

DANIEL RÜHMKORF

AUF SICHT IN DIE SEUCHE

DIE RENAISSANCE DES SOZIALSTAATS IM ZEICHEN CORONAS

Corona ist und bleibt eine gesellschaftliche Herausforderung. Es scheint, dass wir in Deutschland in dieser Situation sehr gut dastehen, weil die Gesetze des Marktes zum Teil außer Kraft gesetzt worden sind und der Sozialstaat, so gut er kann, Verantwortung übernimmt. Die Erkrankungszahlen sind rückläufig, die Anzahl der Toten ist verhältnismäßig gering, die Kontaktsperrn wirken, die anfänglich unzureichende Bereitstellung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln kommt in Gang, die Kliniken haben innerhalb kürzester Zeit zusätzliche Kapazitäten an Intensivbetten bereitgestellt. Die grassierende Covid-19-Pandemie verändert massiv das Leben, aber auch die Gesundheitsversorgung in Deutschland. An dieser Stelle der Zwischenruf eines Hausarztes und ehemaligen Brandenburger Gesundheitsstaatssekretärs.

In den ersten Wochen dieses Jahres beobachtete die Welt mit wachsendem Interesse die Entstehung der jetzt weltweiten Pandemie, die in der Provinz Wuhan in China ihren Ausgang nahm. Trotz umfangreicher Quarantänemaßnahmen kam es mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zu Infektionen in nahezu allen Ländern der Welt.

Die Corona-Pandemie kam mit Ankündigung. Trotzdem hielten sich die Anstrengungen zum Seuchenschutz zunächst noch sehr in Grenzen: Niemand befand es zum Beispiel für notwendig, den Karneval in Deutschland abzusa-gen. Keiner konnte es in Bergamo/Italien übers Herz bringen, das Champions-League-Spiel der Heimmannschaft gegen den FC Valencia ausfallen zu lassen. Und in den Skihütten Tirols wurde auch dann noch alkoholgeschwängert gefeiert, als längst klar war, dass «Corona» auch in den Skigebieten angekommen war. Zunächst verhinderten wirtschaftliche Interessen, dass seuchenhygienische Maßnahmen ergriffen wurden. All diese Nicht-Entscheidungen haben zur sprunghaften Verbreitung des Corona-Virus beigetragen. Teilnehmer*innen der hier exemplarisch genannten Veranstaltungen kehrten nach Hause zurück und begannen, das Virus zu verbreiten. Und mit der raschen Ausbreitung mussten die Regierungen handeln, selbst um den Preis von Freiheitseinschränkungen und einer Vollbremsung des Marktes.

Viele Länder haben im März und April eine erste Infektionswelle überstanden. Trotz der nun abnehmenden Neuinfektionen gehen Expert*innen davon aus, dass weitere Wellen zu erwarten sind. Wie verheerend diese allerdings ausfallen werden, ist maßgeblich von der Ausbreitungsgeschwindigkeit und der medizinischen Infrastruktur abhängig. Gebetsmühlenartig wird wiederholt, dass es von diesen beiden Größen abhängt, ob sich in den Notaufnahmen und den In-

tensivstationen der Krankenhäuser erbärmliche Szenen abspielen werden oder nicht.

Hierzulande erfolgten die Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung spät, unkoordiniert und willkürlich. Die Folge war ein nicht abgestimmtes Vorgehen beim Pandemieschutz bezüglich der Schließung von Kitas, Schulen, öffentlichen Einrichtungen, Geschäften sowie bei Reise- und Kontaktverboten. Diese Differenzen vermochte anfänglich auch kein Kanzleramt zu glätten. Mittlerweile sind die einzelnen Schritte besser aufeinander abgestimmt, auch wenn die Lockerungen des Seuchenschutzes auch jetzt wieder nicht einheitlich sind.

PRAXISALLTAG UNTER CORONA

Der erste bestätigte Fall in Deutschland wurde am 27. Januar 2020 aus Bayern gemeldet. Ein Mann hatte sich bei einer Kollegin angesteckt, die ihre in Wuhan lebenden Eltern besucht hatte. Diese Meldung wurde von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin zum Anlass genommen, ihre Mitglieder ab dem 28. Januar regelmäßig über die Ausbreitung des Virus und entsprechende Vorsichtsmaßnahmen zu informieren. Sukzessive erweiterten auch die Gesundheitsämter und die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Informationsportale. Als Hausarzt bekam ich mitunter mehrmals täglich Aktualisierungen, um meine Patient*innen so gut wie möglich mit Informationen zu versorgen. Zunächst ging die Sprechstunde wie gewohnt weiter. Dann entschlossen wir uns, die vermutlich infektiösen Patient*innen gleich bei der Anmeldung von nicht-infektiösen zu trennen, indem wir für sie einen gesonderten Wartezimmerbereich einrichteten und ihnen Mund-Nasen-Masken gaben. Ehrlich gesagt ist es im Nachhinein verwunderlich, dass wir das nicht schon viel

früher gemacht haben – denn bereits eine solch kleine Änderung des Praxisalltags kann helfen, Ansteckungen innerhalb der Praxis zu verhindern.

Mit zunehmender Ausbreitung des Virus machten sich Sorgen und Ängste bei Patient*innen, aber auch bei unserem Personal bemerkbar, denn die neue Viruskrankheit ist für alle Menschen bedrohlich. Als Ende Februar der erste angeblich positiv getestete Fall in Mecklenburg-Vorpommern die Runde machte, war eine der ersten Reaktionen einer Praxismitarbeiterin: «Ich will das nicht!» Ähnlich wie ihr ging es in den folgenden Wochen vielen. Niemand wusste genau, wie hoch das Infektionsrisiko für all diejenigen ist, die weiter täglich zur Arbeit gehen. Und natürlich fragten die verunsicherten Patient*innen uns, was sie tun sollen. Wir klärten auf, so gut wir konnten, und schrieben krank, wenn es nicht anders ging.

Und wie sollten wir uns selbst schützen? Sollten alle Mitarbeiter*innen in der Praxis ab sofort ständig Mundschutz, Einmalkittel und -handschuhe tragen? Wie lange würden unsere Desinfektionsmittel ausreichen? Gerade zu Beginn der Pandemie war es eine Gratwanderung zwischen Aufregtheit und stoischer Normalität. Eines war uns allen klar: Selbst mit all den hier skizzierten Vorkehrungen kann eine Infektion nicht sicher vermieden werden. Die Gefahr, sich bei der Arbeit anzustecken, war nicht aus der Welt – und sie ist es auch jetzt noch nicht.

Unsere Patient*innen versuchten wir so gut wie möglich, über die Krankheit und die Infektionswege aufzuklären. Damit ließen sich die Sorgen teilweise beheben. Auf Unverständnis und – je nach Naturell – Angst oder sogar Ärger stießen wir bei denjenigen Patient*innen, die trotz einer vermeintlichen Erkältung nicht auf Corona getestet wurden. Denn anfänglich war die Indikation zum Test sehr eng gefasst: Neben Fieber und Atemwegsbeschwerden gehörten entweder der Kontakt mit einer bzw. einem Erkrankten oder eine Reise in die Risikogebiete zu den Voraussetzungen, um getestet zu werden.

Seit Mitte März ist die Praxis für Patient*innen nur noch nach telefonischer Voranmeldung geöffnet. Um zu verhindern, dass die Praxis aufgrund der Infektion von einem oder einer unserer Mitarbeiter*innen komplett geschlossen werden muss, kommt immer nur die Hälfte des Personals gleichzeitig zum Einsatz. Falls sich ein*e Mitarbeiter*in infizieren sollte, würde die Quarantäne nur die halbe Belegschaft treffen. Der eingeschränkte Betrieb hat seinen Preis: Routine Termine sind verschoben, Rezepte und Überweisungen, teilweise auch Krankschreibungen werden nun hauptsächlich telefonisch abgesprochen und den Patient*innen zugesickt. Hausbesuche erfolgen nur noch in absoluten Notfällen. Patient*innen, die am Telefon über Fieber und Husten klagen, werden ohne weitere Untersuchung an eine zentrale Anlaufstelle zum Abstrich auf das Corona-Virus überwiesen. Behandeln wir an normalen Sprechstundentagen sonst etwa 70 bis 100 Patient*innen, sank diese Zahl unter diesen Umständen auf etwa zehn Fälle pro Tag. Wir haben bisher Glück gehabt: Noch ist von unseren Patient*innen niemand positiv auf Corona getestet worden.

Welche Erklärung lässt sich dazu finden? Unsere Praxis liegt in einem sozialen Brennpunkt in Schwerin. Viele Bezieher*innen von Transferleistungen leben im Einzugsgebiet unseres hausärztlichen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Warum haben die Besuche in unserer Praxis so stark abgenommen? Zumindest zu Beginn der Pandemie war der Zugang zur Praxis nicht reglementiert. Über die

Gründe lässt sich bisher nur spekulieren: Aber anscheinend spielte die Angst, sich bei anderen Patient*innen oder auch beim Personal anzustecken, eine große Rolle.

Dass Armut krankmacht und mit einer kürzeren Lebenserwartung verbunden ist, ist traurige Wahrheit. Wie wirkt sich die Pandemie in meinem Einzugsgebiet, dem Schweriner Stadtteil Großer Dreesch, aus, einem der letzten großen Neubauvorhaben der DDR mit damals 62.000 Bewohner*innen? Wie viele Menschen sind hier erkrankt, geheilt, verstorben? Gehen die Menschen anders mit dem Erkrankungsrisiko um? Werden sie häufiger angesteckt, weil ihre Wohnverhältnisse oftmals beengt sind? Tragen sprachliche Barrieren oder ein geringerer Bildungsgrad dazu bei, dass Menschen aus sozialen Brennpunkten stärker von der Pandemie betroffen sind? Auch wenn konkrete Zahlen zur Situation der Menschen bei uns in der Stadt noch fehlen, sicher ist, dass die Folgen der Corona-Pandemie massiv sind – auch ohne Infektion. Das gilt insbesondere für finanziell schlechtergestellte Bevölkerungsgruppen: Das Virus hat dazu geführt, dass Millionen Menschen vorübergehend oder auch langfristig ihre Arbeit verloren haben. Die soziale Sicherung kann zwar helfen, die Folgen der Krise abzumildern, aber ohne die Wiederherstellung der Wirtschaftskraft werden Arbeitslosigkeit und Abhängigkeit von Transferzahlungen eher dazu führen, dass sich der Gesundheitszustand der Betroffenen weiter verschlechtert. Zurzeit werden im Rahmen der Corona-Krise viele Untersuchungen durchgeführt – es bleibt zu hoffen, dass dabei auch die Stimmen aus dieser Bevölkerungsgruppe gehört werden.

DIE ENTSOLIDARISIERUNG EUROPAS

Gerade in einer Krise müssen sich Institutionen beweisen. Die schon in vielen Belangen heillos zerstrittene Europäische Union (EU) macht in der Krise keinen besonders guten Eindruck. Im Gegenteil, nun geschieht, was sich rechte Kräfte ohnehin schon lange gewünscht haben: eine Rückkehr zum Nationalstaat, ein Ende der Solidarität, abgeriegelte Grenzen, fehlende gegenseitige Unterstützung. Jeder (Staat) kämpft für sich allein. Die Einsicht in die Notwendigkeit, sich gegenseitig zu helfen, ist nicht nur in Deutschland unterdurchschnittlich ausgeprägt. Konkret wurde die Bewältigung der Probleme in den Nachbarländern nicht nur nicht unterstützt, es gab sogar klar gegen die Anstrengungen der Nachbarländer gerichtete Aktionen. So wurde etwa am 4. März 2020 der Verkauf von Schutzmasken aus Deutschland an Italien verboten. Eine Woche später legte die Bundesregierung noch einmal nach: Ausrüstung dürfe überhaupt nur dann exportiert werden, wenn der schwammig formulierte «lebenswichtige Bedarf» Deutschlands gesichert sei. Angesichts der drohenden Not schien es weder Freund noch Feind zu geben. Trotz ansteigender Infizierten- und Todeszahlen in den Nachbarländern gefährdete Deutschland so zu Beginn der Krise in anderen EU-Staaten Menschenleben.

Und auch das Anwerbeprogramm zur Gewinnung von Pflegefachkräften aus dem Ausland kommt bei vielen Nachbarländern nicht mehr gut an – und das zu Recht, denn die Herkunftsländer verlieren Fachpersonal, das sie im Zweifelsfall – wie jetzt in der Corona-Krise – selbst brauchen.

TRIAGE ODER DIE ENDLICHKEIT DER MITTEL

In der öffentlichen Diskussion war man sich schnell einig, dass es nicht zu einer Situation kommen dürfe, in der die medizinische Versorgung während der Pandemie nur noch

zugeteilt werden kann. Bilder aus unseren europäischen Nachbarländern haben gezeigt, was mit Einrichtungen passiert, die dem Ansturm der Patient*innen nicht gewachsen sind: Über eine sogenannte Triage werden in Notsituationen Patient*innen zunächst eingeteilt, abhängig von der Überlebenswahrscheinlichkeit werden dann diejenigen «aussortiert», die durch eine bereits fortgeschrittene Corona-Infektion, gravierende Vorerkrankungen oder das entsprechende Alter sehr geringe Überlebenschancen haben. Eine solche Triage folgt der Kriegslogik: Eine begrenzte Anzahl von Ärzt*innen, Sanitäter*innen und Pflegekräften muss gleichzeitig lebensgefährlich Verletzte, Schwer- und Leichtverletzte versorgen und, um das bestmögliche Ergebnis für das Kollektiv der Geschädigten zu erzielen, sollen die Interessen der bzw. des Einzelnen zurückstehen.

Wir befinden uns nicht im Krieg. Ungleiche Behandlungen erfordern eine sachliche Begründung. Eine «strukturierte Benachteiligung», wie sie die Triage darstellt, ist für eine Zivilgesellschaft mit dem Anspruch auf Gleichbehandlung und individuelle Selbstentfaltung kaum vorstellbar. Und so rief bereits die Ankündigung einer möglichen Triage den Deutschen Ethikrat sowie die Sozial- und Behindertenvertretungen auf den Plan. Sie befürchten, dass bestimmte Gruppen aufgrund ihrer Vorerkrankungen nur geringe Chancen haben, rasch behandelt zu werden. Und mahnen den Gleichheitsgrundsatz an. Denn das Grundgesetz verbietet es, einen Menschen wegen seines Geschlechts, seiner Abstammung, seiner «Rasse», seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens oder seiner religiösen oder politischen Anschauungen zu benachteiligen oder zu bevorzugen.

Damit es nicht dazu kommt, sind die beiden Aspekte, individuelle Schutzmaßnahmen und gesellschaftliche Beschränkungen, Kernelemente der Seuchenbekämpfung. Der Lockdown zeigte überall dort, wo er angeordnet wurde, nach einigen Wochen Wirkung. Die Zahl der Neuinfektionen konnte verringert werden. Wir können uns – zunächst einmal ganz vorsichtig – freuen: In Deutschland konnten solche tragischen Szenen, die sich in überfüllten Krankenhäusern abspielen, bislang verhindert werden.

DASEINSVORSORGE

Wir müssen feststellen, dass der bisherige Verlauf der Erkrankung nicht wegen, sondern trotz der Infrastruktur des deutschen Gesundheitswesens relativ glimpflich verlaufen ist. Ein Teil der Defizite, wie fehlende Tests oder Schutzausrüstung, lässt sich kurz- bis mittelfristig beheben, vor allem aber die Personalsituation in der Pflege und im Öffentlichen Gesundheitsdienst werden Dauerbaustellen bleiben. Hier blockieren die unterschiedlichen Entscheidungsebenen eine rasche Lösung in diesem für die Daseinsvorsorge so wichtigen Bereich.

SCHUTZAUSRÜSTUNG

Im gewöhnlichen Praxisalltag ist eine Schutzausrüstung nicht vorgesehen, lediglich bei der Blutentnahme werden Einmalhandschuhe verwendet. In den medizinischen Handlungsempfehlungen zur Corona-Pandemie wird dem Personal im Umgang mit potenziell infizierten Menschen dazu geraten, einen Einmalkittel, Mund- und Nasenschutz sowie Handschuhe zu tragen. Dafür müssen diese Dinge aber in ausreichender Anzahl vorhanden sein. Hätten wir uns eins zu eins an diese Empfehlungen halten wollen, wäre ein Praxisbetrieb schon vor zwei Monaten nicht mehr möglich ge-

wesen. Die Vorräte an Schutzkitteln wären innerhalb eines Tages, die an Mundschutz innerhalb einer Woche aufgebraucht gewesen.

Es ist ein Stück weit befremdlich, dass es in einem Industrieland wie Deutschland einen Mangel an wichtigen Schutzutensilien geben kann. Anscheinend gab es auch nach der Sars-Krise 2002/03 keine Bestrebungen, Vorräte für den Pandemiefall anzulegen. Wirksame Schutzausrüstung zu haben ist mehr als eine Nebensache: In Italien haben sich während der Pandemie 17.000 medizinische und pflegerische Angestellte mit dem Virus infiziert, 160 von ihnen starben.

TESTVERFAHREN

Problematisch bis lebensgefährlich ist der Umstand, dass es bis Mitte April 2020 – also bis mindestens zehn Wochen nach Auftreten der ersten Krankheitsfälle in Deutschland – noch viel zu wenig Testmöglichkeiten gab. Länder wie Taiwan und Südkorea unterscheiden sich in ihrer Seuchenprävention insbesondere in diesem Punkt von anderen betroffenen Ländern und haben damit bei der Kontrolle der Seuche große Erfolge verzeichnen können.

Fehlende Tests bedeuten fehlende Diagnosen. Und so konnten Infizierte weiter arbeiten, teilweise mit fatalen Folgen: Das größte Krankenhaus Potsdams hatte nach einer Verbreitung der Corona-Infektion 37 Todesopfer zu beklagen. 83 Patient*innen und 174 Mitarbeiter*innen sind in Brandenburgs zweitgrößter Klinik infiziert. In Wolfsburg wurde ein Altenheim evakuiert, nachdem dort 29 Bewohner*innen am Corona-Virus verstorben waren. Da auch Menschen ohne Krankheitssymptome schon Virenüberträger sein können, konnten sich aufgrund der fehlenden Tests Patient*innen und Personal in diesen Einrichtungen infizieren. Dasselbe Szenario könnte sich jederzeit wieder ereignen: Bisher können die 500 Testzentren bundesweit zwar bis zu 100.000 Tests täglich durchführen. Doch wollte man bei den vorhandenen Kapazitäten die gesamte Bevölkerung testen, würde das zweieinhalb Jahre dauern. Sicher brauchen wir keine flächendeckende Testung. Aber zumindest für die Beschäftigten, die dafür sorgen, dass das Leben weitergeht, brauchen wir Testkapazitäten. Denn die Wahrscheinlichkeit, sich mit dem Corona-Virus zu infizieren, steigt mit der Anzahl der Sozialkontakte. Wie gehen wir mit denjenigen um, die zwangsläufig ohne Mindestabstand eine Vielzahl von Personen täglich treffen? Wenn schon ein berufsbedingtes Risiko in Kauf genommen wird, sollte für die Betroffenen Klarheit darüber herrschen, ob sie erkrankt (und ansteckend) sind oder nicht. Vom Staat kann erwartet werden, dass er Bedingungen schafft, unter denen diese tägliche Arbeit so sicher wie möglich erfolgen kann.

ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENST NEU BELEBEN

Um auf kommende Ereignisse besser vorbereitet zu sein, gilt es, den am Boden liegenden Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) neu zu beleben. Daseinsvorsorge bildet sich insbesondere in den staatlichen Einrichtungen ab. Die Realität der Gesundheitsämter ist eine andere: Schon vor Corona war der ÖGD unterfinanziert und unterbesetzt. Da jede dritte Arztstelle nicht besetzt ist, konnte der allgemeine Gesundheitsschutz der Bevölkerung schon über einen längeren Zeitraum nur unzureichend sichergestellt werden. Das heißt, dass bereits originäre Aufgaben wie die Schuleingangsuntersuchungen, der TBC- und Salmonellen-Schutz, die Über-

prüfung des Trinkwassers und viele weitere Aufgaben der Gesundheitsprävention nicht komplett erfüllt wurden. Das Versorgungsdefizit dürfte nun noch weiter anwachsen, wenn zusätzlich die Ermittlung von Corona-Kranken, deren Kontaktpersonen sowie die Koordination der Infektions- und Quarantänemaßnahmen in den Zuständigkeitsbereich des ÖGD fallen. Um dieses Defizit zu beheben, müssen endlich Planstellen neu besetzt sowie ärztliche, pflegerische und therapeutische Fachkräfte adäquat bezahlt werden.

Über das Meldewesen hinaus brauchen die Gesundheitsämter eine Taskforce, die im Seuchenfall das Heft des Handelns in die Hand nimmt. Um hier etwas zu bewirken, hat das Bundesgesundheitsministerium am 20. April 2020 veranlasst, dass der ÖGD pro Amt bis zu 150.000 Euro zur Verbesserung der digitalen Infrastruktur erhalten kann. Außerdem sollen Teams von fünf Mitarbeiter*innen der öffentlichen Verwaltung pro 20.000 Einwohner*innen gebildet werden, um Infektionswege einzelner Corona-Erkrankter besser nachvollziehen zu können.

Da die Gesundheitsämter kommunale Einrichtungen und somit Teil der öffentlichen Verwaltung sind, können Bund und Länder nur bedingt Einfluss darauf nehmen, dass die Gesundheitsämter funktionieren. Das kann aber nicht bedeuten, dass bestimmte Aufgabe nur noch rudimentär wahrgenommen werden.

KRANKENHÄUSER: HOHE BETTENDICHTE, ABER PERSONALMANGEL

Im europäischen Vergleich weist Deutschland eine hohe Bettendichte auf. Dies macht sich jetzt in der Krise positiv bemerkbar. Tatsächlich ist es gelungen, die deutschen Krankenhäuser relativ «leer» zu «fahren». Auf den Stationen stehen reguläre Betten bereit, um gegebenenfalls Corona-Patient*innen aufzunehmen. Innerhalb von nur wenigen Wochen ist es gelungen, die Kapazität an Intensivbetten in den Krankenhäusern von 28.000 auf 40.000 zu erhöhen. Mindestens 15.000 dieser Betten werden für Corona-Kranke freigehalten.

Die eigentlich kritische Größe bei der Pandemiebekämpfung ist ebenso wie beim ÖGD die Personalstärke. Hier sind es aber vor allem die Pflegekräfte, die überall händeringend gesucht werden. Wenn Mitarbeiter*innen ausfallen, können sie nicht ersetzt werden. Bereits heute müssen Krankenhäuser zeitweise Stationen oder OP-Säle schließen, weil ihnen das Pflegepersonal fehlt. Während der Pandemie werden nun Personalschlüssel außer Kraft gesetzt, damit auch bei reduzierter Mitarbeiterzahl die Patientenversorgung irgendwie gesichert bleibt.

WENN PFLEGE ALS ZU TEUER ANGESEHEN WIRD

Die Aufwertung der Pflege erfolgt nicht durch öffentlichen Applaus, sie muss für die Pflegekräfte, aber auch für die medizinischen Fachangestellten der Arztpraxen vorrangig über das Gehalt erfolgen. Hier gilt der Grundsatz: gutes Geld für gute Arbeit.

Seit der Abschaffung des Bundesangestelltentarifs (BAT) und der Einführung des Tarifvertrags des Öffentlichen Diensts (TVÖD) führten die separaten Tarifverhandlungen vor allem für das ärztliche Personal zu ordentlichen Lohnzuwächsen. Die höheren Personalkosten für den ärztlichen Dienst gingen dabei voll zulasten der Pflegekräfte: Die fortschreitende Privatisierung von Krankenhäusern hatte neue und größtenteils deutlich schlechter bezahlte Tarife für das

Pflegepersonal zur Folge, um die Gehaltssprünge, die durch den Marburger Bund für die Ärzt*innen erkämpft worden waren, abzufedern. Der Druck auf Anzahl und Vergütung von Pfleger*innen stieg auch deshalb weiter an, weil das Fallpauschalensystem (DRG) die Kosten des Pflegepersonals nicht ausreichend abbildet. Unter dem Aspekt des Preis- und Leistungsvergleichs zwischen den Krankenhäusern wurden mit Einführung der DRG die «wirtschaftlicheren» Kostenverhältnisse der privaten Krankenanstalten als Maßstab genommen, an dem sich öffentliche, konfessionelle und freigemeinnützige Häuser bis heute messen lassen müssen. Das Fallpauschalensystem, unterschiedliche Tarifvereinbarungen mit den einzelnen Berufsgruppen und fehlende Investitionszahlungen der Länder führten zu einem Bündel von Faktoren, die die finanzielle Schlechterstellung in der Pflege auf Jahre festschrieben.

Noch dramatischer sind die Entwicklungen in der Altenpflege. Bereits seit 1996 steigen die kommunalen Träger aus der Altenpflege aus. Ihre Einrichtungen haben sie größtenteils an private Investoren veräußert. Nicht einmal mehr drei Prozent der Heime sind heute noch in kommunaler Hand, über die Hälfte gehören privaten Anbietern. Da die Altenpflege lange Zeit eher als Sozial- denn als Gesundheitsberuf gesehen wurde, hat sich die Lohnentwicklung in der Altenpflege noch schleppender entwickelt als in der von den Krankenkassen finanzierten Pflege im Krankenhaus. Die fehlende Dynamisierung der pflegestufenbezogenen Leistungen der Pflegekassen hat den Druck zusätzlich erhöht, weil bessere Vergütungen nicht über die Sätze der Pflegekassen refinanziert werden.

Da die Pflege in weiten Teilen weder in Kammern noch gewerkschaftlich organisiert ist, bleibt sie ein Spielball in den oft von Gewinnerwartungen getriebenen Unternehmen. Und während der Gesetzgeber viel für die Arbeitsbedingungen von Klinikärzt*innen getan hat, können Pflegekräfte noch nicht einmal auf einheitliche und faire Nacht- und Wochenendzuschläge hoffen. Diese Entwicklung beruht auf einer unzureichenden Finanzierungsgesetzgebung und damit auf einer von den Kostenträgern (Pflegekassen, Krankenkassen und Kommunen) über viele Jahre in den Pflege-satz- bzw. Budgetverhandlungen verweigerten Übernahme der tatsächlichen Bruttoarbeitgeberkosten für das Pflegepersonal. Der Deutsche Pflegerat stellt deshalb fest: «Diese Vergütungssituation widerspricht in erheblichem Maß einer angemessenen Gehaltsstruktur [...]. Der Wert der beruflichen Pflege erfährt aufgrund dieser unzureichenden Wertstellung eine nicht mehr hinzunehmende Abwertung».¹

WAS MUSS SICH AUS MEINER SICHT ÄNDERN?

Solange wir keine wirkliche Behandlungsmöglichkeit für die Patient*innen haben, müssen wir uns hüten, die Infektion weiterzutragen. Ansteckungsmöglichkeiten lassen sich reduzieren. Betroffene Patient*innen können auch dann an dem Virus sterben, wenn alles medizinisch Mögliche getan wird, um ihr Leben zu retten.

Europäische Seuchenbekämpfung

Eine Pandemie kennt keine Grenzen. Deshalb müssen Pandemiepläne gemeinsam entwickelt und fortgeschrieben werden. Ähnlich wie es in Deutschland ganz unterschiedlich betroffene Bundesländer gibt und dementsprechend unterschiedliche Maßnahmen in Qualität und Quantität erforder-

lich waren, muss auf europäischer Ebene darüber nachgedacht werden, Personal und Material zwar in jedem Land vorzuhalten, bei Bedarf aber solidarisch in den betroffenen Regionen Europas einzusetzen. Eine Abschottung gegenüber Nachbarländern sollte nur als Ultima Ratio in Betracht gezogen werden.

Sobald ein Impfstoff zur Verfügung steht, sollte dieser für die gesamte EU bestellt werden. Bereits jetzt zeichnet sich ab, dass Pharmaunternehmen, die in den USA produzieren, aller Wahrscheinlichkeit nach zunächst den US-amerikanischen Markt mit Impfstoffen beliefern werden. Wenn Europa eine Chance haben will, müssen die Vertragsverhandlungen gemeinsam geführt werden. Für relevante Teile des Seuchenschutzes sind europäische Produktionsanlagen vorzuhalten.

Bekämpfung des Pflegekräftemangels

Pflegekräfte sind mittlerweile Mangelware. Aber auch mit hohen Zuwanderungsraten aus dem Ausland ist diesem Problem nicht beizukommen. Denn fehlender Nachwuchs ist in Deutschland mittlerweile in fast allen Branchen ein Problem, das nur zum Teil durch den Geburtenrückgang und das Älterwerden der Menschen verursacht ist. Die konkreten Arbeitsbedingungen spielen dabei eine viel wichtigere Rolle. Die Pflege ist ein Bereich, in dem rund um die Uhr gearbeitet werden muss, Wochenenden inklusive. Will man junge Menschen für diesen Beruf gewinnen, müssen sich die Rahmenbedingungen ändern, und zwar nicht nur bei der Vergütung: Neben der besseren Bezahlung ist es vor allem wichtig, dass die Einzelnen mehr Verantwortung tragen, dass ihnen mehr Entscheidungskompetenz zugesprochen wird und Arbeitsplätze passgenau gestaltet werden können (Stichwort Work-Life-Balance).

FAZIT

Wir werden «nach Corona» kritisch betrachten müssen, wie seit Februar 2020 die medizinische Betreuung aller Patient*innen, nicht nur der virusinfizierten, funktioniert hat. Denn seitdem ein Großteil der ambulanten medizinischen Dienste auf eine «Rumpfversorgung» zurückgefahren wur-

de, konnten Patient*innen nicht mehr «einfach so» in die Sprechstunde kommen. Infektionen, aber auch andere Beschwerden werden aktuell telefonisch vorgetragen, beraten und attestiert. Was passierte in der Zwischenzeit aber mit den Patient*innen, die chronisch erkrankt sind? Geriet der Blutdruck außer Kontrolle? Führte die Herzinsuffizienz wegen fehlender hausärztlicher Betreuung zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustands?

Schlussendlich müssen wir mehr über die Entstehung und die Ausbreitung neuer Viren lernen. Wir konnten in den vergangenen Monaten die unterschiedlichen Strategien vieler Länder vergleichen und müssen nun rückwirkend darüber sprechen, welche Maßnahmen sinnvoll, welche aber vielleicht auch aktionistisch waren, um für die Zukunft entscheiden zu können, welche Freiheitsbeschränkungen wann und über welche Zeiträume hinweg erforderlich sind.

Das Corona-Virus ist und bleibt eine gesellschaftliche Herausforderung. Der Umgang, der mit dem Virus in Deutschland bislang gefunden worden ist, scheint erfolgreich zu sein. Dass durch die Krise unzureichende Strukturen im Gesundheitssystem so deutlich zutage getreten sind, könnte dabei helfen, die erkannten Mängel endlich anzugehen und tragfähige Strukturen für die Zukunft zu schaffen.

Darüber hinaus brauchen wir bessere «Seismografen»: Wenn es das Krankheitsgeschehen erforderlich macht, müssen Pläne in jedem einzelnen Krankenhaus dazu vorliegen, wie benötigte Kapazitäten geschaffen werden sollen. Gleichzeitig braucht es ein Konzept, wie und wann nach einem «Alarm» die Regelversorgung wieder aufgenommen werden kann.

Der Autor ist Hausarzt in Schwerin. Als Medizinjournalist, gesundheitspolitischer Referent der Bundestagsfraktion der Partei DIE LINKE und als Gesundheitsstaatssekretär in Brandenburg nahm er jahrelang aktiv politischen Einfluss. Heute arbeitet er als Allgemeinmediziner.

¹ Positionspapier des Deutschen Pflegerates e. V., 20.2.2020, unter: <https://deutscher-pflegerat.de/2020/02/27/verguetungsverhaeltnisse-fuer-pflegeberufe-verbessern/>.

IMPRESSUM

STANDPUNKTE 9/2020 erscheint online
und wird herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung
V. i. S. d. P.: Ulrike Hempel
Franz-Mehring-Platz 1 · 10243 Berlin · www.rosalux.de
ISSN 1867-3171
Redaktionsschluss: Mai 2020
Lektorat: TEXT-ARBEIT, Berlin
Satz/Herstellung: MediaService GmbH Druck und Kommunikation