

# Europäische Gesundheitssysteme vor und während der Coronapandemie

von Cornelia Heintze<sup>1</sup>

## Europäische Gesundheitssysteme zwischen Staat, Markt und Selbstverwaltung

In Europa bieten die meisten Gesundheitssysteme<sup>2</sup> umfassenden Schutz. Die in Westeuropa universalistischen Systeme unterteilen sich in zwei Grundtypen: Auf der einen Seite stehen steuerfinanzierte staatliche Systeme, bei denen die Finanzierung und die Leistungserbringung überwiegend öffentlich erfolgt; auf der anderen Seite beitragsfinanzierte Systeme, bei denen die Finanzierung auf Pflichtversicherungssystemen basiert (öffentliche und/oder private Kassen) und die Leistungserbringung über gemischte Trägerschaften erfolgt. Entstanden ist diese Zweiteilung nach der Zäsur, die der Zweite Weltkrieg mit sich brachte. Ausgehend vom Vereinigten Königreich, wo 1948 unter dem Labour-Premier Clement Attlee ein steuerfinanziertes staatliches Gesundheitssystem, der National Health Service (NHS), gegründet wurde, kam es im Zeitraum bis Anfang der 70er Jahre in allen skandinavischen und abgesehen von den USA auch in angelsächsischen Ländern von Pfadwechseln hin zu staatlichen Gesundheitssystemen. In einer zweiten Welle folgten einige südeuropäische Länder (Portugal 1979, Italien 1980; Spanien ab den 80er Jahren). Der Zusammenbruch der UdSSR brachte eine weitere Zäsur. Während jedoch im wiedervereinigten Deutschland auch die Elemente des Gesundheitssystems der DDR, die zukunftsweisend gewesen wären, wie z.B. die Polikliniken oder die Gemeindeschwester, abgewickelt wurden, hielten die osteuropäischen Transfor-

mationsländer im Kern an der staatlichen Organisierung fest. Es entstand ein Mischtyp mit Elementen aus beiden anderen Grundtypen. Zwar wurde die Finanzierung auf Beiträge und damit eine Versicherungslogik umgestellt. Dies aber ohne selbstverwaltete Kassen und Kassenwettbewerb, sondern durch die Schaffung von Einheitskassen zumindest für die Grundversorgung. Die Leistungserbringung blieb überwiegend in öffentlicher Hand. In einigen Ländern – zu nennen sind Bulgarien und Polen – kam es freilich in größerem Umfang nicht nur bei der ambulanten, sondern auch bei der stationären Versorgung zu Privatisierungen. Kirchliche und sonstige private Non-Profit-Trägerschaften, die in Deutschland und den Niederlanden große Bedeutung haben, spielen kaum eine Rolle.

Tabelle 1 präsentiert für eine Auswahl von 22 Ländern entlang der 3 Typen Grunddaten zu den laufenden Gesundheitsausgaben und ihrer Finanzierung, zur Trägerstruktur bezogen auf das Krankenhauswesen und zur Performanz bei einigen aktuellen Vergleichsstudien. Wie ersichtlich liegen beim Grundtyp I die skandinavischen Kernländer Dänemark, Norwegen und Schweden dicht beieinander: 1) Finanzierungsseitig mit laufenden Gesundheitsausgaben von etwas über 10 Prozent des BIP, die zu 84 Prozent und mehr über Steuern finanziert werden; die privaten Zuzahlungen sind niedrig. 2) Leistungsseitig mit überwiegenden Quasi-Monopolen öffentlicher Trägerschaften von Krankenhäusern und anderen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung.

Bei internationalen Vergleichsstudien rangieren alle fünf nordisch-skandinavischen Länder meist unter den Top Ten. Dass sehr gute Ergebnisse nicht zwingend sehr hohe Ausgaben voraussetzen, macht der direkte Vergleich zwischen einerseits der Schweiz sowie andererseits Schweden, Norwegen und Finnland deutlich (vgl. die letzten vier Spalten der Tabelle). Entgegen der deutschen Wahrnehmung erzielt auch

1 Cornelia Heintze (Dr. rer. pol) ist Stadtkämmerin a. D. und Politologin. Als Stadtkämmerin war sie auch als Krankenhausdezernentin tätig. Sie verfügt über Erfahrungen als Altenpflegerin o.E. (70er und 80er Jahre). Sie publiziert fachübergreifend im Bereich international vergleichender Staats- und Wohlfahrtsforschung. Gesundheit, Pflege und öffentliche Dienste sind dabei ein Schwerpunkt.

2 Die Webseite der Weltgesundheitsorganisation hält unter „European Observatory on Health Systems and Policies“ die Publikationsreihe „Health Systems in Transition“ bereit. Hier finden sich Studien zu den Grundstrukturen und aktuellen Veränderungsprozessen der Gesundheitssysteme aller europäischen Länder. Siehe unter: <https://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits/full-list-of-country-hits>.

**Tab. 1: Gesundheitssysteme im Vergleich: Ausgaben, Finanzierung, öffentliche Prägung und Performanz für 22 Auswahlländer**

	Laufende Gesundheitsausgaben				Krankenhausbetten nach Eigentümern (Anteile in Prozent)			Bewertung bei internationalen Vergleichsstudien (Rangplätze)			
	Prozent des BIP	Finanzierungsanteile (Prozent)			Öffentlich 2017	For-Profit		EH CI18 (35 Länder)	Performanz 2016 (195 Länder) <sup>2</sup>	SDG <sup>3</sup>	Digitalisierung <sup>4</sup>
		Steuern	Kassenbeiträge	Selbstzahlungen <sup>1</sup>		2002/04	2017				
<b>I. Universalistische Staatliche Gesundheitssysteme</b>											
Schweden	10,8	84,8	0,0	15,2	:	:	:	8	8	3	7
Norwegen	10,5	85,5	:	14,5	100,0	0,0	0,0	3	1	2	:
Dänemark	10,1	84,0	0,0	16,0	93,7	1,1	2,0	4	17	14	3
Vereinigtes Königreich	9,6	78,8	0,0	21,2	100,0	0,0	0,0	16	23	5	6
Finnland	9,2	61,6	13,5	24,9	95,5	3,4	4,5	6	6	10	:
Portugal	9,0	65,0	1,3	33,7	68,8	5,7	10,5	13	32	31	8
Spanien	8,9	66,5	4,1	29,4	68,7	18,8	19,1	19	19	22	5
Italien	8,7	73,6	0,2	26,3	66,7	27,1	29,3	20	9	34	12
<b>II. Universalistische Pflichtversicherungssysteme mit gemischter Trägerschaft</b>											
Schweiz	12,4	21,8	41,8	36,4	:	:	:	1	7	8	14
Frankreich	11,3	5,3	78,1	16,6	61,6	19,9	24,3	11	20	37	15
Deutschland	11,3	6,3	78,1	15,6	40,7	23,5	30,4	12	18	19	16
Belgien	10,4	20,6	55,4	24,1	:	:	:	5	15	15	13
Österreich	10,4	29,8	44,2	26,0	69,8	7,4	13,7	9	13	29	10
Niederlande	10,1	6,2	75,5	18,4	0,0	0,0	0,0	2	3	6	9
<b>III. Staatlich organisierte Pflichtversicherungssysteme</b>											
Slowenien	8,2	3,4	68,8	27,8	98,9	:	1,1	21	21	13	:
Tschechien	7,2	13,1	69,0	17,9	84,9	:	14,8	14	28	42	:
Slowakei	6,7	2,4	77,5	20,1	:	:	:	17	36	23	:
Litauen	6,5	9,0	57,2	33,8	99,2	0,2	0,1	28	45,0	108	:
Polen	6,5	10,0	59,8	30,2	Rd: 88	:	:	32	39,0	40	17
<b>IV. Gesundheitssysteme ohne umfassenden Schutz</b>											
Bulgarien	8,1	9,3	42,8	47,9	76,7	2,6	23,3	31	51,0	91	:
Griechenland	8,0	27,8	32,7	39,4	65,2	27,9	32,9	29	24,0	73	:
Rumänien	5,2	15,5	63,2	21,4	94,3	0,1	5,3	34	47,0	109	:

: Daten nicht verfügbar.

1) Freiwillige Systeme und private Zuzahlungen; 2) Ergebnisse bei der Behandlung von 33 häufigen Erkrankungen; 3) Bewertet werden die im Zeitraum von 1990 bis 2017 erzielten Fortschritte bei nachhaltigkeitsorientierten Gesundheitszielen (195 Länder); 4) Studie der Bertelsmann Stiftung (2018: Tab. 26 S. 225) zum Stand der Digitalisierung in 17 Vergleichsländern (weltweiter Vergleich).

**Quellen:** 1) Ausgaben und Finanzierung: Eurostat, Datenbestände von „Gesundheitsausgaben – ausgewählte Funktionen der Gesundheitsversorgung nach Finanzierungssystemen [hlth\_sha11\_hchf]“; Update 06.07.2020; eigene Auswertung; 2) Krankenhausbetten nach Eigentümern: Eurostat: Krankenhausbetten nach Trägerschaft [hlth\_rs\_bds2]; Update vom 26.08.2019; 3) Vgl. Literaturliste: EHCI 2018; Loranzo et al. (2018). Bertelsmann Stiftung (2018: Tab. 26 S. 225).

der britische NHS befriedigende bis gute Bewertungen, ist aber chronisch unterfinanziert. Die südeuropäischen Länder heben sich durch eine relativ starke Bedeutung privater Finanzierung wie Leistungserbringung ab. Trotz einiger Top-Bewertungen etwa bei der Digitalisierung (Spanien, Portugal) und bei den Behandlungsergebnissen (Italien) bestehen Versorgungslücken, etwa bei der Langzeitpflege.

Die westeuropäischen Länder (Grundtyp II) haben in ihren Strukturen die aus dem 19. Jahrhundert überkommenen Strukturen von Selbstverwaltungskörperschaften und kirchlicher Dienstgemeinschaft unterschiedlich stark konserviert; am stärksten Deutschland, was sich an der Fortexistenz kirchlicher Sonderrechte (Dritter Weg) zeigt. Dass der gewerkschaftliche Organisationsgrad bei sozialen Berufen hier weit niedriger ist als in Österreich oder Belgien, findet darin eine Teil-Erklärung. Die osteuropäischen Länder haben nach 1989 die vorher steuerfinanzierten Staatssysteme zwar grundlegend umgebaut, dabei aber finanzierungs- und leistungsseitig eine staatliche Prägung beibehalten. In Polen etwa sind alle Erwerbstätigen Pflichtmitglieder der geschaffenen Volksversicherung; die Mittelverteilung erfolgt über einen Nationalen Gesundheitsfonds, der dazu Verträge mit den Leistungserbringern abschließt. Die Ressourcenausstattung freilich ist zu niedrig, um damit ein qualitativ hochstehendes Gesundheitswesen zu unterhalten. In Bulgarien und Rumänien erreicht die öffentliche Unterfinanzierung eine Größenordnung, die ihren Preis in Form von Versorgungslücken und einer Segmentierung entlang von Klassen findet. Auch Griechenland gehört in die Restgruppe ohne universalistischen Gesundheitsschutz. Schon vor der Finanzkrise gab es hier kein starkes, sondern ein stark von Korruption befallenes Gesundheitssystem. Die von den internationalen Gläubigern erzwungenen Budgetkürzungen von 40 Prozent und mehr<sup>3</sup> brachten das System dann aber nahe an den Kollaps mit Flucht der Wohlhabenden ins wachsende Privatsystem.

Die letzten drei Dekaden standen im Zeichen versuchter Effizienzsteigerung durch entweder der Entfesselung von Logiken eines Markt-Wettbewerbs oder der Integration von Leistungen über verschiedene Versorgungsstufen hinweg. Auf Markt und Wettbewerb setzten vorrangig die Länder der Gruppe II, abgestuft aber auch Länder mit staatlichen Systemen wie Schweden sowie einige osteuropäische Länder. Betroffen ist weniger die Finanzierungsseite als die Leistungserbringung. Wo die Vermarktlichung unterhalb der Schwelle zur Änderung von Eigentumsstrukturen bleibt, zeigt sie sich in den Spalten 6 bis 8 von Tabelle 1 gar nicht. So befinden sich im Vereinigten Königreich weiterhin 100 Prozent der Planbetten im öffentlichen Eigentum. Ca. 30 Prozent des NHS-Budgets fließen zwischenzeitlich aber an den Privatsektor ab, um – politisch über PPP-Modelle erzwungen – dort Leistungen einzukaufen, die früher selbst erbracht wurden. Das Problem chronischer Unterfinanzierung wurde so zusätzlich verschärft. Outsourcing und die private Vergabe von Funktionsleistungen (Laborleistungen, Reinigungsleistungen usw.) sind auch in Deutschland weit verbreitet. Privatisiert wurden hier aber auch ganze Häuser mit der Folge, dass sich nur noch 41 Prozent der Krankenhausbetten in öffentlichem Eigentum und fast ein Drittel im Eigentum von For-Profit-Akteuren befinden (vgl. Heintze 2016a+b; 2020). Anfang der 90er Jahre spielten For-Profit-Akteure nur eine Randrolle, zwischenzeitlich machen sie sich über die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren auch in der ambulanten Versorgung immer mehr breit. In der ambulanten Langzeitpflege haben sie die Marktführerschaft übernommen.

## Bewältigung der Corona-Pandemie

### Covid19-Todeszahlen: Spiegel für was?

Noch stecken wir in der ersten Phase der Pandemie. Die verfügbaren Daten zeichnen Zwischenstände. Bei ihrer Interpretation ist Vorsicht geboten. Die Testintensität variiert und auch bei der Erfassung von Todesfällen bestehen Unterschiede. Am ehesten belastbar sind die Daten zu den Todesfällen in der Relati-

<sup>3</sup> Pro Einwohner beliefen sich die aus Steuern und/oder Pflichtbeiträgen finanzierten Gesundheitsausgaben 2009 auf 1.374 €, 2014 aber nur noch auf 742 €; dieser dramatische Rückgang wurde seither nicht wettgemacht (2016: 817 €; 2018: 780 €).

on zur Einwohnerzahl. Deutschland schneidet gut ab. Mit Stand von Mitte Juli 2020 verstarben von 100.000 Einwohnern statistisch nur 10,9 an oder mit Covid19.<sup>4</sup> In Belgien sind es fast achtmal (85,4), im Vereinigten Königreich sechsmal (68,3), in Schweden fünfmal (54,2) und in den Niederlanden immerhin noch mehr als dreimal so viele (35,7). Auch die Schweiz (ECDC 19,7; John Hopkin: 23,1) schneidet schlechter ab. Etwa gleichauf mit Deutschland liegt Dänemark (10,5), während nicht nur die drei anderen nordischen Länder mit Todesraten von 2,8 (Island) bis 6,0 (Finnland) bessere Ergebnisse aufweisen, sondern auch alle osteuropäischen Länder, Griechenland eingeschlossen.

Das gute Abschneiden von Deutschland erklärt sich primär aus dem Ineinandergreifen von zeitlichem Vorlauf und kohärentem politischen Krisenmanagement. Die politischen Entscheidungsträger fuhren das öffentliche Leben zum richtigen Zeitpunkt herunter und nutzten die gewonnene Zeit, um Ausrüstungslücken zu schließen und die Kapazitäten der Krankenhäuser und Gesundheitsämter hochzufahren. Es gelang, die Ausbreitung des Virus so einzudämmen, dass das Infektionsgeschehen kontrollierbar blieb und die Krankenhäuser gar keinem echten Stresstest ausgesetzt wurden. In den Ländern, in denen effektive Maßnahmen zur Flachhaltung der Infektionskurve zu spät ergriffen wurden wie in Nord-Italien, Teilen von Spanien (Region Madrid), Frankreich und Belgien geriet das Geschehen zumindest temporär außer Kontrolle. Die Folgen ausgeprägter Privatisierungen von Krankenhäusern und Pflegeheimen wirkten verschärfend. In der Lombardei und der Region Madrid sahen Teile der profitorientierten Häuser z.B. keine Veranlassung, auf gut vergütete planbare Operationen zugunsten der Behandlung von Covid19-Patienten zu verzichten. Es bedurfte staatlichen Eingreifens – so stellte die spanische Regierung die Privatkliniken temporär unter staatliche Kontrolle –, um gegenzusteuern. Hart traf es auch Länder mit erratischem Krisenmanagement. Hier wurde weder rechtzeitig, noch entschlossen genug ge-

handelt. Das Vereinigte Königreich fällt in diese Kategorie. Umgekehrt die osteuropäischen Länder. Die dort früh ergriffenen, sehr restriktiven Maßnahmen erwiesen sich als wirksam; es gelang, die Infektionskurve flach zu halten. Ob der Erfolg von Dauer ist, steht dort in Zweifel, wo dem besonnenen Krisenmanagement grundlegende soziale und ökonomische Faktoren entgegenstehen. Das Virus trifft sozial benachteiligte Menschen, die beengt zusammen wohnen und ihren Lebensunterhalt mit häufig prekären Berufstätigkeiten im Einzelhandel, der Gastronomie oder der Pflege bestreiten, weit stärker als die gut situierten Angehörigen der Mittel- und Oberschicht. In Osteuropa weisen die baltischen und die im Süden liegenden Länder, Griechenland eingeschlossen, eine hohe Ungleichheit auf; die Slowakei, Tschechien und Slowenien gegenläufig eine geringe.<sup>5</sup> Meine Erwartung geht dahin, dass in den von hoher sozialer Ungleichheit geprägten Ländern für den Zeitraum 2020 bis 2022 mit einer deutlich erhöhten Übersterblichkeit, die die sozial benachteiligten Schichten weit überproportional trifft, zu rechnen ist. Für die USA, wo eine extreme soziale Spaltung auf ein Gesundheitssystem trifft, das nicht ansatzweise universalistisch geprägt ist, gibt es dazu schon erste Befunde (vgl. Dorn et al. 2020).

Einen liberalen Sonderweg beschritt Schweden. Auf die staatliche Durchsetzung restriktiver Maßnahmen wurde im Vertrauen auf das verantwortungsvolle Verhalten jedes Einzelnen weitgehend verzichtet. Im Ergebnis ist die Todesrate Mitte Juli 2020 zehnmal so hoch wie in den skandinavischen Nachbarländern Norwegen und Finnland und der wirtschaftliche Einbruch gleichwohl groß. Die Strategie muss als gescheitert angesehen werden.

### Sachliche und personelle Kapazitäten der europäischen Gesundheitssysteme

Dort, wo im Rahmen der Virusausbreitung Hotspots entstehen mit einer großen Anzahl

4 Quellen: 1) European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC): <https://www.ecdc.europa.eu/en/cases-2019-ncov-eueea> (15.7.20); 2) John Hopkin Universität (14.7.20). Die Daten von 2) sind um einen Tag aktueller und differieren teilweise.

5 In den drei genannten osteuropäischen Ländern wie auch in Norwegen liegt das GINI-Ungleichheitsmaß bei unter 25. Bis Mitte der 90er Jahre lag Deutschland wenig über diesem Niveau, erreicht jetzt (2018) aber den recht hohen Wert von 31,1. Im Vereinigten Königreich, dem Baltikum und den südeuropäischen Ländern ist die Ungleichheit noch größer. Die höchste Ungleichheit (2019: GINI von 40,8) findet sich in Bulgarien. Quelle: Eurostat „Gini-Koeffizient des verfügbaren Äquivalenzeinkommens - EU-SILC Erhebung [ilc\_di12]“, Update 17.06.2020.

an Covid-19-Erkrankten kommt es zu einem sprunghaften Anstieg des Bedarfs an medizinischer Vorsorge und Behandlung. In folgenden Bereichen müssen dann ausreichende Kapazitäten verfügbar sein:

- 1) Personelle Kapazitäten für die Durchführung von Tests, die Nachverfolgung von Infektionsketten, die Durchführung von Diagnosen und die Behandlung.
- 2) Räumliche Kapazitäten für die Testdurchführung und die Patientenbehandlung.
- 3) Materielle Kapazitäten für Testdurchführungen, Testauswertungen und die medizinische und pflegerische Versorgung im Akutfall sowie in der Nachsorge bei schweren Krankheitsverläufen.

Es geht also nicht nur um Krankenversorgung. Monitoring und Containment sind nicht minder wichtig. Als die Pandemie in Deutschland ankam, erwiesen sich die nicht ausreichend vorhandenen Vorratsbestände an Schutzausrüstungen sowie das fehlende Personal in den Gesundheitsämtern als zentraler Engpassfaktor. Die Gesundheitsämter sind die staatlichen Stellen, auf denen vor Ort die Verantwortung für die Erfassung und Eindämmung von Seuchen lastet (Infektionsschutzgesetz i.d.F. vom 20.03.2020, BGBl. I S. 587). Weder personell noch mit Blick auf die technische Ausstattung waren sie gut aufgestellt. Ihr Kollaps konnte nur durch die Anwerbung freiwillig Tätiger (Medizinstudenten, vor allem) und die Abordnung von Kräften aus den Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die wegen des Lockdowns geschlossen waren (Schulen, Kitas, Bürgerämter usw.), verhindert werden.

Für die kommunalen Gesundheitsämter resp. den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) trifft die zwischenzeitlich reichlich abgenutzte Metapher zu, wonach die Corona-Krise wie unter einem Brennglas den Blick auf schon vorher bestehende Missstände lenkt. Der Anfang der 90er Jahre gestartete Prozess der neoliberalen Transformation des Gesundheitswesens in eine der Wachstums- und Gewinnlogik verpflichtete Gesundheitswirtschaft drängte den ÖGD

immer mehr an den Rand. Aus der Perspektive „Gesundheitswirtschaft“ interessiert die individuelle Gesundheitsnachfrage mit dem Ziel der Maximierung des Arzneimitteleinsatzes und der Durchführung gewinnträchtiger medizinischer Interventionen. Gesundheitsämter sind konträr dazu der kollektiven Gesundheit verpflichtet und folgen keiner Gewinnlogik. Ihr Aufgabenspektrum reicht vom Infektionsschutz als traditioneller Kernaufgabe über die Zahngesundheitsprophylaxe von Kindern bis zur sozialkompensatorischen Gesundheitsfürsorge. Wie stark der personelle Aderlass teilweise war, macht die Entwicklung in Berlin deutlich. Von 1995 bis 2016 wurde das Personal um 44 Prozent abgebaut (Näheres vgl. Heintze 2020: S. 4ff). Der Kahlschlag war die zwingende Folge der Verknappung öffentlicher Haushaltsmittel bei gleichzeitig wachsenden Aufgaben (KITA-Ausbau, z.B.).

Tab. 2 gibt für die Länderauswahl von Tab. 1 einen Überblick zu den Krankenhauskapazitäten (Betten und Vollkräfte von Ärzten und Pflegekräften auf je 100.000 Einwohner). Wie ersichtlich sind in den deutschen Krankenhäusern relativ zur Einwohnerzahl weit mehr Betten für die Akut- wie auch die Intensivversorgung verfügbar als – von Bulgarien abgesehen – in allen anderen europäischen Ländern. Gut 600 Akut-Betten sind es derzeit verglichen mit weniger als 400 in den meisten anderen Ländern. Zwar liegen alle Länder der Gruppe III über der 400-Betten-Schwelle, in der eigenen Gruppe weisen aber nur Belgien und Österreich ebenfalls eine hohe Bettendichte auf. Die Länder mit staatlichem Gesundheitssystem (Gruppe I) haben demgegenüber ihre Bettendichte stark reduziert. Am radikalsten Schweden (1975 – 1985: -22 Prozent; 1985 – 1995: -44 Prozent). Auch in Deutschland sind während der letzten drei Dekaden Krankenhausbetten relativ zur Einwohnerzahl abgebaut worden. Dies aber moderat um nur 15 Prozent im Zeitraum von 1997 bis 2017. In den anderen Ländern des gleichen Systemtyps fiel der Abbau stärker aus und betraf meist auch die Intensivbetten. In Deutschland erfolgte umgekehrt bei den Intensivbetten seit 2006 ein Zubau um 20,6 Prozent bis 2017.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Daten nach Destatis (Grunddaten der Krankenhäuser, fortlaufend bis 2017 und Pressemitteilung Nr. 119 vom 2. April 2020).

**Tab. 2: Kapazitäten von Krankenhausbetten und Krankenhauspersonal auf 100.000 Einwohner in 22 Vergleichsländern**

	Betten für medizinische Behandlung			Bettenauslastung (Akutversorgung)		Intensivbetten	Krankenhausvollkräfte (Medizin + Pflege) 2017 <sup>1</sup>	
	1996/97	2000	2018	2000	2017	2017/20	Ohne Helfer <sup>2</sup>	Incl. Helfer
<b>I. Universalistische staatliche Gesundheitssysteme</b>								
Schweden	364,8	310,3	196,8	:	:	:	:	:
Norwegen	396,9	379,7	313,4	85,2	80,7	8,5	1072,6	1:221,8
Dänemark	464,3	426,0	235,8	:	:	7,8	933,0	1:090,1
Vereinigtes Königreich <sup>3</sup>	:	407,8	249,5	83,4	84,3	10,5	:	:
Finnland	298,8	393,1	284,1	:	:	:	:	1:093,2
Portugal	:	366,2	329,2	62,2	66,8	:	643,1	932,8
Spanien	304,8	289,3	249,7	77,1	75,3	9,7	830,6	:
Italien	631,8	421,7	258,5	75,5	78,9	8,6	647,1	:
<b>II. Universalistische Pflichtversicherungssysteme mit gemischter Trägerschaft</b>								
Schweiz	:	530,7	360,7	84,8	82,0	11,8	935,3	1.064,7
Frankreich	446,9	406,2	304,1	75,0	75,6	16,3	726,2	1.066,4
Deutschland <sup>4</sup>	724,8	680,8	601,5	81,1	79,8	33,9	671,5	:
Belgien	650,3	619,5	496,7	81,0	81,8	17,8	629,5	694,8
Österreich	729,5	684,9	534,8	74,3	73,8	28,9	841,8	940,0
Niederlande	336,7	305,3	268,8	65,7	65,4	6,8	548,6	548,6
<b>III. Staatlich organisierte Pflichtversicherungssysteme</b>								
Slowenien	548,9	522,5	413,4	70,6	69,5	:	676,3	688,1
Tschechien	655,9	610,0	408,0	73,9	70,1	:	710,2	741,3
Slowakei	693,9	640,4	481,0	:	:	:	556,4	683,3
Litauen	968,7	762,5	530,5	76,8	73,2	:	891,1	1:109,1
Polen	573,3	515,1	473,5	:	:	10,1	457,8	:
<b>IV. Gesundheitssysteme ohne umfassenden Schutz</b>								
Bulgarien	:	548,6	624,5	:	:	:	561,1	562,0
Griechenland	390,1	378,3	363,5	:	:	:	:	629,8
Rumänien	545,2	537,6	528,5	:	:	:	490,6	712,9

: Daten nicht verfügbar

Erläuterungen: 1) In Italien, Spanien, Portugal, Slowenien, Bulgarien und Griechenland abweichend Anzahl. Die Daten von Finnland beziehen sich auf 2014. 2) Bei Portugal, Spanien, Italien und Bulgarien ohne nicht-akademische Pflegefachkräfte; 3) Betten insgesamt; 4) Akut-Betten von 2017.

Quellen: 1) Eurostat: Krankenhausbetten nach Behandlungsart [hlth\_rs\_bds] und Krankenhauspersonal [hlth\_rs\_prshp1]; Update jeweils 24.02.2020; 2) OECD 2019 (Daten zu Abb. 9.8: Occupancy rate of curative (acute) care beds, 2000 and 2017); 3) OECD 2020 (Abb 7, S. 13).

Die gute Ausstattung mit Krankenhausbetten wird in der deutschen Öffentlichkeit gerne als Ausweis der überlegenden Leistungsfähigkeit des deutschen Gesundheitswesens interpretiert. Tatsächlich aber sagt die Bettendichte allein wenig. Nicht die Betten an sich interessieren, sondern die, die frei verfügbar sind resp. durch die Verschiebung planbarer Eingriffe verfügbar gemacht werden können. Indikator für die freie Spitze ist der Bettenauslastungsgrad. Bei medizinischen Behandlungen lag er 2017 im OECD-Durchschnitt bei 75,2 Prozent, in Deutschland aber bei höheren 79,8 Prozent (vgl. Tab. 2, Spalten 5+6).

Angemessen interpretiert werden kann die Bettendichte nur im Kontext der Funktionsweise des jeweiligen Gesundheitssystems. Der Vergleich zwischen Deutschland und Dänemark mag dies verdeutlichen. Viele Patienten, die in Deutschland stationäre Krankenhausaufenthalte durchlaufen, haben Beschwerdebilder, die in Dänemark ambulant behandelt oder betreut würden. Die Betreuung von chronisch Kranken erfolgt z.B. über von Pflegefachkräften geleitete Chronikerzentren. Dem hoch-integrierten dänischen Gesundheitssystem stehen in Deutschland fragmentierte Strukturen mit relativ strikten Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gegenüber. Der laufende Komplettumbau der dänischen Kliniklandschaft kommt hinzu (vgl. Heintze 2019). Er geht einher mit der Umwandlung bisheriger Mehrbettzimmer in Ein- bis maximal Zweibettzimmer, die so groß sind, dass sich die Kapazität im Bedarfsfalle leicht verdoppeln lässt. Hinter der statistisch ausgewiesenen Bettendichte stehen also leicht mobilisierungsfähige Reservekapazitäten. Obwohl die dänische Bettendichte in 2017 nur 42 Prozent des deutschen Niveaus erreichte, waren an den dänischen Kliniken im medizinischen und pflegerischen Dienst fast 40 Prozent mehr Fachkräfte beschäftigt als in Deutschland. Bei Einbezug der Pflegehelfer fällt die Differenz noch größer aus. Die in Deutschland hohe Bettenzahl korrespondiert nicht mit einer angemessenen Personalausstattung. Diese ist unterdurchschnittlich (2017: Platz 10 bei den Fachkräften unter 19 Ländern, für die Daten

verfügbar sind<sup>7</sup>). Simon (2018) beziffert die Unterausstattung auf 100.000 fehlende Pflegevollkräfte.

Auch die hohe Zahl an Intensivbetten, über die Deutschland verfügt, sagt wenig über die Qualität der Krankenversorgung. Die Erhöhung der Intensivbettendichte ist einer höchst problematischen Entwicklung geschuldet. Bis 1992 war den Krankenhäusern die Erwirtschaftung von Gewinnen untersagt. Dies ging zurück auf das Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972. Für die Finanzierung der laufenden Ausgaben durch die Krankenkassen etablierte es das Prinzip der Deckung der Selbstkosten eines bedarfsgerecht und wirtschaftlich arbeitenden Krankenhauses. Mit der Gesundheitsstrukturreform von 1993 wurde dieses Selbstkostendeckungsprinzip abgeschafft und die Finanzierung nach einer Übergangsphase auf das Preissystem der Fallpauschalen umgestellt (zur Kritik siehe Bündnis Krankenhaus statt Fabrik 2018). Durch diese Ausrichtung am Prinzip des Marktwettbewerbs änderten sich die Entscheidungsprozesse in den Krankenhäusern. An die Stelle der Frage: Welche Behandlung braucht der Patient? trat die Frage: Welche Erlöse bringt der Patient. Sehr hohe Erlöse bringen künstliche Beatmungen auf Intensivstationen. Medizinisch geboten wäre eine möglichst rasche Entwöhnung. Häufig findet sie nicht statt, da der ökonomische Anreiz dahin geht, die nächste Stufe der Fallpauschale abzuwarten, um möglichst hohe Erlöse zu generieren. Dass der für die Kliniken aufgespannte Rettungsschirm („COVID-19-Krankenhausentlastungsgesetz“, BGBl. I Nr. 14 vom 27.03.2020, S. 580) gleichwohl die Anschaffung weiterer Intensivbetten mit je 50.000 Euro fördert, war kein Akt politischer Klugheit. Schon die vorhandenen Intensivbetten wurden nur in geringem Umfang benötigt und die für Intensivbetten abgerufenen Fördermittel nun möglicherweise zu Teilen zweckwidrig verwandt.<sup>8</sup>

7 In Schweden und dem Vereinigten Königreich existiert keine einrichtungsbezogene Statistik. Die Statistik des NHS z.B. ist regional und nach Berufsgruppen gegliedert. Im März 2020 betrug die Beschäftigtenzahl des NHS von Schottland 167.000 Personen, dies sind 3.071 Beschäftigte pro 100.000 EW. Von den Vollkräften waren 9,6 Prozent Ärzte und 42,4 Prozent Pflegekräfte (Quelle: National Statistics, NHSScotland Workforce Report, 2. June 2020).

8 Die Kontraste-Sendung vom 17.07.2020 berichtete über rd. 7 Tsd. geförderte, jetzt aber nicht auffindbare Intensivbetten.

## Was folgt?

Die Coronapandemie hält zahlreiche Lektionen bereit. Sie fallen je nach Perspektive unterschiedlich aus. Für grundlegende Veränderungen muss eintreten, wer einen genauen Blick wagt. Meist jedoch bleibt der Blick selektiv und der Oberfläche verhaftet. Ganz grundsätzlich geht es darum, den öffentlichen Gesundheitsschutz auf allen Ebenen zu stärken. Die Pandemie kam ja nicht plötzlich über uns, sondern wurde von Fachleuten lange vorhergesagt. Der Rückblick auf das vergangene Jahrhundert zeigt, dass sich die Häufigkeit und der Ausbreitungsradius von Seuchen erhöht haben. Nach der Spanischen Grippe (1918 bis 1920) gab es in den 50 Jahren bis 1978/80 vier Seuchen mit weltweiter Ausbreitung, in den folgenden 25 Jahren (bis 2003) bereits drei in den dann folgenden 15 Jahren vier, die aktuelle Corona-Pandemie mit Ursprung im November 2019 in der chinesischen Millionenstadt Wuhan eingeschlossen. Um diesen Negativtrend zu brechen, müsste bei den Faktoren angesetzt werden, durch die das Risiko, dass Erreger von ihren angestammten tierischen Wirten auf

Menschen übergehen, immer mehr steigt. Die zentralen Stichworte lauten: Zerstörung der natürlichen Lebenswelten von Tieren durch menschlichen Raubbau; Ausbreitung agrarindustrieller Monokulturen mit viel Einsatz von Düngemitteln und Pestiziden, immer mehr Fleischkonsum bei gleichzeitiger Steigerung nicht artgerechter Massentierhaltung und industrieller Produktion von Billigfleisch, globale Zunahme menschlicher Elendsbehausungen mit schlechten Hygienestandards und fehlendem Zugang zu sauberem Trinkwasser. Von einer echten Trendwende ist bei all diesen Fehlentwicklungen nichts zu sehen. Im Gegenteil. Umso wichtiger wäre es auf einer zweiten Stufe, dass international und national die Institutionen gestärkt werden, deren Aufgabe es ist, neu entstandene Zoonosen und die Neuausbrüche mit bekannten Erregern rechtzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur wirksamen Eindämmung zu ergreifen. Auf Ebene der UN müsste also die Weltgesundheitsorganisation (WHO) finanziell und strukturell gestärkt werden. Auf Ebene der Nationalstaaten gilt es, die Vernachlässigung der Gesundheitsämter zu beenden. In der aktuellen Krisensituation wurde hier zwar

PROKLA


# PROKLA. Seit 1971

## ZEITSCHRIFT FÜR KRITISCHE SOZIALWISSENSCHAFT

**Schwerpunktthemen**

- Nr. 196: Krise der (europäischen) Sozialdemokratie (3/2019)
- Nr. 197: Krisen der Reproduktion (4/2019)
- Nr. 198: Globale Stoffströme und internationale Arbeitsteilung (1/2020)
- Nr. 199: Politische Ökonomie des Eigentums (2/2020)
- **Nr. 200: Probleme des Klassenkampfes – heute (3/2020)**

**Probeheft anfordern!**  
 PROKLA | [redaktion@prokla.de](mailto:redaktion@prokla.de) | [www.prokla.de](http://www.prokla.de)  
 Bertz + Fischer | [prokla@bertz-fischer.de](mailto:prokla@bertz-fischer.de) | [www.bertz-fischer.de](http://www.bertz-fischer.de)



**Einzelheft: 192 S., € 15,-**  
 ISBN 978-3-86505-900-0

BERTZ + FISCHER  
 \*\*\*

BERTZ + FISCHER  
 ■ ■ ■



kräftig aufgestockt. Die Frage, ob dies in eine dauerhafte Stärkung mündet, ist jedoch offen. Zwänge neuerlicher kommunaler Finanznot könnten dem entgegenstehen. Von Schritten zur nachhaltigen finanziellen Stärkung der Kommunen ist jedoch wenig zu sehen. Anders bei der Produktion medizinischer Ausstattungsgüter und Schutzmaterialien. Hier wird die Politik auf eine Reduktion von Abhängigkeiten durch stärkere Diversifizierung und den Neuaufbau von Produktionslinien in Deutschland und Europa drängen und dies auch mit öffentlichen Mitteln fördern. Auch der Schaffung neuer Berufsbilder, etwa eines Facharztes/einer Fachärztin für Infektiologie gebe ich Chancen, denn der Corona-Virus Sars-CoV-2 hat sich als systemisch wirkender Virus entpuppt, der nicht nur die Lunge angreift, sondern auch das Herz, die Niere und das Nervensystem.

Für einen Paradigmenwechsel bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Richtung einer Neuausrichtung der Strukturen des deutschen Gesundheitssystems weg von der marktformigen Wettbewerbslogik, hin zu einer Logik des Patientenbedarfs fehlen die Akteure. Trotz der schon lange anhaltenden Zuspitzung personeller Notstände in der Krankenhaus- und Altenpflege spricht viel dafür, dass das falsche Spiel mit den substanzlosen Ankündigungen nur in die nächste Runde geht. Für Weichenstellungen in Richtung einer substantiellen Aufwertung durch mehr Personal, mehr Kompetenzen und eine deutlich bessere Bezahlung fehlt der politische Wille. Konsequenterweise folgte auf warme Worte und Applaus dann auch umgehend ein unwürdiges Geschachere um die Finanzierung eines Einmal-Bonus. Besser sieht es hier in den Ländern aus, wo wegen weit höherer Infektionszahlen die Grenzen des Gesundheitssystems ausgetestet wurden. In Belgien konnten die Pflegekräfte bereits kräftige Einkommensverbesserungen durchsetzen und in Großbritannien spricht einiges für eine finanzielle Stärkung des NHS. Vom einst gut ausgebauten Wohlfahrtsstaat ist dort fast nur der NHS übriggeblieben. Umso größer ist die Wertschätzung, die ihm von der Bevölkerung entgegengebracht wird. Auch eine rechtsgerichtete Regierung kann dies schwer ignorieren. ■

## Literatur

- Bertelsmann Stiftung (Hg.) (2018): SmartHealthSystems: Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich (Autoren: Thiel, Rainer, Deimel, Lucas et. al), Gütersloh.
- Bündnis Krankenhaus statt Fabrik (Hg.) (2018): Krankenhaus statt Fabrik. Fakten und Argumente zum DRG-System und gegen die Kommerzialisierung der Krankenhäuser, Maintal.
- Dorn, Aaron van/Cooney, Rebecca E./Sabin, Miriam L. (2020): COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Covid-19 does not affect everyone equally. In the US, it is exposing inequalities in health system, in: The Lancet, Vol 395, April 18, S. 1243f: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Health Consumer Powerhouse (2016ff.): Euro Health Consumer Index 2015ff., Report: <https://healthpowerhouse.com/publications/>
- Heintze, Cornelia (2020): Gesundheitsversorgung auf falschem Pfad: Hohe volkswirtschaftliche Bedeutung bei geringer Effizienz, Effektivität und Transparenz, Langfassung von Kapitel 5 des Memorandums 2020 der Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: <https://www.alternative-wirtschaftspolitik.de/de/article/10656344.memorandum-20.html>.
- Heintze, Cornelia (2019): Vorbild Skandinavien. Öffentliche Gesundheitsdienste sichern gute Patientenversorgung, in: Dr. med. Mabuse, 44. Jg., Nr. 242, November/Dezember 2019, S. 51 – 54.
- Heintze, Cornelia. (2016a): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland. Teil 1: Die wichtigsten Unterschiede der Systeme, in: Soziale Sicherheit, 65. Jg., Heft 6, S. 239–244.
- Heintze, Cornelia (2016b): Pflege und Altenhilfe in Skandinavien und Deutschland, Teil 2: Finanzierung, Leistungserbringung und der Einfluss von Markt und Wettbewerb. In: Soziale Sicherheit, 65. Jg., H. 8, S. 301 – 308.
- Karanikolos, Marina/Mladovsky, Philipa/Cylus, Jonathan/Thomson, Sarah/Basu, Sanjay/Stuckler, David, Mackenbach, Johan P./McKee, Martin (2013): Health in Europe 7: Financial crisis, austerity, and health in Europe, in: The Lancet, March 27, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)6010-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)6010-6).
- Loranzo, Rafael et al. (2018): Measuring progress from 1990 to 2017 and project in attainment to 2030 of the health-related Sustainable Development Goals for 195 countries and territories: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017, in: Lancet 2018; 392: 2091–138
- OECD (Hg.) (2020): Beyond Containment: Health systems responses to COVID-19 in the OECD: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD).
- OECD (Hg.) (2019): OECD Health Statistics 2019: <https://www.oecd.org/els/health-systems/List-of-variables-OECD-Health-Statistics-2019.pdf>.
- Simon, Michael (2018): Von der Unterbesetzung in der Krankenhauspflege zur bedarfsgerechten Personalausstattung, HBS-Working-Paper Forschungsförderung, Nr. 096, Oktober 2018.