

Im Dauernotstand

Misere Neoliberalismus? Staatliche Gesundheitspolitik reagiert auf die Zumutungen der kapitalistischen Wirtschaftsordnung und hat systembedingt enge Grenzen

Suitbert Cechura und Renate Dillmann

Multiresistente Keime, wenig Pflegepersonal, überlastete Ärzte, Schließung kommunaler Häuser, überflüssige Operationen usw. – die Mängelliste ist lang. Der Zustand der Krankenhäuser in Deutschland ist nicht erst seit der Coronakrise Thema der Öffentlichkeit. Als Ursachen der Missstände gelten Ökonomisierung und Privatisierung der Krankenhäuser, insbesondere die Einführung der Fallpauschalen. In der Konsequenz wird von vielen eine Abkehr von der neoliberalen Gesundheitspolitik gefordert – hin zu einer Gesundheitsversorgung, die Bestandteil allgemeiner Daseinsvorsorge ist.

Ein Blick auf andere Bereiche der Daseinsvorsorge wie die Deutsche Bahn zeigt allerdings, dass es dort auch nicht unbedingt zum Besten bestellt ist. Und umgekehrt ist ein staatlicher Gesundheitsdienst – wie etwa der National Health Service in England – auch nicht per se gut ausgestattet, nur weil er staatlich betrieben wird. Vielleicht ist die Entgegensetzung von »privat« und »staatlich« ja überhaupt irreführend – ebenso wie der Begriff der Daseinsvorsorge oder des Allgemeinwohls in dieser Gesellschaft möglicherweise einen falschen, nämlich viel zu guten Ruf genießt.

Notorisch gefährdet und teuer

Die Gesundheit im Kapitalismus ist einerseits Bedingung für jedwede Tätigkeit der Menschen im Allgemeinen und ihres Daseins als funktionierende Konkurrenzsubjekte im Besonderen. Andererseits gefährdet und ruiniert diese Wirtschaftsweise die Gesundheit der Menschen umfassend. Eine Arbeitswelt, die ganz daran orientiert ist, möglichst viel Leistung für möglichst wenig Geld aus den Arbeitskräften herauszuwirtschaften; Produkte, bei denen Verträglichkeit klar hinter der Gewinnträchtigkeit steht; ein Verkehrswesen, das Waren und Menschen mit viel Lärm und Feinstaub just in time dorthin befördert, wo sie gebraucht werden; eine im Dienste des kapitalistischen Wachstums weitgehend zerstörte Umwelt; permanente Hetze und Stress bei der Konkurrenz in Schule, Uni, Beruf und am Ende auch noch in Freizeit und Familie – all das findet seinen Niederschlag in den »Zivilisationskrankheiten«.¹

Allgemein gefasst: Produktion und Verkauf von Waren dienen nicht der Versorgung und Bedürfnisbefriedigung von Produzenten und Konsumenten, sondern der Vermehrung von Geld. Die Rücksichtnahme der Unternehmen auf die Gesundheit der Arbeitskräfte, die Verwendung von Giftstoffen bei der Produktion und als Bestandteile der Waren und die Schonung der natürlichen Ressourcen sind vom Standpunkt der Kapitalverwertung zusätzliche Kosten bzw. ein Konkurrenznachteil. Diese Produktionsweise erzielt ihren Erfolg – das Wachstum der Unternehmens- und Bankbilanzen –, indem sie die dafür nötigen menschlichen Ressourcen (in ihren Rollen als Beschäftigte, Konsumenten, Verkehrsteilnehmer usw.) wie die natürlichen (Boden, Wasser, Atmosphäre, Biosphäre) rücksichtslos in Beschlag nimmt und schädigt.

Die staatliche Gesundheitspolitik widmet sich in der Folge dem (Dauer-)Notstand, den ihre Wirtschaftsordnung hervorbringt: Physis und Psyche der Menschen werden angegriffen, und alle sind auf ihr Funktionieren angewiesen; gleichzeitig ist die nötige (Wieder-)Herstellung der Gesundheit, die zunächst zur Privatsache der Betroffenen gemacht ist, unter den Bedingungen des freien Markts nicht gewährleistet. Unternehmer wollen die

Gesundheit ihrer Belegschaft im Produktionsprozess benutzen (und verschleifen), aber nicht für die Kosten ihrer Wiederherstellung geradestehen. Beschäftigte und andere sind konfrontiert mit jeder Menge gesundheitlicher Probleme, können allerdings wegen ihrer in der Regel zu geringen Einkommen nicht für die Kosten aufkommen, die nötig wären, um Ärzte, Apotheker oder Krankenhäuser zu bezahlen und die Zeiten der Nichtbeschäftigung zu überstehen.

Die von allen benötigte Gesundheitspflege gibt es deshalb nur im Rahmen staatlich organisierter Gesundheitspolitik. Diese umfasst Arbeits-, Umwelt- und Verbraucherschutz, wodurch die gesundheitlichen Schäden begrenzt (d. h. in ihrer jeweiligen Dosierung erlaubt) werden, und sie ermöglicht den Zugang zu medizinischen Leistungen: ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, Medikamente, Krankenhäuser ... Das kann entweder über einen unmittelbar staatlichen Gesundheitsdienst (Großbritannien) oder einen staatlich regulierten Gesundheitsmarkt (Deutschland) passieren; die dafür anfallenden Kosten können entweder über Steuern (Großbritannien), eine Bürger- (Schweiz) oder eine Sozialversicherung (Deutschland) aufgebracht werden.

Der deutsche Weg

Der deutsche Sozialstaat hat sich früh, unter Bismarck, für die Variante einer Zwangsversicherung für seine lohnabhängig Beschäftigten entschieden und gleichzeitig Ärzte und Apotheker als freie Berufe anerkannt – damit wurden die Leitplanken für den weiteren Ausbau des deutschen Gesundheitssystems gesetzt.

Auf Basis der durch die Mitgliedsbeiträge hergestellten verlässlichen Zahlungsfähigkeit – etwa 87 Prozent der deutschen Bevölkerung sind gesetzlich krankenversichert, der Rest privat – konnte die deutsche Medizinbranche im Lauf des 20. Jahrhunderts zu dem werden, was sie heute ist: ein umfassender Reparaturbetrieb. Medizintechnik, Pharmakologie, flächendeckend vorhandene Krankenhäuser, spezialisierte Ärzte sowie die abgeleiteten Berufe wie Physiotherapeuten, Logopäden etc., beeindruckende Fortschritte in Diagnostik und Behandlung bis hin zu Pharmakonzernen und Herstellern orthopädischer Hilfsmittel, die auf dem Weltmarkt führend sind – all das gibt es inzwischen, weil der bürgerliche Staat die Mittel dafür mehr als 130 Jahre lang zentralisiert hat durch die Verpflichtung seiner Lohnabhängigen, in die Gesundheitskassen einzuzahlen.

Erstens also – das lässt sich bereits an dieser Stelle festhalten – ist dieser gesamte Gesundheitsmarkt von A bis Z politisch gestaltet und bestimmt: Die privaten Interessen gut verdienender Ärzte und Apotheker, einer Pharmabranche mit ihren Global Playern und einer Medizintechnik, die Weltmarktführer ist, gibt es nur dank staatlicher Regelungen. Zweitens aber gründet der staatlich ins Leben gerufene und regulierte Gesundheitsmarkt auf einem prinzipiellen Widerspruch. Die medizinischen (Ver-)Diener an der Gesundheit des Volkes stoßen mit ihrem staatlich anerkannten Wachstumsbedürfnis an eine notwendige Schranke: Die Einnahmen und damit die Zahlungsfähigkeit der Sozialversicherung hängen ziemlich unmittelbar an der jährlich gezahlten Lohnsumme. Diese wiederum soll im Interesse der nationalen Konkurrenzfähigkeit möglichst niedrig sein. Insofern sind die durch die Krankenkassen eingesammelten Gelder, bei allen Erhöhungen der Beiträge, letztlich stets so »knapp«, wie die Löhne niedrig sein »müssen«.

Diesen Widerspruch sucht die deutsche Gesundheitspolitik in unzähligen Reformen zu bewältigen. Aber auch Länder, die sich für andere Varianten (s. o.) entschieden haben, stoßen in der einen oder anderen Form auf diese Frage – als Problem ihres staatlichen Haushalts etwa. Es macht sich auf diese Art und Weise geltend, dass Gesundheitskosten in der kapitalistischen Gesellschaft grundsätzlich soziale Kosten sind, die – bei allen Fortschritten, die es in Sachen Verfügbarkeit medizinischer Forschung und Behandlung gegeben hat – letztlich niedrig zu halten sind. Hier liegt auch der Kern der eingangs zitierten »neoliberalen Wende« der Gesundheitspolitik. Sie beinhaltet neben anderem den Versuch, in die staatlich gewollte medizinische Versorgung bei den Krankenhäusern das Kriterium »Effizienz« einzuführen, indem auch dieser Bereich, der innerhalb des Gesundheitsmarktes bisher eine Ausnahme war, als Geschäft organisiert wird.

Ökonomisierung und Privatisierung

Mit »Effizienz« ist dabei nicht eine bessere Versorgung der Patienten gemeint, sondern die aus staatlicher Sicht wirtschaftlichere Verwendung der Gelder der gesetzlichen Krankenkassen auch in den Kliniken. Der deutsche Sozialstaat hatte sich im Krankenhausbetrieb zuvor den Humanismus der Kirchen und Verbände zunutze gemacht, die sich, zum Teil bereits in vorbürgerlicher Zeit, der Armen und Kranken angenommen hatten. Mit dem Prinzip, die Existenz der von ihnen betriebenen Einrichtungen durch Kostenerstattung zu sichern, konnten sich die jeweiligen Gesundheitsminister Zugriff auf viele Arbeitskräfte verschaffen, die bereit waren, für »Gotteslohn« zu arbeiten (daher die vielen konfessionellen Krankenhäuser in Deutschland). Angesichts stetig steigender Krankenhauskosten (allein von 1970–1975 eine Erhöhung von 7,5 auf 17,5 Milliarden D-Mark, Gründe: teurere medizinische Geräte, höhere Fallzahlen, zunehmend »normale Gehälter« der Pflegekräfte) kam dann umgehend das Bedürfnis nach Änderung, vor allem im Sinne einer Dämpfung der Kosten, auf – das war der Beginn einer ganzen Reihe von Reformen. Der vorwärtsweisende Einfall: Auch die Krankenhäuser sollten nach dem Vorbild der Privatwirtschaft und des sonstigen Gesundheitsmarktes künftig »wirtschaftlich rechnen«. Die Kassen kritisierten beispielsweise, dass im bisherigen System kein Zwang zu besonders haushälterischem Verhalten bestand – worin durchaus ein wahrer Kern lag. Mit einer Reform des bisher geltenden Prinzips der Kostenerstattung zielte der Sozialstaat insofern auf eine Beschneidung der »Pfründewirtschaft«, insbesondere der Kirchen und Wohlfahrtsverbände.

Aber die Kostendämpfung war nur der eine Teil der Selbstrevision. Der andere bestand in dem Ideal, dass die anfallenden Kosten nach Möglichkeit selbst Mittel eines Geschäfts werden sollten. Mit dem Stichwort »Ökonomisierung« der Sozialpolitik ist also nicht einfach im eigentlichen Wortsinn »gutes oder besseres Haushalten« gemeint, sondern die in der kapitalistischen Wirtschaft übliche Rechnung: Alles dient dazu, aus Geld mehr Geld zu machen. Diesem Maßstab der Rentabilität wurde ab Anfang der 1990er Jahre neben Bahn, Post und Energieversorgern mehr und mehr der gesamte »soziale Sektor« unterzogen. Insofern ist der beklagte »Neoliberalismus« der Sache nach nichts anderes als eine Ausdehnung der guten alten kapitalistischen Logik: Aufgaben, die bisher staatlich erbracht wurden, weil sie für das Funktionieren dieser Gesellschaft nötig, aber selbst kein Geschäft waren, werden nun – im fortgeschrittenen Kapitalismus – privater Anlage überantwortet.² Aus staatlicher Sicht erspart man sich damit idealiter langfristig einiges an Kosten und bietet zusätzlich anlagewilligem Kapital neue Möglichkeiten. Wie die Konsequenzen für diejenigen aussehen, die auf die Leistungen angewiesen sind, ist eine zweite, offensichtlich nachrangige Frage.

Am hier interessierenden Fall der Krankenhäuser kann man geradezu exemplarisch nachvollziehen, wie dieser Umbau schrittweise vor sich ging. Die Deckelung der Kostenerstattung war der erste Schritt, das bisher übliche Verhältnis aufzukündigen (1985). Es wurden nicht mehr die gesamten Ausgaben und Lohnkosten ersetzt; damit wurden die Träger gezwungen, ihre Kosten neu zu kalkulieren. Gleichzeitig erhielten sie erstmals das Angebot, in Zukunft auch Gewinne erwirtschaften zu dürfen. 1992 gab es erste Fallpauschalen; beim vorläufig letzten Schritt, der Einführung der Diagnose-bezogenen Fallpauschalen (2004), wurden dann die Kosten der verschiedenen Häuser verglichen und (landesweit geltende) Durchschnittswerte festgesetzt. Die über diesen Vergleich objektiv gemachte Konkurrenz zwischen den Kliniken führte zu dem erwartbaren Ergebnis: Die kleinen Häuser schnitten notwendigerweise schlecht ab – sie hatten vergleichsweise hohe Kosten, die ihnen aber nicht mehr vollständig erstattet wurden. Umgekehrt wurden die festgelegten Fallpauschalen für die größeren Häuser durchaus zum Mittel dafür, Gewinne zu erwirtschaften – das führt für die Patienten neben diversen Formen von Mangelversorgung auch zu »überflüssigen« Operationen in den heutigen Kliniken.³

Wie Betten wirtschaftlich werden ...

Der aktuellen Krankenhausplanung liegt das sogenannte wirtschaftliche Bett zugrunde. Dieses Bett sollte möglichst immer mit einem abrechenbaren Fall belegt sein – was u. a. Wartezeiten für Operationen zur Folge hat und im Fall größerer Infektionsausbrüche schnell zu den bekannten Bildern der mit Patienten belegten

Krankenhausflure führt. Die Coronapandemie traf insofern auf Kliniken, in denen Notfall- und Intensivbetten auf Basis der aktuellen politischen Entscheidung sehr knapp kalkuliert waren – ganz abgesehen davon, dass die vorgehaltenen Reserven an Schutzkleidung und Desinfektionsmitteln aus Kostengründen nicht besonders groß waren. Die Bevölkerung wurde deshalb vorsorglich auf die Möglichkeit der »Triage« vorbereitet, d. h. darauf, dass es angesichts einer Mangelsituation als Ausnahmefall nötig werden könnte, Patienten zum Sterben zu verurteilen. Ein solcher Verlauf konnte vermieden werden; per staatlicher Anweisung (und vorläufiger Rückkehr zum Prinzip der Kostenerstattung) wurden die Kliniken verpflichtet, planbare Operationen zu verschieben und zusätzliche Intensivbetten vorzubereiten.

Die Mittel für ihre Investitionen erhalten die Krankenhäuser aus der Planung der Länder. Die ist Resultat politischer Entscheidungen mit unterschiedlichen Zielvorstellungen. Die Planung kann den »schlimmsten Fall« vorwegnehmen und entsprechend viele Krankenhäuser bzw. Betten vorsehen; eine solche Vorratshaltung gab es vor dem Ende des Kalten Kriegs 1990 – weniger hinsichtlich möglicher Pandemien oder Naturkatastrophen, sondern mit Blick auf den für möglich oder wahrscheinlich gehaltenen Kriegsfall. Die Länder haben ihren Anteil an der Finanzierung in den letzten Jahren erheblich zurückgefahren und die Krankenhausträger genötigt, Eigenmittel für den Aus- oder Neubau von Kliniken zu mobilisieren. Dies hat kommunale wie kirchliche Träger dazu veranlasst, ihre Häuser zu schließen oder sie an private Träger zu verkaufen, die in den staatlichen Preisvorgaben eine sichere und renditeträchtige Kalkulationsgrundlage entdeckt haben.

Ergebnis dieser Reformen ist insofern ein andauerndes (und politisch gewolltes) Kliniksterben, andererseits das Einströmen von privatem Kapital in die »Kliniklandschaft«: Unternehmen wie Helios, Rhön-Kliniken und Asklepios haben seitdem mehrere hundert Krankenhäuser und Fach- bzw. Rehakliniken erworben oder eröffnet.

Rentabel arbeiten diejenigen Kliniken, die die Gesundheitsversorgung überdurchschnittlich billig erbringen können, so dass ihnen bei Abrechnung der Fallpauschalen ein Gewinn bleibt bzw. zumindest ihre Kosten gedeckt sind. Dafür gibt es im Krankenhausbetrieb nur wenig Ansatzpunkte. An erster Stelle steht die Senkung der Lohnkosten, deren Anteil an den Gesamtkosten vergleichsweise hoch ist (ca. 60 Prozent). Der einfachste Weg dafür ist die Ausgliederung einzelner Bereiche und damit ein Wechsel der Tarifverträge; weitere Möglichkeiten, um Arbeitsabläufe in den Kliniken rationalisieren und das Personal entsprechend »auslasten« zu können, bieten Zentralisierung und Spezialisierung. So wird aus der einen Klinik eine Geburtsfabrik, während in der anderen Klinik Gynäkologie und Geburtsabteilung schließen.

Die Umwandlung der Krankenhausküchen in einen Catererbetrieb senkt zudem Kosten, weil die Mitarbeiter nach dem wesentlich niedrigeren Tarif der Gewerkschaft Nahrung, Genuss, Gaststätten (NGG) bezahlt werden. Das gilt auch für die Ausgliederung der Reinigung an entsprechende Anbieter. Diese zahlen nach Quadratmetervorgaben pro Zeiteinheit, womit zum Teil der Mindestlohn unterlaufen wird und die Häuser ein Hygieneproblem bekommen. Von den Tätigkeiten der Pflegekräfte lassen sich viele (Bettenmachen oder Essen austragen) durch Hilfskräfte erledigen, die nur teil- oder gar nicht qualifiziert sind und deshalb schlechter entlohnt werden. Umgekehrt kann die Tätigkeit der Fachkräfte aufgewertet werden, indem ihnen Aufgaben übertragen werden, die bislang Ärzten vorbehalten waren. Das spart die hohen Kosten für Ärzte.

Natürlich kann nichts jemals so bleiben, wie es eingerichtet ist. Beständig wird nach Möglichkeiten gefahndet, wie »optimiert« werden kann, wie Arbeitsabläufe mit weniger Personal oder Sachaufwand zu bewältigen sind. Endlose Fortbildungen, Teamsitzungen etc. sind die Folge. Wenn auf Basis der nach unten gedrückten Löhne und der vermehrten Hetze dann ein »Pflegenotstand« ausbricht und nicht einmal die vorgesehenen Stellen besetzt werden können, heuert der Gesundheitsminister – bevor Arbeitszeit und -lohn verbessert werden – lieber ausländische Ärzte und Pflegekräfte aus Osteuropa, Mexiko und Bosnien an, die zum Glück anspruchslos und billig sind. Probleme für Kollegen und Patienten im Krankenhausbetrieb durch die notwendig auftretenden Sprachschwierigkeiten dürfen keine Rolle spielen – ebensowenig wie die Lücken, die diese medizinischen Fachkräfte in ihren Herkunftsländern hinterlassen.

Für privates Kapital hat sich mit der Umgestaltung der Krankenhäuser eine neue Anlagesphäre aufgetan. Das medizinische Personal kämpft derweil, meist schlecht bezahlt, damit, dass die geforderte Arbeitsleistung in den Schichten viel zu hoch ist, um konzentriert und zugewandt mit den Patienten umzugehen.

Für Patienten sind Krankenhäuser heute trotz großer medizinischer Fortschritte durch bessere Diagnosegeräte, Operationstechniken usw. mit wesentlichen Mängeln und Risiken behaftet: In ländlichen Gegenden gibt es sie bzw. wichtige Abteilungen oft nicht mehr, weil sich das unter den geltenden Bedingungen nicht rechnet. Die Versorgung in den Kliniken ist gekennzeichnet von wachsender Professionalität und sogar therapeutischen Überangeboten auf der einen, gravierenden Versorgungs- und Hygienemängeln auf der anderen Seite; beides entspringt aus den ökonomischen Bedingungen, denen die Häuser subsumiert sind. Die beunruhigende Lage der Patienten: Sie müssen sich stets fragen, ob bei der Behandlung ihres Leidens eventuell die Sparvorgaben der Kassen bzw. die Abrechnungskalkulationen eines Krankenhauses so zum Tragen kommen, dass sie nicht so gut behandelt werden wie möglich. Oder umgekehrt, ob ihnen nicht gerade Diagnose- und Therapiemöglichkeiten aufgenötigt werden, die es eigentlich nicht braucht. Insofern können sie diesem System – einem Konglomerat von einander widersprechenden Interessen – nicht vertrauen, obwohl sie das als Laien müssen.

Das ist offenbar die Daseinsvorsorge, die ein erfolgreicher kapitalistischer Staat in puncto Gesundheit für seine Bevölkerung vorsieht. Die Äußerung von Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) über ein »gut aufgestelltes Gesundheitssystem« (10.3.2020) bringt die Zufriedenheit der Hüter des Allgemeinwohls ja klar zum Ausdruck.

Was tun?

1. Kritik am Gesundheitssystem im Kapitalismus sollte nicht beim Krankenhaus anfangen – das ist deutlich zu spät. Gesundheit ist in der kapitalistischen Gesellschaft nur mittelbar »systemrelevant«, nämlich als Bedingung einer Wirtschaftsweise, die die Gesundheit ihrer Mitglieder im Interesse der Profitproduktion systematisch schädigt und zugleich braucht. Die sogenannten Volkskrankheiten, deren Ursachen und Verlauf wesentlich von dieser Produktionsweise bestimmt werden, sind insofern der eigentliche Kern des Problems.
2. Das Gesundheitssystem, in dem dann neben anderen diese Krankheiten behandelt werden, sind in dieser Gesellschaft Schranken gesetzt. Es setzt erstens erfolgreiche Akkumulation voraus. Zweitens beeinträchtigen die Kosten für das Gesundheitswesen notwendigerweise die Konkurrenzfähigkeit der nationalen Kapitale – ob über Lohnnebenkosten oder Steuermittel, die als notwendige Kosten verausgabt werden, aber nicht unmittelbar dem Wirtschaftswachstum dienen. Selbst wenn die »marktliberale« Gesundheitspolitik zugunsten einer »aufrecht sozialdemokratischen« korrigiert würde, wenn statt einer proletarischen Sozial- eine klassenübergreifende Bürgerversicherung oder eine staatliche Finanzierung eingeführt würde, gibt das dem staatlichen Handeln seine Grenzen vor.
3. In der aktuellen Lage wäre der Kampf für eine dauerhaft bessere Bezahlung und kürzere Schichten des medizinischen Personals – ob Ärzte, Pfleger oder Reinigungskräfte – der naheliegende erste Schritt, der übrigens sofort auch den Patienten zugute käme. Den bisherigen Überlegungen ist zu entnehmen, auf welche Gegner selbst solch minimale Forderungen stoßen: Weil sie Geld kosten, werden sie nicht im Interesse der Krankenhausleitungen und Krankenversicherungen sein. Weil sie direkt oder indirekt die Lohn(neben)kosten für das Kapital erhöhen und die nationale Profitrate schmälern, werden sie von der Wirtschaft und von den politischen Standortverwaltern bekämpft. Und auch die linke Opposition, die die Unzufriedenheit von Patienten und Pflegepersonal für ihren demokratischen Wettbewerb um die Macht instrumentalisiert, wird in »Regierungsverantwortung« die zuvor unterstützten Forderungen mit Verweis auf die »Finanzierbarkeit« und mit Rücksicht auf den Kapitalstandort Deutschland beerdigen.
4. Beim Fordern nützt deshalb die Berufung auf den »systemrelevanten Dienst« und die Erinnerung an die bisher und in der Krise gebrachten Opfer nichts. Auch wenn die »Helden des Alltags« gerade berechnend gefeiert werden, zählt danach natürlich wie eh und je, dass ihre Bezahlung gering bleiben muss – darin ist nämlich die

schlechte Behandlung von Patienten und Krankenhauspersonal systemrelevant. Wenn die so vorgetragenen Forderungen nicht erfüllt werden, weil es nach Auskunft derer, die das Allgemeinwohl dieser Gesellschaft definieren, nicht »im Rahmen des Möglichen« liegt, sollten die Betroffenen ihrerseits Grundsatzfragen aufwerfen.

Anmerkungen

1 Ausführlicher zu den modernen Krankheitsursachen Cechura: Unsere Gesellschaft macht krank. Baden-Baden 2018, Teil 1 und Dillmann/Schiffer-Nasserie: Der soziale Staat. Hamburg 2018, 98 ff.

2 »Die Ablösung der travaux publics vom Staat und ihr Übergehen in die Domäne der vom Kapital selbst übernommenen Arbeiten zeigt den Grad an, wozu sich das reelle Gemeinwesen in der Form des Kapitals konstituiert hat. ... Die höchste Entwicklung des Kapitals ist, wenn die allgemeinen Bedingungen des gesellschaftlichen Produktionsprozesses nicht aus dem Abzug der gesellschaftlichen Revenue hergestellt werden, den Staatssteuern, sondern aus dem Kapital als Kapital. Es zeigt dies den Grad einerseits, worin das Kapital sich alle Bedingungen der gesellschaftlichen Produktion unterworfen, und daher andererseits, wieweit der gesellschaftliche reproduktive Reichtum kapitalisiert ist und alle Bedürfnisse in der Form des Austauschs befriedigt werden.« (Marx: Grundrisse, 437)

3 Mit dem System der Fallpauschalen sollte ursprünglich auch eine medizinisch rationale Form der Spezialisierung der Häuser erreicht werden: Operationen dort, wo sie oft und deshalb erfolgreich durchgeführt werden. Unter der Vorgabe staatlich reglementierter Gewinnerwirtschaftung führt dies zu abstrusen Verlaufsformen, unter anderem der, dass Krankenhäuser »Operationen brauchen«, um als Anbieter dieser oder jener Operation gelistet zu bleiben.

Suitbert Cechura ist Professor für Gesundheitswesen und Sozialmedizin (em.) und Autor des Buchs »Unsere Gesellschaft macht krank. Die Leiden der Zivilisation und das Geschäft mit der Gesundheit«. Baden-Baden 2018

Renate Dillmann, Journalistin und Dozentin sowie mit Arian Schiffer-Nasserie Autorin des Buchs »Der soziale Staat. Über nützliche Armut und ihre Verwaltung«. Hamburg 2018

<https://www.jungewelt.de/artikel/379308.ware-gesundheit-im-dauernotstand.html>