EUROPÄISCHE INTEGRATION 06.04.2020 | Lukas Hochscheidt

Der wahre Patient

Die Privatisierung des Gesundheitswesens muss rückgängig gemacht werden. Aber Vorsicht: Die Digitalisierung schafft neue Hintertüren des Marktes.

Überlastete Krankenhäuser, fehlende Beatmungsgeräte, Lieferengpässe bei Schutzmasken und zu wenige Test-Kits – in der Corona-Krise bricht ein System zusammen, das in vielen europäischen Ländern schon im Normalbetrieb vor dem Kollaps stand. Bereits Monate vor der Pandemie kam es in Frankreich zu landesweiten Streiks der Gesundheitsarbeiterinnen und -arbeiter und Schließungen von Notaufnahmen, weil die Arbeitsbedingungen und Löhne seit Jahren unter struktureller Unterfinanzierung leiden. 97 Prozent der französischen Krankenhäuser gaben damals an, Schwierigkeiten bei der Besetzung freier Stellen zu haben. In Griechenland wurden im Zuge der Troika-Sparpolitik die öffentlichen Gesundheitsausgaben zwischen 2009 und 2016 halbiert. Ergebnis: 13 000 Ärztinnen und Ärzte und 26 000 weitere Beschäftigte im Gesundheitswesen wurden aus dem Dienst entlassen, fast die Hälfte der Krankenhäuser musste schließen.

Diese drastischen Einschnitte in einem der sensibelsten Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge rächen sich in der Corona-Krise auf das Bitterste: In Frankreich kommen auf 100 000 Einwohner 11,6 Intensivbetten, in Griechenland sogar nur sechs. Bedenkt man, wie sehr selbst das mit 12,5 Betten je 100 000 Einwohner noch etwas besser ausgestattete Italien mit der Lage überfordert ist, wird die Dimension des versorgungstechnischen Notstands in Europa deutlich.

Dass die öffentlichen Gesundheitssysteme in weiten Teilen der EU in einem desolaten Zustand sind, kommt nicht von ungefähr. Die politisch forcierte Privatisierung der öffentlichen Daseinsvorsorge in Europa hat auch vor der Gesundheitsversorgung nicht Halt gemacht, insbesondere in den von der Troika zu Liberalisierung und Sparpolitik gezwungenen Ländern des europäischen Südens. Der Staat zog sich seit den 2000er Jahren immer weiter aus der Finanzierung der Gemeinschaftsaufgabe Gesundheit zurück. So entstand vielerorts ein unsolidarisches System, in dem private Ausgaben einen immer größeren Teil der Gesundheitskosten decken müssen. 2017 machten private Selbstzahlungen in Bulgarien 46,5

Prozent der nationalen Gesundheitsausgaben aus, in Zypern 44,6 Prozent. Unter den größten europäischen Volkswirtschaften halten Italien und Spanien die rote Laterne, mit je 23,5 Prozent privaten Selbstzahlungen.

Doch die Corona-Krise schafft nicht nur ein Momentum für die Überwindung der Privatisierungs-Ära, sondern ruft auch weniger wünschenswerte Agenden wieder auf den Plan.

Sanitäre und wirtschaftliche Krisen werden so zu kommunizierenden Röhren: Der medizinische Notstand führt Volkswirtschaften in eine Rezession, die die Kaufkraft der privaten Haushalte senkt und mit ihr die Liquidität der nationalen Gesundheitsversorgung, weil diese in manchen Ländern zu fast 50 Prozent auf Privatzahlungen beruht. Kollabiert das Gesundheitssystem, nimmt die Rezession weiter Fahrt auf – ein Teufelskreis.

Was in den auf diese Weise liberalisierten Systemen gilt, ist das Gesetz des Marktes – in seiner schlimmsten Perversion: Gesundheit wird zur Ware, die für jene reserviert ist, die sie sich leisten können. Im Angesicht einer globalen Pandemie jedoch wird dieses System ad absurdum geführt: In der Corona-Krise ist der fehlende Zugang zu Gesundheitsleistungen kein persönliches Problem der unmittelbar Betroffenen mehr, sondern ein zivilisatorisches Risiko für die gesamte Gesellschaft. Und selbst wenn eine universelle Notversorgung für alle Bürgerinnen und Bürger versprochen wird, ist das Problem nicht gelöst: Wie soll eine flächendeckende und ausreichende Versorgung im Krisenfall geleistet werden, wenn über Jahre hinweg dringend notwendige Investitionen in öffentliche Strukturen zurückgestellt wurden, während horrende Gewinne in die Taschen privater Gesundheitsunternehmen gewandert sind?

In einer pandemischen Krise muss unser Gesundheitssystem zwei Kriterien genügen: Es muss öffentlich zugänglich und für alle erschwinglich sowie solidarisch und solide finanziert sein. Wenn die Corona-Krise ein Gutes haben sollte, dann dass diese Erkenntnis auch die politischen Entscheidungsträger in den Mitgliedstaaten erreicht – und so die „Gunst der Stunde“ nach der Krise produktiv genutzt wird.

Doch die Corona-Krise schafft nicht nur ein Momentum für die Überwindung der Privatisierungs-Ära, sondern ruft auch weniger wünschenswerte Agenden wieder auf den Plan. Angesichts der aktuellen Entwicklungen bekommen Telemedizin- und Ferndiagnose-Projekte wieder medialen und politischen Aufwind. Zwar bemühen sich Start-ups, Gesundheitsunternehmen und findige Mediziner nun darum, ihre Ideen zu WhatsApp-Konsultationen und Gesundheits-Apps als innovative

Antworten auf das Gebot des „Social Distancing“ zu formulieren. Doch in Wahrheit liegen die Pläne für derartige Vorstöße seit Jahren in den Schubladen von Ministerien und großen Konzernen.

Eine krisenfeste Gesundheitsunion braucht europäische Mindeststandards für paritätische Krankenkassenbeiträge, Obergrenzen für den Anteil privater Zahlungen und einen Solidarfonds zur Abfederung sanitärer Notlagen.

So sachdienlich digitale Kommunikationskanäle zwischen Ärzten und Patienten sein mögen, bergen diese Vorschläge dennoch zwei große Risiken: Wie definieren wir die ärztliche Sorgfaltspflicht, wenn Ärztin und Patient jeweils hinter Tastaturen und Bildschirmen sitzen? Und wer garantiert für die Sicherheit von Patientendaten, wenn die Sprechstunde durch einen WhatsApp-Chat ersetzt wird?

Der Deutsche Ärztetag hat sein selbstauferlegtes Ferndiagnoseverbot 2018 aufgehoben: Seitdem können die Landesärztekammern Modelle für Telemedizin entwickeln und zulassen. Der Gesetzgeber stellt es den Ärztinnen und Ärzten zwar grundsätzlich frei, sich an Ferndiagnose-Verfahren zu versuchen, setzt ihnen dabei aber enge Grenzen und untersagt überdies die Bewerbung von Telemedizin. Eine Reihe von Urteilen der zuständigen Landgerichte hat dies zuletzt bestätigt. Doch der digitale Raum kennt keine Grenzen: In den USA arbeitet der Amazon-Konzern bereits an der Smartphone-App Amazon-Care, die medizinische Leistungen via Chat, Anruf und Video-Call anbieten soll – natürlich ausschließlich in Zusammenarbeit mit Privatpraxen und privaten Kliniken.

Wir müssen nun also einerseits entschlossen handeln, um im Zuge der Corona-Krise endlich mit fehlgeleiteten Privatisierungsplänen zu brechen. Andererseits jedoch müssen wir wachsam sein, damit die Corona-Pandemie nicht dafür instrumentalisiert wird, das Gesundheitswesen unter dem Vorwand der Digitalisierung quasi „durch die Hintertür“ zu vermarktlichen. Doch wer sind „wir“? Im Lichte der fundamental europäischen Dimension der Krise und der gravierenden Folgen, die Grenzschließungen und fehlende Solidarität für die Zukunft der EU haben könnten, muss die Antwort eine europäische sein.

Die gesundheitspolitischen Kompetenzen der EU beschränken sich auf die Definition von schädlichen Gefahrenstoffen, die Regulierung von Arzneimitteln und den Gesundheitsschutz, vor allem am Arbeitsplatz. Diese Bereiche können ein Ausgangspunkt für neue

Koordinierungsverfahren werden, die neben regulativen Standards auch die finanzielle Stabilität der Gesundheitssysteme in den Blick nehmen. Eine krisenfeste Gesundheitsunion braucht europäische Mindeststandards für paritätische Krankenkassenbeiträge, Obergrenzen für den Anteil privater Zahlungen an den nationalen Gesundheitsausgaben und einen Solidarfonds zur Abfederung von sanitären Notlagen, damit sich Bilder wie die der Särge von Bergamo niemals wiederholen. Der mikroskopisch kleine Sars-CoV-2 Virus zeigt deutlich auf: Die Europäische Union kann sich einen Ausverkauf der nationalen Gesundheitswesen nicht leisten. Die unsichtbare Hand privater Investoren hält keine ausreichende Gesundheitsversorgung für Krisensituationen vor. Wo die Gesundheit und Sicherheit aller Europäerinnen und Europäer betroffen ist, muss die öffentliche Hand, müssen die Mitgliedstaaten gemeinsam handeln.



Lukas Hochscheidt
Berlin

Lukas Hochscheidt ist seit Oktober 2018 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Europäische und Internationale Gewerkschaftspolitik im Deutschen Gewerkschaftsbund. Er studiert derzeit Politik- und Sozialwissenschaften an der Sciences Po Paris und der Freien Universität Berlin.