorge als Prävention

Die COVID-19-Krise hat auch vor Augen geführt, was in der deutschen gesundheitspolitischen Diskussion meist nicht im Vordergrund steht: Wer ist dafür verantwortlich, dass die infrastrukturellen Voraussetzungen individueller Leistungen gesichert sind, möglichst auch in atypischen Situationen wie dieser? In einer solchen Situation sind die Regelungen zur Infrastrukturverantwortung der Sozialleistungsträger (§ 17 SGB I) und zum Sicherstellungsauftrag der vertragsärztlichen Versorgung für Krankenkassen und Vertragsärzte (§ 72 SGB V) nicht ausreichend. Denn weder Krankenhäuser noch Vertragsärzte als selbstständig wirtschaftende Einheiten haben ein Interesse, beispielsweise mehr Schutzmasken oder Beatmungsgeräte vorzuhalten als normalerweise benötigt. Auch die Krankenkassen haben weder Materiallager noch finanzieren sie diese. In der jetzigen Krise sind Bund und Länder rasch eingesprungen und haben im Rahmen des Möglichen Schritte zur Kapazitätserweiterung und Beschaffung unternommen und nun in § 5 Abs. 2 Nr. 4–8 IfSG und §§ 21, 22 KHG auch normativ unterlegt. Es ist später auszuwerten, ob und wieweit die Verschiebung planbarer Operationen, die Nutzung von Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen und die rasche und zentrale Beschaffung von Medizintechnik eine Überlastung der Kapazitäten verhindert haben werden.

Die große Bedeutung rascher und jederzeit verfügbarer Versorgung mit Medizinprodukten und Arzneimitteln dürfte neue Argumente für die Diskussion darüber liefern, welche Regeln für die Beschaffung durch Staat, Krankenkassen und öffentlich finanzierte Gesundheitseinrichtungen gelten sollen. Im Krisenfall stark steigende Preise und mangelnde Verfügbarkeit lebenswichtiger Güter könnten auf einen Systemfehler hindeuten. Das könnte sich auch darauf auswirken, wie zukünftig in der EU mit der Geltung des Wettbewerbsrechts für Dienstleistungen von allgemeinem wirtschaftlichem Interesse umgegangen wird und was nötig ist, damit die Erfüllung ihrer Aufgaben nicht beeinträchtigt wird (Art. 106 Abs. 2 AEUV).

Absehbar noch problematischer – und das auch im Normalbetrieb – ist ein Mangel an ärztlichem und pflegerischem Personal. Dessen Verfügbarkeit wird bestimmt durch vormalige Entscheidungen über Ausbildungskapazitäten, Personalschlüssel und (fehlende) Anreize zur Berufstätigkeit, durch die Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Entgelten. Bereits in den letzten Jahren ist dies

für die Pflegeberufe Gegenstand der Gesundheitspolitik geworden (so im Pflegegelöhnerverbesserungsgesetz, vgl. BT-Drs. 19/14416, Pflegepersonal-Stärkungsgesetz BT-Drs. 19/5593). Die aktuelle Ausweitung der Zulassung heilkundlicher Tätigkeiten durch Pflegeberufe in der Krise (§ 5a IfSG) weist darauf, dass auch traditionelle Rangverhältnisse zwischen den Berufen dabei dringend über das Pflegeberufe-Gesetz hinaus auf den Prüfstand müssen. Dringend zu beachten ist dabei – und das zeigt sich unter COVID-19-Bedingungen –, dass Maßnahmen in der Akutversorgung nicht zu Knappheiten in der ambulanten Versorgung und Langzeitpflege führen sollten, die dann – auch nicht nur im Ausnahmefall – wieder zur Überlastung der stationären Versorgung führen können. Insofern mag es auch unzureichend sein, nur die stationäre medizinische Versorgung als kritische Infrastruktur zu definieren (§ 6 BSI-KritisV). In der aktuellen Krise wird darauf immerhin reagiert, indem die einzelleistungsorientierte Finanzierung gesundheitlicher, pflegerischer und sozialer Dienste und Einrichtungen befristet auf eine infrastrukturensichernde Finanzierung umgestellt wird (§ 21 KHG; § 87a Abs. 2a, 3b SGB V, § 111 d SGB V; §§ 2, 3 Sozialdienstleister-Einsatzgesetz, BT-Drs. 19/18107, 14, 34). Es wird zu den wichtigen Aufgaben der sozialen und kommunalen Selbstverwaltung in der Krise gehören, mögliche Lücken in diesen eilig geschaffenen Rechtsgrundlagen zu überbrücken.

Für die Planung und Finanzierung des Gesundheitswesens rückt die Frage nach der Verantwortung für längerfristige Vorsorge in den Blick. Bisher gingen die Krankenhausplanung der Länder und die Bedarfsplanung der Kassenärztlichen Vereinigungen davon aus, dass sich zukünftige Bedarfe an Gesundheitsleistungen im Wesentlichen aus vergangenen Bedarfen und demografischen Daten ermitteln lassen. Die Finanzierung des ambulanten und stationären Sektors richtet sich vor allem nach erbrachten Leistungen. Bei den Krankenhäusern kommt die Investitionsförderung der Länder hinzu, die jedoch vielfach als unzureichend kritisiert wird und sich, wenn überhaupt, am »Normalbedarf« ausrichtet. Erkennt man das Gesundheitswesen als Ganzes jedoch als kritische soziale Infrastruktur einer Gesellschaft, so scheint eine integrierte und auch außergewöhnliche Fälle wie Pandemien und Naturkatastrophen stärker umfassende Planung nötig. Das impliziert eine staatliche Verantwortung für die Finanzierung notwendiger Vorsorge durch Vorratshaltung und materielle und personelle »Überkapazität«. Diese – entgegen gesundheitsökonomischem Rat und durchaus aus egoistischen Interessen – nicht abgebaut zu haben, mag in der jetzigen Situation hilfreich gewesen sein. Blickt man in die Welt, ist es wahrscheinlich, dass nach der Corona-Krise die Argumente für ein marktwirtschaftliches Gesundheitssystem sich nicht vermehrt haben, es aber auch schlechte Beispiele für staatliche Krankenhäuser und Gesundheitsdienste geben wird, gerade wenn diese in den letzten Jahren der Austeritäts-Politik unterlegen haben.

Zur Vorsorge für das Gesundheitswesen gehört auch die Organisation des medizinischen Fortschritts. Sicher kann es nicht für jede neu auftretende Krankheit Impfung und Medikament »auf Vorrat« geben. Doch wird in der

Auswertung der Corona-Krise zu fragen sein, ob nach dem Auftreten der verwandten Erreger SARS-1 und MERS die Forschung über Corona-Viren der bekannten Gefährdung angemessen gewesen ist. Strukturell ist dabei festzustellen, dass in Deutschland zwar die klinische Forschung an Universitäten und ihren Krankenhäusern überwiegend staatlich finanziert wird (auch hier hat es allerdings, etwa in Hessen, Privatisierungen gegeben), die pharmazeutische Forschung jedoch in der Systematik des Gesundheitswesens primär privat finanziert ist und sich daher an ihrer Refinanzierung über den Markt ausrichten muss. Damit konzentriert sich die pharmazeutische Forschung auf häufige und in zahlungskräftigen Ländern vorkommende Krankheiten. Ihre allgemeine Zugänglichkeit ist oft durch Patentrechte erschwert; auch diese sind krisenbedingt nun eingeschränkt (§ 5 Abs. 2 Nr. 5 IfSG). Selbst global ist die von der WHO mitgetragene Impfstoff-Allianz GAVI auf private Kofinanzierung durch die Gates-Stiftung und Partnerschaft mit den privaten Unternehmen angewiesen.

5. Soziale Ungleichheit

Seuchen können Treiber des sozialen Fortschritts sein, wenn gesellschaftlich und politisch erkannt wird, dass ihre schädliche Wirkung alle sozialen Schichten, Klassen und Interessen betrifft. Gleichwohl wirken sie nur selten als die Gleichmacher, den die mittelalterlichen Totentänze aus der Zeit der Pest zeigen. Häufiger treffen sie, wie Typhus und Cholera des 19. Jahrhunderts, vor allem die ohnehin sozial Benachteiligten. International wird sich in der Nachbetrachtung von COVID-19 zeigen, welche Auswirkungen welche Gesundheits- und Versorgungssysteme auf sie gehabt haben werden. Generell trifft dieses Virus, soweit wir bisher wissen, am schwersten die Älteren und die gesundheitlich Eingeschränkten. Welche Rolle dabei strukturelle Versorgungsmängel in Wohn- und Pflegeeinrichtungen, Vorschäden der Lunge durch Industriearbeit, Luftverschmutzung und Tabakrauch gespielt haben werden, ist aufmerksam zu beachten. Schon außerhalb der Krise ist die medizinische Versorgung in Pflege- und Wohneinrichtungen und die Gewährleistung professioneller ambulanter Pflege und Unterstützung schwierig. Hier wird es in der Krise gerade in Behinderteneinrichtungen zu Mehrkosten kommen, die durch die Beschlüsse des ersten Sozialpakets nicht gedeckt sind. Auch hier ist die Selbstverwaltung gefordert.

Die in der Epidemie stattfindende Priorisierung und Rationierung von Gesundheitsleistungen ist sehr anfällig dafür, soziale Ungleichheiten zu reproduzieren. Für das deutsche System ist daran zu erinnern, dass eine Benachteiligung auch bei Versorgungsengpässen wegen Alter, chronischer Krankheit oder Behinderung verboten ist (§ 2a SGB V; § 33c SGB I; §§ 1, 2 Abs. 1 Nr. 5 AGG). Schon die an ihrer Stelle diskutierten Triage-Kriterien wie Erfolgsaussicht und Priorität sind mit Blick auf ihre mittelbaren Wirkungen problematisch genug.

Gerade beim Infektionsschutz wird deutlich, dass das Gesundheitswesen im Ganzen, Dienste, Einrichtungen, Berufsträger und Behörden auf Personengruppen zu achten haben, die einen schlechten Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsinformationen haben, seien es geistig und seelisch behinderte Menschen, Mobilitäts- und Sinnesbeeinträchtigte, Pflegebedürftige, Analphabeten, Obdachlose, Prostituierte, Menschen in Gemeinschaftsunterkünften und Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus. Wenn sie nicht gleichen und barrierefreien Zugang zu Informationen, Tests und Behandlung haben wie alle anderen auch, sind sie gefährdet – und gefährden damit auch andere. COVID-19 wird auch ein weiterer Warnruf gewesen sein, die ungleichen Gesundheitschancen dieser Gruppen zu verbessern.

IV. Ausblick

Es ist richtig, in der Krise zuerst das Drängendste zu erledigen. Doch muss dabei im Blick bleiben, aus den Erfahrungen lernen zu können. § 4 Abs. 1a IfSchG setzt dafür einen ersten Merkposten. Nach der Krise wird sich nicht geändert haben, dass die Deutungsmacht und der Einfluss von Interessengruppen unterschiedlich verteilt sein werden. Es besteht insoweit immer die Gefahr, dass Verschiebungen von Ressourcen leichter durchsetzbar sein werden als qualitative Änderungen an Verantwortlichkeiten und Strukturen. Auch deswegen ist es wichtig, in und nach der Krise besondere Aufmerksamkeit für vulnerable Gruppen und die für ihre Behandlung und Unterstützung wichtigen Dienste, Einrichtungen und Berufsgruppen zu haben.

Evans schreibt zur Cholera 1892: »Die Epidemie kennzeichnete – auch wenn sie ihn nicht als einzige herbeiführte – den Sieg des Preußentums über den Liberalismus, den Triumph der staatlichen Intervention über das Laissez-Faire.« Mit dem Wissen, dass »danach« im 20. Jahrhundert ebenso der historische Aufbau des Sozial- und Gesundheitswesens wie Nationalismus und Krieg liegen, ist der Ausblick auch heute ambivalent. In einer längerfristigen Betrachtung mag die Corona-Krise in eine längere Linie eingeordnet werden, die seit der Finanzkrise 2008/2009 einerseits eine Renaissance sozialstaatlicher Regulierungen, andererseits einen Wiederaufstieg des Nationalismus markiert. In einer optimistischen Version dessen, was bevorsteht, mag COVID-19 die Notwendigkeit verdeutlicht haben, die internationale Kooperation für die Verwirklichung des Menschenrechts auf Gesundheit substanziell zu verstärken. ■



Felix Welti

ist Professor für Sozial- und Gesundheitsrecht, Recht der Rehabilitation und Behinderung an der Universität Kassel